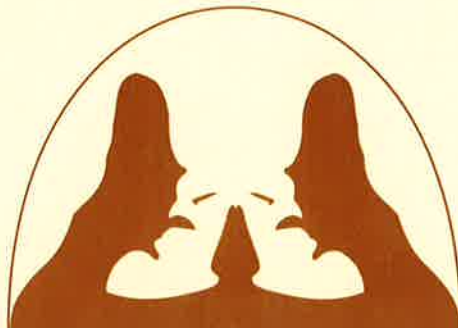


1998 - Número 11

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

11

Número Extraordinario



S · E · R · Y · M · P

# Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos

---

(Fundada en 1988 por la Dra. Vera Campo)

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

El objetivo principal de la Revista es: **fomentar el estudio científico y la investigación en el campo de la evaluación psicológica en general, y del Rorschach y métodos proyectivos en particular, desde el punto de vista teórico, metodológico y aplicado** (art.6 de los Estatutos de la Sociedad).

EDITOR:

**Jordi Bachs**

SECRETARIA DE REDACCIÓN:

**Pilar Ortiz**

CONSEJO DE REDACCIÓN:

**Alejandro Ávila**

**Joaquim Corral**

**Juana Mª Maganto**

**Rosa Mª Royo**

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

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

SUSCRIPCIONES:

España: 1500 ptas. (salvo números extraordinarios)

Números atrasados: 1500 ptas.

Extranjero: 14 US\$ (salvo números extraordinarios)

Números atrasados: 14\$

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

© S.E.R.Y.M.P.

Dep. Legal: B. 33971 - 1999

ISSN: 1130-4561

Imprime:

PrinCenter

Pau Claris, 180 - 08037 Barcelona





## INDICE GENERAL

Editorial.....	3
Cartas al editor.....	5
TEST DE RORSCHACH: APROXIMACIÓN A LA ESTRUCTURA ALEXITIMICA, por M.D. López Pérez y F. Ortuño.....	7
ALEXITIMIA EN NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL Y CEFALEA TENSIONAL, por Juan Otero Rodríguez y Pilar Ortiz Quintana	13
CUERPO ENFERMO E IMAGEN CORPORAL: ESTUDIO DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL MEDIANTE EL HTP, por Pedro Pérez, Natividad Briones, M <sup>a</sup> Luisa Plumed, Alicia Tamayo.....	29
LAS FM Y LA PERSEVERACIÓN EN LA EPILEPSIA, por Vera Campo .....	45
EFFECTOS PSICOLOGICOS DE UNA INTERVENCION QUIRURGICA CEREBRAL EN PACIENTES EPILEPTICOS, por Jesús de Felipe Oroquieta, Pilar Ortiz Quintana y Rafael García de Sola.....	55
EL TEST PRESINTOMÁTICO DE HUNTINGTON, por M <sup>a</sup> Luisa Plumed, Alicia Tamayo y José M <sup>a</sup> Arrieta.....	71
ÍNDICES PSICOPATOLÓGICOS DEL HTP EN PACIENTES CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS, por Jesús de Felipe Oroquieta, Pilar Ortiz Quintana, Rafael García de Sola.....	85
LA MUJER MALTRATADA A LA LUZ DEL MODELO SZONDIANO, por Jordi Bachs y Alfonso Alarcón.....	113
LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS EN EL SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS, por Vera Campo y Rosa M <sup>a</sup> Royo.....	137

DECISIÓN DE TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS OBSERVADOS EN PSICOTERAPIAS A LARGO PLAZO, por María Vives.....	147
REFLEXIONES CLINICAS SOBRE EL LAMBDA, por Miriam Botbol y Vera Campo .....	161
LA FIGURA DEL PADRE EN EL TEST PN, por Jordi Bachs y Cristòbal Caballé .....	167
EL TEST DE LA FIGURA HUMANA: ESTUDIO CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES, por Pere Barbosa, Esther Busquets, María Call, Xavier Corral, Cristina Fábrega, Miguel Pérez, Nuria Roselló y Manuel Salamero.....	181
EL RORSCHACH PROYECTADO, por Jaime Fúster, Isabel Barriuso, Eva Lobato, Marta Martínez Villafaina y Belén Barran- co .....	195
Revista de libros.....	207
Revista de revistas.....	207
Notas y noticias.....	210
Actividades.....	210
Sesiones Clínicas de los miércoles.....	211
Directorio de la Sociedad.....	212
Promoción a Miembro Titular.....	212
Miscelánea.....	212

## EDITORIAL

Con la publicación del Nº 10 de la Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos (SERYMP) Vera Campo pidió el relevo como editora, después de 10 años de trabajo esforzado y mantenido, con el espléndido resultado de 10 números editados (1988-1997). Su labor editorial en el ámbito específico del psicodiagnóstico y de la psicología proyectiva ha sido secundado eficazmente por Ana Tuset, secretaria de redacción. Sabemos que no ha sido fácil para ambas la selección de trabajos, la traducción de muchos de ellos por su procedencia extranjera, la preparación para la revista y las necesarias y laboriosas correcciones: pueden sentirse satisfechas de la obra realizada. En este primer editorial del Nº 11 quiero manifestar, en nombre de los miembros de la SERYMP, de los suscriptores y lectores en general, un sentido homenaje de agradecimiento.

Comienza ahora una segunda etapa con la publicación diferida de este número extraordinario, exponente de las investigaciones presentadas en el último Congreso de la Sociedad. En él, el nuevo tándem editorial, Jordi Bachs y Pilar Ortiz, arropado por un Consejo de Redacción formado por Alejandro Avila, Joaquim Corral, Juana M<sup>a</sup> Maganto y Rosa M<sup>a</sup> Royo, intentará mantener el buen nivel científico de la revista y su continuidad. Esperamos de este Consejo, sobre todo para los próximos números, un asesoramiento activo que dinamice las líneas generales y la orientación de la revista de acuerdo con los fines de la Sociedad, una participación real en la aceptación de originales y un esfuerzo en la promoción y divulgación de la revista dentro de su ámbito territorial y profesional.

Para conseguir el último objetivo mencionado necesitamos más ayuda. Hago pues un llamamiento a todos los miembros de la SERYMP y suscriptores en general con esta consigna: CADA MIEMBRO o LECTOR, UN NUEVO SUBSCRIPTOR. Nos faltan, en efecto, suscriptores, si queremos que la revista pueda autofinanciarse y asegurar su continuidad. Os pido pues que consigamos de manera individual entre colegas, amigos y conocidos, que trabajan y se interesan por el psicodiagnóstico, un nuevo subscritor con este incentivo: 20% de reducción del precio de suscripción para ambos, el antiguo y el nuevo subscritor.

El contenido de este número extraordinario se ha nutrido de la mayoría de trabajos presentados en el XIV Congreso de la SERYMP,

celebrado en Madrid los días 30-31 de octubre y 1 de noviembre de 1998. La recogida de trabajos se hizo con posterioridad al Congreso. A partir de entonces, la corrección de originales ha constituido una tarea ingente por la falta de uniformidad e insuficiente revisión de los textos presentados. Por esta vez lo hemos pasado por alto, porque la revista dejó de publicar en los últimos números las **NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS**. Las hemos actualizado y las publicamos de nuevo en la contraportada de la última página. En adelante, los autores que nos manden originales deben atenerse escrupulosamente a dichas normas como requisito indispensable para que sean aceptados.

Los temas publicados en este número 11 versan sobre los métodos proyectivos en relación con la psicología de la salud, la neuropsicología, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza. Como es habitual, los trabajos en torno al Test de Rorschach ocupan la mayor parte del espacio de nuestra revista, pero me alegra ver la buena contribución de trabajos con otras técnicas proyectivas (HTP, Test de Szondi, Patanegra y Figura Humana). El peso específico del Rorschach es normal que domine en el panorama investigador proyectivo, pero considero una obligación recordar que nuestra Sociedad del Rorschach lo es también de los otros Métodos Proyectivos. En consecuencia, nuestra línea editorial intentará conseguir un mayor equilibrio entre la numerosa familia de técnicas proyectivas, con el convencimiento de que variedad y diversificación redundarán en mayor interés por parte de suscriptores y lectores. A ellos, en todo caso, va destinada la revista y ellos tienen la última palabra sobre el particular. Finalmente, no debemos olvidar, como recordamos en nuestra contraportada, que el objetivo principal de la Revista, de acuerdo con los Estatutos de la Sociedad, es fomentar *el estudio científico y la investigación desde el punto de vista teórico, metodológico y aplicado, no sólo en el campo del Rorschach y Métodos Proyectivos, sino también en el de la **evaluación psicológica en general***. Intentar hacer realidad esta propuesta estatutaria creo que será positivo para todos los que se interesan en el remozado campo del diagnóstico psicológico y altamente estimulante para nuestro trabajo intelectual y profesional.

Jordi Bachs, editor



## CARTAS AL EDITOR

Queridos Jordi y Pilar:

Para que no sufran tanto como yo he sufrido por el espeso silencio de los lectores durante los 10 años en que fui «dueña» de nuestra Revista -con la honrosa excepción de Lucy Jachevasky y de Ernesto Simón (este último me escribió personalmente agradeciendo mi labor, lo que realmente me emocionó)-, os dirijo esta primera carta de bienvenida, junto con votos para vuestro éxito y la promesa de escribiros de vez en cuando. ¿Promesa o amenaza? Ya veremos.

Mientras, un saludo muy cordial,

Vera Campo



## TEST DE RORSCHACH: APROXIMACIÓN A LA ESTRUCTURA ALEXITÍMICA

*M.D. López Pérez y F. Ortuño*

### RESUMEN

En este trabajo introducimos en primer lugar el concepto de alexitimia que nos sirve de hipótesis para estudiar la personalidad de doce pacientes, que habían sufrido un infarto de miocardio, mediante el test de Rorschach. Se seleccionan aquellas variables del test que podrían tener relación con manifestaciones alexitímicas y se hace una comparación estadística de los valores medios de los sujetos de la muestra con los de la población normativa americana (Exner). Se comentan los resultados que sugieren una estructura patológica psicósomática.

### Introducción

La alexitimia (Sifneos, 1973; Nemiah y Sifneos, 1970) es un término de origen griego, acuñado por la escuela de Boston, que pone de relieve el hecho de que ciertas personas tengan dificultades para expresar sus estados afectivos o para distinguirlos entre sí. No suelen ser conscientes de sus problemas psicológicos y por esta razón son poco aptos para una intervención de tipo psico-terapéutico.

Las manifestaciones más representativas de la alexitimia son las siguientes: Dificultades en integrar las propias emociones; canalización de las emociones a través del cuerpo, el cuerpo habla sin palabras a través del síntoma; pensamiento pragmático y operativo con escasez de imaginación: ante las emociones un alexitímico suele responder con la acción (fumar, pasear, trabajar etc.); dificultad en empatizar, en conectar con los demás en el área afectiva; apariencia de normalidad psíquica: se trata de sujetos muy negadores. No creen que los síntomas que padecen tengan una raíz psicológica afectiva.

Ante el desamparo psíquico, cuando fracasan las defensas habituales, hay personas que somatizan su problema psicológico, de tal manera que un órgano o una función corporal, anatómica y

fisiológicamente sanos, son afectados psicosomáticamente. Por ejemplo, un afecto psíquico doloroso de rabia o angustia, de origen a veces no consciente para el propio paciente, puede producir un aumento de la tensión arterial en ausencia de toda justificación física.

Algunos pacientes alexitímicos no parecen conscientes de sus vivencias emocionales, tienen dificultades para distinguir las y las somatizan directamente; otros, conscientes de la fuerza de sus emociones, tienden a dispersarlas a través de alguna forma de acción: hacer algo en vez de utilizar las palabras, que son los diques más eficaces para contener la energía ligada a las pulsiones y al mundo de fantasías que aquéllas crearon en relación con los objetos parentales de la primera infancia.

El presente trabajo intenta poner en relación la alexitimia con el infarto agudo de miocardio, a partir de la hipótesis de que los pacientes con infarto de miocardio tienen un gran componente alexitímico.

Se han seleccionado diferentes variables del test de Rorschach relacionadas con la represión afectiva (Lambda, Afr, Fórmula de color); las relaciones con el cuerpo (C', An, Xy); identidad y autoestima: índice de egocentrismo; grado de patología: fenómenos especiales; descontrol afectivo (m y color puro) y se han buscado las diferencias de la muestra de pacientes respecto a una población normal de varones adultos (Exner, 1991).

En cuanto al método, se han estudiado doce pacientes varones, de edades entre 35 y 55 años con una media de 46 y una DS de 6.6, que habían sufrido un infarto de miocardio (I.A.M.) elegidos al azar, procedentes de la Unidad Coronaria del Hospital "La Paz" de Madrid, a los que se pasó el test de Rorschach dentro de una batería de pruebas. El test de Rorschach se pasó siempre por lo menos un mes después de sufrido el infarto y siempre ambulatoriamente.

Damos a continuación la lista de las 26 variables seleccionadas del Rorschach, las medias obtenidas por la muestra de estudio, las medias de la población adulta americana (Exner, 1991) y el nivel de significación de los valores estadísticamente diferenciados.

Tabla 1. El Rorschach de pacientes con infarto de miocardio

VARIABLE	MEDIA	MEDIA EXNER	NIVEL DE SIGNIFICAC.
EDAD	46	35	
Afr	0'61	0'70	
ZD	-1'09	0'69	
F	10'41	8'1	0'4
C'F	0'0		
FC'	0'58	Sum 1'58	0'01
TF	0'16		
FT	0'25	Sum 0'97	
YF	0'67		
FY	0'67	Sum 0'59	
CF	0'67	2'55	
FC	1'08	4'16	
MM	1'58	4'54	0'01
C	0'33	0'08	
C'	0'0		
T	0'0		
Y	0'25		
EA	3'29	9'30	1'7 x 10 <sup>-6</sup>
EP	5'67		
I. EGO	20'67	0'38	2'33 x 10 <sup>-4</sup>
LAMBDA	193'73	0'56	0'12
H	1'25	3'62	1'7 x 10 <sup>-7</sup>
An	2'91	0'43	0'01
Xy	0'17	0'03	
I. ANG	24'58		
I. SUI	6'16		

## Resultados

El determinante F aparece con mayor frecuencia (10.4) que la esperada (8.1) de una manera significativa, aspecto que se refleja mejor en el índice lambda (193.7) frente a una media esperada de (0.56). Estos resultados podrían interpretarse en el sentido que los infartados son un grupo de personas muy preocupadas por lo real, por el deber y con ciertas dificultades para entrar en el mundo emocional, para dejarse invadir por los afectos, ante los que muestran defensividad.

Los determinantes de color, CF y FC, si bien están ligeramente mas bajos que las cifras esperadas, no alcanzan significación estadística, igual que Afr.

El sumatorio del determinante C' es mucho mas bajo que el esperado por lo que se puede deducir que los afectos no están reprimidos.

El determinante de movimiento humano también es menor respecto a la cifra de referencia (1 frente a 4), esta disminución de los componentes de movimiento y color dan como consecuencia un EA (recursos organizados) muy disminuido (3.2 frente 9.3). Esto indica que son personas bloqueadas con pocos recursos organizados y accesibles. Además, en la mayoría de los casos, el ep, cuya media es superior a la del EA, remite a malestar interno y a una crisis personal.

Concuera con todo esto el índice de egocentrismo, que es de 20.6 frente a un 38 esperado. La baja autoestima y la percepción errónea de sí mismos también aparecen claramente.

Los contenidos An (2.9) se dan con mucha más frecuencia de la esperada (0.43) y los contenidos de radiografía también, sin llegar éstos a tener significación estadística. Tales contenidos se relacionan con una preocupación por el cuerpo y suelen tener matices proyectivos.

Los índices de angustia y de suicidio están elevados, lo cual concuerda con otros trabajos, que señalan la depresión y la ansiedad como sentimientos que suelen estar presentes en estos pacientes.

La disminución de contenidos H puede remitir a una falta de necesidad de buscar al otro para comunicarse, empatizar o compartir. Aparecen numerosos fenómenos especiales, los más frecuentes son los contenidos Mor y las perseveraciones, como fenómenos especiales de alta patología aparecen dos Contam y 2 Alog.

En cuanto a la valoración de las conductas de actuación se tuvo en cuenta el movimiento inanimado y el color puro; el color con una cifra sumatoria disminuida, tiene un valor ligeramente superior cuando sólo se considera el color puro (tendencia al descontrol) y los contenidos m aparecen en un 25% de sujetos.

Se efectuó una matriz de correlaciones para observar la constelación de factores asociados eligiendo un nivel de confianza del 0.5 (0.59).

El determinante F pura parece aumentar en esta muestra en detrimento del determinante FT (-0.60) y del determinante CF (-0.61) y lógicamente del EA (-0,72) y el índice Lambda se correlaciona con

los contenidos Anatómicos; los pacientes más preocupados por su cuerpo serían también los que utilizan más defensas (0.77).

Los contenidos Xy se relacionan con el determinante FY (0.80) y con el Color puro (0.83) a más angustia más descontrol de las emociones.

El índice de angustia está más elevado en aquellos pacientes que se defienden más (0.81) y también se relaciona con los contenidos anatómicos (0.86).

El índice de suicidio se relaciona con el determinante Y (0.72).

La variable edad se correlaciona negativamente con la ansiedad (-0.63) y positivamente con los contenidos humanos (0.79); quizás con la edad el síndrome alexitímico se va suavizando en favor de un contacto mas gratificante con el otro.

## **Conclusiones**

Del análisis realizado podemos concluir que el grupo de pacientes con infarto de miocardio se caracterizan por un aumento de F pura y del índice Lambda, lo cual indica dificultad en percibir las emociones, especialmente en situaciones angustiosas (las ideas asociadas no se reprimen como en la neurosis lo que daría un aumento del ep, sino que se borran y por ello no pueden elaborarse psiquicamente); ausencia de afecto, falta de capacidad imaginativa. Disminución de los contenidos humanos y del movimiento humano: dificultad para expresar las emociones al no poder utilizar las palabras como vehículo del pensamiento. Aumento de los contenidos anatómicos por la importancia que adquiere el cuerpo, ya que *cuando el dolor no encuentra salida en las lágrimas son otros órganos los que lloran* (Henry Maudsley); por lo tanto, el cuerpo reacciona psicósomáticamente a una emoción dolorosa.

Digamos para terminar que en las afecciones psicósomáticas el daño físico a la larga es real y no revela a primera vista un conflicto psicopatológico. En su aparición y organización ha jugado probablemente un papel importante la relación dinámica del paciente en el seno de la constelación familiar.

## Bibliografía

- ALEXANDER, F. (1987). *Psychosomatic Medicine*. Nueva York: Norton.
- DUMBAR, F. (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. Nueva York: Hoeber Press.
- MARTY, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. París: Payot.
- MARTY, P., DE M'UZAN, M. Y DAVID, C. (1963). *L'Investigation psychosomatique*. Paris: P.U.F.
- NEMIAH, J.C. (1982a). Alexithymia: a psychoanalytic view point, en *Psychotherapy and Psychoanalysis*, 38, 81-90.
- NEMIAH, J.C. (1982b). Alexithymia, psychosomatosis and Psychosis, en *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 9:379-388.
- Mc DOUGALL, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Ed. Julián Yebenes.
- SIFNEOS, P. (1975). Problems of psychotherapy in patients with alexithymic characteristics and physical disease, en *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 65-75.



## **ALEXITIMIA EN NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL Y CEFALEA TENSIONAL**

*Juan Otero Rodríguez y Pilar Ortiz Quintana*

*Universidad Complutense. Madrid*

### **RESUMEN**

El dolor abdominal y la cefalea tensional representan una causa frecuente de consulta médica pediátrica. En torno al 10-20% de los niños en edad escolar en poblaciones escogidas al azar sufre alguna de estas quejas somáticas, siendo las causas orgánicas claramente demostrables en tan solo un 5-10% de los casos. El estilo de comunicación alexitímico es uno de los aspectos psicológicos más estudiados en la patología psicósomática. Los resultados de esta investigación muestran que los niños con somatizaciones (n=56) son más alexitímicos que un grupo control (n=50) y que no se observan diferencias significativas entre los grupos dolor abdominal y cefalea.

### **Introducción**

El dolor abdominal recurrente y la cefalea de tensión en niños representan una causa frecuente de consulta médica.

Cefalea de tipo tensional es el término designado por la IHS (International Headache Society) para definir lo que otras veces ha sido llamado: cefalea de contracción muscular, cefalalgia, cefalea de estrés, cefalea esencial, cefalea ordinaria o cefalea psicógena. Son dolores de cabeza de carácter presionante, no paroxísticos, no pulsátiles, de localización bilateral, frecuentemente asociados a tensiones o contracciones musculares y que suelen describirse como «una sensación de presión», «como una banda» o «como un casco alrededor de la cabeza». En ocasiones van acompañados de mareo, náuseas, fotofobia o fonofobia. El dolor, de intensidad leve o moderada, suele iniciarse de manera gradual, siendo la duración de los episodios variable (desde horas hasta días).

Por su parte, el dolor abdominal es, junto a la cefalea de tensión, la modalidad de expresión somática funcional más frecuente en la edad escolar. Son algias, acompañadas a veces de síntomas de palidez, náuseas o vómitos, que el niño suele localizar de manera vaga y poco precisa alrededor de todo su abdomen, en la región periumbilical o en la región epigástrica. La duración del dolor es de gran variabilidad de unos casos a otros y de unos episodios a otros. La intensidad de los episodios también varía considerablemente. Hay niños con crisis muy puntuales aunque severas en su intensidad y otros que se quejan de un dolor continuo de intensidad leve o moderada pero que persiste durante días.

Entre un 8 y un 20% de los niños en edad escolar en poblaciones escogidas al azar sufre alguna de estas quejas somáticas. La tasa de prevalencia de los dolores en niños y niñas de estas edades es similar y frecuentemente se encuentra la misma sintomatología en alguno de los padres, preferentemente en la madre. Las causas orgánicas claramente demostrables para estos trastornos se pueden encontrar únicamente en un 5-10% de los casos; en el otro 90% de los casos los factores psicoafectivos tienen un peso preponderante en la aparición y desarrollo del dolor, aunque no siempre es fácil la conexión entre el conflicto y la aparición del dolor.

El significado psicopatológico de los síntomas no es unívoco: un dolor puede ser una estrategia utilizada por el niño para obtener un beneficio secundario o puede ser un síntoma pasajero ante una situación de adaptación. Pero también puede ser un indicador de psicopatología grave. Entender esta pluralidad es necesario para poder intervenir adecuadamente y prevenir la cronicidad.

El concepto de alexitimia ha sido vinculado históricamente a la patología psicósomática. Su fenomenología clínica ha sido descrita por autores de diferentes corrientes con sorprendente unanimidad, aunque después, a la hora de apostar por una explicación etiológica válida, las diferentes propuestas han sido, hasta el momento, divergentes. Según Taylor y cols (1991), las características del síndrome son: la dificultad para contactar con los sentimientos, la dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales propias de la activación emocional, la constricción de la fantasía y el estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

La gran cantidad de publicaciones aparecidas en los últimos años nos hacen ver la alexitimia como un concepto vivo y de actualidad. También con el test de Rorschach se han hecho estudios so-

bre alexitimia en pacientes psicossomáticos; las conclusiones más importantes que pueden extraerse de estos trabajos son: que existen algunas variables Rorschach que se repiten en diferentes autores a la hora de valorar la alexitimia, que no hay una relación específica entre alexitimia y psicossomática, que el perfil alexitímico puede darse en otras patologías no psicossomáticas y que dentro de la psicossomática hay diferencias entre los distintos trastornos.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

### **Hipótesis Primera**

El grupo de niños somatizadores presentará más características alexitímicas que el grupo control.

### **Hipótesis Segunda**

No habrá diferencias entre los dos subgrupos de niños somatizadores en las características alexitímicas, aunque sí existirán diferencias entre cada uno de estos grupos y el grupo control.

## **METODOLOGIA**

### **Características de los sujetos**

El total de la muestra se compone de 106 niños y niñas. El grupo de somatizadores se compone de 56 niños de los cuales, 28 presentan como síntoma principal y motivo de consulta el dolor abdominal y otros 28 presentan como motivo de consulta la cefalea tensional. Todos fueron explorados en diferentes hospitales de Madrid capital. De los 56, 30 son niños y 26 niñas. Las edades comprendidas son entre los 8 y los 12 años, con una media de edad de 10'05 años. El nivel sociocultural representado pertenece en su mayoría a la clase media.

Las características del grupo control son similares a las del grupo somatizador. Este grupo control se compone de 50 sujetos. De

los 50, 29 son niños y 21 niñas. Su rango de edades se sitúa igualmente entre los 8 y los 12 años y la media de edad es de 10'18 años. El grupo se obtuvo de 2 colegios de Madrid capital en los que el alumnado pertenece de manera mayoritaria a la clase social media.

### **Criterios de selección de los sujetos**

El grupo de somatizadores quedó compuesto por niños en los que no se detectaron causas orgánicas en la exploración médica. En el caso de las cefaleas fueron seleccionados aquellos con cefalea tensional y excluidos los que tenían diagnóstico de cefalea migrañosa o mixta. Un segundo criterio fue que la evolución del síntoma fuera de al menos 4 meses y por último, que la frecuencia con la que se producían los episodios de dolor fuera de al menos 2 veces al mes o bien síntomas de dolor intercalados en el tiempo con periodos asintomales.

Para componer el grupo control se eligieron niños sin somatizaciones y sin psicopatologías importantes.

### **Instrumento y variables utilizadas**

A todos ellos se les aplicó el test de Rorschach seleccionando para el estudio de la alexitimia un conjunto de 8 variables: R y M, que son variables relacionadas con la fantasía, WSumC, SumC':WSumC y FC:CF+C, que son variables relacionadas con el afecto, D.M. y Lambda, relacionadas con aspectos cognitivos y EA, derivación relacionada con los recursos mentales disponibles.

### **Procedimiento en la corrección**

Se descartaron los protocolos con menos de 14 respuestas. 30 de los 106 protocolos (que hacen casi un 30 %) fueron corregidos por otros 2 especialistas en Rorschach. Una vez realizadas las correcciones de manera individual por los 3 rorschachistas, fueron cotejadas las diferencias en la valoración de las respuestas, que en la mayoría de los casos quedaron resueltas por consenso. En los casos en los que no había unanimidad de criterios, la valoración definitiva fue la que suponía el acuerdo de 2 de ellos. En la tabla 1 se

observan los porcentajes de acuerdo para la codificación de cada variable, estando las variables proporcionales desglosadas.

Tabla 1. Acuerdos interjueces

<b>Variabes Rorschach</b>	<b>Porcentaje acuerdo</b>
R	100%
M	87%
WSumC	90%
FC	94%
CF+C	94%
Sum C'	97%
Lambda	84%
D.M.	87%
EA	84%

Tras realizar la prueba de acuerdo interjueces, cada sujeto obtuvo una puntuación en cada variable. Se introdujeron las puntuaciones de la secuencia de respuestas en el programa informático RIAP 3-Plus y posteriormente se exportaron al programa informático SPSS (versión 6.1.2. SPSS WIN) para su ordenamiento y tratamiento estadístico.

### **Análisis estadístico de los datos**

En todos los análisis que se realizaron se establecieron los criterios de significación de  $p < 0'01^{**}$  y de  $p < 0'05^{*}$ .

De las 8 variables escogidas para medir alexitimia, algunas registran datos de frecuencia (R, M y D.M.), otras son proporciones (Lambda, FC:CF+C y SumC':WSumC) y otras registran derivaciones (WSumC y EA). Los distintos tipos de registro requieren de análisis estadísticos diferentes:

## Referidos a la Hipótesis Primera

1. Sobre las variables R, M, WSumC, Lambda, D.M. y EA se aplicó la prueba  $t$  de Student para la comparación de medias.

2. Las proporciones FC:CF+C y SumC':WSumC, dadas sus características, no pudieron incluirse en los análisis estadísticos anteriores. Se analizaron por separado mediante distribuciones de frecuencias de los componentes de las mismas y sus correspondientes porcentajes, aplicando la prueba de chi cuadrado (+5).

## Referidos a la Hipótesis Segunda

Se aplicó un ANOVA de un factor con medidas independientes entre los grupos cefaleas, dolor abdominal y control, realizando posteriormente comparaciones binarias por el procedimiento Scheffé. Para las proporciones FC:CF+C y SumC':WSumC se aplicó +5.

## RESULTADOS

### Referidos a la Hipótesis Primera

Lo que nos planteamos en la hipótesis fue que *el grupo de niños somatizadores presentará más características alexitímicas que el grupo control.*

Podemos observar en la tabla 2 que existen diferencias estadísticamente significativas en M, EA y Lambda (con una  $p < 0'01$ ) y en D.M. y WSumC (con una  $p < 0'05$ ), mientras que en la variable R no existen diferencias estadísticamente significativas.

En los resultados de las variables proporcionales FC:CF+C y SumC':WSumC (tablas 3 y 4) vemos que existen frecuencias proporcionales diferentes con una  $p < 0'05$  en los grupos somatizador y control.

Algunas de las conclusiones que pueden extraerse de los resultados obtenidos son las siguientes:

1. Primero nos fijamos en las variables relacionadas con la fantasía (M y R); al observar las puntuaciones medias de M llegamos a la conclusión de que el grupo de niños con somatizaciones dispone de muchos menos recursos de fantasía que el grupo control ( $p < 0'01$ ). Los somatizadores son más inhibidos en su capacidad para producir respuestas donde la fantasía juegue un papel importante. En la

Tabla 2. Distribución de medias y desviaciones típicas de los grupos somatizador y control.

	Somatiz. (n=56)		G. Control (n=50)		t	prob
	Media	D.T.	Media	D.T.		
R	20'55	6'23	22'60	5'38	-1'80	0'075
M	1'60	1'70	3'40	2'72	-4'01	0'000**
WSumC	2'07	1'85	2'84	2'03	-2'03	0'045*
Lambda	2'06	1'80	1'24	0'93	2'95	0'004**
Blends	2'57	2'37	3'56	2'45	-2'10	0'038*
EA	3'67	2'83	6'24	3'42	-4'19	0'000**

\*\*p<0'01, \* p<0'05

Tabla 3. Distribuciones de frecuencias y porcentajes en FC:CF+C (grupos somatizador y control)

	Somatizad (n=56)		G. Control (n=50)	
	Frec.	%	Frec.	%
FC > CF+C	16	28'6	7	14
FC = CF+C	17	30'3	10	20
FC < CF+C	23	41'1	33	66
Totales	56	100	50	100

$\chi^2_{6'80}, p_{0'033}$

Tabla 4. Distribuciones de frecuencias y porcentajes en SumC':WSumC (grupos somatizador y control)

	Somatizad.		G. Control	
	(n=56)		(n=50)	
	Frec.	%	Frec.	%
Sum C' > WSum C	20	35'7	10	20
Sum C' = WSum C	9	16'1	4	8
Sum C' < WSum C	27	48'2	36	72
Totales	56	100	50	100

$\chi^2_{6'22}$ ,  $p'0'044$

variable R, por el contrario, no hay diferencias estadísticamente significativas. Es posible que no exista necesariamente una relación entre la productividad del niño en el número de respuestas y sus recursos de fantasía. Es difícil interpretar aisladamente esta variable R; hemos encontrado protocolos con muchas respuestas pero escasos de determinantes y protocolos cortos con mayor número de determinantes.

2. Nos fijamos ahora en las variables relacionadas más directamente con el afecto; el resultado de la WSumC, indica que existe una mayor riqueza afectiva en el grupo control que en los somatizadores; los niños normales tienen una mayor disponibilidad de recursos afectivos.

Otros datos del área afectiva los vemos en los resultados de las proporciones. Nos fijamos primero en la tabla 3. Cuando se trata de niños, generalmente se espera que la proporción del tipo de respuestas de color sea mayor del lado derecho de la relación (CF+C) que del lado izquierdo (FC). Esto se observa claramente en el grupo



control mientras que, en el grupo de somatizadores, el porcentaje de niños que dan un número de respuestas FC mayor o igual que CF+C es más alto. A nivel interpretativo podemos señalar que en los niños normales hay una mayor disposición para la expresión afectiva espontánea. Los somatizadores, por el contrario, manejan sus experiencias afectivas con un mayor grado de restricción, interponiendo a su emoción un filtro cognitivo.

Esta interpretación puede verse completada y, en cierta medida, corroborada en la otra tabla de proporción afectiva (tabla 4); en la proporción SumC':WSumC también encontramos resultados diferentes entre los dos grupos con una  $p < 0'05$ . La mayoría de los niños del grupo control (un 72 %) obtiene puntuaciones de color cromático mayores que las de color acromático, mientras que en los somatizadores este porcentaje es mucho más bajo (un 48'2%). Esto quiere decir que entre los somatizadores se observa, con una cierta frecuencia, la tendencia a constreñir sus emociones, sin poderlas dar una salida adaptada.

3. Ahora nos fijamos en las variables Lambda y D.M., relacionadas más directamente con procesos cognitivos. Sus resultados muestran una clara tendencia en el grupo de somatizadores a economizar el campo estimular al máximo, reduciendo su visión de la realidad a los aspectos más formales, concretos y estereotipados. En definitiva, simplificando y poniendo distancia en su estilo de contactar con el entorno. Tanto en Lambda como en D.M. se observan diferencias importantes respecto al grupo de niños normales.

4. Por último, el resultado que hemos obtenido de EA expresa que existe una diferencia muy amplia en favor del grupo control en el potencial de recursos disponibles tanto desde el afecto como desde la ideación. Esta variable EA, a nuestro juicio, representa el criterio más importante para valorar la alexitimia ya que, de algún modo, recoge condensadamente muchos de los aspectos que hemos visto en otras variables.

## **Referidos a la Hipótesis Segunda**

Planteamos como hipótesis segunda que *no habrá diferencias en las características alexitímicas de los grupos de cefaleas y de dolor abdominal, aunque sí existirán diferencias entre cada uno de estos grupos y el grupo control.*

Tabla 5. Distribución de medias y desviaciones típicas en los grupos de dolor abdominal, cefaleas y grupo control.

	D. Abdominal (n=28)		Cefaleas (n=28)		G. Control (n=50)		t	prob	Comparaciones binarias (Scheffe)
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
R	20'35	6'80	20'75	5'72	22'60	5'38	1'63	0'200	
M	1'60	1'64	1'60	1'79	3'40	2'72	8'35	0'000	Control>abdom,cefal*
WSumC	1'96	1'97	2'17	1'75	2'84	2'03	2'13	0'123	
Lambda	2'06	1'82	2'05	1'81	1'24	0'93	4'01	0'021	
Blends	2'37	1'90	2'78	2'78	3'56	2'45	2'42	0'093	
EA	3'57	2'62	3'78	3'07	6'24	3'42	8'71	0'000	Control>abdom,cefal*

\*p<0'05

Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes en FC:CF+C (grupos dolor abdominal, cefaleas y control)

	D. Abdominal (n=28)		Cefaleas (n=28)		G. Control (n=50)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	FC > FC+C	5	17'8	11	39'3	7
FC = FC+C	11	39'3	6	21'4	10	20
FC < CF+C	12	42'9	11	39'3	33	66
Totales	28	100	28	100	50	100

\*Chi-cuadrado muestra una frecuencia proporcional diferente entre los grupos cefaleas y control ( $\chi^2 7'26$ ,  $p 0'026$ )

Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes en SumC':WSumC (grupos dolor abdominal, cefaleas y control)

	D. Abdominal (n=28)		Cefaleas (n=28)		G. Control (n=50)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SumC'>WSumC	13	46'	7	25	10	20
SumC'=WSumC	3	10'	6	21'	4	8
SumC'<WSumC	12	42'	15	53'	36	72
Totales	28	100	28	100	50	100

\*Chi-cuadrado muestra una frecuencia proporcional diferente entre los grupos dolor abdominal y control ( $\chi^2 6'87$ ,  $p 0'032$ )

En la tabla 5 aparecen 11 los resultados de la comparación de los tres grupos (dolor abdominal, cefaleas y control), que se observa en los valores de F y probabilidad y 21, los resultados de las comparaciones binarias entre los grupos. Se puede observar en los valores de probabilidad que existen diferencias significativas en las variables M, EA y Lambda.

El análisis posterior de los datos mediante comparaciones binarias indica que en ninguna de las variables del Rorschach estudiadas existen diferencias importantes entre los grupos dolor abdominal y cefaleas, por lo que se cumple la primera parte de nuestra hipótesis que decía que no habría diferencias entre las características alexitímicas de los grupos cefaleas y dolor abdominal.

Sin embargo, tanto en la comparación binaria de los grupos control y dolor abdominal como en la comparación binaria de los grupos control y cefaleas, se observan diferencias estadísticamente significativas en M y EA en favor del grupo control. A nivel interpretativo podemos decir que, tanto los niños con dolor abdominal como los cefaleicos tienen escasos recursos ideativos y afectivos disponibles (EA), especialmente los que tienen que ver con la circulación mental a través de la fantasía (M).

La variable Lambda, con un ANOVA estadísticamente significativo, aunque no aparece como estadísticamente significativa en las comparaciones binarias de *Scheffé*, no obstante sus medias reflejan diferencias importantes en los dos subgrupos con respecto al grupo control. Los niños con cefaleas y con dolor abdominal simplifican demasiado su estilo cognitivo si les comparamos con el grupo control.

También se observa que, salvo en M y Lambda, las medias correspondientes al grupo de cefaleas son más parecidas a las del grupo control que las del grupo de dolor abdominal. Vamos a comparar los resultados de cada subgrupo con el grupo control.

Nos fijamos en primer lugar en el grupo de dolor abdominal. Este grupo en particular tiene dificultades importantes en el área afectiva; su disposición de recursos afectivos (WSumC) es más pobre que en los niños con cefaleas. La puntuación de los D.M. se caracteriza por un mayor empobrecimiento psicológico a la hora de integrar sus experiencias cognitivas y afectivas y, por otra parte, los resultados de la variable proporcional SumC':WSumC (tabla 7) son significativamente distintos en los grupos dolor abdominal y control. Al observar esta tabla de proporción vemos que, en los niños con dolor abdominal, el quantum de afecto doloroso que interiorizan es excesivo en relación a la cantidad de recursos afectivos de que disponen (en el 46'4% de los casos SumC' es mayor que WSumC mientras que en el grupo control ocurre sólo en un 20% de los casos).

Ahora nos vamos a fijar más en el grupo de cefaleas. Este grupo, aparte de las características alexitímicas comunes con el grupo abdominal (puntuaciones similares M y Lambda) se parece más al grupo control en el resto de variables.

La única variable en la que la puntuación de los cefaleicos se aleja más de la del grupo control que la puntuación del grupo dolor abdominal es en la proporción FC:CF+C (Tabla 6), donde los niños con cefaleas obtienen frecuencias proporcionales diferentes al grupo control. Aunque, tal y como hemos visto, los niños con cefaleas se parecen más a los niños normales en la cantidad de recursos afectivos disponibles (WSumC), sin embargo, tal y como podemos ver en el análisis de FC:CF+C de la tabla 6, destacan significativamente en que, cuando sacan el afecto, lo hacen de un modo más controlado y menos espontáneo, algo que no se espera que ocurra en los niños. Así, en los cefaleicos la expresión afectiva

es más frecuente que en los niños con dolor abdominal pero también más controlada por factores cognitivos.

## **CONCLUSIONES**

### **Referidas a la hipótesis primera**

Para 7 de las 8 variables analizadas, se confirma la hipótesis primera de que los niños somatizadores tienen más características alexitímicas que el grupo control.

Se observa con claridad la mayor capacidad de los niños del grupo control para resolver los conflictos utilizando los procesos de mentalización. Entendemos que, en los niños somatizadores, el déficit o la imposibilidad de utilización de estos recursos les predisponen para la somatización.

### **Referidas a la hipótesis segunda**

Podemos decir que la primera parte de nuestra hipótesis se cumple ya que, al comparar binariamente los grupos de dolor abdominal y cefalea tensional, no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de alexitimia.

También se cumple la segunda parte de la hipótesis ya que, los subgrupos de dolor abdominal y cefalea tensional, al ser comparados cada uno de ellos con el grupo control, muestran características alexitímicas. Las diferencias globales son mayores con el grupo de dolor abdominal que con el grupo de dolor de cabeza.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ACKLIN, M.W. Y ALEXANDER, G. (1988). Alexithimia and somatization. A Rorschach study of four psychosomatic groups. *Journal of Nervous an Mental Disease*, 176, 6, 343-350.
- ACKLIN, M.W. Y BERNAT, E. (1987). Depression, alexithymia, and pain prone disorders: a Rorschach study. *Journal of Personality Assessment*, 51, 3, 462-479.

- APFEL, R.J. Y SIFNEOS, P.E. (1979). Alexithymia. Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
- DIÁZ, J. (1990). Pubertad y somatización. Estudio a través del Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 3, 41-52.
- GARRALDA, M.E. (1992). A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 759-773.
- KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L. (1982). Alexithymia in violent offenders. *Journal of Personality Assessment*, 46, 462-467.
- KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L. (1985). Concept of alexithymia I. The prevalence of alexithymia in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 132-138.
- KREISLER, L. (1975). *El Niño psicossomático*. Buenos Aires: Huemul.
- KREISLER, L. (1981). L'enfant du désordre psychosomatique. Toulouse: Privat. (Traducción castellano: *La Desorganización psicossomática en el niño*. Barcelona: Herder. 1985).
- NEMIAH, J.C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199-206.
- SIROL, F. (1990). Las cefaleas recurrentes de la última infancia y de la adolescencia. En S. LEBOVICI, R. DIATKINE Y M. SOULE (EDS), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France. (Traducción castellano: *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Vol. 4. Madrid: Biblioteca Nueva).
- SIROL, F. (1990). Los dolores abdominales recurrentes de la última infancia y de la adolescencia. En S. LEBOVICI, R. DIATKINE Y M. SOULE (EDS), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France. (Traducción castellano: *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Vol. 4. Madrid: B. Nueva).
- SIFNEOS, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. Y PARKER, J.D.A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 2, 153-164.

- WALKER, L.S., GARBER, J. Y GREENE, J.W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1213-1221.
- WOODBURY, M.M. (1993). Recurrent abdominal pain in child patients seen at a pediatric gastroenterology clinic. Observations of 50 children and their families. *Psychosomatics*, 34, 6, 485-493.





## CUERPO ENFERMO E IMAGEN CORPORAL: ESTUDIO DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL MEDIANTE EL HTP

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

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

### RESUMEN

Los términos esquema corporal, imagen corporal, percepción corporal, representación mental del cuerpo, se pueden tomar en buena parte como equivalentes, pero mantienen matices significativos diferentes. En relación a estas diferencias, se estudia una muestra de 50 pacientes cuya imagen y valoración del cuerpo se ha visto severamente afectada por una nefropatía, tratamiento de diálisis, e intervención quirúrgica de trasplante renal. Una parte de esta muestra (25 sujetos) recibió el órgano de donante cadáver (R.D.C.), la otra (25 sujetos) recibió su nuevo órgano de un donante vivo (R.D.V.). Se valoran las diferencias obtenidas en ambos sectores de la muestra en cuanto al concepto de *esquema corporal*, *imagen corporal* y *representación mental del cuerpo*, mediante la aplicación y análisis de resultados del test HTP.

### Introducción

Los términos esquema corporal, imagen corporal y percepción corporal se pueden tomar en buena parte como equivalentes, pero mantienen matices significativos diferentes.

El concepto de **esquema corporal** hace referencia al cuerpo como organismo compuesto por miembros, que contiene fluidos vitales, con arterias y órganos recubiertos por una piel. Así lo van configurando los niños poco a poco en sus dibujos.

Esta primera aproximación al concepto de cuerpo debe evolucionar hacia la **representación mental** del mismo que incluye la valoración externa y social, la identidad ("antes que nada el Yo es

cuerpo" Freud, 1921), el sentido de lo interno y lo externo, los límites en el espacio, etc. Esta acepción de cuerpo correlaciona con el self y el espacio vital en el que uno se desenvuelve.

Puede ser traducido y expresado de mil maneras: en palabras, en imágenes, en creaciones plásticas. Cuanto más precisa, diferenciada y enriquecida sea la capacidad de expresión del Yo en el cuerpo, más sólida, consistente y madura será su identidad.

La **percepción del cuerpo** puede referirse al esquema corporal, como figura bidimensional en la que pueden reflejarse los órganos, de modo arcaico, con límites yuxtapuestos o "pegados"; o puede también referirse a la representación simbólica como expresión del Yo.

En los Test Proyectivos Gráficos la **proyección del cuerpo** a través del dibujo hace referencia, en abanico, a esas diferentes modalidades, desde lo más regresivo a lo más evolucionado y maduro.

El dibujo es un lenguaje dentro de un contexto de lenguajes, el lenguaje de la historia personal del sujeto, de sus síntomas, de su ambiente circundante como medio facilitador o desorganizador.

Nosotros preferimos quedarnos con el término **imagen corporal** porque se sitúa a medio camino entre la representación simbólica del cuerpo, el esquema aprendido de las partes del mismo y la percepción de éste como objeto concreto y dissociado del Yo.

Podríamos decir que hay un doble tipo de autorepresentaciones: a) una imagen corporal que forma parte del Yo, pero puede percibirse como algo distinto de él, como un núcleo interno que le permite establecer una relación de objeto con él. b) otra estaría en relación más bien con la capa externa, la piel, que permite la formación de los engramas sensorio-perceptivos y, a través de ellos establece los límites del ser corporal propio.

La interpretación de los datos de una batería de test no puede hacerse sino como una unidad integrada en la que el resultado global es algo más que la suma de las partes. Estos resultados no pueden ser valorados de modo mágico, sino dentro del contexto social y de la situación del paciente. En este encuadre cabe incluir los registros clínicos, los datos socioambientales, la repuesta interpersonal establecida con el examinador y los límites propios de cada test.

## **Muestra**

La muestra a la que nos vamos a referir corresponde a 50 pacientes con Nefropatía, que fueron atendidos en la Unidad de un Hospital General y sometidos a trasplante renal, teniendo que replantearse o remodelar su proyecto de vida en esta nueva circunstancia. 52% son mujeres y 48% varones. El 60% son personas casadas, 32% son solteras, 4% separadas y 4% religiosas.

Una parte de esta muestra (25 sujetos, de una media de edad de 43 años ) recibió el órgano de un donante cadáver, la otra (25 sujetos, de una media de edad de 31 años) recibió su nuevo órgano de un donante vivo.

En cuanto a la diálisis, de los receptores de donante vivo, 4 llevan más de 5 años de diálisis; 6, de 3 a 5 años; 11, de 1 a 3; 2, menos de uno, y 2 pacientes no hacen diálisis. De los receptores de donante cadáver, 2 llevan más de 5 años; 6, de 3 a 5 años; 14, de 1 a 3; y los 3 restantes menos de un año.

## **Método**

En cuanto a la metodología utilizada, conviene señalar que la aplicación de pruebas psicológicas estuvo a cargo de la misma persona. Aunque se aplicaron otras pruebas, analizaremos exclusivamente los resultados obtenidos en los Test Proyectivos Gráficos HTP (Casa, Arbol, Figura Humana).

El estudio fue realizado a través de la descripción y análisis de las siguientes **variables expresivas**: dimensionalidad, trazo, tamaño, emplazamiento, integración gestáltica, omisiones o adiciones de elementos fundamentales y relato verbal.

Para cada ítem se definieron unas características valoradas por cuatro jueces, dejando como válido el criterio de mayor acuerdo para cada ítem.

## **Análisis de resultados**

Creemos conveniente señalar ante todo que, en términos individuales, algunos de los datos obtenidos podrían sugerir deterioro orgánico o psicótico. Sin embargo, en el contexto global de la muestra, ese posible índice de deterioro deja de tener valor, reconduciendo su significado hacia potenciales regresivos, cuya gravedad o pro-

fundidad correlaciona con el tiempo de cronicidad de la enfermedad, desajustes emocionales, socioambientales y culturales, registrados en el sujeto.

Lo que en otro contexto puede ser indicador de una determinada patología, deja de serlo si nos movemos en el campo de la enfermedad física crónica. El impacto traumático desorganizador de la enfermedad constituye en si mismo un valor diagnóstico diferencial, que siempre debe de ser tenido en cuenta.

Estos mismos resultados, hemos podido verificarlos en otros estudios realizados con pacientes de patología psicósomática severa, en los que el estrés crónico y la somatización constituyen igualmente factores regresivos y desorganizadores del aparato mental, sin que sean equivalentes a patología orgánica o psicótica.

Nuestros resultados, por otra parte, sólo apuntan a la tendencia obtenida a partir de la media de los datos en conjunto.

## Test de la Casa

1. Ambos grupos de la muestra (tabla <sup>1</sup>/~~3~~) reflejan valores muy parecidos, con ligeras diferencias en los siguientes ítems:

- *Dimensionalidad:* (bidimensional)
- *Tamaño empequeñecido.*
- *Emplazamiento superior izquierda.*
- *Omisión línea de base.*
- *Adición de elementos acompañantes o de reaseguración y control de entradas y salidas.*
- *Tendencia al aislamiento en la ubicación y relato.*

FIGURA 1



Mujer 42 años.

Test de la Casa: «Estaría en el campo, yo qué sé... Viviría un matrimonio con niños, me lo imagino sola, bueno, individual, una casina de pueblo, se viviría bien, daría el sol y saldría a correr».

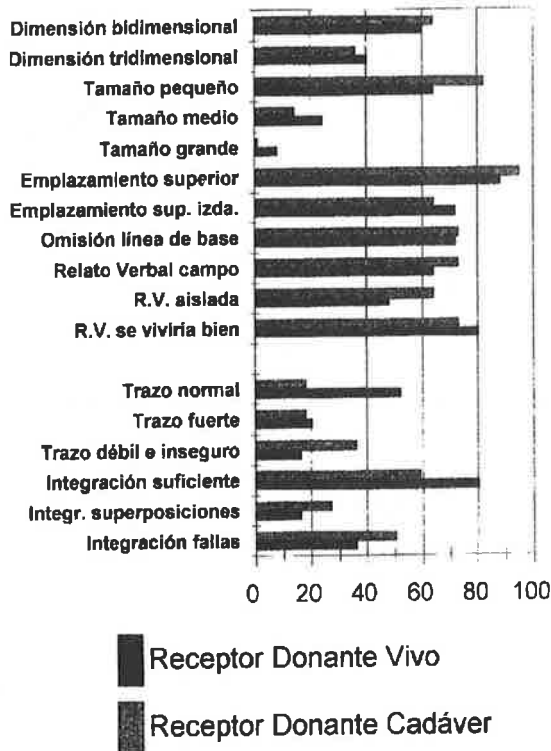
Estos indicadores hablarían de un predominio de actitudes regresivas en la muestra de receptores de donante cadáver, en las que la búsqueda de dependencia y de objetos protectores compensarían los sentimientos de inseguridad.

La relativa pérdida de relaciones sociales da lugar a actitudes de idealización, aislamiento, reforzamiento de pautas de evitación fóbica.

2. Aparecen diferencias más importantes entre receptores de donante vivo y receptores de donante cadáver en los ítems de integración y en los de trazo; (véase: →)

TABLA I

## Casa



Es de intensidad normal (52%) e incluso fuerte (20%) el **trazo** en receptores de donante vivo, siendo en cambio muy débil e inhibido (36%) en los receptores de donante cadáver cuyo número de años de diálisis y de espera al trasplante es significativamente mayor.

Lo mismo ocurre en el ítem de **integración**. Esta parece suficiente en un 80% de los receptores de donante vivo y en un 59% de los receptores de donante cadáver. Además de los factores cognitivos atribuidos al ítem de integración, éste tiene también que ver con la consistencia de los límites en el contorno del cuerpo. Desempeñaría en los test gráficos la misma función que la piel en la construcción de la identidad y sentido del self.

FIGURA 2



Varón 30 años.

Test del Arbol: «Un arbol grande, muy viejo. Un olivo, dan mucha sombra, ni cerca ni lejos, en el jardín de casa. Habría más árboles alrededor pero distintos».

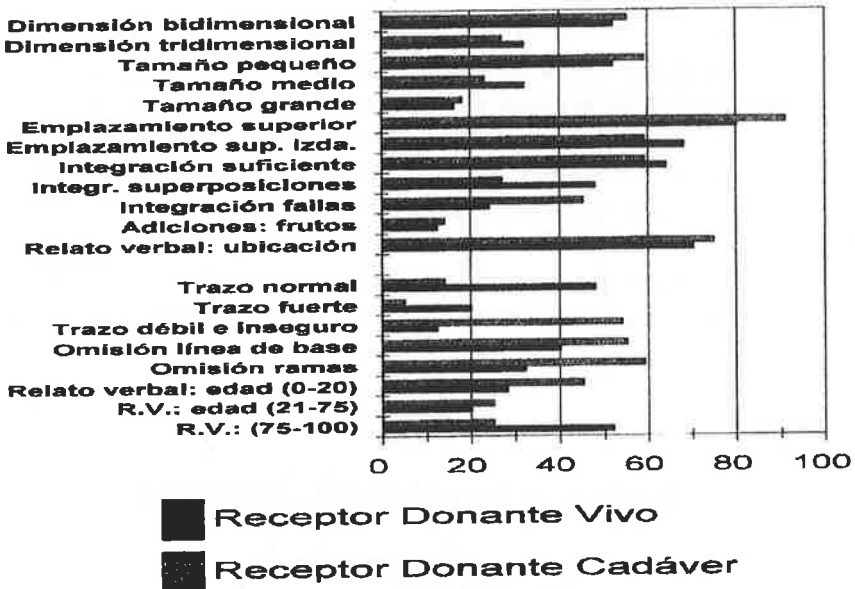
### Test del Árbol

2 1. Aparecen también valores cercanos en ambas muestras (tabla 4), ligeramente más intensos en la muestra de receptores de donante cadáver en los siguientes ítems:

- *Bidimensionalidad*
- *Tamaño*
- *Emplazamiento*
- *Integración*
- *Adiciones*
- *Relato Verbal: Ubicación.*

TABLA 2

# Árbol



Al igual que en el Test de la Casa se mantienen los indicadores gráficos de actitudes regresivas y el recurso a espacios conocidos y protegidos como forma de compensar sus sentimientos de inseguridad y fragilidad. Todo esto se confirma en el Relato Verbal de las dos muestras donde el Árbol es ubicado en un espacio perteneciente a su experiencia cercana y concreta, la mayoría no pueden permitirse situarlo en un lugar que ellos previamente no conozcan donde podrían verse sometidos a cualquier evento azaroso, sino que eligen espacios cercados y familiares, por ejemplo: "es el árbol que plantó mi padre", o "mi cuñado" o "al que yo me subía cuando era pequeño" o "en la casa que acabo de dibujar", "en la casa del pueblo", etc.

Dada esta coincidencia en las dos muestras nos preguntamos, si este refugio en lo conocido no tendrá que ver más con el hecho

del impacto traumático de la enfermedad, que con el distinto tiempo de diálisis al que estos sujetos están sometidos.

2. Las diferencias entre las dos muestras se dan en estos ítems:

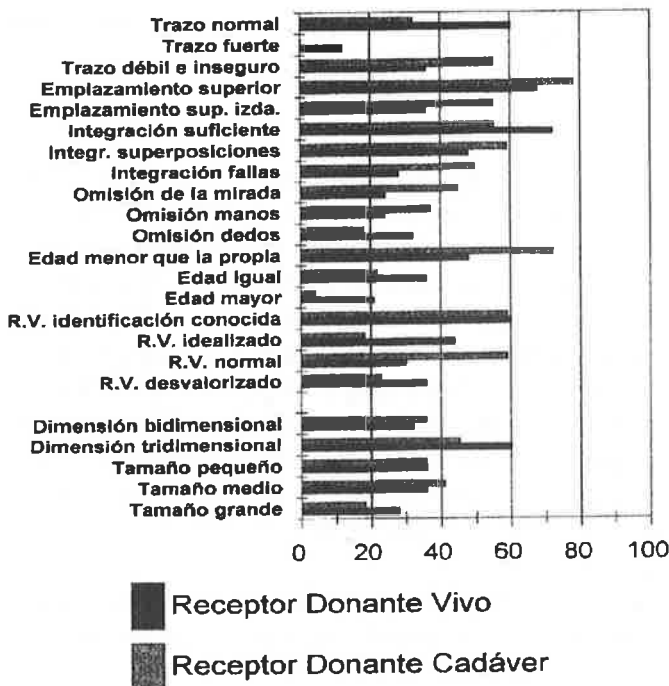
- Trazo
- Omisión línea de base
- Ausencia de ramas

La significación va en la misma línea que en el Test de la Casa. Como dato nuevo podemos señalar la referencia a la temporalidad en la edad atribuida al Arbol. En la muestra de receptores de donante cadáver se proyecta un tiempo más regresivo ya que predomina el intervalo de 0-20 años en un 45%. Sólo en un 25% aparecen referencias a una edad más adaptativa y consonante a la del paciente.

En cambio en los receptores de donante vivo la referencia a las edades son menos concretas, idealizadas y tendentes a la falta de

TABLA 3

## Figura humana: Varón



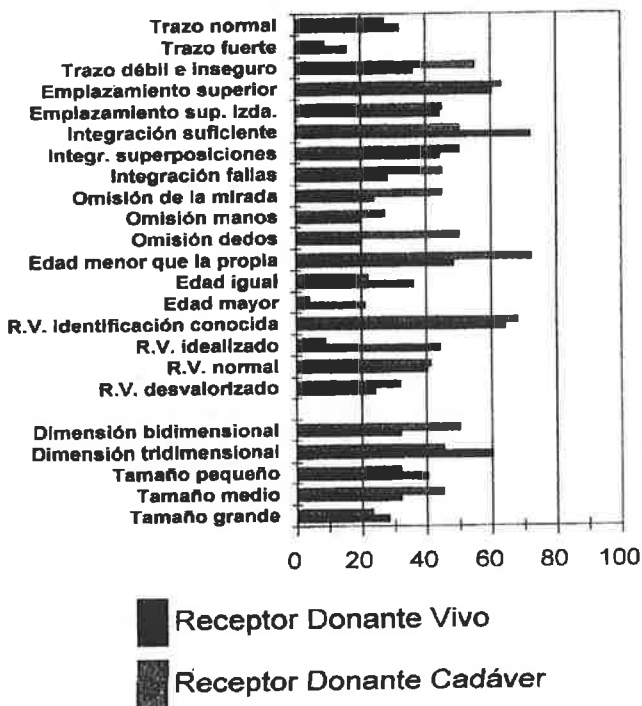


límites. Más que hacer referencia al presente predomina el tiempo futuro en un 52%. Por ejemplo: "es un árbol muy, muy viejo" o "con muchos años".

En suma, en la muestra de receptores de donante cadáver aparece un incremento de aspectos regresivos a épocas de la infancia 0-10 años y primera juventud 11-20. Mientras que en la de receptores de donante vivo el tiempo por venir es el elegido y, el tiempo actual aparece poco delimitado, proyectando en su nueva etapa, a partir del trasplante, ilusiones de una nueva vida sin término. Por ejemplo: "un árbol en verano" o "un árbol de otoño" o "el árbol que riego y del que puedo hablar" o "de Navidad que se pone cada año".

TABLA 4

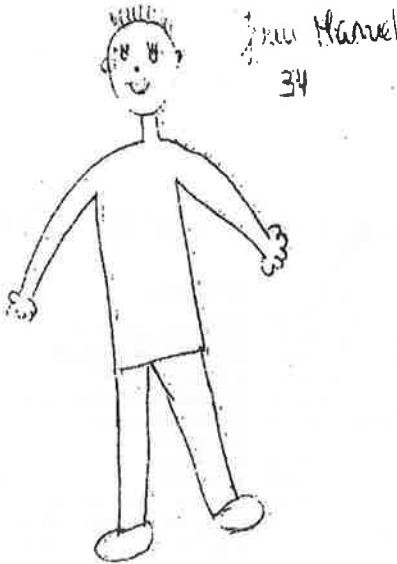
## Figura humana: Mujer



## Test de la Figura Humana

1. Comparados los dibujos de la Figura Humana entre hombres y mujeres no aparecen diferencias muy significativas entre ambos, a excepción de un dato: los varones se identifican con la figura de su sexo en el 92%, dibujándola en primer lugar; en cambio, en las mujeres, esto sólo sucede en el 54%.

FIGURA 3



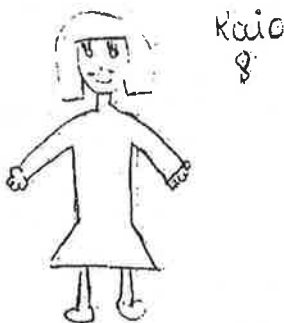
Mujer 28 años.

1ª Figura humana: Juan Manuel, 34: «Juan Manuel, es mi marido, es muy simpático como buen andaluz, es muy amable, le gusta ayudar con gusto. Es buen marido y buen padre. Le gusta el mar, es militar, pero sobre todo bucear. De físico es un poco gordito y alto. Es muy comprensivo conmigo, tiene buen carácter, lleva un bigote muy característico tipo Tejero y también muy divertido».

El resto de resultados podemos analizarlos en su conjunto como muestra global.

Tabla 3

FIGURA 4



2ª Figura humana: Rocio 8 años. «Se parece a su padre en el físico y el carácter. Es muy revoltosa, muy afectiva, se va con todo el mundo, muy cariñosa. Le cuesta mucho estudiar, para la edad que tiene es un poco infantil, nunca me ha dado ningún problema, el único es que es hipoacúsica, no habla del todo bien debido a esos problemas».

2. Contrastando este Test con los de la Casa y el Arbol, mantienen rasgos comunes en los siguientes ítems:

- *Trazo*
- *Emplazamiento*
- *Integración*
- *Omisiones*
- *Edad atribuida*
- *Relato verbal: referencias familiares*

Por ello consideramos clínicamente significativas en estos pacientes las actitudes regresivas, al confirmarse este aspecto en todos los protocolos.

Suelen ser dibujos empobrecidos y desvitalizados en su configuración, de mirada vacía (24% en receptores de donante vivo y 45% en receptores de donante cadáver), con dificultades en el contacto (falta de manos y dedos en las dos muestras con una mayor incidencia en la de receptores de donante cadáver). La referencia a

Por ello consideramos clínicamente significativas en estos pacientes las actitudes regresivas, al confirmarse este aspecto en todos los protocolos.

Suelen ser dibujos empobrecidos y desvitalizados en su configuración, de mirada vacía (24% en receptores de donante vivo y 45% en receptores de donante cadáver), con dificultades en el contacto (falta de manos y dedos en las dos muestras con una mayor incidencia en la de receptores de donante cadáver). La referencia a la edad en la muestra global es inferior a la edad real de los sujetos, apareciendo esta tendencia más acentuada en la de los R.D.C. donde el porcentaje alcanza el 72%, al igual que sucedía en el Test del Arbol.

3. En el Relato Verbal lo más llamativo se relaciona con los modelos identificatorios elegidos, los cuales recaen en personajes familiares y conocidos en un 60% (por ejemplo: Hijos, sobrinos, hermanos, los sujetos mismos, vecinos, compañeros de trabajo); el 40% restante, aunque aparentemente son desconocidos, la descripción que se hace de los mismos es muy concreta y particularizada. Por ejemplo: "es muy abierto, camarero, juerguista, machista de boquilla, sin problemas" o "es muy echada para adelante, trabaja en una Central Nuclear".

A estos modelos les suelen atribuir características idealizadas, sobre todo en la muestra de receptores de donante vivo. En la de receptores de donante cadáver las cualidades no están especialmente investidas, si bien, en general, las figuras son afectivamente cercanas y protectoras.

4. Las diferencias a tener en cuenta entre este Test y los de la Casa y el Arbol se focalizan en dos ítems:

- *La dimensionalidad*
- *El tamaño*

En la Figura Humana hay una mayor presencia de la tridimensionalidad, aunque de forma algo forzada, así en receptores de donante vivo el porcentaje es del 60% y del 45% en los receptores de donante cadáver; pese a esto, la bidimensionalidad se mantiene en porcentajes importantes: del 32% en receptores de donante vivo y del 36% en receptores de donante cadáver.

El tamaño empequeñecido no es dominante en la Figura Humana y aparecen casi con la misma distribución las otras dos modalidades (Tamaños medios y grande).

tos de la muestra, lo que nos permite entender que **no hay distorsiones cognitivas**, ni de etiología orgánica ni psicótica.

2. La **imagen corporal** tiende a percibirse más como un elemento concreto y disociado del yo, con límites frecuentemente yuxtapuestos y pegoteados.

3. En ambos sectores de la muestra aparece como rasgo común la presencia de actitudes regresivas en la **representación mental del cuerpo**, con pérdida cualitativa en la valoración externa y social del mismo.

4. La pérdida de seguridad en el **soporte del Self que es el cuerpo**, como garante de la continuidad en la existencia, hace que los propios recursos internos pierdan fuerza y se idealicen o se busquen los objetos externos como referencia de protección y seguridad. Son frecuentes también los mecanismos de evitación o retraimiento en el contacto.

5. Son claros los sentimientos de ansiedad y de temor a la pérdida y de deterioro de la imagen corporal. Estos sentimientos forman la base del duelo patológico narcisista que daña seriamente su **autoestima y autoconcepto**.

## Bibliografía

- ANZIEU, D. (1987). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ARGENTE DEL CASTILLO, A. (1985, 1989). Corporalidad y psicopatología, en LÓPEZ SÁNCHEZ, J.M<sup>a</sup> Y COLS. *Resúmenes de patología psicosomática*. Granada: Círculo de estudios psicopatológicos.
- ARUHEIM, R. (1962). *Arte y percepción visual*. Buenos Aires: E.U.D.E.
- BALLESTEROS, J.S. (1982). *El esquema corporal*. Madrid: TEA .
- BUCH, J.N. (1966) *The House - Tree - Person Technique*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- BURNS Y KAUMAN (1970). *Kinetic - Family - Drawings*. Nueva York: Bruner / Mazel
- DALLEY, T. (1984). *Art as Therapy : An Introduction to the Use of Art as a Therapeutic*. Londres y Nueva York: Tavistock Publications.
- DELACROIX, H. (1951). *Psicología del arte*. Buenos Aires: El Ateneo.
- FREUD, S. (1921). *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*. Tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva.

- FURTH, G.M. (1992). *El Secreto Mundo de los Dibujos*. Barcelona: Luciérnaga.
- GORDON, J.L. ET AL. (1984). *Mind, Body and Health*, Nueva York: Human Science Press.
- GRASSANO DE PICCOLO, E. (1980). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRIFFITH, J.L. Y GRIFFITH, M.E. (1996). Buenos Aires Amorrortu.
- GRODDECK, G. (1969). *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Pint hors ligne.
- HAMMER, E. F. (1960). *Test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós
- HIGUERAS ARANDA, A. Y LOPEZ SANCHEZ, J.M. (1996). Psicopatología de la Psicomotricidad y del Esquema Corporal, en *Compendio de Psicopatología*. Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos.
- JOVER, F.S. Y ADMETLA, I. (1989). Cambios en el H.T.P. durante el proceso quirúrgico en niños. *Revista de la Sociedad del Rorschach y Métodos proyectivos*, 2, 51-61.
- KOCH, K. (1962). *El Test del Arbol*. Buenos Aires: Kapelusz.
- LIBERMAN, D. (1986). *Del Cuerpo al Símbolo. Sobreadaptación y Enfermedad Psicósomática*. Buenos Aires: Trieb.
- LOWEN, A. (1982). *La depresión y el cuerpo*. Madrid: Alianza Ed.
- LOWEN, A. (1988). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- MACHOVER, K. (1949). *La proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. La Habana: Ed. Cultural, S. A.
- MARTINEZ VILLA, L. Y COL. (1974). *Grafología*. Madrid. Doncel.
- MENDILAHARSU, G. Y ACEVEDO, S. (1977). Esquema Corporal, en Vidal, G. *Enciclopedia de Psiquiatría*. Buenos Aires: El Ateneo.
- PEÑA CASANOVA, J. Y BARRAQUER BORDAS, L. *Neuropsicología*. Barcelona: Toray.
- PÉREZ, P. (1989). Tests Proyectivos Gráficos. Aproximación a una teoría de la técnica. *Rev. de la Sociedad Española del Rorschach y M. Proyectivos*, 2, 5 – 25, Barcelona.
- PÉREZ, P., BRIONES, N., COELLO DE PORTUGAL, C. (1994). La figura del padre ausente y los procesos de identificación. *Rev. Clínica y Salud*, 5, (1). 15-40, Madrid.
- PÉREZ, P., BRIONES, N., AZNAR, C., PLUMED, M.L., DE FELIPE, J., SANZ, B., COELLO DE PORTUGAL, C. (1994). El test de la casa. Construcciones adosadas y alteraciones en la identidad. *Rev. de la Sociedad Española del Rorschach y M. Proyectivos*, 7, 52-70, Barcelona.

- PERRON, R., RAUSCH DE TRAUBENBERG, N., CHABERT, C. (1973). Les images parentales. Niveaux d'élaboration et niveaux d'expression dans diverses épreuves projectives. *Rev. de Psychologie Française. Techniques Projectives*, 18, (4), 175-195.
- PINOL-DOURIER, (1979). *La construcción del espacio en el niño. El desarrollo semiótico del esquema corporal*. Madrid: Pablo del Río.
- ROMANO, M. E. (1975). *El dibujo de la figura humana como técnica proyectiva*. Madrid: Gredos.
- RUBIN, J.A. (1987). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. Nueva York: Brunner - Mazel.
- SAMI ALI, M. (1979). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Buenos Aires: Paidós.
- SAMI ALI, M. (1991). *Pensar lo somático*. Buenos Aires: Paidós.
- SCHILDER, P. (1958). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires: Paidós.
- SQUIER DE OCAMPO Y COLS. (1980). *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- STORA, R. (1989). *El test del Arbol*. Barcelona: Paidós.
- TÁVORA RIVERO, A. El individuo es cuerpo, en LÓPEZ SÁNCHEZ, J.M. Y COLS., *Resúmenes de Patología Psicosomática*. Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos.
- TISSOT, R. (1992). *Función Simbólica y Psicopatología*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- TORRAS DE BEA, E. (1987). Sobre el Esquema Corporal y la Identidad. *Rev. Internacional de Psicoanálisis*, 14, 175-184, Barcelona.
- ULMAN, E. Y DOCHINGER, P. (1975). *Art Therapy in Theory and Practice*. Nueva York: Shocken Books.
- WADESON, H. (1987). *The Dynamics of Art Psychotherapy*. Nueva York: John Wiley and sons.
- WAPNER, S. Y COLS. (1969). *El Percepto del Cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- XANDRO, M. (1977). *Test de Machover, pareja y familia*. Madrid: Distribuidora General y Ediciones, S.A.





## LAS FM Y LA PERSEVERACIÓN EN LA EPILEPSIA

Vera Campo

### RESUMEN

La alta producción de FM en niños fóbicos observada en estudios anteriores, en los que aparecieron algunas excepciones referidas a niños epilépticos sin síntomas fóbicos, sugirió una serie de hipótesis sobre la frecuencia y significado de esta variable así como sobre la perseveración temática, expresión de la adhesividad supuestamente mayor en los epilépticos. Hechas las codificaciones pertinentes, se establecen los estadísticos básicos de una muestra de niños, adolescentes y adultos epilépticos, y de una de niños fóbicos, se realizan comparaciones mediante una prueba no paramétrica y se discuten los resultados, verificando el cumplimiento o no de las hipótesis establecidas. Entre las que se cumplieron, destaquemos la perseveración temática superior en el grupo epiléptico y las FM significativamente mayores en los fóbicos.

Mi experiencia con el Rorschach en niños fóbicos (Campo, 1967, 1976, 1982, 1988, 1995) mostró que existen dos modalidades distintas de manejo fóbico: FM dos veces mayor o más que M por una parte, señalando el desplazamiento del nivel humano al animal, fobias probablemente a nivel más histérico, y por la otra, en las fobias más severas -más obsesivas y esquizoides- el aumento de M -sobre FM- y de H.

Pero había observado que en una de las muestras estudiadas (Campo, 1988, N = 84), elegida en base a: 1) La presencia de síntomas fóbicos (miedos y/o terrores nocturnos y/o timidez); 2) Síntomas secundarios de este tipo evidenciados en la historia clínica; y 3) Porque tenían muchas más respuestas FM que M, aparecieron algunas excepciones.

Yolanda González realizó el tratamiento estadístico de datos.

Estas correspondieron a niños epilépticos sin síntomas fóbicos. Pensé entonces que ese aumento de las respuestas FM podía re-

presentar impulsos -o «estados de necesidad»- que no pueden encontrar una descarga adecuada a nivel psicológico y, por lo tanto, serían «cortocircuitados» hacia el plano corporal, o sea, no mentalizados y actuados (ataque epiléptico), y por lo tanto no registrados por el Rorschach. Esto estaría apoyado por las observaciones de Halpern (1954, p.230) que señala con respecto a los niños con trastornos orgánicos:

*«En muchos casos la estructura de personalidad es tan primitiva que puede realizarse poco control o demora del impulso. Sin embargo, en aquellos casos en que la estructura es más compleja, la lucha del niño por mantener el control de sus impulsos... se manifiesta a través del énfasis en las respuestas de movimiento animal. En la mayoría de los casos en que ocurre alguna internalización del conflicto y de la fantasía, será de naturaleza infantil y sólo habrá interpretaciones FM».*

Aquella observación determinó el deseo de aclarar si efectivamente esto ocurría así en una muestra de 47 sujetos epilépticos (Gran Mal, Pequeño Mal, epilepsia diencefálica, Jacksoniana y psicomotriz), o sea, que como primera hipótesis, las FM superarían a las respuestas M.

La segunda hipótesis, en los niños epilépticos, es que FM estaría significativamente aumentada respecto de M, pero, tercera hipótesis, tal vez menos en los adolescentes y adultos dado el factor evolutivo. Además, cuarta hipótesis, en todos los protocolos epilépticos estaría muy presente y mucho mayor que en los fóbicos, la **perseveración temática**, o sea, la **repetición de los mismos contenidos**, expresión de la «adhesividad» del pensamiento epiléptico, que Halpern también señala.

Y quinta hipótesis: A fin de arrojar aún más luz sobre este tema, el grupo de niños epilépticos fue comparado con un grupo de niños con síntomas claramente fóbicos ( $FM > 0$  más que  $2M$ ), motivo de la consulta psicológica y extraídos de aquel trabajo respecto del fenómeno fóbico (1988, grupo 1), comparación en la cual se esperaba encontrar una diferencia significativa con respecto a las respuestas FM más altas en los niños fóbicos.

## Método

La muestra total se compone de 67 protocolos de Rorschach (47 de niños epilépticos y 20 de fóbicos). Los 47 Rorschachs de pacientes

epilépticos se distribuyen de la siguiente manera 27 niños (9 niñas y 18 niños entre 7 y 11 años de edad, media: 9.00), 13 adolescentes (5 mujeres y 8 varones, entre 12 y 17 años de edad, media: 14.38) y 7 adultos todos epilépticos (3 mujeres y 4 varones entre 24 y 37 años de edad, media: 29.57).

Se recurrió a un «truco» de codificación dentro del Sistema Comprehensivo (SC) que no contempla la codificación de este tipo de perseveración: Así se identificó cada respuesta de contenido repetido como PSV, eliminando las PSV's clásicas del SC (es decir, las que se refieren a codificaciones similares seguidas y aquellas en las que el sujeto dice ver «lo mismo») -con excepción de la PSV «mecánica»-, ya que se pretendía usar el programa RIAP3 para poder realizar los cálculos estadísticos necesarios. Asimismo, el grupo de niños fóbicos fue sometido a esa misma codificación. Este grupo se halla constituido por 20 protocolos (12 niños entre 8 y 11 años de edad y 8 niñas entre 7 y 11 años de edad, media: 8.80), en los cuales las respuestas de movimiento animal (FM) superan ampliamente las respuestas de movimiento humano (FM > o más que 2M).

A continuación se establecieron los estadísticos básicos de ambas muestras -epilépticos y fóbicos, (N =47 y N = 20) y aparte la muestra de niños epilépticos (N = 27), con el fin de obtener cuadros descriptivos de las mismas.

Luego se realizaron dos comparaciones: 1) Entre el grupo de niños epilépticos y niños fóbicos, con la meta de observar qué los diferenciaba -si algo- aparte de lo esperado, o sea, la perseveración temática por un lado y por el otro, las respuestas FM altas. 2) A continuación se compararon los niños con los adolescentes y adultos epilépticos, para poder observar si efectivamente había diferencias significativas entre estos dos grupos de edad.

## **Resultados**

Establecidos los estadísticos descriptivos de las tres muestras, epilépticos (N = 47), niños epilépticos (N = 27) y epilépticos adolescentes y adultos (N = 20) y niños fóbicos (N = 20), la primera comparación entre los niños epilépticos y fóbicos, mostró que algunas variables no cumplían criterios de normalidad (Kolmogorov-Smirnov): PSV, Fd, Hd y M pasiva (Tabla 1).

Tabla 1

**Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov para Fd, Hd, M pasiva y PSV en la comparación de niños fóbicos y epilépticos:**

Variables	Grupo Niños Fóbicos		Grupo Niños Epilépticos	
	Z	p.	Z	p.
Fd	2.35	.000 **	2.54	.000 **
Hd	1.37	.04 *	1.15	.13
M pasiva	1.65	.006 **	1.45	.029 *
PSV	1.40	.03 *	.78	.56

\* No cumplen criterios de normalidad.

Tabla 2

**Comparación de estas variables: U-Mann-Whitney**

Variables	X Fóbicos	X Epilépticos	Z	p.
Fd	.10	.27	-1.04	.29
Hd	.85	1.00	-1.36	.17
M pasiva	.60	.79	-1.14	.25
PSV	1.15	5.27	-5.02	.000 **

\*\* Diferencia significativa.

Tabla 3

**Comparación de variables: T-Student**

Variables	X Fóbicos	X Epilépticos	Z	p.
FM	6.80	4.62	2.60	.012 **
FM+m	7.90	5.89	2.04	.046 *
H pura	.85	2.00	-2.70	.010 **
Sum H	1.90	3.69	-2.87	.006 **
MQo	.85	1.51	-2.22	.032 *

\*, \*\* Diferencia significativa

Tabla 4

**Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para Fd, Hd, y M pasiva en la comparación de epilépticos adolescentes y adultos con niños:**

Variables	Grupo epilépticos adolescentes y adultos		Grupo epilépticos niños	
	Z	p.	Z	p.
Fd	1.95	.001 **	2.54	.000 **
Hd	1.49	.022 *	1.15	.13
M pasiva	.97	.29	1.45	.029 *

\* No cumplen criterios de normalidad.

Tabla 5

**Comparación de estas variables: U-Mann Whitney**

Variables	X Epilépticos adolescentes y adultos	X Epilépticos niños	Z	p.
Fd	.40	.27	- .40	.68
Hd	2.40	1.00	-2.98	.002 **
M pasiva	1.50	.79	-1.18	.23

\*\* Diferencia significativa

Tabla 6

**Comparación de otras variables: T-Student**

Variables	X Epilépticos adolescentes y adultos	X Epilépticos niños	Z	p.
F	13.05	8.10	-2.43	.019 *
Zd	- 1.65	1.84	2.92	.005 **

+, \*\* Diferencia significativa

Sometidos estos datos a una prueba no paramétrica (U-Mann-Whitney) resultó que la PSV es muy significativamente mayor en los epilépticos ( $p < .000$ ) (Tabla 2). Asimismo (t-Student) FM fue significativamente mayor en los niños fóbicos ( $p = .012$ ), junto con FM+m ( $p = .047$ ) (Tabla 3). Mientras que los niños epilépticos se diferencian significativamente de los fóbicos por tener más respuestas H puras y suma H total ( $p = .01$  y  $.006$  respectivamente) y asimismo más respuestas M de nivel formal ordinario ( $p = .032$ ). (Tabla 3)

Por otra parte, en la comparación entre niños (N = 27), y adolescentes y adultos epilépticos (N = 20), de nuevo algunas variables no cumplían criterios de normalidad (Kolmogorov-Smirnov): Fd, Hd y M pasiva (Tabla 4). La prueba no paramétrica (U-Mann-Whitney) mostró que en los adolescentes y adultos Hd es muy significativamente mayor (p .002) y también (t-Student) las respuestas F (p. .019), mientras que la Zd es menor (p. .005) (tablas 5 y 6).

Aparte de esto también se compararon las respuestas M y FM en estos dos grupos, sin hallar diferencias significativas.

## **Discusión**

Por lo tanto, de las cinco hipótesis sólo se cumplieron dos con respecto a los dos grupos infantiles: 1ª) La clara presencia de la perseveración temática, típica de la adhesividad epiléptica, es mucho mayor en el grupo epiléptico. Y 2ª) La FM aumentada, característica específica de una cierta modalidad fóbica, es significativamente mayor en los fóbicos.

A esto se suma una mayor presencia de FM+m, o sea, de impulsos y signos de estrés en los fóbicos. A la vez, el grupo de niños epilépticos tiene más respuestas humanas y con un nivel formal ordinario mayor en sus respuestas de movimiento humano. En otras palabras, ¿podría suponerse que sus relaciones interpersonales en este nivel de los contenidos humanos se hallarían menos interferidas por la disociación, represión y desplazamiento fóbicos? Y también, ¿menos acompañados por el estrés?

En cuanto a las diferencias entre niños, y adolescentes y adultos epilépticos, se cumplió la primera hipótesis, o sea, que FM es mayor que M en ambos grupos, pero no significativamente. No se cumplieron las otras dos hipótesis (2ª y 3ª): Los niños no presentan un número significativamente mayor de FM en comparación con M y las FM no son menores en los adolescentes y adultos, ya que las medias de FM y M en estos dos grupos epilépticos son muy similares (Niños: FM = 4.62, M = 2.86; adolescentes y adultos: FM = 4.60, M = 2.95).

Sin embargo, en base a las diferencias halladas, podría suponerse que, con la edad, los mayores parcializan más (Hd >), logran simplificar más (F >) y por lo tanto también organizan menos

(Zd <). Asimismo es de señalar que la relación entre FM y M no llega al típico desfase fóbico (en base a las medias extraídas de la muestra fóbica: M = 1.70, FM = 6.80), mientras que en los epilépticos como grupo total, estas mismas medias se comportan de modo diferente: M = 2.83, FM = 4.72. (En los niños epilépticos la relación es similar; M = 2.86, FM = 4.62). Solamente mencionar que en el grupo de adolescentes epilépticos en un caso y entre los adultos en dos casos FM es > de 2M.

Tampoco es cierto -en esta muestra de niños epilépticos- de que en los trastornos orgánicos infantiles «...**sólo** habrá interpretaciones FM» (subrayado del autor), como supuso Halpern (1954). En otras palabras, aunque en términos absolutos, como se ha visto, las FM superan las M en el grupo epiléptico total, la diferencia no resultó significativa y por lo tanto, en este estudio, el factor orgánico no resulta ser tan limitante con respecto a la producción del movimiento humano (M), esto es, de la ideación más madura y deliberada, sin duda un indicio de mejor pronóstico.

Por último, cabe agregar algunas tendencias a la significación en la comparación de niños epilépticos y fóbicos: Las respuestas de contenido animal, como era de esperar, tienden a ser mayores en los fóbicos (p. .069); y en los niños epilépticos, la respuesta afectiva tiende a ser mayor (SumaC: p. .084), como así también la ansiedad -lo que no sorprende- en comparación con los epilépticos adolescentes y adultos (Suma Clarooscuro: p. .051).

## Referencias bibliográficas

- CAMPO, V. (1967). El valor diagnóstico de FM en las fobias. *Revista de A.L.A.R. (Associação Latinoamericana de Rorschach)*, 1, 1, 31-39.
- CAMPO, V. (1976). *El valor diagnóstico del movimiento animal en las fobias*. Trabajo presentado al IV Simposio Anual de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, Palma de Mallorca.
- CAMPO, V. (1982). On the diagnostic value of animal movement (FM) in phobic children. *British Journal of Projective Psychology & Personality Study*, XXVII, (1), 13-20.



- CAMPO, V. (1988). *Los Niños y el Rorschach: Aspectos Clínicos, Investigación y Aplicación*. Valencia: Promolibro, 199-220.
- CAMPO, V. (1995). *Estudios Clínicos con el Rorschach en Niños, Adolescentes y Adultos*. Barcelona: Paidós, 97-109.
- HALPERN, F. (1954). *A Clinical Approach to Children's Rorschachs*. New York: Grune & Stratton.



## **EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CEREBRAL EN PACIENTES EPILÉPTICOS**

*Jesús de Felipe Oroquieta, Pilar Ortiz Quintana  
y Rafael García de Sola*

*Facultad de Psicología de la UCM  
Hospital de la Princesa de Madrid*

### **RESUMEN**

Se estudia un grupo de 28 sujetos epilépticos del lóbulo temporal, adultos, de ambos sexos y procedentes de diferentes provincias españolas a los que se aplicó el Rorschach, antes y después de una intervención neuroquirúrgica. En este trabajo se trata de analizar las diferencias encontradas en las constelaciones del Rorschach en la medida pre y post. La intervención quirúrgica disminuye significativamente el número de crisis epilépticas. Como resultados se resumen los siguientes: los pacientes presentan numerosos índices psicopatológicos tanto antes como después de la operación, por orden de frecuencia son CDI, DEPI, SCZI y SCON, sin embargo los estilos HVI y OBS no son positivos en ninguno de los pacientes. Los cambios entre las medidas pre y post no son estadísticamente significativos en el grupo general, la mayoría de los pacientes mantienen el valor de los índices, solo una minoría lo aumentan o disminuyen.

### **Introducción**

La epilepsia es una enfermedad enormemente compleja y en gran medida desconocida. Autores actuales como Sánchez (1992) plantean que no se han identificado todavía las alteraciones neuroquímicas presentes en el foco epiléptico, ni los mecanismos neurofisiológicos que favorecen su mantenimiento y propagación.

Los tratamientos están dirigidos a eliminar, si es posible, la causa o factor precipitante pero, en la mayoría de los casos, el objetivo principal consiste en controlar las crisis epilépticas. El tratamiento médico estándar de la epilepsia es el farmacológico permitiendo el control de las crisis (no la curación de la epilepsia). Un 70% de los pacientes, a pesar de sufrir las dificultades que produce la enfermedad, suelen mantener una vida normal. Pero no ocurre igual con el 20% restante en los que persisten las crisis epilépticas, configurando el tipo de epilepsia denominada farmacorresistente.

Aunque el tratamiento farmacológico no es eficaz en los pacientes epilépticos farmacorresistentes, éstos tienen que seguir tomando medicación, ya que no tomarla provocaría un agravamiento de la enfermedad. Bajo un estricto control médico, los pacientes suelen probar la mayoría de los principios activos existentes para el control de la sintomatología, en diversas concentraciones y mezclas, sin que acaben sus crisis. Tras un largo período de pruebas farmacológicas que fracasan, se estudia la posibilidad de un tratamiento neuroquirúrgico.

La cirugía de la epilepsia es la última alternativa de tratamiento en el 20% de los epilépticos. La detección de un daño cerebral objetivable en los estudios de neuroimagen, tiene un peso importante en la decisión de una lesionectomía. García de Sola (1997) propone tres grupos de epilepsias farmacorresistentes potencialmente neuroquirúrgicas; a) las lesiones cerebrales que, por criterios de neurocirugía generales, como la existencia de tumores o malformaciones vasculares, tienen que operarse, b) aquellos pacientes con lesiones orientativas de localización del complejo lesivo epileptógeno como las esclerosis mesiales, atrofas localizadas, lesiones cicatriciales postraumáticas, etc., que no tienen indicación de ser extirpadas de acuerdo a los criterios anteriormente citados y c) los pacientes con epilepsia farmacorresistente sin lesión objetivable en la resonancia magnética (RM).

En función de los resultados de las exploraciones preoperatorias, a los pacientes se les puede ofrecer una alternativa quirúrgica curativa o paliativa, con altas garantías de erradicar las crisis en el primer caso y elevadas probabilidades de reducir de forma significativa la cantidad de las crisis en el segundo. El éxito del tratamiento, siguiendo al autor anteriormente citado, es muy alto. Tomando un grupo de 100 pacientes intervenidos, el 83% de los pacientes epilépticos temporales (con el complejo lesivo epileptógeno

en el lóbulo temporal) dejan de tener crisis epilépticas tras la operación, sin embargo el porcentaje se reduce a un 57% en las epilepsias extratemporales.

En la Conferencia del Instituto de Salud Americano para el desarrollo de consenso sobre tratamiento quirúrgico (Surgery for epilepsy, 1990), se plantearon las bases fundamentales en torno al tratamiento quirúrgico de la epilepsia. El papel de la neuropsicología es crucial a la hora de localizar el foco lesivo epileptógeno y durante el seguimiento de los pacientes, destacando el lenguaje y la memoria como áreas importantes de estudio. También se consideran de interés los aspectos psiquiátricos de los pacientes, sugiriendo la evaluación de la depresión, la ansiedad y la presencia de alteraciones graves que puedan contraindicar la cirugía. Llamam la atención sobre el concepto de calidad de vida, así como sobre el valor de los aspectos psicosociales, aunque reconocen que no ha sido suficientemente estudiados.

La difícil valoración de lo que está más allá de lo puramente fenomenológico hace que lo psicológico se reduzca a una serie de elementos descriptivos, medibles y muchas veces de escaso valor. Los test utilizados actualmente en los pacientes epilépticos suelen ser del tipo de los cuestionarios de personalidad, algunos creados específicamente para los epilépticos, como la escala del impacto de la epilepsia de Jacoby et al. (1981) y otros como el clásico MMPI, entre otros citados por Baker (1997). El test de Rorschach no suele utilizarse actualmente en el estudio de la epilepsia, en una búsqueda bibliográfica aparecieron 20 publicaciones. Del total, 5 publicaciones eran de la década de los 80, y 15 de los 70. Solo un artículo publicado en una revista de Israel trata sobre los efectos de una lobectomía temporal en tres sujetos.

¿Hay cambios psicológicos en los pacientes epilépticos tras una intervención quirúrgica cerebral? A pesar de las escasas publicaciones encontradas y la enorme dificultad que implica la valoración del área emocional y la personalidad de los pacientes, la respuesta a dicha pregunta sigue siendo un reto importante en la fecha actual. Cuando un paciente pregunta ¿voy a tener algún cambio en mi personalidad tras la operación? la respuesta que puede darse, es que no existe más información que la derivada de la experiencia de la Unidades de Cirugía de la Epilepsia.

El objetivo de este trabajo consiste en un primer acercamiento de respuesta a la pregunta anterior. La respuesta es muy compleja

y requiere un estudio en profundidad, pero en este trabajo se ha decidido empezar con el estudio de las seis constelaciones del test de Rorschach (SCZI, DEPI, CDI, SCON, HVI, OBS) antes y después de la intervención quirúrgica como un primer paso, ya que aporta información sobre aspectos psicopatológicos y también reúne gran número de variables más cercanas a los aspectos emocionales y a la personalidad de los pacientes.

## **Método y Procedimiento**

**Sujetos:** Se trata de 28 pacientes epilépticos del lóbulo temporal farmacorresistentes con crisis epilépticas semanales complejas parciales y/o secundariamente generalizadas. Son 19 hombres y 9 mujeres mayores de 17 años (min=18 max= 61, M=31,3, DT= 9,9) procedentes de diferentes provincias españolas.

Se destacan brevemente algunos de los datos recogidos de los sujetos:

- Nivel de estudios medio equivalente a 7º EGB (min 4-max 18, M=9, DT=3,8)
- Cociente intelectual entre puntuaciones medias (min 68 - max 123, M=97, DT=14).
- El 71,4% de los pacientes son solteros y 28,6% casados.
- El 89% de los pacientes tienen la primera crisis epiléptica antes de los 19 años.
- El 75% de los pacientes no trabajan.
- El 92% de los pacientes está tratado en politerapia farmacológica.

## **Instrumentos utilizados y procedimiento**

Los pacientes acuden al Servicio de Neurocirugía del Hospital de la Princesa de Madrid para estudiar la posibilidad de un tratamiento quirúrgico. Fueron explorados por un gran número de profesionales incluidos psicólogos clínicos que evaluaron el área neuropsicológica, psicopatológica y personalidad.

Se pasó el test de Rorschach a los 28 sujetos antes de la operación (medida pre) y después de la misma (medida post). En este trabajo se tienen en cuenta las seis constelaciones del Rorschach.

La aplicación del Rorschach fue realizada en períodos de tiempo que oscilan entre 6 meses y un año antes de la operación, ya que es el tiempo que suele durar el turno en la lista de espera, incluyendo la finalización de todas las pruebas médicas y psicológicas necesarias. La segunda aplicación del Rorschach se realiza, no antes de 6 meses después de la resección cerebral, en una revisión rutinaria en la que se aplican las mismas pruebas que en la medida pre (el período de tiempo entre aplicaciones del Rorschach suele ser de dos años aproximadamente).

## **Metodología**

Como metodología se ha aplicado el test arcoseno para diferencias de proporciones calculando el valor power y beta con un alfa de dos colas y una  $p < 0.05$ . No obstante ninguna de las diferencias de proporciones ha sido significativa estadísticamente. Las diferencias entre las variables en las medidas pre y post, para que fuesen significativas, tenían que alcanzar más de 20 puntos de diferencia entre porcentajes, lo que no ha ocurrido en ninguna de las variables que componen los seis clusters.

## **Resultados**

Desde el punto de vista médico los resultados son positivos, es decir, la mayoría de los pacientes han reducido significativamente el número de crisis epilépticas.

La mayoría de los pacientes, antes o después de la operación, presentan alguna constelación positiva en el Rorschach. En la medida pre, un 82 % (23 sujetos) tiene algún índice patológico y después de la operación el porcentaje sigue siendo alto, un 75% (21 sujetos).

En la tabla 1 se presenta la frecuencia de las constelaciones del Rorschach en la medida pre y post. Se observa que:

- Los índices más numerosos son el CDI (17 sujetos, 60%) y DEPI (13 sujetos, 46%). La inhabilidad social y la depresión son importantes en este tipo de sujetos en las dos medidas.

- Las constelaciones referentes a los estilos hipervigilante y obsesivo no son positivos en ninguno de los 28 pacientes, ni antes, ni después.

## INDICES

INDICES	PRE	POST	M	D	A
CDI	17	17	14	3	3
DEPI	13	11	8	5	3
SCZI	6	6	3	3	3
SCON	3	3	1	2	2
HVI	0	0	0	0	0
OBS	0	0	0	0	0

*M: Mantiene D: Disminuye A: Aumenta*

Tabla 1. Frecuencia de las constelaciones del Rorschach en la medida pre y post

- La mayoría de los pacientes, mantienen el índice positivo en la medida post, por lo tanto, la neurocirugía no parece ejercer un cambio notable en el grupo general, sin embargo, en un bajo número de sujetos, disminuye o aumenta.

### Indice de Inhabilidad Social

14 pacientes mantienen el índice positivo antes y después de la intervención quirúrgica.

Seis sujetos han variado el índice de un modo diferencial.

La inhabilidad social no cambia fácilmente en la mayoría de pacientes, a pesar de haber reducido significativamente las crisis tras la operación. Sería interesante analizar en profundidad los seis



casos en los que si se han producido cambios clínicamente significativos.

En la tabla 2, se representan las variables que componen el CDI y los porcentajes. Se trata de variables importantes en este tipo de pacientes, en especial los tres primeros elementos. Las diferencias entre porcentajes no son significativas, la mayor diferencia entre los grupos pre y post está en la variable que hemos subrayado (SumT > 1 o Aislmt/R > .24 o Fd > 0).

### INDICE DE INHABILIDAD SOCIAL

VARIABLES	PRE	%	POST	%
EA<6      ó      AdjD<0	2 3	8 2	2 6	9 3
COP<2      y      AG<2	2 1	7 5	2 3	8 2
SumPC<2.5      ó Afr < .46	2 1	7 5	2 6	9 3
p<a+1      ó Hpura < 2	1 6	5 7	1 8	6 4
SumT>1      ó Aislmt/R>.24      ó Fd > 0	1 8	6 4	1 2	4 3

Tabla 2

La constelación de inhabilidad social es muy elevada y tiene gran relevancia en este tipo de pacientes, se refiere a las dificultades en las relaciones interpersonales, problemas para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes del entorno social, la indefensión aprendida, la vulnerabilidad a situaciones de estrés, etc.

### Indice de Depresión

13 sujetos presentan el índice positivo antes de la operación y 11 después. Ocho sujetos puntúan positivo antes y después, cinco han disminuido y tres han aumentado la depresión.

El escaso número de sujetos y la falta de significación estadística, no permiten apoyar ninguna afirmación sólida, pero si señalan un menor número de índices depresivos que de inhábiles sociales siendo el índice de depresión el que más disminuye (5 sujetos).

La tabla 3 contiene las variables que componen el índice de depresión. No se encuentran grandes diferencias entre los porcentajes pre y post. No obstante, en ambas medidas, los porcentajes superan el 75% en tres de las variables. Se trata de items que se mantienen y las más elevadas parecen estar vinculadas a componentes cognitivos (Egocentrismo y Afr) y relacionales (Blends, Cop, Isolate) de la depresión.

### INDICE DE DEPRESION

VARIABLES	PRE	%	POST	%
<u>FV+VF+V&gt;0</u> ó FD > 2	12	43	8	29
<u>Complj. Col-Sh &gt; 0</u> ó S > 2	13	46	11	39
<u>Ego &gt; .45</u> Fr+rf=0 ó Ego < .33	22	79	21	75
<u>Afr &lt; .46</u> ó Complj. < 4	21	75	23	82
<u>Sum SH &gt; FM + m</u> ó SumC' > 2	17	60	12	43
<u>MOR &gt; 2</u> ó 2AB + (Art + Ay) > 3	6	21	4	14
<u>COP &lt; 2</u> ó Aislmt/R > .24	26	93	25	89

Tabla 3

Las variables de dimensión y vista (subrayadas en la tabla) son las que más han variado en las dos medidas (pre y post), aunque no es significativa la diferencia de proporciones entre ambos grupos.

## Índice de Esquizofrenia

En el índice de esquizofrenia (tabla 1), seis pacientes presentan el índice positivo antes y después de la intervención quirúrgica, pero no son los mismos sujetos. Solo tres se mantienen. En seis sujetos el índice se modifica de un modo significativo: tres dejan de cumplirlo y tres lo aumentan.

### INDICE DE ESQUIZOFRENIA

VARIABLES	PRE	%	POST	%
X+%<.61 y S-%<.41 ó X+%<.50	27	96	24	86
X-%>.29	7	25	10	36
FQ->=FQu ó FQ->FQo+FQ+	15	54	13	46
Sum NvL-2 CCEE>1 y FAB2>0	3	11	2	7
SumBR6>6 ó SumPond6>17	16	57	10	36
M->1 ó X-%>.40	7	25	5	18

Tabla 4

Al observar las variables de la constelación de esquizofrenia (tabla 4), tampoco hay diferencias significativas entre las proporciones en las medidas pre y post en las diferentes variables. Por otra parte, destaca la primera variable en estos pacientes ( $X+%<.61$  y  $S-%<.41$  ó  $S+%<.50$ ), es decir, la escasa convencionalidad en sus percepciones y la distorsión emocional de los procesos de mediación son dificultades que se mantienen aún después del tratamiento.

Las variaciones más numerosas se encuentran en la variable de fenómenos especiales (subrayada en la tabla 4), pero insistimos que no son significativas estadísticamente las diferencias entre los porcentajes.

### Indice de suicidio

En la constelación de suicidio (tabla 1), seis sujetos puntúan en la medida pre y otros seis en la medida post, pero no son los mismos sujetos: tres mantienen el índice positivo que tenían previamente, tres dejan de cumplirlo y tres presentan el índice positivo por primera vez.

### CONSTELACION DE SUICIDIO

VARIABLES	PRE	%	POS	%
$FV + VF + V + FD >$	1	25	3	10
<u>Comp l j . Col - SH &gt;</u>	11	39	8	28
$3r+(2)/R < .31$ $> .44$ $\delta$	22	78	21	75
$MOR > 3$	2	7	2	7
$Zd > + - 3.5$	13	46	10	36
$e s > EA$	26	92	26	93
$CF + C > FC$	9	32	10	35
$X + \% < .70$	28	100	27	96
$S > 3$	5	17	6	21
$P < 3$ $\delta$ $> 8$	3	10	6	21
$H$ pura $< 2$	17	60	18	64
$R < 17$	3	10	5	18

Tabla 5

En relación a las variables que lo componen (ver tabla 5), la frecuencia alta (>60%) corresponde a las variables de egocentrismo ( $3r+(2)/R<.33$ ), disparadores internos de tensión elevados frente a los recursos ( $es>EA$ ), escaso convencionalismo en sus percepciones ( $X+\%<.70$ ) y escasa percepción de contenidos humanos ( $H\text{ pura}<2$ ). Parecen ser características estables de los sujetos; no varían con la intervención quirúrgica.

### **Estilos de Hipervigilancia y Obsesivo**

No han sido positivos las constelaciones en ninguno de los pacientes (tabla 1), ni antes, ni después de la operación, lo cual resulta difícil de creer, en especial cuando son elevados los otros índices y por otra parte, en relación al de hipervigilancia, 3 pacientes tienen en el MMPI la escala de paranoia significativa (Escala de paranoia con puntuaciones T 70).

#### **ESTILO HIPERVIGILANTE**

VARIABLES	PRE	%	POS	%
$FT + TF + T = 0$	13	46	19	68
$Zf > 12$	8	29	7	25
$Zd > +3.5$	2	7	1	3
$S > 3$	5	18	6	21
$H + (H) + Hd + (Hd) > 6$	6	21	7	25
$(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$	4	14	2	7
$H + A : Hd + Ad < 4 : 1$	22	78	20	71
$Cg > 3$	0	0	2	7

Tabla 6

En la tabla 6 se puede observar que los valores más elevados están en las variables de proporción de contenidos (H+A:Hd+Ad < 4:1) y en la Textura (FT+TF+T =0). En cuanto a la proporción de contenidos humanos y animales completos, la mayoría de los pacientes son retraídos y perciben con suspicacia el entorno humano y no parece cambiar dicha variable tras la intervención. En la medida post, la variable textura aumenta, pero no es estadísticamente significativa la diferencia.

¿Por qué no aparece ningún estilo hipervigilante positivo en estos pacientes?

### ESTILO OBSESIVO

VARIABLES	PRE	%	POS	%
Dd > 3	14	50	13	46
Zf > 12	8	28	7	25
Zd > + 3.0	3	11	2	7
P > 7	1	3	3	11
Resto de items	0	0	0	0

Tabla 7

La ausencia de textura es la condición previa en el índice de hipervigilancia, de modo que, si un sujeto cumple todos los items, pero tiene una textura, no tiene positiva la constelación. ¿Eso significa que el resto de las variables que componen el índice no tienen valor interpretativo? Con frecuencia, en la realidad de la clínica, se suele tener en cuenta el alto valor de un índice, aún cuando éste no sea positivo. Si se aplica este punto de vista, es decir, valorando el número de elementos aunque no tengan la textura positiva, tres

sujetos (11%) de los pacientes en la medida PRE y cinco (18%) en la medida POST, muestran cuatro o cinco ítems del índice de hipervigilancia, hecho que coincide de un modo más realista con la clínica de estos pacientes, si se interpretasen como alto número de componentes de características hipervigilantes.

En cuanto al estilo obsesivo el número total de ítems es aún más bajo que el de hipervigilancia, la mayoría tienen de 0 a 1 ítem positivos.

En cuanto a las variables que lo componen (tabla 7), los dos ítems más elevados en este tipo de pacientes, tanto antes como después de la operación, aunque no superan el 50%, se agrupan en las dos primeras variables que tienen que ver con el modo personal de acercamiento al campo estimular, con cierta pérdida de la visión de conjunto o de la eficacia práctica ( $Dd > 3$ ) y la iniciativa o motivación puestas en juego en la actividad organizativa ( $Zf > 12$ ).

¿Por qué no tienen el estilo positivo? ¿Es que los pacientes epilépticos no tienen estilos obsesivos de personalidad? En nuestra experiencia clínica es infrecuente encontrar sujetos con dicha constelación positiva, incluso en pacientes con suficientes rasgos obsesivos valorados a través de una entrevistas u otros instrumentos de diagnóstico. La hipótesis que se propone en este caso es en relación al término «estilo obsesivo» que, a nivel clínico, suele venir asociado a características obsesivas (rumiaciones, actos compulsivos, pensamientos mágicos, etc), sin embargo, el índice quizá podría valorar un estilo de personalidad perfeccionista, y no tanto componentes obsesivos desde el punto de vista psicopatológico.

## **Conclusiones**

Los pacientes epilépticos del lóbulo temporal farmacorresistentes tienen altas puntuaciones en las constelaciones del Rorschach, tanto antes (82%) como después (75%) de la resección quirúrgica cerebral, lo que permite comprobar la alta frecuencia de alteraciones psicológicas en este tipo de pacientes y por lo tanto la urgente necesidad de un tratamiento y un seguimiento psicológico. Las mayores dificultades en este grupo se encuentran en relación a componentes depresivos y relacionales (CDI y DEPI).

No se ha valorado el complejo concepto de personalidad, sino constelaciones de variables psicopatológicas que contienen 47 ele-

mentos (6 en SCZI, 7 en DEPI, 5 en CDI, 12 en SCON, 8 en HVI, 9 en OBS). Al observar que no hay cambios significativos en tal alto número de variables, no se puede concluir nada definitivo, pero indirectamente se observa que la estructura de la personalidad no ha cambiado drásticamente tras la intervención quirúrgica en el grupo general, avalando la vieja hipótesis que afirma que la personalidad no está localizada en un área del cerebro, no obstante, el hecho de la resección influye de un modo diferencial en algunos de los sujetos.

Los resultados del CDI hacen reflexionar en torno a la cronicidad de la inhabilidad social de dichos pacientes. El tratamiento quirúrgico no incide sobre dicho índice, siguen siendo inhábiles sociales, lo que sugiere que la habilidad social tiene unos componentes que no se modifican tan fácilmente, probablemente una mayor profundización de los componentes afectivos del CDI junto a un análisis de los aspectos de aprendizaje y elementos cognitivo-perceptivos en torno a las relaciones interpersonales de los sujetos podrían dar la clave de la inmodificabilidad del índice en estos pacientes.

Igual ocurre con el DEPI aunque parece haber un mayor número de sujetos que reducen el índice en proporción al CDI, sin embargo, es escaso el número de sujetos como para afirmar que el tratamiento disminuye el valor del índice.

En los datos del SCZI se ve claramente la escasa convencionalidad en sus percepciones y la distorsión emocional de los procesos de mediación, probablemente dificultades que presenta el grupo general y se mantiene aún después del tratamiento. Sería interesante estudiar caso por caso los tres pacientes que han dejado de cumplir el SCZI, así como los tres que han empezado a cumplirlo ya que podría aportar información muy relevante.

La constelación de suicidio aunque no es muy numerosa, muestra, al analizar las variables que la componen, que el egocentrismo bajo, los disparadores internos de tensión elevados frente a los recursos, el escaso convencionalismo en sus percepciones y la escasa percepción de contenidos humanos, parecen ser características de los sujetos que se mantienen invariables a pesar de todo.

Los estilos hipervigilantes y obsesivos no son positivos en ninguno de los pacientes, y aún menos significativas son las variables que componen el índice OBS. Estos resultados hacen plantear, por una parte, el condicionante de la textura que podría ensombrecer el



valor del resto de componentes del HVI, como parece ocurrir en este grupo de sujetos y el escaso valor del índice de obsesividad, sugiere replantear el término en castellano «estilo obsesivo» por otro probablemente más ajustado a la clínica como es «estilo perfeccionista».

Se suponía que una intervención quirúrgica, que reduce de un modo notable las crisis epilépticas, llevaría a una disminución de la psicopatología, sin embargo, los resultados muestran que ni el paso del tiempo, aproximadamente dos años entre aplicaciones del Rorschach, ni la resección del polo del lóbulo temporal, ni el hecho de no padecer crisis epilépticas, hacen que cambien los índices psicopatológicos de la gran mayoría de los pacientes evaluados. Solo en una minoría aumentan o disminuyen.

Finalmente se plantea la necesidad de un estudio en profundidad de otras variables del Rorschach no valoradas todavía, ya que podrían aportar claves para la comprensión de factores intervinientes en el tratamiento, asesoramiento psicológico a los que vayan a ser intervenidos en el futuro, y otros datos muy relevantes para los pacientes en particular y para la Psicología Clínica en general.

## **Bibliografía**

- BAKER, G. A. (1997). Psychological responses to epilepsy: Their development, prognosis and treatment. En C. CULL, AND L. H. GOLDSTEIN, (EDS). *The clinical Psychologist's handbook of Epilepsy. Assesment and management*. London and N. York: Ed. Routledge.
- GARCÍA, R. (1997). ¿Cuándo es oportuno efectuar el estudio prequirúrgico de los pacientes con epilepsia? *Revista de Neurología*, 25, (139), 379-385.
- SÁNCHEZ, J. (1992). *Perfiles neuropsicológicos en pacientes epilépticos*. Madrid. Editorial de la U.C.M.
- NIH CONSENS. Dev. Conf. Surgery for epilepsy. *Consensus Statement* (1990), 8, 19-21.
- EXNER, J.E. (1994). *El Rorschach. Un sistema comprensivo*. Vol. 1. Madrid: Psimática.
- EXNER, J.E., Y SENDÍN, C. (1994). *Manual de interpretación del Rorschach. Para el sistema comprehensivo*. Madrid: Psimática.



## **EL TEST PRESINTOMÁTICO DE HUNTINGTON: SUS REPERCUSIONES PSÍQUICAS**

*M<sup>a</sup> Luisa Plumed, Alicia Tamayo y José M<sup>a</sup> Arrieta*

*Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

### **RESUMEN**

La Corea de Huntington se llama así en recuerdo del Dr. George Huntington, que publicó la primera descripción de la enfermedad en 1872.

En 1983 se localizó el gen de la Enfermedad de Huntington, en España las primeras pruebas predictivas se llevaron a cabo en 1991 en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, Institución en la cual se ha obtenido nuestra muestra. En 1993, 10 años más tarde finalmente se aisló el gen (IT15).

La Enfermedad de Huntington es una enfermedad hereditaria, autosómica y dominante en la que el cerebro y el sistema nervioso se deterioran de forma progresiva. Los síntomas aparentes son cambios en la conducta y se describen como cambios de personalidad, cambios físicos y cognitivos.

Nuestro objetivo en la realización de este trabajo ha consistido en el estudio y comprensión de las repercusiones psíquicas que conlleva el afrontar la información de ser portador o no del gen de una enfermedad, que no tiene cura, la Enfermedad de Huntington.

Para poder realizar un análisis crítico de los resultados, lo primero que abordamos fue la creación de una tabla normativa, denominada tabla mixta, que correspondiera a sujetos con un estilo vivencial similar a los de nuestra muestra, lo que nos permitiría realizar las comparaciones respecto a unos valores más representativos.

### **INTRODUCCIÓN**

#### **¿Qué es la enfermedad?**

La Enfermedad de Huntington (E.H.) es una enfermedad hereditaria en la que el cerebro y el sistema nervioso se deterioran de forma

progresiva. El desarrollo de los síntomas conlleva hacerse mayor y senil mucho antes. Los síntomas aparentes se observan en la conducta y se describen como cambios físicos, cognitivos y de la personalidad. Estos cambios suelen ocurrir entre los 30 y los 45 años. Comienzan de forma gradual y se convierten en severos después de unos años, la persona nace con la enfermedad pero no muestra síntomas hasta que es adulta.

Los síntomas varían de una persona a otra incluso dentro de una misma familia.

Describiremos a continuación estos cambios:

**Los cambios de personalidad** consisten en una conducta irritante y depresiva acompañada de ansiedad y apatía; a veces la persona tiene ideas extrañas y fijas, la familia y los amigos lo definen como «no es ella, es otra persona». No son capaces de realizar actividades de la vida diaria como trabajar, conducir, manejar dinero, etc.

**Los cambios físicos** son en primer lugar movimientos involuntarios, que pueden consistir inicialmente en una actividad «nerviosa», agitación, temblores, tics o una excesiva inquietud. La escritura puede cambiar y al final se pierden las funciones motoras y la habilidad para hablar; el andar se vuelve inestable y a menudo parece que está bebido.

En relación a los **cambios cognitivos** las primeras manifestaciones se dan en la habilidad para pensar, recordar y concentrarse; cuando estas funciones tan importantes se deterioran, se reduce drásticamente la habilidad para organizar su propia vida.

Muchos pacientes después de 10/20 años de progreso de la enfermedad, terminan sin ser capaces de que los demás entiendan lo que dicen, todos acaban sin poder cuidar de sí mismos.

Es importante comentar que muchos pacientes viven durante mucho tiempo sin tener un diagnóstico de E.H. debido a que los síntomas no están claros o se parecen a los de otras enfermedades.

## **Causas genéticas**

El responsable de la enfermedad es un gen autosómico dominante de penetración completa que se hereda; esto significa que los hijos de una persona con Huntington tienen un 50% de riesgo de

padecerla, independientemente de su sexo. Esta enfermedad no salta generaciones.

Sabemos que el defecto genético, en el que se asienta la enfermedad, es una expansión de una clase normal de patrón genético. Éste incluye tres componentes químicos llamados citosina, adenina y guanina, los cuales se encuentran en el código genético. Estos tres compuestos químicos codifican un aminoácido o pieza básica de una proteína.

Desde 1993 sabemos que cada persona con más de 40 repeticiones tendrá la E.H., a menos que muera antes por alguna otra razón. No existe una correlación directa entre la longitud de repeticiones y la forma de la enfermedad.

## **Prevalencia**

Hace años se pensó que la Enfermedad de Huntington era algo raro, pero hoy se conoce como una de las enfermedades hereditarias más comunes. En el pasado, las familias a menudo escondían esta enfermedad como un secreto vergonzoso. Este hecho, unido a los frecuentes diagnósticos erróneos, llevó a subestimar su **prevalencia**.

La Enfermedad de Huntington afecta a individuos de ambos sexos, así como a todas las razas y grupos étnicos del mundo, suponiendo un trastorno para toda la familia.

Actualmente en España se estima que unos cuatro mil individuos tienen la enfermedad, es decir una de cada diez mil personas.

## **Tratamiento**

Aunque no existe un tratamiento que altere el curso de la enfermedad, la medicación es efectiva para tratar determinados síntomas como la depresión y la ansiedad. En la mayoría de los casos los enfermos funcionan mejor cuando la medicación se mantiene bajo mínimos; curiosamente drogas que han sido efectivas durante una etapa de la enfermedad dejan de serlo en otra.

La clave para un mejor tratamiento y una eventual cura de la E.H. está en la investigación. Ha habido varios hallazgos importantes en los últimos años: sobre todo fue fundamental el descubrimiento del gen. Desde entonces, también se han encontrado cier-

tas proteínas que parece que interactúan con la proteína huntingtina (proteína específica del gen de la E.H.)

La investigación intenta determinar de qué forma estas sustancias combinadas entre sí causan los síntomas de la enfermedad, encontrar alguna manera de parar esta interacción y con ello fijar el tratamiento.

### **Test predictivo**

El test presintomático o predictivo es la prueba más perfeccionada dentro del campo genético, ya que puede mirar dentro de la bola de cristal de ADN y pronosticar casi medio siglo de nuestra vida. Se precisa únicamente un análisis de sangre. Posteriormente se obtiene una muestra de ADN y se realiza el estudio a través de distintas técnicas moleculares.

Las recomendaciones respecto a la utilización del test predictivo para la detección temprana de la enfermedad fueron dadas por los miembros de un comité, que representaban tanto a la Asociación Internacional de Huntington como a la Federación Mundial de Neurología.

Los individuos que quieran pasar el test predictivo han de tener la mayor información posible, siempre y cuando ésta sea relevante, con el fin de poder decidir libremente; para ello se exige que sean mayores de edad.

Respecto a las personas con evidencia de un problema psiquiátrico serio, ya sea actual o no, se aconseja posponer la pasación del mismo.

Hay que tener en cuenta que en caso de ser positivo, el test predictivo no dará información sobre la edad de aparición de los síntomas, de su clase, de su gravedad ni de la velocidad de progresión de la enfermedad.

### **MUESTRA Y MÉTODO**

Los 50 individuos que componen la muestra de este trabajo provienen de diferentes comunidades autónomas. Todos ellos son portadores potenciales del gen de Huntington y han optado por la pasación voluntaria del test predictivo en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Los únicos criterios para formar parte de la misma fueron, que careciesen de trastornos psiquiátricos severos y no tuviesen ningún síntoma neurológico. Los hemos dividido en dos subgrupos dependiendo de la figura parental portadora del gen.

Su edad media es de 30 años, un 48% son hombres y un 52% mujeres; en relación a su estado civil un 68% están o han estado casados y un 32% son solteros.

En cuanto a su nivel de estudios un 48% tiene estudios superiores, un 32% medios y un 20% primarios.

Por último un 2% tiene un nivel socioeconómico bajo, un 64% medio y el resto alto.

Para la administración y valoración de los test de Rorschach se han utilizado los criterios y datos normativos del Sistema Comprehensivo Rorschach de J. Exner (1995).

Se ha realizado el adecuado tratamiento numérico de los datos para el cálculo y análisis de variables, relaciones e índices. Asimismo, se han efectuado pruebas sobre la media y la varianza, test de homogeneidad y análisis de correlaciones para poner de manifiesto las influencias recíprocas entre las distintas variables.

Dado que no conocemos estudios empírico-experimentales sobre sujetos con enfermedad física trabajados por Exner y que en nuestra muestra un 52% eran sujetos ambiguos, hemos creado una tabla, que denominamos mixta, que corresponde a los porcentajes de individuos de cada tipo vivencial en nuestro grupo.

Este análisis cuantitativo ha permitido conocer las variables Rorschach que presentan un resultado diferente en relación a los datos normativos, lo cual nos permite describir las características fundamentales de este grupo.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **Rasgos afectivos**

68% de sujetos presentan DEPI positivo (8%: DEPI=7; 28%: DEPI=6; 32%: DEPI=5.) De estos sujetos, un 36% dan además CDI positivo. Pero antes de analizar en detalle las variables que tienen que ver con aspectos emocionales, queremos destacar que los resultados encontrados en esta pequeña investigación no permiten establecer un perfil único del posible portador del gen de Huntington.

TABLA 1 - ÍTEMS DEPI

➤ <b>SumV&gt;0 ó FD&gt;2</b>	<b>72%</b>
➤ <b>SumShd&gt;0 ó S&gt;2</b>	<b>80%</b>
➤ <b>(Ego&gt;.44 y Fr+rF=0) ó Ego&lt;.33</b>	<b>64%</b>
➤ <b>Afr&lt;.46 ó Blends&lt;4</b>	<b>76%</b>
➤ <b>SumShd&gt;FM+m ó SumC'&gt;2</b>	<b>64%</b>
➤ <b>MOR&gt;2 ó Intelec&gt;3</b>	<b>40%</b>
<b>COP&lt;2 ó Isolate&gt;.24</b>	<b>96%</b>

Es conocida la diferencia que existe entre una situación teñida de elementos depresivos y la depresión patógena. El sentimiento depresivo es algo común a todos los humanos, se agudiza en determinados momentos como pérdidas y cambios y no tiene por qué suponer patología; lo excepcional sería lo contrario, no registrar sentimientos depresivos.

En los sujetos de la muestra es palpable e intensa la manifestación de sufrimiento, debido a una situación muy estresante, ya que además de pruebas psicológicas se les somete al test predictivo de Huntington.

Nos llama la atención que todas las respuestas de comida vayan acompañadas de sombreado. De ellas, un 50% son V, y su mayor frecuencia se da en la lámina VI. El código MOR, circunscrito a las láminas I y IV, aparece en 60% de casos; observamos también un índice bajo de egocentrismo; contenidos altos de anatomía y radiografía (96% de estos en las láminas de color, siendo la VIII donde se dan con mayor frecuencia. Aumento de FABCOM2. Creemos que estos resultados se deben a la problemática afectiva que interfiere seriamente en los procesos ideativos de nuestro sujeto, que se caracterizan por una introspección negativa, ambivalencia y rabia. Encontramos también un aumento de las respuestas S (96%), siendo el SQ-% algo más alto de lo esperado. Un 15% van acompañadas de MOR y un 42% con determinantes de sombreado. En



cuanto a la Constelación de Suicidio, únicamente dos sujetos puntúan positivamente.

TABLA 2 - RASGOS AFECTIVOS

VARIABLES RELEVANTES	
>	V ↑ Y ↑
>	Fd ↑
>	MOR ↑
>	3r+(2)/R ↓
>	An ↑ Xy ↑
>	FABCOM2 ↑
>	S ↑

Todas estas variables indican sujetos proclives a los peores augurios y convencidos de que todo les saldrá mal. Concluidas las pruebas, la mayoría tienen una sensación de alivio porque ahora «ya han lo saben». Sin embargo, los pacientes que obtienen un resultado positivo tienden a deprimirse más, porque ahora ya saben lo que en realidad no querían saber. Las personas que obtienen un resultado negativo también suelen deprimirse, aunque esto ocurre normalmente un poco después por lo que se conoce como «culpabilidad del superviviente».

A continuación presentaremos algunas respuestas de nuestros pacientes que explicitan como se manejan frente a la emoción.

**Paciente 34** - Lámina IX - Respuesta 26. Asociación libre: «Una tormenta con un rayo de sol apareciendo». Encuesta: «Es un poco por la secuencia de colores, aquí todo está bastante oscuro, hay una acumulación de nubes, una apertura arriba y aparecen los rayos de sol que dan este color rojizo dorado a las nubes».

**Paciente 9** - Lámina I - Respuesta 2. Asociación libre: «Una hoja un poco rota, un poco no, bastante rota». Encuesta: «Es una hoja que la hubiesen pisado o ya muy seca, y la gente al pasear la pisa y se rompe. Una hoja, cuando está muy seca, se rompe, de estas amarillas, son muy frágiles y se rompen en las manos. Supongo yo que con los pies se romperán con más facilidad».

**Paciente 25** - Lámina III - Respuesta 6. Asociación libre: «Mujeres peleando por algo... como si la pelea hubiese sido muy fuerte y hubieran manchado las paredes...» Encuesta: «Esto son las mujeres y esto el objeto por el que luchan. Las manchas son éstas, como si el objeto contuviera algo y el hecho de tirar ha hecho que manchen la pared, la pared es lo blanco. Las dos agarran el objeto y están en actitud de tirar para atrás y a ver quién se lo lleva».

## Rasgos cognitivos

En líneas generales, la incorporación de la información externa, es decir su tipo de **procesamiento**, tanto a nivel de esfuerzo como de la calidad y eficacia del mismo, es correcto en nuestros sujetos, aunque conviene destacar como algo fundamental su carácter heterogéneo.

Encontramos algunos sujetos poco prácticos a la hora de enfrentarse al campo estimular y con un gasto energético mayor de lo esperado.

**Paciente 20** - Lámina II - Respuesta 2. Asociación libre: «Es como si vieras desde lejos una pareja bailando, con la mano cogida, con farolillos rojos, pero difuminado, como si no hubiese bastante luz, las figuras no están perfiladas». Encuesta: «Está clarísimo, no puedo explicarlo más».

**Paciente 4** - Lámina VII - Respuesta 20. Asociación libre: «Un gran claro entre nubes. Encuesta: «Nubes y en medio un claro por donde entra luz, un día nublado».

En relación a su grado de convencionalidad, encontramos un aumento de Xu% y X-% (media = 0.24, superada por el 36% de casos). Sorprendentemente, encontramos un número de Populares más alto de lo esperado. Todos los sujetos menos uno, dan populares en la lámina VIII, y todos menos cuatro lo hacen en la lámina V; las demás respuestas se reparten de forma heterogénea en las restantes láminas. Interpretamos este hallazgo como el resultado de un excesivo autocentramiento a causa del problema de base que tiene el sujeto: ¿seré yo del 50% que dan positivo?

**Paciente 45** - Lámina X - Respuesta 19. Asociación libre: «Como si fuera un montón de animales, hay arañas, unos bichitos no sé de qué tipo son... y parecen dos células. Es como si estuvieran atacando a otro más grande, con el objetivo de conseguir esto, la parte central roja». Encuesta: «Las arañas por las patas. Los bi-

chos son los que están comiendo a otro, como lanzados en un salto. Lo rosa, lo gris y lo del centro es el animal al que están comiendo. Todo lo de fuera está intentando comer a lo de dentro. Lo blanco es como tejido normal y los órganos vitales son los otros».

**Paciente 45** - Lámina IV - Respuesta 7. Asociación libre: «Un gigante visto desde abajo, los dos pies, los brazos y la cabeza en lo alto, apoyado en un árbol... está como si hubiera tropezado hacia atrás». Encuesta: «Las piernas, los brazos, la cabeza, los pies grandes y se ve más pequeña la cabeza, si estuviera de frente tendría las mismas proporciones. Ha tropezado y el árbol le ha parado el golpe inevitable, está con los pies y las manos abiertas».

Estas dos últimas respuestas pertenecen al mismo paciente; queda claro entonces que la distorsión es mayor si lo unimos a la proyección.

TABLA 3 - RASGOS COGNITIVOS

VARIABLES RELEVANTES	
> D ↓	W ↑
> Xu% ↑	X-% ↑
> P ↑	
> DV1 ↑	INCOM1 ↑
> DR1 ↑	FABCOM2 ↑

Para nosotros, los hallazgos sobre la **ideación** fueron trascendentales para comprender la complejidad psicológica de estos sujetos.

Ningún paciente tiene SCZI=5, sin embargo el número de Códigos es elevado en relación a las tablas normativas, centrándose sobre todo en la mayor presencia de DV1, INCOM1, DR1 y alguna FABCOM2; pensamos que el uso del lenguaje distorsionado tendría que ver con una forma de expresión idiosincrásica, que disminuye su capacidad para comunicarse, sin que tenga nada que ver con problemas de inteligencia o habilidad verbal. Va unido a la presencia de sus propias preocupaciones, que hace que la disfunción cognitiva se instaure en la propia conceptualización, dejando paten-

te que están más pendientes de la manifestación de su problema que del propio campo estimular.

En el estudio pormenorizado de estos códigos encontramos que aunque su presencia se da a lo largo de todo el protocolo, las láminas donde más aparecen son la I y la VIII.

**Paciente 15** «... No me estoy fijando en la mancha, ¿puedo?, no está, pero me lo imagino...».

No podemos olvidar que son sujetos que tienen temor a que aparezcan los primeros síntomas; por eso necesitan dar sensación de normalidad, de conocimiento y dominio del lenguaje, aunque acaban haciendo un mal uso del mismo y nos dan DV.

Entendemos que estos fallos, que constituyen una disfunción cognitiva en nuestros pacientes, disminuyen cuando son capaces de poner en juego la intelectualización, que no es más que una forma ingenua de negación, un alivio momentáneo que rehuye la presencia del afecto.

**Paciente 14** - Lámina II - Respuesta 3. Asociación libre: «Veo dos animalitos que se están dando la mano, como dos ovejitas que se están dando la mano, que se tienen cariño... si, dos animalitos que están muy unidos y quizá este rojo, quiere decir, que son hermanas o hermanos, que están unidos por lazos de sangre». Encuesta: «No sé por qué he dicho lo que he dicho, pero es tal cual».

La alta presencia de MOR entendemos que sería una señal de que la depresión se está volviendo invasiva y ha pasado ya al campo ideativo, penetra en el pensamiento y lo distorsiona entonces más fácilmente. El 73% de las MOR van acompañadas de un FQ menos o único y su mayor presencia está en la lámina I.

**Paciente 20** - Lámina V - Respuesta 7. Asociación libre: «Esto es un murciélago pero está roto el pataje, donde se une, como si tuviera abierta la cola, estaría en vuelo y visto desde detrás, sería un murciélago orejudo, como si estuviera rota la figura, como si se hubiera roto».

**Paciente 30** - Lámina IV - Respuesta 5. Asociación libre: «La parte de arriba parece la piel de un animal abierta, la parte de arriba da la sensación de los incisivos de los roedores, tendría la boca abierta, lo que pasa que la parte de abajo no concuerda, como si se les hubiera roto la piel». Encuesta: «Está la marca interna de la columna, deshilachada, cortadas las patas. Vista desde abajo, la cabeza parece más pequeña que el resto. Parece cortada a mordis-

cos, como que se les hubiera roto. La columna destaca, este color oscuro sobresale hacia abajo, como que falta la columna».

Es llamativa la alta presencia de respuestas anatómicas, donde el contenido es a menudo de células o neuronas unidas a otras partes del cuerpo, todo ello desordenado.

**Paciente 20** - Lámina X - Respuesta 18. Asociación libre: «Las dos manchas amarillas me han parecido neuronas, con imaginación, lo rosa los pulmones, lo azul el principio de la tráquea, no está continuado, lo otro las células acompañantes del sistema nervioso. Como si hubieran puesto distintos trozos de anatomía, puestos en el mismo dibujo, los riñones, el hueso del pubis, los pulmones, las neuronas y células gliares las azules. Aquí podría ser parte de las costillas, la salida de la tráquea entre las dos clavículas». Encuesta: «Lo único que he visto son las neuronas, se pintan en amarillo normalmente, estas manchas azules son las gliares que se encargan de alimentar, las vísceras tienen un aspecto grasoliento, yo las he visto y me dan mucho asco. Es como si hubiesen cogido muchas fotos de un libro y las hubiesen pegado superpuestas, un libro en color, un atlas, claro».

**Paciente 44** - Lámina VIII - Respuesta 27. Asociación libre: «Las facciones de un cuerpo humano interior, internas». Encuesta: «La forma del pecho, los pulmones y eso las ramificaciones y el tubo digestivo, es por la silueta, los hombros estos aquí, a la altura».

Quizá la respuesta que mejor representa la vivencia de la enfermedad es la que da el siguiente paciente.

**Paciente 11** - Lámina IX - Respuesta 19. Asociación libre: «Podría ser fuego quemando a los árboles. El naranja es el fuego, el verde los árboles y el rosa una piedra». Encuesta: «Debajo de lo que es vida hay tierra o piedra. Las llamas que vienen por aquí y árboles. Es tierra, los árboles están sobre una roca, en alto, como dos planos, son verdes y de una forma así no definida, el fuego me lo ha sugerido el color y por las ramas salen hacia arriba las llamas, van tomando terreno al verde, se mezcla y se come todo».

## CONCLUSIONES

Heterogeneidad en nuestro grupo de posibles portadores del gen de Huntington.

El sexo, la edad y el nivel cultural no son variables que discriminen la posibilidad de padecer la enfermedad.

Las repercusiones psíquicas están más acentuadas en nuestros pacientes si la portadora del gen es la madre.

La excesiva observación sobre la posible aparición de los primeros síntomas de la enfermedad hace que su autopercepción esté teñida de elementos disfóricos.

Los indicadores de depresión manifiesta son claros, acompañados de un monto de angustia excesivo; no debemos olvidar que, si el Test Predictivo es positivo, su enfermedad es irreversible. Por esto la espera de los resultados es vivida como una auténtica ruleta rusa.

En relación a su mundo afectivo, existe la expresión de afectos pero de modulación escasa; además, la invasión de la emoción les conduce a desajustes perceptivos y a un alejamiento de la realidad, tan dura para ellos en estos momentos; el detonante y motor es la rabia frente a la inapelable aceptación de su futuro inmediato.

De los datos Rorschach obtenidos en nuestro trabajo no se confirma la hipótesis, establecida en muchos estudios, que considera el suicidio como una conducta previsible.

Por último, como reflexión final, nos planteamos que si bien es cierto que los resultados de las pruebas genéticas proporcionan a muchos una gran libertad de actuación, también pueden ser muy destructivas. ¿Es ético o incluso provechoso revelar la enfermedad futura cuando aún no existe tratamiento? Las compañías de seguros querrán saber, por ejemplo, quienes son los clientes con un mayor riesgo genético de padecer enfermedades. ¿Sería lícito permitirles el acceso a este tipo de información? ¿Existirán requisitos legales que establezcan que un hombre y una mujer deberán compartir la información genética para poder casarse? Es más, ¿sería motivo de divorcio una negativa a revelar el genotipo?

La gente se pasa la vida escudándose contra la enfermedad, pero el test rompe la coraza y ¿qué la sustituye? El conocimiento del mal por sí sólo no proporciona la ayuda que se necesita para vivir, se precisa además saber que existen esperanzas. Es pues necesario seguir investigando tanto en el campo genético como en el psíquico.

## **Bibliografía**

- BENÍTEZ, J. ET AL. (1992). Estudio de marcadores de ADN ligados a la enfermedad de Huntington (D4S10 y D4S95) en familias españolas: Resultados preliminares. *Rev. Clin. Esp.*, 190, 299-301.
- CAMBIER, J. ET AL. (1983). *Manual de Neurología*. Barcelona-Méjico: Masson.
- GARCÍA DE YÉBENES, J. (1992). Test predictivo de la enfermedad de Huntington. Datos preliminares. *Neurología*, 7, 345.
- HALL, S. ET AL. (1989). Depression preceding choreiform movements in Huntington's Disease: A case study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4, (1), 79-92.
- HEADINGS, V.E. (1989). Functional and ethical characteristics of the relationship between genetic counselor and client. *Loss, Grief and Care*, 3, (3-4), 47-57.
- HUNTINGTON'S DISEASE COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. (1993). A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's Disease Chromosomes. *Cell*, 72, 971-993.
- KESSLER, S. (1987). Psychiatric implications of presymptomatic testing for Huntington's Disease. *American Journal of Orthopsychiatric*, 57, (2), 212-219.
- LUNDERVOLD, A.J. ET AL. (1991). Neuropsychological findings and depressive symptoms in patients with Huntington's Disease. *Scandinavian Journal of Psychology*, 32, (3), 275-283
- MYERS, R. (1993). New considerations in genetic testing for Huntington's Disease. *The Marker*, 2, (6).
- WEXLER, N.S. (1979). Perceptual-motor, cognitive and emotional characteristics of person at risk for Huntington's Disease. *Advanced in Neurology*, 23, 257-272.
- WIGGINS, S. ET AL. (1992). The psychological consequences of predictive testing for Huntington's Disease. *N. Engl. J. Med.*, 327, 1401-1405.
- WORLD FEDERATION OF NEUROLOGY: RESEARCH COMMITTEE: RESEARCH GROUP ON HUNTINGTON'S CHOREAS. (1994). Ethical issues policy statement on Huntington's Disease molecular genetics predictive test. *Journal Neurology Sciences*, 44, 1533-1536.





## ÍNDICES PSICOPATOLÓGICOS DEL HTP EN PACIENTES CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

*Jesús de Felipe Oroquieta, Pilar Ortiz Quintana  
y Rafael García de Sola*

*Facultad de Psicología. Hospital de la Princesa de Madrid*

### RESUMEN

En este trabajo se analizan los protocolos proyectivos gráficos (HTP) de 142 pacientes mayores de 17 años diagnosticados de epilepsia fármaco-resistente, con el objetivo de encontrar, en un primer acercamiento, algunos índices psicopatológicos específicos que permitan profundizar en el estudio de los trastornos orgánicos (neurológicos) y los componentes psicológicos asociados. Todos ellos tienen el diagnóstico de epilepsia y presentan trastornos neurológicos. Aunque dentro del grupo de las Técnicas Proyectivas (TP), las Gráficas (TPG) parecen ser más sensibles para la detección clínica de algunos trastornos neurológicos, a menudo pasan desapercibidas al psicólogo disfunciones neuronales importantes, diagnosticadas a través de procedimientos médicos sofisticados (SPECT, PET, RM, EEG, etc.). En este trabajo, una vez establecida la metodología, se proponen y analizan los resultados entorno a los probables índices de organicidad como el primitivismo encontrado en las casas (chozas), en los árboles (deficitarios, bizarros, animistas) y en las Figuras humanas (nativos, geometrías, Figuras abiertas); b) afección del tejado-copa-cabeza, y otros índices gráficos importantes (rotación, dificultades en las perspectivas, macropias-micropias, ventanas en los bordes, daño corporal, transparencias, aberturas y desnudos).

### Introducción

Comenzaremos con una pregunta cuya respuesta no es fácil de contestar: ¿Qué es un índice de organicidad en las Técnicas Proyectivas Gráficas, como el HTP?

Las Técnicas Proyectivas (TP) fueron creadas para el estudio del funcionamiento psíquico de los pacientes desde una perspecti-

va psicodinámica y no para estudiar las funciones y disfunciones superiores, ni están preparadas para ello. Las técnicas neuropsicológicas son las más adecuadas para realizar el estudio de las denominadas funciones superiores. Junqué et al. (1995) resumen como fundamentales las siguientes: la atención, la percepción, el movimiento, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas.

No obstante, no es infrecuente que el psicólogo clínico, a través de una batería amplia de tests psicológicos, sea el primero en observar determinadas alteraciones que hacen sospechar la presencia de disfunciones neurológicas importantes, derivando seguidamente al paciente a un neuropsicólogo o neurólogo, para que inicie una exploración neuropsicológica exhaustiva.

Desde la orientación psicodinámica, con las Técnicas Projectivas, no tiene sentido el estudio del organismo, o la capacidad de memoria, o el lenguaje, si no es articulado con el concepto de pulsión freudiana. Desde esta perspectiva interesa el síntoma del sujeto, pero más aún la relación del sujeto con sus síntomas y, en definitiva, el estudio del funcionamiento mental. Cuando aparecen síntomas neuróticos de gran riqueza asociativa, como son los síntomas conversivos, los más logrados y evolucionados, en los que la represión primaria está consolidada, las TP alcanzan su máxima riqueza y funcionamiento, pero ¿qué ocurre con los síntomas no neuróticos?, ¿cómo se expresa el cuerpo no simbolizado?, ¿no estaremos sordos a dichos procesos?

Uno de los objetivos de este trabajo es encontrar algunos índices psicopatológicos específicos, en particular en el HTP (Casa, árbol, persona), que faciliten el diagnóstico diferencial de los trastornos orgánicos, que permitan la detección de componentes menos neuróticos o evolucionados, más cercanos a lo corporal, sin simbolizar, pero articulándolo con el funcionamiento psíquico del paciente y, por lo tanto, sin perder de vista lo psicodinámico.

## **Método, Procedimiento e Instrumentos utilizados**

### **Muestra**

De un total inicial de 160 pacientes han sido excluidos 18 sujetos: por ser menores de 17 años, por negarse a participar, o porque habían recibido un tratamiento neuroquirúrgico previo.

Se seleccionaron para el estudio los protocolos gráficos del HTP de 142 hombres y mujeres, adultos (mayores de 17 años), diagnosticados de epilepsia fármaco-resistente en el Hospital de la Princesa de Madrid. Las características sociodemográficas de los pacientes son muy variadas y proceden de diferentes provincias españolas. El elemento común es el hecho de tener el diagnóstico de epilepsia fármaco-resistente, tomar antiepilépticos y presentar crisis epilépticas. No tienen la misma gravedad, pero todos padecen alteraciones neurológicas diagnosticadas con diferentes instrumentos médicos.

Los pacientes acuden al Servicio de Neurocirugía del Hospital de la Princesa de Madrid, para realizar la exploración psicológica general aplicada a todos los pacientes antes de una posible intervención quirúrgica de su epilepsia. Tras una entrevista semi-dirigida inicial, se procede a la evaluación con los siguientes instrumentos: Figura compleja de Rey, Test de Rorschach, Láminas de Bobertag, Dibujo de la casa, árbol y persona (HTP) y el Cuestionario de personalidad de Minnesota (MMPI), todos ellos en diferentes sesiones. Para la realización de este trabajo solamente se han tenido en cuenta los protocolos del HTP.

El material gráfico lo constituyen 568 dibujos de interés, ya que cada uno de los 142 pacientes realiza 4 dibujos (casa, árbol, persona 1ª y 2ª). En primer lugar, a partir de las variables o índices psicopatológicos definidos, clasificamos los dibujos en diferentes grupos. Sin conocer la identidad de los sujetos, se agrupan y contabilizan los dibujos según los ítems definidos, por ejemplo, las casas que tenían algún elemento en el tejado, o la puerta a la derecha, y así sucesivamente.

## Metodología

No se ha utilizado ninguna prueba estadística. Únicamente se calcularon los porcentajes de frecuencia para realizar las descripciones de los diferentes índices. Los resultados, pues, no deben tomarse como propios de una investigación empírica, que demostraría la hipótesis de la presencia de trastornos orgánicos en los pacientes. Sin embargo, los altos porcentajes obtenidos, es decir, la alta frecuencia de los índices observados, apoyan la hipótesis de organicidad más allá de lo meramente especulativo. De otra parte, el hecho de aplicar una batería de test psicológicos y médicos au-

menta la validez de las decisiones clínicas (validez incremental y convergente). En cualquier caso, son datos descriptivos y de importancia para la clínica, de tal manera que la presencia de uno, dos o más de dichos índices en un porcentaje elevado aconsejaría la exploración con pruebas médicas y neuropsicológicas más finas y específicas.

## **Resultados**

A la hora de detectar posibles daños neurológicos, las Técnicas Proyectivas Gráficas parecen tener una mayor sensibilidad que otros métodos proyectivos, probablemente -entre otros múltiples factores- por las características de las pruebas, es decir, el componente psicomotor implicado y la complejidad que implica la expresión gráfica de la representación mental de una casa, de un árbol y de una persona).

## **Índices de organicidad**

No es fácil contestar a la pregunta planteada en la introducción: ¿Qué es un índice de organicidad en las técnicas proyectivas gráficas? Se comentó anteriormente que las TPG están preparadas para conocer la personalidad y no para valorar daño cerebral. Por otra parte, la descripción exclusivamente fenomenológica de daño cerebral, carecería de interés. Seguidamente exponemos los resultados obtenidos en tres apartados (1. Índice de «primitivismo»; 2. Afeción del tejado-copa-cabeza y 3. Otros índices de interés) y proponemos algunas hipótesis que tratan de dar elementos de reflexión sobre la pregunta anterior.

## **ÍNDICE DE PRIMITIVISMO**

Con el término primitivismo hacemos referencia, desde el punto de vista psicodinámico, a los orígenes, a lo antiguo del aparato psíquico. En la Historia del Arte equivaldría a los dibujos de ciertas socie-

dades primitivas, lejos de los avances alcanzados por la historia y el desarrollo de la humanidad. Koch (1962) plantea este concepto en el sentido de original, es decir, cerca del origen, pero con posibilidad de evolución. En la deficiencia mental lo denomina inhibición evolutiva, detenido en el punto donde el niño normal se encontró primitivamente. En la neurosis, sería la reactivación de elementos ancestrales y la regresión.

### Primitivismo en la casa: la «choza»

Se decidió utilizar el término «choza», porque guarda cierta relación con el concepto de primitivismo. La pobreza gráfica y la utilización de elementos básicos en la construcción del dibujo expresan precariedad, déficit y escasa evolución. Se definió el ítem de la casa-choza a partir de las casas que tenían únicamente fachada (normalmente los cinco lados de pared y tejado). Se excluían las que tenían más de 2 niveles.

Para ilustrar el concepto de casa-choza se han elegido tres dibujos. En la Figura 1, la casa dibujada es aún más primitiva que la choza, concepto probablemente mejor representado por la Figura 2, ya que tiene cinco lados y un solo piso. Otra casa-choza, de un modo simpático denominada la casa de la tribu yianomani, es la representada en la Figura 3; el paciente muestra también otras dificultades en el texto escrito: *«esta casa puede servir para un jornalero y sufamilia para poder bibir en ella y estar todos juntos en estacasa»*.

La choza es un índice frecuente en los pacientes con afección neuronal (36%). Se observa claramente en algunos casos de grave afección neurológica, probablemente porque tratan de simplificar al máximo el dibujo, como una estrategia para afrontar la gran dificultad que supone para ellos.

Puede venir asociado a una falta cualitativa y cuantitativa en las relaciones interpersonales, sobreprotección, dificultades en las relaciones sociales por causa de las crisis o por rechazo social. En general podría ser considerado como un índice de pobreza o déficit en todos los aspectos, cognitivo, afectivo y relacional, a causa del trastorno orgánico que padecen.

## Primitivismo en el árbol

El primitivismo también se encuentra en el 38% de los árboles dibujados. Aunque presentan en común esta característica, podemos distinguir tres categorías que podrían diferenciarlos: los primitivos-deficitarios (24,6%), bizarros (9,8%) y los animistas (3,5%).

### Los primitivos-deficitarios

El dibujo del árbol que ayudó a acuñar el término de primitivismo fue el de la Figura 4, aunque se trata de un caso excluido de la muestra de estudio porque no realizó todos los dibujos (no quiso dibujar la casa). Otro modo de primitivismo es el árbol de la Figura 5: ¿no hay algo que recuerda a la tribu, a lo arcaico, es decir a lo primario?

El árbol primitivo deficitario sería el equivalente de las chozas en el dibujo de la casa y se caracteriza por presentar un grafismo muy elemental, como estar dibujados con una o dos líneas simples (como los árboles de 1 año de vida, Figura 6).

Quizá se pueda comparar con el lambda alto en el Rorschach (expresión mínima del sujeto en cuanto a la forma); se trataría de sujetos que economizan esfuerzos en sus actividades, realizando el trazo mínimo (Figura 7), mostrando una actitud defensiva ante la prueba o podría representar una falta de recursos, o la expresión de la dificultad que supone para ellos el acto de dibujar. En cualquier caso, es una expresión psíquica deficitaria, la expresión clínica del vacío psíquico, la falta de desarrollo y de recursos psíquicos.

Los árboles primitivos-deficitarios aparecen en un 24,6% de sujetos. El árbol de la Figura 8 muestra el gran esfuerzo y esmero del sujeto por dibujar las hojas, pero configura un árbol primitivo-deficitario que parece recién salido del vivero forestal.

### Dibujos bizarros o extraños

Anzieu (1961) utiliza el término bizarro como un adjetivo que se aplicó a la pintura para hacer referencia a las producciones de colores llamativos, fuera de lo común, con adornos exagerados. En el caso

de los árboles, se trataría de aquellos en los que aparecen formas muy diferentes, con rectángulos o piezas inesperadas o extrañas y, en general, elementos que no corresponden a la realidad de un árbol. El gráfico no suele acompañar a la ideación; en el gráfico podría parecer un signo psicótico, pero en el relato no necesariamente aparece un contenido psicótico. Este dato (relato no psicótico + gráfico psicótico) podría ser un factor a tener en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico diferencial, pero dicha hipótesis requiere mayor investigación.

Las Figuras 9 y 10 muestran árboles peculiares con algún elemento bizarro. No son muy numerosos (9,8%), pero destacan por su peculiaridad.

### Los árboles animistas

Se definió este tipo de árboles, dentro del concepto general de árbol primitivo, por su relación con el arte animista de los comienzos de la Historia del Arte. Además, similar a los dibujos hechos por los niños y proceden de sus creencias y pensamientos infantiles (por ejemplo dibujar el sol con ojos y boca), sin que importe la diferencia entre la realidad y la fantasía.

Es muy escaso el número de pacientes que presentan estos elementos (3,5%) pero se han incluido por su rareza. Cuatro sujetos dibujan la copa a modo de sol infantil (Figura 11), pero el árbol que expresa mejor el concepto de animismo por la atribución de un alma («árbol animado») es el representado en la Figura 12, árbol que parece que ha salido del tiesto y va haciendo camino, las raíces no tocan el suelo y parece que anda.

Como en el índice anterior, no hay una ideación que acompañe a dichos gráficos (por ejemplo, no se dice que esté caminando), como ocurre, sin embargo, en los psicóticos graves o en los niños muy pequeños; además, sólo 1 de los 5 sujetos tienen el índice SZCI positivo (probablemente falso positivo). El gráfico de un orgánico y de un psicótico pueden no diferenciarse, pero en lo verbal, en la ideación, pueden encontrarse elementos diferenciales. En el orgánico suele acompañar un lenguaje concreto, realista, pegado a la realidad y deficitario; en el psicótico, una ideación extraña, alejada de la realidad y desafectivizada.

## Primitivismo en las Figuras humanas

Las casas y árboles observados son muy deficitarios, pero los dibujos de las Figuras humanas son bastante más peculiares y llamativos. Son usuales las quejas de los pacientes a la hora de dibujarlos, ya que la representación de una Figura humana implica una mayor complejidad (la realización de líneas mixtas, curvas y rectas, el tener que guardar ciertas proporciones, la necesidad del manejo de la psicomotricidad más fina; los botones, ojos o un trazo más fino o más grueso; la ropa, los detalles, etc.). No obstante existe otro factor, seguramente de mayor importancia, que es la representación psíquica del cuerpo humano (Figura 13). No se trata solo de plasmar la imagen mental sobre el papel, también implica un referente más cercano, vivencial, que tiene que ver con el propio cuerpo e identidad, la imagen corporal y en definitiva la imagen inconsciente del cuerpo.

En el dibujo de las personas, el concepto de primitivismo se observó en un 65% de sujetos. Los elementos que hemos diferenciado respecto al primitivismo son: los nativos con faltas básicas (48%), la utilización de geometrías (12%) y las Figuras abiertas (6%).

### Los nativos con faltas básicas

Probablemente sea el elemento más claro o evidente en este tipo de pacientes (48%). Resulta difícil definir el concepto; se recogió el término nativo para hacer referencia y vincularlo al de primitivismo, y las faltas básicas por las expresiones deficitarias. Este índice, reúne los siguientes componentes: son dibujos en los que faltan elementos estructurales o básicos, por ejemplo no dibujan la boca, los brazos, las piernas, o representan con una simple línea las extremidades superiores y/o inferiores, etc. Se realizan con elementos rudimentarios o pocas líneas y además suelen presentar elementos muy peculiares, bizarros, extraños, diferentes.

Estos signos son muy infrecuentes en sujetos sin trastornos psicopatológicos, y por ello poseen un mayor peso a la hora del diagnóstico diferencial. Una primera hipótesis a tener en cuenta, al encontrarlos en un dibujo, podría ser la de un trastorno orgánico, como ocurre en nuestra muestra.

Para ilustrar el concepto se han elegido los siguientes dibujos que cumplen los requisitos mencionados anteriormente: la Figura



14 se adapta al concepto difícil de nativo, dentro del primitivismo, por su peculiaridad y la falta de elementos estructurales como los brazos y la nariz. La Figura 15 se ha denominado, la Figura de la Isla de Pascua, para vincular lo primitivo del dibujo a lo deficitario, comentado anteriormente. Igual ocurre con la Figura 16 en la que aparece también lo rudimentario, más cercano al tótem que a la Figura humana, o la Figura 17, extraña y precaria. La pareja denominada cuaternaria (Figuras 18 y 19) también ilustra dicho concepto. Finalmente en las Figuras 20 y 21 se aprecian las faltas básicas o estructurales, no está la boca en la 20, entre otros elementos, y en la 21, los brazos y piernas son simples líneas.

Son muchos los ítems que demuestran el grave déficit de los pacientes en la realización del esquema corporal completo. Las deficiencias y fallos estructurales solo pueden entenderse como una grave disfunción psicopatológica.

La dificultad que encuentran los sujetos al realizar los dibujos de la Figura humana aumenta notablemente en los pacientes con dificultades por organicidad. Muchos de los pacientes también presentan unas relaciones interpersonales deficitarias e índices de inhabilidad social importantes en el Rorschach (Felipe et al. 1995). Un elemento común entre la organicidad y las graves afecciones psicopatológicas como es la psicosis, podría ser el déficit estructural compartido, es decir, el déficit de simbolización. No es frecuente encontrar los fallos mencionados anteriormente o las dificultades en diferenciar brazos y piernas, donde la hipótesis de organicidad tiene mayor peso.

## Las Geometrías

Otro de los elementos utilizados por estos pacientes para enfrentarse a la dificultad que implica el dibujo de la Figura humana también con Figura el concepto de primitivismo y consiste en la utilización de dibujos geométricos como rectángulos, círculos, cuadrados, es decir, lo más sencillo, para representar las partes del cuerpo humano. En cuanto a la interpretación, estaría de nuevo en relación con las deficiencias en general, psíquicas y físicas.

12% de sujetos utilizan geometrías; en la Figura 22 se ven los cuadrados y el círculo en la cabeza, y en la 23, el triángulo, círculo y rectángulos.

## Las Figuras abiertas o Figuras línea

Es un elemento poco frecuente pero muy peculiar (6% de sujetos), por lo que podría ser también un elemento de diagnóstico diferencial de daño orgánico o disfunción psicológica grave. La definición del elemento en esta ocasión se plantea como una abertura en la Figura humana, sin cerrar, como una línea abierta. Esta mengua en la configuración del esquema corporal, junto a una dificultad o incapacidad para la contención, se observa muy claramente en el dibujo que hemos titulado como "yo piel", en referencia al trabajo de Anzieu de 1987. Se trata de una Figura representada por un simple contorno de piel (Figura 24). La abertura también se puede ver en las Figuras 13 y 15.

## ÍNDICE DE LA AFECCIÓN DEL TEJADO-COPA-CABEZA

El índice del tejado-copa-cabeza aumenta considerablemente en estos pacientes. El tejado sombreado, cortado o marcado se da en un 74%. En la copa, el vacío o las marcas diversas en un 97%, y en la cabeza en el 95%.

Suponer que todo paciente neurológico realiza este índice sería cometer un error. Parecería lógico pensar que el índice aparece tan frecuentemente porque son personas que "saben" su enfermedad, ya que llevan tiempo con un diagnóstico de una enfermedad que "tienen en la cabeza". Si para Freud, en los sueños, todos los personajes que entran en escena representan al que sueña, existen datos que sugieren que también en todo dibujo se representa algo del propio sujeto, siendo la parte superior, la de arriba (tejado-copa-cabeza), depositaria del área del pensamiento y la fantasía, pero también de la propia cabeza y, seguramente sea un elemento más cercano a lo vivencial de la enfermedad que a lo puramente neurológico.

Los contenidos verbales que surgen en torno a las áreas anteriores suelen avalar dicha relación y consolidan el ítem de la denominación general de afección del tejado-copa-cabeza.

## Tejado afectado o marcado

Este índice se encuentra en aquellas casas en las que el tejado está marcado por defecto o por exceso por algún elemento; puede ser el tamaño excesivo, el sombreado, existencia de ventanas del tipo ojos de buey, tejas remarcadas, la colocación de la chimenea en zonas infrecuentes u otros señalamientos o marcas claramente llamativas.

El tejado es un índice que en la bibliografía aparece vinculado al área del pensamiento y la fantasía. La alta frecuencia de este índice en relación al tejado marcado, (66,5%) chimeneas, (37,8%) sombreados, (27%) con ojos de buey, (8,4%) con el tejado recortado (Figura 25), sugieren la hipótesis de una preocupación excesiva por la enfermedad que padecen. Un elemento curioso es que algunos pacientes ponen las tejas con parecida configuración a la que producen los polígrafos del Electroencefalograma (EEG) sobre el papel (Figura 26). No hay que olvidar que los pacientes han pasado por la prueba de EEG en gran número de ocasiones.

## Afección de la copa

Este ítem se define a partir de aquellas copas en las que aparece un elemento inusual, una marca, algo diferencial que denote un exceso o un defecto. Un árbol que representa este concepto de un modo peculiar es el árbol EEG, se trata de un árbol cuya copa tiene representado los mismos dibujos que los que producen el polígrafo del EEG sobre el papel, como ocurría con el tejado en el caso de la casa vista anteriormente. (Figura 27).

Excepto 48 sujetos (33,6%) que dibujan una copa vacía, el resto de pacientes 94 (65,8%) presentan variadas marcas en las copas. Un 63% presentan algún elemento llamativo, como son las ramas cortadas o abiertas dentro de la copa (Figura 28), frutas enormes, rellenos, copa cortada (Figura 29), sombreados (Figura 30), etc.

Muchos de ellos presentan más de un elemento en la copa. Se podría decir que el 95% de los pacientes presentan un defecto (vacío) o un exceso (corte, sombreados, etc) en la copa, convirtiendo la copa en un área de proyección importante en este tipo de sujetos. Igual que con el tejado, los pacientes con trastornos orgánicos marcan la copa intensamente.

## Afección de la cabeza

Este elemento, similar a los dos anteriores, es definido por aquellas Figuras humanas en cuyas cabezas existe una marca o señal excesiva, o todo lo contrario, un gran vacío. Aunque los pacientes no sean conscientes de que marcan excesivamente la zona de la cabeza, es tan alto el número de pacientes que presentan el índice, (95%), que confirma la cabeza como un área de conflicto importante para ellos. Parecería lógico pensar que el hecho de saber que tienen epilepsia influya notablemente en la elevación del porcentaje.

La afección de la cabeza se expresa de muchas maneras, las más frecuentes son; a través del pelo como el sombreado (Figuras 15, 20), pelo de punta (Figura 19), gran superficie ahuecada, los cabezones (Figuras 14, 15, 20, 21, 23 ), los calvos, los elementos añadidos como gorros, sombreros (Figura 18), las cabezas cortadas (Figura 31), etc.

## OTROS ÍNDICES DE INTERÉS

Resulta difícil seleccionar todos los elementos de interés en los 568 dibujos de la muestra. Es muy posible que existan más índices de los propuestos, pero hallarlos requeriría mayor tiempo de estudio y un largo proceso de elaboración. Sin embargo se han recogido otros índices que podrían facilitar la detección de disfunciones importantes.

### Rotación - Puerta a la derecha

Se trata de un ítem no encontrado en la bibliografía y por lo tanto muy interesante por su notable especificidad. Normalmente la fachada y la puerta de la casa suelen dibujarse a la izquierda en la mayoría de los casos. Pues bien, 10% de pacientes dibujan la puerta a la derecha. Este elemento recuerda al test de Bender, cuando el sujeto copia girada o rotada la Figura que se le presenta. En las Figuras 32 y 33, se puede ver que puerta y fachada están situadas a la derecha y, cosa importante, los sujetos no eran zurdos.

## Dificultades en la Perspectiva

La realización de la perspectiva tridimensional es un índice de evolución psicológica. Su vinculación con la identidad, la imagen corporal y la vivencia del espacio son analizadas por P. Pérez (1979, 1989).

Parece bastante claro que la realización de la tercera dimensión viene asociada a un grado de evolución psíquica importante, de tal manera que una perspectiva tridimensional se vincularía con un nivel máximo (neurosis lograda) y lo contrario sería la bidimensionalidad o la unidimensionalidad (psicosis). En el caso de los pacientes con disfunciones neurológicas puede encontrarse o no la tercera dimensión, pero es posible que no se haya alcanzado nunca porque no se ha podido crear o bien fue alcanzada y se perdió. A veces también se encuentran fracasos en la realización de la perspectiva, como expresión de una dificultad, por patología orgánica, digamos «neuronal», cosa que ensombrece el grado de evolución psíquica alcanzada. Las entrevistas y los Rorschach de algunos de estos pacientes se caracterizan por lo deficitario.

### Línea recta a la derecha

Uno de los elementos que puede facilitar la cuantificación del fracaso en la tercera dimensión consiste en una línea recta, trazada en uno de los laterales de la casa, (la parte derecha de la hoja para el observador). Se considera claramente asociado a la dificultad en la realización de la perspectiva. 16,8% de sujetos hacen esta línea a la derecha (Figura 34).

### Mezcla de dimensiones: Macropias-Micropias

Otro tipo de dificultad, cuantificable, en la realización de perspectivas es el error dimensional. Este elemento se ha denominado mezcla de dimensiones, porque es semejante al defecto de la vista que consiste en percibir como mayor (macropia) o menor (micropia) el tamaño del objeto natural.

En estos dibujos aparecen objetos grandes junto a otros muy pequeños, a modo de distorsiones en la percepción de la perspectiva de modo focalizado, como si se aplicase una lupa en el espacio representado (fenómeno similar y frecuente en los niños cuando,

por ejemplo, afectivamente son muy importantes las manos en un momento determinado y las dibujan enormes frente al resto del cuerpo). Dicho elemento también podría tener que ver con una expresión de organicidad.

Son escasos estos ítems (7%) pero no por ello menos significativos (Figura 34); en esta Figura aparecen las flores representadas con un tamaño que no corresponde proporcionalmente al tamaño de la casa.

### Ventanas en los bordes de las paredes

Es un índice sobre el que no se han encontrado referencias bibliográficas, probablemente por la escasa frecuencia en que aparece (12,6%). Se trata de la realización de la ventana de tres o de dos lados, aprovechando la pared o la línea del tejado como si fuese una línea más de la ventana (Figura 34).

Este índice también podría valorarse en el orgánico como un signo de pobreza, ya que los pacientes, por la dificultad que supone la realización de los dibujos, aprovechan los trazos realizados para minimizar esfuerzos. La vivencia de identidad y la construcción del espacio interno en los sujetos que realizan este índice es muy probable que esté dañada, pero de algún modo plantea, de nuevo, la difícil diferenciación entre los trastornos orgánicos y los psicóticos, complejidad que, algunas veces, suele disolverse con la ayuda de otras pruebas o información. Otras veces no hay diferencias, como son los casos de psicosis orgánicas.

### Marcas o daños en el tronco-cuerpo

Se trata de aquellos árboles en los que aparece una marca en el tronco, también por exceso o por defecto, y denota un elemento proyectivo del sujeto. El tronco suele ser la referencia de los registros de acontecimientos del sujeto y de las proyecciones en torno a la fuerza del yo y la vivencia del cuerpo. En este tipo de pacientes, como en los que sufren otros tipos de enfermedades crónicas, con preocupaciones somáticas a nivel general, se observan en las entrevistas y también en otros tests frecuentes referencias verbales sobre el funcionamiento corporal (elevadas respuestas anatómicas y radiografías en el Rorschach, hipocondría en el MMPI, etc.).

En el dibujo del árbol de estos pacientes, el tronco más representativo es el vacío, (67.9%) (Figuras 7, 9, 10, 12, 27, 28, 30), o bien lo contrario en el resto (31,5%) (Figuras 29, 35), árboles muy dañados, con muchas marcas, que van más allá de lo esperable, como son el hueco profundo en el tronco, múltiples huecos, varias marcas, sombreado de todo el tronco, dobles troncos, etc.

Dibujar un tronco vacío en este tipo de pacientes suele venir asociado a una verbalización de la dificultad en dibujarlo y por tanto la mejor solución es la simplicidad en el trazo (como la F en Rorschach) hecha con el mínimo esfuerzo, pero también aparece el vacío, la simplicidad, la escasa fuerza, la pobreza de acontecimientos, y en definitiva el déficit. Los huecos profundos, los surcos en la corteza, los retorcimientos internos, etc, probablemente están más relacionados con el tipo de registro del sujeto, de lo vivido en torno a su enfermedad.

### Transparencias en las raíces

Es considerado generalmente como un índice de trastorno de pensamiento, probablemente similar o equivalente a los trastornos detectados por el Rorschach y en particular los categorizados como Fenómenos Especiales de segundo nivel. Dibujar las raíces de un árbol sería como transgredir el hecho de que las raíces están tapadas con tierra y no se ven en la realidad, dicho elemento desde un punto de vista psicodinámico tendría que ver con una falta o déficit de represión. Probablemente por esta razón es frecuente encontrarlo en pacientes con psicosis.

El dibujo de las raíces aparece en 29 sujetos (20,3%), 10 de los cuales (34%) tienen el índice de esquizofrenia del Rorschach positivo. La psicosis y la organicidad son dos hipótesis a tener en cuenta cuando aparecen transparencias en las raíces (Figuras 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 35).

### Abertura en la base del árbol

La base y las raíces suele ser consideradas en general como un área de proyecciones en torno al contacto con la realidad. El hecho de no representar una base, de dejarla abierta, sin raíces, como si no hubiese una diferenciación entre la tierra y el árbol, haría referen-

cia sin duda a una falta básica (nunca mejor dicho, de base), que remite a las dificultades en la individuación de este tipo de sujetos y a la expresión de sobredependencia.

Aparece este signo en 40 sujetos (28%). La gran frecuencia de sujetos que dibujan la base abierta pondera el valor diagnóstico de este índice en los casos de déficit por disfunción neurológica, de falta básica, de falta de construcción del aparato psíquico o bien de pérdida de lo construido (Figuras 7, 27, 28).

## Desnudos

12 sujetos (8,4%) presentan algún tipo de desnudo en los dibujos de las Figuras humanas. La desinhibición en este campo (Figura 36) suele ser un síntoma de organicidad, en especial en los pacientes afectados en los lóbulos frontales (Junqué, 1995) y, en los gráficos suele encontrarse en las psicosis. De los 12 sujetos, la mitad tienen el índice de esquizofrenia en el Rorschach positivo. Por lo tanto, la hipótesis de organicidad debería también tenerse en cuenta, junto a la de psicosis.

## CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo no deben tomarse como propios de una investigación finalizada, sino como el inicio de un estudio que debe ser profundizado, ampliado y matizado.

El componente psicomotor, la expresión gráfica de la representación mental, y en especial, el dibujo de la imagen y esquema corporal (Figura humana), entre otros muchos factores, hacen que el HTP tenga un espacio privilegiado a la hora de detectar daño neurológico, frente a otras técnicas proyectivas, aunque no puede compararse con las pruebas propiamente neuropsicológicas, sin duda más adecuadas para evaluar dichas disfunciones.

La frecuencia y repetición de algunos de los signos encontrados en los pacientes de este estudio, expresión probable de trastornos neurológicos, permite hacer la hipótesis de la probable presencia de trastornos neurológicos.

Así, el índice de primitivismo es un elemento que engloba las características deficitarias implicadas en el trastorno neurológico de



carácter biológico y psicológico, en sus componentes cognitivos, afectivos y relacionales.

El elemento de la afección del tejado-copa-cabeza resalta por ser un área depositaria de lo vivencial de la enfermedad y por su alta frecuencia en este tipo de patologías. La otra serie de índices, que también aparecen, sugieren la posibilidad de crear una futura constelación de variables que permitan afinar el diagnóstico diferencial.

La realización exitosa de la tercera dimensión, desde un punto de vista psicodinámico, tiene gran valor, ya que supone la existencia de una «función emocional superior» en el sentido que supone que ha sido posible desarrollar una capacidad de introspección y de vinculación suficiente. Por ello la cuantificación y objetivización de la tercera dimensión en los gráficos cobra mayor importancia.

Gran número de los dibujos presentados sugieren la existencia de trastornos psicóticos, pero muchos de ellos no presentan las condiciones necesarias para un diagnóstico de psicosis. Parece claro, sin embargo, que el trastorno psicótico y muchos tipos de daños cerebrales comparten algunos déficits estructurales. Creemos que la entrevista clínica, la aplicación de una batería de test psicológicos, el análisis del relato o el texto del sujeto, entre otros puntos de información, ayudan a realizar el diagnóstico diferencial entre psicosis y organicidad. Pero no siempre es posible diferenciarlas.

## **BIBLIOGRAFIA**

ANZIEU, D. (1987). *El yo-Piel*. Madrid: Biblioteca nueva.

ANZIEU, D. (1961). *Los métodos Proyectivos*. Buenos Aires. Editorial Abaco.

FELIPE, J. DE., ORTIZ, P. GARCÍA, R. (1995). Estudio de la inhabilidad social de los pacientes epilépticos del lóbulo temporal a través del test de Rorschach. *Rev. de la S.E.R.Y.M.P.*, 8, 91-105.

JUNQUÉ, C., Y BARROSO, J. (1995). *Neuropsicología*. Madrid. Editorial Síntesis, S.A.

KOCH, K. (1962). *El test del árbol*. Buenos Aires. Editorial Kapelusz.

PÉREZ, P. (1979). Identidad y vivencia del Espacio en las Técnicas Proyectivas. Su expresión en la Psicosis Simbiótica. *Revista Técnicas Proyectivas*, 1, 65-104.

**PÉREZ, P. (1989). Test Proyectivos Gráficos. Aproximación a una Teoría de la Técnica. *Rev. de la S.E.R.Y.M.P.*, 2, 5-25.**

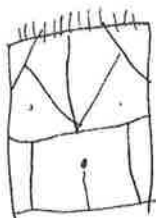


Fig. 1



Fig. 2



esto caso puede ser por un problema  
1) de familia para poder vivir en ella, es  
tal vez un problema en la casa

Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

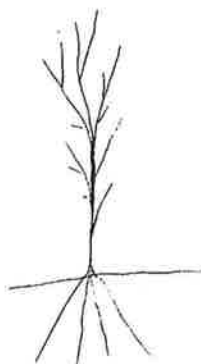


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

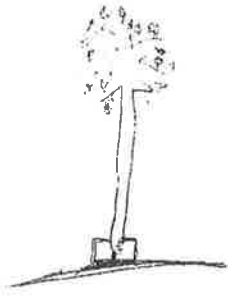


Fig. 9

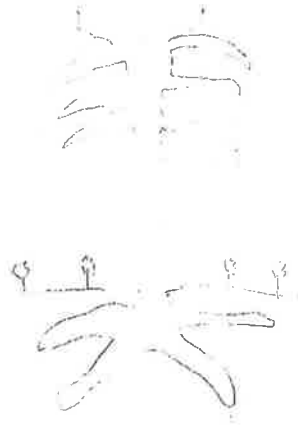


Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

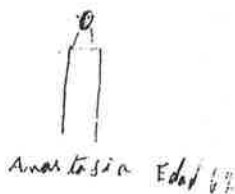


Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22

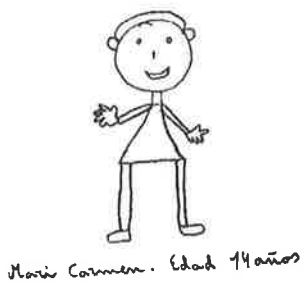


Fig. 23

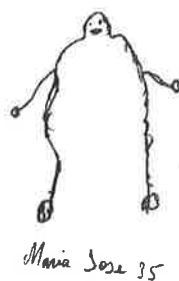


Fig. 24



Fig. 26



Fig. 25



Fig. 27

Fig. 28

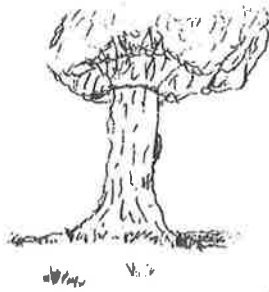


Fig. 29



Fig. 30

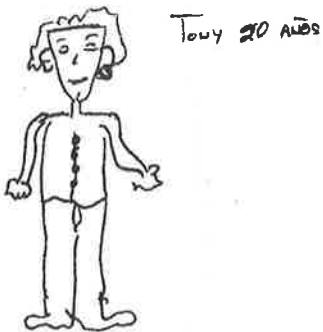


Fig. 31

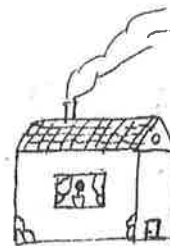


Fig. 32



Fig. 33

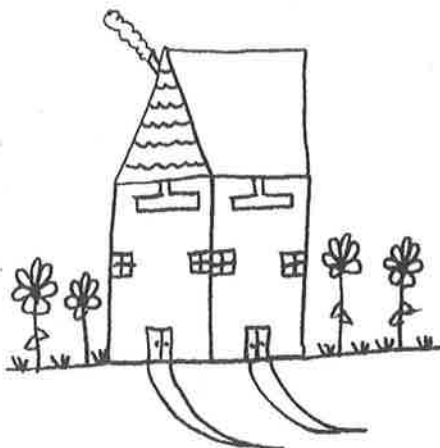


Fig. 34

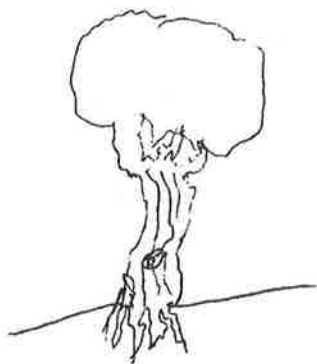


Fig. 35

20 FEDERICO



Fig. 36



## **LA MUJER MALTRATADA A LA LUZ DEL MODELO SZONDIANO**

*Jordi Bachs y Alfonso Alarcón*

*Universidad Autónoma de Barcelona y  
Universidad Complutense de Madrid*

### **RESUMEN**

#### **El maltrato conyugal**

El fenómeno del maltrato conyugal ha cobrado una especial resonancia en la sociedad moderna. Los datos actuales relativos a víctimas del maltrato físico alcanzan valores que han producido y producen alarma social. La reivindicación por los grupos de afectadas ha cobrado fuerza y ha obligado a la administración pública a promover una serie de medidas de carácter legal, de apoyo social e institucional, indispensables para afrontar el problema.

Otrora, como es sabido, la respuesta social e institucional fue especialmente ambigua. Notoriamente conocidas son las actitudes displicentes de funcionarios de policía y jueces, que trivializaban las denuncias de las afectadas por ser algo *perteneciente a la vida privada matrimonial*. Podemos decir sin temor a equivocarnos que, en generaciones anteriores, el maltrato por parte del marido era considerado algo natural en la que nadie debía entrar, cuando no un precio a pagar por el hecho de haber aceptado la mujer el vínculo conyugal con aquél. Autores como Falcón, Caño y de Torres, han dado en sus obras abundantes descripciones de esta situación.

Desde el ámbito de la psicología, el tratamiento teórico dado al problema ha sido plural, e incluso divergente cuando no contradictorio. No obstante, existen algunas ideas básicas sobre el particular, que vamos a comentar seguidamente.

#### **Universalidad del fenómeno e idiosincrasia de la mujer maltratada**

El maltrato conyugal o de pareja debería situarse ante todo en el contexto general de la agresividad humana y de *los trastornos que*

*conlleva la vida en común a causa de las pulsiones humanas de agresión y autodestrucción* (Freud, 1968). La experiencia nos dice que se trata de un fenómeno universal, tanto geográfica como temporalmente, y se manifiesta independientemente de factores transculturales. En este sentido no parece que pueda afirmarse que sea un triste privilegio de un determinado grupo social. Es cierto que a menudo ha sido ligado al problema del alcoholismo, pero no como causa primera y única, sino como precursor de la pérdida de control del sujeto agresivo y desencadenante de episodios violentos. Por una parte existen sujetos alcohólicos no agresivos y, por otra parte, hay sujetos abstemios clara y reincidentemente agresivos. Con ello no pretendemos minimizar el papel nefasto que juega el alcohol en el problema de la agresividad, de los abusos y transgresiones de toda clase, sino simplemente apuntar la complejidad y multicausalidad del tema que nos ocupa.

Por otra parte, un hecho sorprendente y paradójico es que a menudo la actitud de ciertas mujeres hacia su agresor llega a límites inexplicables de tolerancia, perdonando una y otra vez las agresiones, retirando denuncias interpuestas, justificando incluso la agresión ajena como expresión de amor. ¿No se dice ya en el Quijote que *es natural condición de mujeres desdeñar a quien las quiere y amar a quien las aborrece*? Parece existir pues ante la agresión una tendencia, no necesariamente exclusiva de la mujer, que desde una perspectiva psicoanalítica podría equipararse al mecanismo defensivo de la *negación*. El agredido ignora y niega paradójicamente el desmán y los atropellos sufridos. Incluso se habla, en relación con dicha tendencia, del *síndrome de la mujer maltratada*, que se caracteriza por la indiferencia, pasividad y falta de habilidad de la mujer en utilizar los recursos sociales para afrontar el problema. Parece como si la mujer maltratada tendiera a actuar en beneficio del agresor y de su impunidad, manteniendo el vínculo legal y afectivo con él, a pesar de las graves consecuencias que de ello se derivan. No ignoramos, evidentemente, los componentes económicos y sociales que han condicionado y condicionan aún a veces el mantenimiento de tal relación de sometimiento, pero existen casos que parecen escapar a tal interpretación y plantean serios interrogantes.

## Atribución externa del problema y propuestas descriptivas

La actitud especial de tolerancia de ciertas mujeres maltratadas no impide que existan teorías que tiendan a localizar la causa del problema en un *locus de control externo* a la propia sujeto. De esta forma, la tolerancia de la mujer estaría motivada –como apuntábamos más arriba– por causas sociales, dependencia económica, falta de recursos sociales e institucionales, indefensión legal o social. El enfoque feminista, característico de esta tendencia, considera que la sociedad está firmemente asentada sobre principios machistas, de forma que la mujer ha de callar y aguantar la situación debido a la indefensión global con que va a topar su posible denuncia social. Hechos históricos como la sociedad patriarcal, la esclavitud y el feudalismo, estarían ejerciendo en la actualidad una influencia sobre éste y otros problemas de índole social en los que la mujer se ve inmersa. Baste recordar sobre esta cuestión el impresionante alegato que representó, al final de la década de los años cuarenta, la obra de Simone de Beauvoir (1949) *Le deuxième sexe*, conocida muy tardíamente en España.

Desde nuestro punto de vista creemos, por otra parte, que predominan argumentaciones básicamente descriptivas que, teóricamente, pretenden ser explicativas del problema. Por ejemplo, si consideramos de acuerdo con una posición sistémica que la agresión constituye un mecanismo homeostático tendente a la conservación del sistema familiar claramente conflictivo, estamos en gran medida *describiendo* lo que sucede, pero parece insuficiente ante la pregunta de *porqué* se produce la agresión.

La perspectiva del aprendizaje social presenta igualmente esta peculiaridad. Si decimos que un sujeto ha aprendido a mantener el control de la pareja y a solventar sus conflictos emocionales de forma agresiva, no se da explicación del porqué se ha llegado a dicho aprendizaje, más allá de la mera coincidencia temporo-espacial con determinados estímulos o refuerzos. La coincidencia de coyunturas externas es a todas luces insuficiente para explicar la conducta humana. Muchos sujetos viven circunstancias sociales parecidas y sus respuestas son distintas. El aprendizaje parece pues que necesita de alguna disposición inherente al propio sujeto que explique determinadas tendencias.

El planteamiento que estamos haciendo implica en contrapartida la preocupación e interés por las diferencias individuales en

contra de la frecuente actitud que tiende a ignorar la posibilidad de estructuras o rasgos de personalidad del sujeto humano que le hagan *susceptible de establecer y/o mantener vínculos afectivos de tipo patológico*. En el campo de la psicopsicología se ha dado una abundante investigación sobre *afinidades afectivas* (Maisonneuve, 1969), que inexplicablemente no ha merecido la atención suficiente de la psicología clínica para estudiar si existen afinidades de tipo patológico en el caso de una pareja en la que predomina una relación de abuso y maltrato. Se advierte fácilmente el rechazo a las iniciativas que lo intentan, como ha sido el caso de los estudios sobre posible masoquismo de la mujer maltratada, o a las interpretaciones psicoanalíticas sobre la psicopatología de ambos miembros de la relación, e incluso a la clasificación propuesta en el DSM III (1988, p.444) de Personalidad Autodestructiva, aunque no siempre sea adecuado este diagnóstico para sujetos que han sido o están siendo objeto de abusos físicos, sexuales o psicológicos. Creemos que tales planteamientos, a menudo tachados de discriminatorios, merecen ser considerados como cualquier otro, rechazando juicios simplistas del tipo "la mujer no está loca", que no admiten una justa valoración psicopatológica de la situación. Lo mismo podría decirse de las críticas que rechazan el estudio de las afinidades en base a consideraciones ideológicas y machistas, sin darse cuenta que un juicio de valor les impide aceptar un planteamiento legítimo psicosocial.

Finalmente, en cuanto al estudio de los mecanismos psicológicos que interviene en la formación del vínculo afectivo en relación con el maltrato, conviene señalar su práctica inexistencia. La reflexión teórica sobre el tema argumenta *a posteriori*; considera el maltrato como un *fait accompli*, en el que se ha producido una situación de abuso y agresión por parte del hombre hacia la mujer, que conviene analizar, pero no se pregunta sobre el proceso previo de elección afectiva. Los descubrimientos szondianos sobre la dinámica de la elección humana, como veremos a continuación, nos mueven a investigar la fase previa, es decir, la de la elección de pareja. Creemos importante estudiar los mecanismos que actúan en este proceso y cómo intervienen en la formación del vínculo afectivo, ya que ello puede aportar alguna luz sobre el complejo fenómeno humano del encuentro, atracción y eventual formación de un vínculo afectivo, que en algunos casos deviene extremadamente doloroso y destructivo.



## Introducción a la obra y al test de Szondi

La poca atención que despierta actualmente la teoría y el test de Szondi en los medios intelectuales, académicos y clínicos del país, y en consecuencia el desconocimiento en torno a su obra, nos obliga a hablar de ella aunque sea breve y sintéticamente.

Lipot Szondi nació en Nyitra (Hungria) en marzo de 1893 de una humilde familia judía. Su madre era analfabeta. Su padre alternaba el oficio de artesano con el estudio de la Biblia. Hombre docto y profundamente religioso, se hizo rabino en Budapest donde se trasladó con su numerosa familia en 1898. Fue aquí donde Szondi estudió medicina hasta obtener el grado de doctor. Durante la primera gran guerra europea fue soldado en el ejército austrohúngaro. A propósito, Szondi cuenta que en una escaramuza Freud le salvó la vida, no en persona evidentemente sino merced a un ejemplar de la *Interpretación de los sueños* que llevaba en su macuto y recibió un impacto de metralla. Esta anécdota nos indica por lo menos que Szondi conocía la obra de Freud. Terminada la guerra, Szondi trabaja en el Departamento de Neurología y Psiquiatría del Hospital Clínico de Budapest, y también con el Dr. Ranschburg (discípulo de Wundt) en el que fue primer laboratorio de psicología experimental, donde se aficiona por la investigación empírica, la medición y la estadística. Se interesa además e investiga en el campo de la endocrinología y patología constitucional. En 1927 es nombrado profesor de psicopatología.

Es posible que la experiencia de una guerra absurda motivara Szondi a interrogarse en los inicios de su obra sobre la cuestión del destino humano, de la contingencia y de la necesidad, de la libertad y de la elección, de la misma manera que la guerra marcó en Freud un viraje decisivo y produjo la emergencia de *Thanatos*. Szondi se adentra en esta temática aparentemente filosófica desde las ciencias medicopsicológicas, en especial la genética y la clínica (endocrinología, tipología y herencia). En psicoanálisis, Szondi vivió el clima de efervescencia entorno a Sándor Ferenczi, uno de los primeros discípulos de Freud, de manera que los conceptos fundamentales de la teoría freudiana, como inconsciente y pulsión, se encuentran ampliamente desarrollados en la obra de Szondi, de manera que los primeros trabajos y publicaciones de Szondi muestran ya una total apertura a las corrientes científicas más dinámicas de

su época, pero sin caer en el eclecticismo, contrario a su visión científica, claramente integradora.

En 1941, los nazis lo expulsan de la universidad y dos años más tarde es deportado al campo de Bergen-Belsen, del que pudo ser liberado refugiándose en Zürich (Suiza), donde ejerce primero de psiquiatra clínico y donde, años más tarde, consigue fundar un Instituto de Enseñanza, Investigación y Terapia sobre el *Schicksalanalyse* (Análisis del Destino).

La pluralidad de los intereses científicos de Szondi hace que su obra dé, a primera vista, una falsa impresión de dispersión y caos. Como hemos visto, sus primeros trabajos arrancan de investigaciones biológicas y genéticas sobre herencia, endocrinología y tipologías constitucionalistas; prosiguen con investigaciones clínicas sobre deficiencia mental y psicología experimental, culminando con trabajos teóricos y prácticos en psiquiatría y psicopatología. Otra dificultad de la obra de Szondi frente al positivismo científico es que está trufada de ideas e intuiciones consideradas acientíficas o extracientíficas, como la intuición del problema de la afinidad electiva a partir del conocido episodio de su práctica médica: un hombre se había casado sin saberlo con una mujer, paciente de Szondi, con los mismos síndromes psiquiátricos que la madre de él. De aquí procede, al parecer, el ingente trabajo de Szondi para investigar, a partir de la psiquiatría y el psicoanálisis, el problema de la elección al que el ser humano se ve constantemente confrontado (elección relativa a los afectos, a la orientación profesional, a la del campo de enfermedades y trastornos psicológicos, y al de la misma muerte).

El campo vasto de investigaciones que Szondi realizó sobre las correlaciones entre síndromes psiquiátricos y profesiones se originó en otra intuición que tuvo leyendo las obras de Dostoievsky, en las que aparece una profunda relación entre el hombre consagrado a Dios, observador de la ley, y la epilepsia. Y esto antes de que Freud escribiera el artículo sobre *Dostoievsky y el Parricidio*, donde interpreta la crisis epiléptica como una solución simbólica entre el deseo de matar y los sentimientos de culpabilidad. En definitiva, la idea de Szondi es que el santo y el legislador son posibilidades de existencia íntimamente relacionadas con la posibilidad contraria: la del criminal. De hecho, Dostoievsky era epiléptico y entre sus antepasados se encuentran tanto sacerdotes como criminales. Estas ideas pueden parecer puras elucubraciones, sin ningún valor científico. Sin embargo, invitamos simplemente al lector que reflexione

sobre las frecuentes noticias, sorprendentes y alarmantes, en las que los supuestos guardianes y defensores de la ley, políticos, legisladores, jueces y policías, se vuelven transgresores y conculcadores de la ley.

Conviene señalar que las primeras preocupaciones de Szondi por lo biológico-constitucional son abandonadas en aras del *Schicksal* (destino) que deviene la clave de bóveda del edificio szondiano. Szondi, en efecto, se da cuenta que elegir es una prerrogativa humana que solicita la totalidad del ser. El ser humano podría definirse por la sucesión de sus elecciones. El problema es que el estudio científico del destino humano parece impensable, utópico, y por tanto no puede tener cabida en el sacrosanto ámbito universitario. Esta es seguramente la razón de una de las mayores resistencias a la obra de Szondi, que sin embargo cree haber descubierto científicamente el sistema explicativo de los factores que estructuran el destino humano. De modo parecido al lingüista que ante una lengua nueva, no escrita, llega a construir su alfabeto, Szondi se aplica esforzadamente toda su vida a descubrir el alfabeto explicativo del destino humano. Es cierto que parte de ideas intuitivas, pero es en el trabajo serio y sistemático de todo el corpus psiquiátrico, de todos sus síndromes, donde encuentra el hilo conductor que le llevará al descubrimiento de las fuerzas pulsionales profundas y de sus campos dialécticos, explicación última de las elecciones humanas. Después del estudio exhaustivo de todos los descubrimientos de la psiquiatría, en un momento creador, Szondi intuye una vez más el esquema conceptual y práctico de las fuerzas pulsionales que permite entender las posibilidades humanas de toda existencia *pática*, es decir, confrontada con el problema universal de la enfermedad.

Después de Freud, es obsoleta la idea (mantenida aún hoy por ciertas corrientes psicológicas y psiquiátricas) de que los humanos están hechos de dos tipos de gentes: enfermos y sanos (normales). No, la enfermedad, en el sentido más amplio, es un problema que todo ser humano debe afrontar y que nunca podrá resolver de modo definitivo. Esta perspectiva obliga a la psicología y a la psiquiatría a entroncarse con la antropología. En realidad todos los problemas humanos pueden relacionarse con la psicología y la psiquiatría, pero conviene que éstas se piensen de nuevo y se reestructuren a través de las realidades humanas. Es decir, es necesario que la ciencia encuentre las expresiones antropológicas tanto de las antiguas como de las nuevas formulaciones psiquiátricas. Es

ésta sin duda la vía por la que el sistema szondiano puede consolidarse científicamente. Entretanto, creemos que el esquema pulsional de Szondi constituye un buen modelo teórico-práctico que permite ordenar e interpretar la realidad empírica, como la del maltrato de la mujer que nos ocupa en este trabajo.

## **Fundamentos teóricos y metodológicos del test de Szondi**

Hacia el final de los años treinta Szondi elabora el proyecto de su famoso test, inicialmente como un sencillo instrumento para la investigación genealógica, pero pronto descubre que puede tener muchas otras funciones, porque Szondi va más allá del estudio de tal o cual síndrome psiquiátrico, intentando descubrir su modo de transmisión. El modo que tiene de trabajar nos descubre una preocupación globalizante que necesita el concurso de varias disciplinas, más allá del dato psicopatológico. Lo que le llama la atención, por ejemplo, en la constelación familiar y árbol genealógico de un epiléptico, es que siempre halla en ellos más enuréticos, asmáticos, migrañosos, criminales, sacerdotes y personas relacionadas con la ley, que en el entorno de un esquizofrénico o de un maníaco. Por otra parte, las personas de estas familias escogen preferentemente como amigos o cónyugues a sujetos que presentan disposiciones pulsionales parecidas.

Para Szondi, lo que se transmite no es la enfermedad mental como tal sino el conjunto de disposiciones pulsionales (génicas) que la cimentan y cuya expresión (fenotipo) no depende de factores cualitativos sino cuantitativos. Hay sujetos enfermos (homo-cigotos) y sujetos sanos (heterozigotos). Estos últimos son los portadores de un gen latente mórbido, activo, que determina precisamente la elección en el amor y en la amistad (libidotropismo), la elección profesional (operotropismo), del género de enfermedad (morbotropismo) y del género de muerte (tanatotropismo). Según Szondi el genotropismo es un proceso por el que la fuerza latente de ciertos genes impulsa a encontrarse entre sí a los individuos que poseen un mismo bagaje genético. Y llama inconsciente familiar aquella parte del inconsciente que condensa las aspiraciones ancestrales fundamentadas en los genes. Ya se ve que esta teoría genética (que progresivamente se tornará más pulsional) entronca perfectamente con el movimiento iniciado por Freud, tendente a relativizar las diferencias entre lo normal y lo patológico, ya que la base del psiquismo,

de cualquier psiquismo, está formada por genes pulsionales que son todos potencialmente mórbidos. Esto no significa de ningún modo que se niegue la enfermedad mental, muy al contrario. La originalidad de Szondi consiste en incluirla sin exclusión de ninguna clase en su concepción global del ser humano. Esta es la perspectiva antropológica del planteamiento szondiano.

Por estas razones, en la base del test de Szondi está la consideración de que existen cuatro grandes grupos de enfermedades mentales: 1. Afecciones Circulares: manía y depresión; 2. Perversiones Sexuales: homosexualidad y sadismo; 3. Enfermedades Paroxismales: epilepsia e histeria; 4. El grupo de las esquizofrenias o enfermedades del Yo: katatonia y paranoia.

Esta concepción, imposible de verificar en el estado actual de la ciencia, interesante por su valor heurístico, puede tomarse a título de hipótesis, pero quién sabe si su esquema encierra la clave de la genética psiquiátrica del futuro.

Para cada una de las enfermedades mentales, genéticamente transmisibles, Szondi postula una pulsión básica (vector pulsional): Pulsión de contacto (**C**); pulsión sexual (**S**); pulsión paroxismal (**P**); pulsión del yo (**Sch**). Además, siguiendo a Freud en su teoría del dualismo pulsional, atribuye a cada pulsión dos necesidades complementarias (factores pulsionales). Así, por ejemplo, la pulsión sexual comporta dos necesidades o corrientes, una tierna (**h**) y otra agresiva (**s**), que constituyen los dos polos de la bisexualidad original. Finalmente, cada necesidad se escinde en dos tendencias antagonistas. Por ejemplo, la necesidad de agresión (**s**) conlleva una tendencia positiva (+) que, llevada al extremo, se manifiesta en el sadismo, y una tendencia negativa (-) que corresponde al masoquismo. Existen, pues, 4 pulsiones básicas (vectores pulsionales), 8 necesidades (factores pulsionales) y 16 tendencias o radicales pulsionales (Tabla 1).

## El test

El test de Szondi se compone de seis series de ocho fotografías. En cada serie encontramos un representante de las ocho enfermedades pulsionales (en cada serie, ocho enfermos distintos escogidos según criterios estrictamente nosológicos: hermafroditas, criminales perversos, epilépticos, histéricos, esquizofrénicos catatónicos, paranoicos, depresivos, maníacos).

TABLA 1

Los 4 vectores pulsionales	Los 8 factores pulsionales	Los 16 radicales pulsionales
Vector S (pulsión sexual)	I. Feminidad, Eros II. Virilidad, Thanatos	h+ 1. Temura física, individual h- 2. Amor platónico, espiritual s+ 3. Agresividad, sadismo s- 4. Pasividad, masoquismo
Vector P (pulsión de sorpresa, vector afectivo)	III. Necesidad ética (dilema entre ley y deseo de matar) IV. Necesidad moral (de provocación vs pudor)	e+ 5. Justicia, bondad, Abel e- 6. Venganza, odio, Caín hy+ 7. Exhibicionismo, descaro hy- 8. Vergüenza, conformismo
Vector Sch (Pulsión del Yo. El ser y el tener)	V. Egoístole; Yo, principio de realidad; tener, hacer. VI. Egodiástole; Yo imaginario, Ideal, principio de placer; ser.	k+ 9. Introyección, egoísmo k-10. Negación, represión p+11. Inflación, Yo espiritual p-12. Proyección, participación
Vector C (pulsión de contacto)	VII. El objeto nuevo; dilema fidelidad – infidelidad. VIII. El objeto primario; dilema entre apego y desapego	d+13. Cambio, infidelidad d-14. Conservación, fidelidad m+15. Aferrarse, hedonismo m-16. Separarse, aislarse

La prueba consiste en elegir, de cada serie de 8 fotografías, los dos sujetos más simpáticos y los dos más antipáticos. En total, 12 sujetos simpáticos y 12 antipáticos, elecciones que se inscriben en una tabla cuadrada en la que cada necesidad es representada por una columna. Las elecciones positivas se inscriben por encima de la línea mediana, las negativas por debajo. Estas 24 elecciones constituyen el **Perfil de Primer Plano (PPP)**. Se hace lo mismo con las 24 fotografías restantes. Esta segunda elección permite establecer el **Perfil Experimental Complementario (PEC)**.

### Análisis básico de las elecciones

Indicamos a continuación las 4 reacciones posibles para cada factor con el símbolo correspondiente :

- + *reacción positiva*, correspondiente a la elección de fotos simpáticas.
- *reacción negativa*, correspondiente a la elección de fotos antipáticas.
- ± *reacción ambivalente*, correspondiente a un número igual de fotos simpáticas y antipáticas.

0 *reacción nula*, correspondiente a la ausencia de elección.

Las reacciones  $\pm$  y 0 se llaman sintomáticas e indican necesidades satisfechas por oposición a las reacciones + y - (factores radicales, que representan necesidades insatisfechas).

Cuando de un mismo factor se eligen de 4 a 6 fotografías, la reacción se llama plena, y puede ser positiva, negativa o ambivalente. El signo +, -,  $\pm$ , se ve afectado entonces por uno, dos o tres signos de exclamación, para indicar la tensión pulsional o *hipertrofia* en dicha pulsión (el sujeto acumula excesiva energía en un determinado factor o necesidad pulsional).

La reacción nula o cero (reacción de descarga) es aquella en la que el sujeto no elige ninguna fotografía de un mismo factor o elige a lo sumo una sola, como simpática o antipática, o bien una como simpática y otra como antipática.

El test de Szondi se administra en principio 10 veces con un intervalo mínimo de 24 horas, lo cual permite la obtención de 10 perfiles, a partir de los cuales es posible calcular una serie de índices, útiles para la interpretación psicológica.

## Método de interpretación

Por razones evidentes de espacio no entra en nuestro propósito exponer las concepciones teóricas de Szondi en campos tan importantes como la herencia y su relación con la psicopatología, el psicoanálisis, el destino humano y las pulsiones; la estructura y el funcionamiento de su sistema, construido sobre un andamiaje categorial (los fenómenos humanos, infinitos y variados, se ordenan alrededor de grandes ejes fundamentales que el llama vectores pulsionales) y no sobre un armario-sistema al estilo de los DSM americanos (clasificación de los fenómenos en infinidad de cajones-síndrome).

El test de Szondi se fundamenta en presupuestos sólidos que él mismo ha desarrollado a lo largo y ancho de su obra, difundida y estudiada por grandes estudiosos como Deri, Soto Yárritu, Schotte, Melon, Legrand... Nosotros debemos pasar directamente al tema de la interpretación, señalando en primer lugar algunos principios básicos: 1. Un test de diagnóstico nunca basta por sí solo: debe situarse en relación con los datos clínicos del sujeto o grupo de sujetos en un movimiento de información recíproca. 2. Las reaccio-

nes observadas mediante el test deben considerarse procesos funcionales y no entidades reificadas. 3. La prueba de Szondi es un test estructural, de manera que debe evitarse la interpretación atomística y fragmentada de resultados, integrando los datos obtenidos según un modo dialéctico, sincrónico, entre vectores periféricos y centrales (método del borde y del medio), así como entre el Perfil del Primer Plano (PPP), con los aspectos manifiestos de la personalidad, y el Perfil Complementario Experimental (PCE) o de trasfondo, en el que se encuentran confirmadas las tendencias manifiestas o bien aparecen tendencias contrarias a las del primer plano, reales y activas a pesar del disimulo y represión. 4. La interpretación debe inscribirse en la historia global del sujeto en su temporalidad (pasado, presente y futuro) y no sólo en la clínica del momento, además de considerar variables tan importantes como sexo, edad y características socioculturales.

En cuanto al método de interpretación, debemos señalar que existen diversas modalidades. La más recomendable es una aproximación global con el objetivo de captar la estructura fundamental del campo pulsional del sujeto, lo cual exige un conocimiento profundo del test y de sus implicaciones psicopatológicas. A continuación, el cuadro diagnóstico debe completarse, corregirse y matizarse con otros datos parciales y diversos índices cuantitativos.

La aproximación diagnóstica a nuestro grupo de estudio consistirá principalmente en el análisis de las configuraciones vectoriales (tablas 1, 3, 4, 5) y de la relación dialéctica entre vectores periféricos (S, C) y centrales (P, Sch); el análisis del PPP (tendencias manifiestas) deberá completarse en cuanto sea posible con el PCE (tabla 2), ya que este último manifiesta, como hemos dicho, las tendencias latentes, pero no por eso menos activas y dinámicas. La globalidad de los perfiles en sus múltiples variedades tiene que ver con entidades psiquiátricas de nuestro grupo clínico de estudio, que Szondi llama "formas de existencia", algunas peligrosas, como la psicopática y otras protectoras, como la sublimada, que inciden de manera importante en las relaciones interpersonales.

### **Muestra de estudio y resultados**

La muestra de estudio es de 10 mujeres que en sus relaciones de pareja han sufrido malos tratos; se trata pues de un grupo de muje-



res maltratadas (MM). Ocho de ellas han sufrido malos tratos de tipo físico y todas ellas de tipo psicológico. A cada una de ellas, además de la entrevista clínica, se ha aplicado el test de Szondi unas ocho veces por término medio, dando lugar a 76 observaciones en total.

Aunque es evidente que la metodología szondiana privilegia ante una problemática probablemente psicopatológica un análisis preferentemente clínico, caso por caso, aquí y ahora analizaremos los resultados del grupo en su conjunto con el objetivo de establecer el perfil que lo caracteriza, comparando dichos resultados tanto con el grupo normativo (1000 húngaros adultos sanos) de Szondi (1955), como con el grupo normativo (750 habitantes adultos sanos de Navarra) de Soto Yárritu (1953). Nuestra hipótesis de trabajo es simple: creemos ante todo que el modelo szondiano nos permitirá conocer la dinámica conflictiva subyacente a la relación de maltrato, revelando signos testológicos específicos y diferenciales de nuestro grupo clínico de estudio. En cuanto a los datos normativos, utilizaremos obviamente los de Soto, por tratarse de una población española, pero vale la pena señalar "la inesperada coincidencia de la frecuencia media de los navarros con la de los húngaros en 62 de 64 cuadros vectoriales" (Szondi, 1970, p.398). Las pocas diferencias significativas deben atribuirse, según Soto, a factores educativos, religiosos y culturales (mayor índice de fidelidad, d- m+, en la Navarra de los años 50, que en la población húngara). Una última observación: de las 16 combinaciones posibles entre las reacciones a los dos factores de cada vector (+, -, 0, ±), solamente consideraremos en nuestras tablas los porcentajes superiores al 5% por considerarlos los más significativos de nuestro grupo experimental. Esto representa para cada vector el porcentaje siguiente de reacciones grupales: Vector Sexual, 82,1%; Vector de Contacto, 69,3%; Vector Paroxismal, 73,2%; y Vector del Yo, 70,6%.

Vector S

El Vector Sexual es muy importante en el estudio de nuestro grupo donde se han producido y se producen trastornos y conflictos que afectan el área sexual y afectiva. El análisis de las reacciones vectoriales, que presentamos en la tabla 1, se refiere básicamente a la relación dialéctica entre Eros (factor h) y Thanatos (factor s), es decir, entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, o en otras pa-

labras, entre ternura y agresividad, componentes esenciales de la sexualidad humana.

Tabla 2.  
Vector Sexual. Porcentajes de las configuraciones vectoriales > 4%

h s	VECTOR S: Perfil del Primer Plano			
	Szondi	Soto Yárritu	Alarcón	Diferencia A-S
+ -	13,3	13,0	42,3	29,3
+ +	16,7	33,2	16,7	-16,5
+ ±	6,0	9,6	15,4	5,8
+ 0	18,6	13,6	7,7	-5,9

### Configuraciones

- + - Es la más frecuente en nuestro grupo de estudio, con un % tres veces superior al grupo normativo de Soto. Es signo de pasividad total en las personas que dan esta reacción. Si la tendencia es hipertrofiada (s-!) hay que sospechar inclinaciones masoquistas, de sumisión absoluta, lo cual ocurre en 4 de las 10 mujeres maltratadas (MM) de nuestra muestra. La hipertrofia en el factor s se halla, en efecto, concentrado en 4 casos, con un 33% de reacciones, razón por la cual dichas personas pueden ser considerados "masoquistas" con toda probabilidad.
- + - Sexualidad adulta normal, sana, (16,5% más frecuente entre la población normativa de Soto).
- +± Sexualidad normal, pero teñida de pasividad y masoquismo (5,8% más frecuente en nuestro grupo).
- +0 La necesidad de ternura se expresa de modo infantil (5,9 más frecuente en Soto).

En el PCE (tabla 2) la configuración + - del Vector S se repite en una proporción significativa (20,5%), lo cual significa que la característica pasivomasoquista se halla firmemente asentada en las mujeres que presentan esta convergencia. También aparece la configuración contraria a la anterior (- +), signo de sexualidad agresiva latente, no resuelta ni elaborada, que en algunos casos se transforma en su opuesto de cara al exterior (pasividad, masoquismo) o en

actividades sociales y humanitarias (sadohumanismo). Es el caso de una mujer de nuestro grupo que dedica una gran parte de su vida al cuidado de su padre, lo cual genera conflictos con la madre que fue la primera en maltratarla, mucho antes que el propio marido de la afectada.

Tabla 3.  
Porcentajes de las configuraciones vectoriales > 5% del PCE

Vector	Perfil Complementario experimental. Resultados Alarcón.						
	+ -	- +	+ 0	0 -	0 0	- -	
S	20,5	16,6	12,8	11,5	7,7	6,4	
C	16,7	12,8	12,8	11,5	10,3	7,7	± 0
P	19,2	14,1	10,3	9,0	7,7	7,7	± 0
Sch	16,7	14,1	12,8	10,3	10,3	9,0	6,4

### Vector C

Podemos observar en los resultados de la Tabla 3 que destacan tres configuraciones por encima del resto aunque se diferencian poco de las de Soto. En todas ellas la notación de m es +, lo cual indica carga en el factor de la dependencia y de la oralidad, aquel que hace que los individuos se agarren a los objetos afectivos de forma dependiente y pasiva.

Tabla 4.  
Vector de Contacto.  
Porcentajes de las configuraciones vectoriales > 5%

d m	VECTOR C: Perfil del Primer Plano			
	Szondi	Soto Yárritu	Alarcón	Diferenc. A-S
0 +	17,6	27,6	29,5	1,9
- +	9,8	26,4	18	-8,4
+ +	9,4	10,0	15,4	5,4
+ ± / ± +	1,8 / 3,6	3,0 / 2,4	6,4	3,4 / 4,0

## Configuraciones

- 0 + carencia de interés por la búsqueda de nuevos objetos.  
 - + conflicto y rechazo de la pulsión de contacto, más frecuente en Soto. Tanto ésta como la anterior reacción corresponden a un tipo de personalidad pasivo dependiente.
- + + más frecuente en nuestro grupo, esta reacción se repite en el PCE y es indicativa de contacto disperso, doble o pluralista. El sujeto manifiesta la necesidad de vivir en contacto con dos o varios objetos, como es el caso de personas que oscilan entre homosexualidad y heterosexualidad.
- + ± / ± + Reacciones tritendenciales más frecuentes en nuestro grupo. La primera indica ambivalencia o inseguridad en relación con el objeto antiguo, lo cual impulsa a buscar un objeto nuevo. Es característico del estado depresivo. La segunda, en cambio, indica apego al objeto antiguo y duda en la búsqueda de uno nuevo.

## Vector P

Observamos en la Tabla 4 que las dos primeras reacciones son casi idénticas al grupo normal de Szondi y ligeramente inferior al de Soto.

Tabla 5.  
 Vector Paroxismal.  
 Porcentajes de las configuraciones vectoriales > 5%

e hy	VECTOR P: Perfil del primer Plano			
	Szondi	Soto Yárritu	Alarcón	Diferenc. A-S
+ -	23,2	28,2	24,4	-3,8
0 -	16,1	20,6	15,4	-5,2
- -	8,5	11,6	14,1	2,5
± -	4,3	8,6	10,3	1,7
0 ±	5,6	1,8	9,0	7,2

- + - Signo de conformidad social y control emocional, formación reactiva contra - + (9%) y - 0 (19,2%), presentes en el PCE de nuestra muestra (19%). En el trasfondo de la personalidad existen, pues, pulsiones agresivas, cainíticas, no elaboradas, ocultas por la máscara superficial del *Dulce Abel* (6 de los casos de nuestra muestra).
- 0 - Tendencia al ocultamiento de las emociones, especialmente las sexuales.
- / ± Porcentajes ligeramente más elevados en nuestro grupo y convergentes en el PCE. La primera reacción indica represión afectiva, con sensación de ansiedad y opresión. La segunda, frecuente en sujetos neuróticos, indica angustia de culpabilidad ante el dilema ético odio – reparación.
- 0 ± Finalmente, esta reacción, 7,2% más frecuente en nuestro grupo, expresa el dilema moral que en la clínica suele manifestarse con quejas histeroides.

## Vector Sch

El vector del Yo es muy importante tanto desde el punto de vista teórico, psicoanalítico, como en patología clínica, ya que la esquizofrenia, enfermedad mental típicamente humana, afecta al yo. Con este vector Szondi introduce en su sistema las grandes cuestiones del ser y tener, y los procesos psicológicos de identificación, proyección, participación e introyección.

La tabla 5 muestra que el grupo de MM da la reacción – 0 un 25,7% más frecuente que en Soto, porcentaje que se invierte en la reacción - -, diferencias importantes que debemos interpretar.

## Configuraciones

- 0 Signo de represión. El yo aleja de la conciencia las representaciones indeseables (p0) y desvaloriza (k-) los objetos investidos primitivamente. Es decir, el yo niega cualquier expresión del deseo, la satisfacción del cual sólo se conseguirá a través del síntoma. Característico de la neurosis, este perfil es característico –entre otros problemas clínicos- de los individuos con trastornos

sexuales, con sentimientos de inferioridad. Destaquemos el porcentaje elevadísimo del grupo de MM.

- + En esta reacción, que encontramos reforzada en el PCE de nuestro grupo (16,7%), k también es negativa, lo cual significa que el yo continúa vetando e inhibiendo el deseo que aquí tiende a manifestarse (p+). El sujeto tiene el sentimiento penoso de ver frenado su impulso y de ser anormal, menos dotado que los demás. Es un perfil que clínicamente también se encuentra en los casos de trastornos sexuales. Notemos, sin embargo, que no es raro que los sujetos fuertemente inhibidos se liberen alguna vez de golpe, brutalmente, rechazando las barreras que les constreñían anteriormente.

Tabla 6.  
Vector del Yo.  
Porcentajes de las reacciones vectoriales > 5%

k p	VECTOR Sch: Perfil del Primer Plano			
	Szondi	Soto Yárritu	Alarcón	Diferenc. S - A
- 0	7,7	12,8	38,5	25,7
- +	8,8	9,8	14,1	4,3
- -	32,1	36,2	10,3	-25,9
+ 0	3,9	0,8	7,7	6,9

- - Es el perfil del yo adaptado, domesticado, que en la población normal de Soto aparece un 25,9% más frecuente. El yo inviste al Otro de omnipotencia (p-). El Otro es y tiene el Fallo. Es el Otro quien desea. Yo no quiero nada de lo que el otro desea. El perfil k- p- es típico del hombre del montón (*Alltagsmensch*), falto de creatividad e iniciativa, "adaptado, mediocre, sin entusiasmo y sin ilusión, domado, trabajador rutinario, puntal del orden establecido" (Szondi). Destaquemos que nuestro grupo solamente da un 10,3% de reacciones de este tipo.
- + 0 Aunque el porcentaje es bajo, esta configuración se halla más frecuentemente (6,9%) en nuestro grupo de estudio que en Soto. Es signo de introyección total (egocentrismo), es decir, de la tendencia del yo a incorporar un *ersatz*, algo que sustituya al objeto primitivo con todas

sus virtudes. Clínicamente aparece en los trastornos narcisistas, en especial en los casos de perversión (fetichismo, exhibicionismo, sadomasoquismo, etc.).

### Conclusiones. Perfil szondiano de la mujer maltratada

Resumiendo los resultados observados en las configuraciones vectoriales podemos sacar, provisionalmente en la tabla 6, el perfil szondiano de la mujer maltratada que presenta la siguiente estructura:

Tabla 7.  
Perfil de personalidad de la mujer maltratada

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	-	+	-	-	0	0	+

En este perfil observamos, en relación con el grupo normativo de Soto, aspectos coincidentes y aspectos diferenciales. *Las coincidencias* se dan en los factores h+, hy-, k-, y m+, que comentamos brevemente.

La tendencia h+ indica una búsqueda moderada de satisfacción erótica, deseo de unión y fusión. Es una reacción normativa mientras no sea acentuada (h+!), indicativa entonces de frustración sexual.

hy- es la reacción más frecuente en la población normal. Indica adhesión a los valores morales, pudor, conformismo, temor moderado del qué dirán. Funciona como barrera emocional en las personas que tienen dificultades para expresar sus afectos. Hipertensa (hy!) significa el miedo de expresar deseos por parte del individuo que reprime y se siente moralmente culpable.

k- es la tendencia a la negación, que se pone al servicio del principio de realidad. El yo dice no al placer inmediato, adaptándose a las exigencias de la realidad en detrimento de las del Ello. Exasperada (k-!) lleva al negativismo, al rechazo del mundo, de los demás y de la vida (reacción iconoclasta, nihilista y suicidaria, desarrollada al extremo en el enfermo catatónico).

m+ significa aferrarse, hacerse aceptar, buscar la seguridad. Puede considerarse una reacción normativa en el sentido de que el sujeto manifiesta en el factor m la necesidad primaria de algo que sea la base de su existencia. Este algo tiene que ver evidentemente con los primeros objetos investidos, en especial la madre y lo que ella representa, objeto básico, de apoyo. Objeto que es muy importante tener, porque contiene y sostiene. Acentuada (m+) indica dependencia oral pasiva de un sujeto poco tolerante a las frustraciones. Ante el peligro de perder este objeto básico, puede que el sujeto -inseguro, frustrado, deprimido- sólo viva para mantenerlo a toda costa en detrimento de todos los demás objetos.

Los aspectos diferenciales de nuestro grupo de estudio se dan especialmente en el factor s del Vector Sexual y en el factor p del Vector del Yo. En el Vector Sexual, la suma de las configuraciones S + - y S + ± es de 57,7% contra 22,6% en Soto y 19,3% en Szondi, lo cual es característico, como vimos en el análisis de los resultados en el Vector S, de una personalidad pasiva, sumisa y en ciertos casos claramente masoquista. Nuestra conclusión apunta pues a que un número significativo de mujeres que han sido víctimas de maltrato en el transcurso de una relación afectiva estable presentan un patrón de personalidad caracterizado básicamente por el masoquismo. Este patrón se confirma a la vista de las reacciones del grupo de MM en el Vector del Yo y en el vector de Contacto. En efecto, Soto Yárritu (1953, p. 235), a propósito del estudio de un caso clínico, señala que *el síndrome primario del masoquismo viene dado de la siguiente manera: s-, d-, m+, k+, p+/0*, es decir, pasividad, conservadurismo, dependencia, represión y negación. En el perfil de la MM de la tabla 6 aparecen precisamente 4 de estas 5 reacciones: s-, m+, k-, p0. En cuanto al factor d, la reacción 0 no está muy alejada del significado de d- (conservadurismo) ya que d0, al asociarse a m+, suele indicar que no existe tensión alguna en cuanto a la búsqueda de objeto.

Nuestra hipótesis, a la luz de estos resultados, es que este patrón de personalidad de la MM daría razón de la tendencia afectiva a elegir individuos violentos y agresivos. Se trata desde luego de un proceso inconsciente por el cual la mujer, que en su relación de pareja será maltratada con un porcentaje muy elevado de probabilidad, manifiesta una atracción por individuos *sádicos*, porque en ellos captan sus propias tendencias negadas (K-) y proyectadas (p).



En el PCE estas tendencias sádicas, negadas pero reales y activas, responsable en definitiva de una elección amorosa de consecuencias tan negativas, aparecen como posibilidad de existencia. El proceso psicológico, que debe analizarse más detenidamente tanto teórica como empíricamente, se puede enunciar brevemente de la siguiente manera: el yo de la MM niega-proyecta unas tendencias que retornan del exterior en forma de atracción. Encontramos en un caso clínico de Szondi el argumento a favor de esta interpretación: *La elección de su esposo perverso, sádico, está dirigida por el desplazamiento de esta figura existencial sádica escondida en su propio trasfondo psíquico. Ella escogió este sádico porque ella lleva en sí misma una figura existencial sádica asesina* (citado por Legrand, 1979, p.183).

### Epílogo entorno al psicodiagnóstico szondiano

Nuestro trabajo de investigación, que continuamos actualmente y del que hemos dado un avance en este artículo, nos permite comprobar *in vivo* la complejidad de la psicología humana en materia de *tropismos* afectivos. El principio freudiano del continuo normal-patológico se nos manifiesta claramente en el diagnóstico szondiano. El *quantum* de elecciones personaliza dicho principio, mostrándonos como la estructura psíquica del ser humano es esencialmente incierta puesto que se constituye a partir de tendencias pulsionales, todas potencialmente mórbidas, presentes en cada uno de nosotros. Del mismo modo, el llamado *principio del cristal* según el cual una vez quebrada la estructura pulsional humana podemos observar el entramado psicopatológico normalmente armónico e integrado y ,por lo mismo, generalmente inadvertido, se nos muestra a las claras en este diseño metodológico original de Szondi.

Teniendo en cuenta estos dos principios freudianos, así como otros datos psicoanalíticos, podemos realizar una evaluación distinta de la que pretende una precisión puntual de los hechos diagnósticos al modo positivista o inductivista de la ciencia. Aquello que en el diagnóstico tradicional se nos muestra uniformemente clasificatorio de un determinado trastorno, el análisis Szondiano nos permite descubrir y valorar aspectos psicológicos y psicopatológicos normalmente obviados y enterrados en las noxas definidas por un modelo biomédico o psiquiátrico tradicional que, según Schotte, aunque afirme como aforismo fundamental el principio de que no hay

enfermedades sino enfermos, en la práctica actúa desde la actitud inversa, no existen enfermos sino enfermedades. El modelo Szondiano permite, en cambio, observar en cada persona la estructuración individual, única, del entramado pulsional del individuo, sin que ello obste para que pueda intentarse una aproximación a grupos clínicos con determinadas características.

Nuestra investigación, centrada precisamente en un grupo clínico de mujeres maltratadas, ha tratado de descubrir el perfil medio de personalidad, característico de este grupo, sin negar por supuesto la individualidad existencial diferenciada, es decir, la probabilidad de que cada sujeto haya negociado su *circunstancia vital* de distinta forma, concretando una realidad única e irrepetible (perfil del grupo vs perfil individual). Además, si bien el test de Szondi evalúa fundamentalmente estructuras fijas y estables de la personalidad, la aplicación de la prueba de 8 a 10 veces en días distintos muestra la extrema complejidad de tal estructura y el modo contingente de manifestarse en el continuo temporal que caracteriza la vida del ser humano.

La cuestión fundamental, en el contexto de nuestra investigación, ha sido la posibilidad de observar como una determinada problemática relacional —el maltrato en la relación de pareja— tiene que ver fundamentalmente con un *peligro pulsional* situado en el Vector S y con el Vector del Yo, que tiene el privilegio de elaborar las demás pulsiones, de una parte, mediante mecanismos de defensa, y de otra, produciendo la escisión pulsional según los procesos que conocemos: inflación (p+), introyección (k+), negación (k-) y proyección (p-).

Desde la óptica szondiana, la atracción y el rechazo, procesos fundamentales en la problemática conflictiva de la pareja en la que se produce maltrato, son obra del yo que asume e integra (k+), o rechaza y niega (k-). Como hemos constatado y comentado en el análisis de resultados, nuestra hipótesis es que el peligro pulsional de la MM es su alto grado de tendencia pasivamasoquista (S + -), que le mueve a rechazar en ella lo vital y el componente agresivo de su sexualidad. El yo que niega (k-) sería sin embargo el responsable final de la elección amorosa del compañero agresivo al *escoger del exterior aquello que niega e ignora en su interior*.

## Bibliografía

- BUNGE M. (1969). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- CAÑO, X. (1995). *Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*. Madrid: Temas de hoy.
- DE TORRES P., ESPADA J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Santillana.
- DERI, S. (1991). *Introduction au test de Szondi*. Bruxelles: De Boeck Université.
- FALCÓN L. *La violencia a la mujer*. Madrid: Vindicación feminista.
- FERRATER MORA, J. (1984). *Diccionario de Filosofía*. Madrid: Alianza.
- LEGRAND, MICHEL (1979). *Léopold Szondi: son test, sa doctrine*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- MELON, J. (1975). *Théorie et pratique du Szondi*. Liège: Presses Universitaires.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1980). *Estudios sobre el amor*. Madrid: Alianza.
- MAISONNEUVE, J. (1966). *Psycho-sociologie des affinités*. Paris: Presses Universitaires de France.
- PAINTON, M.B. (1983). *Una validación clínica del test de Szondi*. Madrid: T.E.A. Ediciones.
- SCHOTTE, J. (1992). Metodología de la relación del psicoanálisis con otras ciencias, I y II. *Rev. Clínica y Análisis Grupal*. Madrid: Grupo Quipú.
- SCHOTTE, J. (1990). *Szondi avec Freud. Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. Bruxelles: De Boeck Université.
- SOTO YARRITU, F. (1953) *El destino humano como problema científico. Nuestros resultados con la prueba de Szondi*. Navarra: Diputación Foral.
- SZONDI, L. (1970). *Tratado del diagnóstico experimental de los instintos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- SZONDI, L. (1975). *Caín*. Madrid: Biblioteca nueva.



## **LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS EN EL SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS**

*Vera Campo y Rosa M<sup>a</sup> Royo Esqués*

### **RESUMEN**

El trabajo muestra la técnica de seguimiento desde dos puntos de vista: uno, como herramienta en el trabajo terapéutico y otro, su valor para la investigación. Las autoras parten de la idea de que el seguimiento es un procedimiento que puede ser útil para sus tres participantes, diagnosticador, terapeuta y paciente. Se muestra su funcionamiento mediante material clínico. En el terreno de la investigación se considera su importancia para validar las hipótesis diagnósticas; obtener datos respecto a la validez del test de Rorschach que faciliten su constante desarrollo; valorar el proceso terapéutico e investigar sobre el funcionamiento mental. En un nivel más específico, el material presentado permite analizar el Índice SCZI y su valor en nuestro medio. Centrándose en la discusión de la percepción, o sea la mediación y el pensamiento. Se presentan algunas conclusiones tentativas.

### **Introducción**

El seguimiento es un procedimiento que ofrece información sobre los pacientes, la posibilidad de confrontar la perspectiva del terapeuta con la del diagnosticador y una ayuda para conceptualizar lo que el terapeuta experimenta en las sesiones con ellos. Es un elemento de ayuda para éste en la medida que permite evaluar la progresión de sus tratamientos, como también para el paciente que puede confrontar la situación presente con otro profesional.

El seguimiento es también una herramienta para la investigación sobre los tratamientos y sobre las técnicas proyectivas en sí mismas. Representa una cierta objetivación necesaria para los investigadores y teóricos, siendo ésta una de las pocas ocasiones que el diagnosticador tiene para comprobar sus hipótesis y evaluar la validez de sus instrumentos.

Precisa de un encuadre adecuado para contener las expectativas y ansiedades que como experiencia relacional despierta en todos los participantes. La relación terapéutica bipersonal, se abre en el seguimiento a un tercero, real, lo que genera movimientos triangulares, transferenciales y contratransferenciales que podrían convertir, de no ser contenidos, un proceso de ayuda en una interferencia.

Requiere de una alianza de trabajo entre evaluador y terapeuta, a la vez que con el paciente y, en el caso de niños, con los padres. Esta alianza de trabajo significa ponerse de acuerdo, establecer un procedimiento general y adaptarlo a cada situación particular.

Presentaremos en este trabajo un material clínico para ejemplificar dos aspectos del seguimiento, por un lado su utilización como herramienta de trabajo para el terapeuta y por otro su valor para la investigación.

## **Material clínico**

María, una niña de 10 años, llegó a la consulta hace dos años (Vera Campo, diagnóstico; Rosa Royo, terapia).

La consulta partió de la madre -los padres están separados- debido a que durante los últimos 6 meses, María tenía mucho miedo durante la noche, lo que le impedía dormir sola.

En este período había reaparecido una antigua enuresis, nunca del todo resuelta. Se hacían patentes dificultades escolares, sin que ello impidiera seguir en su nivel de edad académica. Dato significativo de la historia es una operación a que fue sometida nada más nacer al detectarle un bulto en la espalda que se presupuso maligno, aunque resultó no serlo. Estuvo hospitalizada durante 10 días, sin contacto directo con los padres. Episodio vivido por la madre con angustia y culpa.

A lo largo de la infancia María ha faltado repetidamente al colegio por problemas somáticos más o menos difusos, desde bronquitis y resfriados a dolores de barriga.

Ahora expondremos los datos comparados de los dos Rorschachs pasados a María. El primero durante el período diagnóstico y el segundo a los dos años de terapia. Centraremos el interés en los aspectos perceptuales de los protocolos debido por un

lado, a nuestra preocupación por el funcionamiento del índice de SCZI en nuestro medio y por otro, a las necesidades de síntesis de este trabajo.

Por lo tanto, desde el punto de vista del Rorschach nos centraremos en la discusión de la percepción o sea la mediación y el pensamiento, y su relación con un desarrollo terapéutico favorable.

Muy brevemente, respecto del seguimiento, tal vez lo más llamativo del primer Rorschach sea la distorsión en la percepción de la realidad ( $X+\% = .27$ ;  $X-\% = .49$ ; índice SCZI = 4), junto a una productividad exagerada ( $R = 45$ ) que sin embargo no parecía constituir una descarga sana o adecuada de conflictos -en particular de la hostilidad ( $S = 8$ ) y contenidos agresivos- dado que la inhibición emocional es marcada ( $FC:CF+C = 3:0$  y Afr bajo). A esto contribuye sin duda su huida a la fantasía ( $Mp > Ma$ ), la irrealidad, la fragmentación y la desconfianza en las relaciones interpersonales ( $H:(H)+Hd+(Hd)$ , Dd altas, Ad+Hd elevadas, HVI, contenidos).

Esta situación interna así mismo contribuía a una baja autoestima y a frecuentes experiencias de desorganización afectiva ( $DEPI = 5$ ). El conjunto era controlado (Puntajes D = 0) omnipotente (W y Zf altas) pero no eficaz (Zd alta). La disociación era clara (Lambda alto).

El segundo Rorschach impacta por la persistencia de rasgos similares, ahora con un énfasis aún más marcado en los aspectos psicóticos (SCZI = 6 y elevado número de fenómenos especiales).

Sin embargo, la niña se ha abierto y normalizado afectivamente ( $FC:CF+C$  y Afr) y a pesar de que persiste la disociación (Lambda alto) ésta ha disminuido y sus recursos se han liberado y enriquecido (EA). Ya no recurre al refugio negador en su fantasía ( $Ma > Mp$ ) y se ha acercado más a su mundo interno (eb), aparece cierta noción de conflicto (2 m), especialmente de su dependencia (2 Fd). Aún cuando el índice de depresión ya no es positivo, y su autoestima ha mejorado -siguiendo baja-, parece percatarse mucho más de su pesimismo y de su sensación de estar dañada (MOR alto). Con todo, ahora puede esperar interacciones positivas (COP) a pesar de que todavía sigue suspicaz (HVI), muy rabiosa (S) y no se comprende ni comprende bien a los demás ( $H : (H) + Hd + (Hd)$ ).

Dentro de toda la información del diagnóstico, como datos Rorschach de la primera pasación, se destacó que se trataba de una estructura de personalidad esquizoide con rasgos paranoides y marcada disociación afectiva, subyacente a una actitud superficial

de tipo histeroide. En la segunda, correspondiente al seguimiento, se observó que dentro del no cambio estructural, esquizoide con rasgos paranoides, se destacaban los efectos de una defensa de tipo obsesivo, la ampliación de sus recursos y la evolución positiva en el plano afectivo, junto con la necesidad de seguir alerta sobre la forma de percibir y pensar de María.

Mostraremos primero la utilidad que ha tenido este seguimiento como herramienta de trabajo en la terapia y posteriormente el valor para la investigación.

### **Seguimiento y proceso terapéutico**

En los primeros momentos de la terapia María describía un mundo de objetos persecutorios vividos como reales y la dificultad de entenderse con ellos. (Profesoras que le tienen manía, que son desagradables con ella; médicos que no le han tratado bien, que se han equivocado en la medicación y por eso siempre está enferma; amigos de la madre que amenazan su lugar con ella...). Aspecto coherente con el bajo nivel formal de las respuestas Rorschach, que fueron entendidos en el tratamiento como la expresión de ansiedades muy primitivas que deforman la percepción de los objetos (M.Klein).

La descripción de sus miedos así como su material onírico mostraban que estaban provocados por ansiedades paranoides de intrusión violenta y agresiva, a veces difíciles de diferenciar de sus pensamientos.

Se apreciaba una fuerte disociación y predominio de ansiedades esquizoparanoideas que intentaba dominar por medio de la identificación proyectiva, de la tendencia a construirse una coraza pseudoadultas y de la descarga somática.

Se plantea una psicoterapia de dos veces por semana. En la relación terapéutica se mostraba necesitada de ayuda, colaboradora e interesada en mejorar. La fantasía de inicio era el tratamiento como algo quirúrgico que le extirparía sus problemas.

María, que no tiene hermanos, es una niña en un mundo de adultos con los que a menudo mantiene una relación de iguales, mostrando un comportamiento pseudomadura. Tanto el padre como la madre tienen una actitud con la niña que favorecen esta tendencia. Ambos confunden atender a la niña en sus necesidades con



hacerla regresiva y dependiente, forzando así una autosuficiencia precoz.

Se podía apreciar que estaba muy poco libre en la expresión de sus emociones y especialmente controlada en sus impulsos agresivos (todo ordenado y limpio). Aplacaba constantemente a la terapeuta, oscilaba entre controlarla o someterse ella para evitar cualquier conflicto entre ambas.

El tratamiento pasa por diferentes momentos, pero poco a poco se observa un mayor contacto con sus afectos, una cierta modificación en sus relaciones objetales, mayor tolerancia y cierto reconocimiento de su participación en los conflictos relacionales. Su propia percepción también ha cambiado, ya no se siente tan frágil, sino que tiene más recursos y posibilidades. Los síntomas más llamativos, desde el punto de vista externo, el miedo, la enuresis, las enfermedades han remitido casi completamente, no así con los problemas escolares que persisten.

¿Porqué con esta, en principio, buena evolución se pide un seguimiento? Porque María se había hecho la idea de que el tratamiento duraría dos años y en el último tiempo tomó tal preponderancia esta idea que el tratamiento estaba entrando en el riesgo de un impasse. María no tenía ningún deseo de mostrar conflictos que modificaran la idea de acabar en ese plazo. Parece evidente que éste solo era el aspecto manifiesto, ya que su temor real era seguir profundizando en el conocimiento de su conflictiva situación psicológica y se estaba estableciendo una defensa difícil de atravesar.

Se había encerrado en un juego obsesivo (comprar y vender), conocido del inicio del tratamiento, ahora menos solitario, la terapeuta podía participar pero siempre y cuando se mantuviera una apariencia de "todo va bien".

En aquel momento se cumplían los dos años y frente a la idea del final por parte de María y de la dinámica que se estableció, en la que en resumen ella decía que estaba bien y la terapeuta que sería conveniente seguir el tratamiento, se pide un seguimiento para obtener por un lado alguna comprensión mayor por parte de la terapeuta y también que María tuviera la ocasión de constatar con otra persona su demanda de final.

Se realiza la evaluación, en la cual, hemos visto que la base estructural esquizoide sigue apareciendo y podría parecer que hay una disonancia entre los datos del seguimiento y los del tratamiento. No obstante la concordancia es lo que predomina, desde las dos

perspectivas se observa un mayor contacto afectivo, más esperanza en los intercambios positivos con los demás, menos disociación, menos refugio en su fantasía. La psicoterapia le ha proporcionado alguna evolución en el manejo con sus trastornos de base que le ha permitido ampliar sus recursos. Se maneja mejor con el entorno, con la experiencia, con sus aspiraciones. Hay una mejoría incipiente en su autoestima y más acercamiento a sus aspectos primitivos.

Esto podría explicar una observación repetida en los seguimientos, que un segundo Rorschach puede destapar aspectos antes ocultos. En este caso el índice de SCZI más alto.

Más allá de convergencias y divergencias, lo que ha sido verdaderamente beneficioso en esta ocasión, es que la situación de seguimiento movilizó a María y permitió que afloraran aspectos que necesitaban seguir siendo tratados. Así pudo aparecer en la evaluación misma un tema que permanecía silenciado en la terapia, un pensamiento de tipo deliroide cuyo tema era que en el colegio estaban todos contra ella, lo que estaba tomando tal magnitud que la única solución viable que María encontraba era cambiar de colegio.

El seguimiento constató su necesidad de continuar el tratamiento y ayudó a desencallar el proceso terapéutico. María pudo hablar de su situación persecutoria respecto al colegio y así se pudo analizar. El riesgo de impasse se debía fundamentalmente a la caída de las idealizaciones (paternas) y de la coraza pseudomadura, que ya no podía mantener por más tiempo. Frente a ésta situación María no tenía más recursos que aumentar sus defensas esquizoides y huir del tratamiento que amenazaba el mantenimiento de las mismas.

Las sesiones posteriores a la evaluación vinieron marcadas por un cambio en la comunicación, disminuyeron los juegos obsesivos, y con frecuencia usó el espacio terapéutico para entenderse. En una sesión en la que se encaraban algunos problemas no dijo como era habitual del último tiempo "calla, juguemos, yo vendo y tu compras" sino "Rosa, ¿cómo lo haremos?"

## **Seguimiento e investigación**

Desde el punto de vista de la investigación este seguimiento también ha sido provechoso ya que nos ha permitido pensar sobre el índice SCZI.

Nos sorprendió que en el segundo Rorschach el índice fuera aún más alto (SCZI =6), el X+% más bajo y el X-% igualmente alto. Se mantenía, a su vez, una distribución similar de los fallos perceptuales -niveles formales- algo mayores en las Láminas cromáticas, junto con una producción todavía más elevada (R>80). ¿Cómo se articulan estos datos con la evidencia de que se había dado una franca mejoría en el terreno afectivo, refrendada no sólo por datos Rorschach sino por la observación de la terapeuta?

El análisis cuidadoso y cualitativo de los componentes del índice SCZI nos ha permitido comprender que María puntúe positivo en el índice no siendo esquizofrénica.

En la línea descrita proponemos la hipótesis de que el proceso terapéutico haya propiciado una reducción del miedo al contacto con su mundo mental, lo que permite que aparezca un pensamiento más complejo. La apertura emocional ha facilitado la disminución de la disociación (L = 1.81, ahora 1.05) y la desaparición de su anterior excesivo refugio en la fantasía (ya no es una "Blancanieves"), por lo tanto puede comunicar con mayor facilidad sus distorsiones de la realidad lo que ha permitido el tratamiento de éstas, por lo menos hasta el momento del posible impasse.

Por otro lado vemos que la alteración de la percepción (X+%, X-% y M-) existe, pero que el índice no refleja que junto a respuestas mal vistas aparecen otras bien elaboradas. Si exploramos esos contenidos, junto con los que tienen que ver con los fenómenos especiales, vemos que están determinados por la ansiedad confusional, la depresión, una autoimagen desvalorizada y un manejo obsesivo de tipo infantil arbitrario que busca la justificación de sus percepciones y no necesariamente representan el pensamiento esquizofrénico.

Es evidente que cualquier índice Rorschach no debe ser interpretado fuera de su contexto y precisa también de una interpretación cualitativa. Debemos ser especialmente cuidadosos con el índice que nos ocupa en esta investigación (SCZI) hasta que no sea más elaborado y tenga en cuenta los componentes emocionales que lo pueden alterar con cierta facilidad.

Algunos de los problemas que plantea el índice SCZI han sido estudiados en otras ocasiones por Vera Campo (1993,1995,1996 y 1998) y nos permite hacer algunas conclusiones tentativas:

Primero, no es un índice fiable en nuestro medio debido al alto número de falsos positivos (y negativos) y a nuestras diferencias

respecto de los niveles formales -provisionales- en el mismo (Alvarez y colab., 1993).

Segundo, es necesario encontrar otros puntos de corte para varios de sus seis componentes, concretamente: 1,2 y 6.

Tercero, los aspectos afectivos influyen poderosamente en el funcionamiento cognitivo y en el índice (V.Campo, 1.998) como el mismo Exner señalaba todavía en 1.990 (Riap 2), pero ya no por PAR en 1.996 (Riap 3).

A modo de final y en apoyo del seguimiento como un instrumento más en el proceso de ayudar a nuestros pacientes, pensamos que la ayuda al terapeuta proviene de la nueva perspectiva que el seguimiento le puede dar. El terapeuta ve al paciente a lo largo del proceso, en el día a día del trabajo, lo que puede dificultar constatar la magnitud de los cambios, la comparación de aquel paciente que llegó con el que es ahora, o sea que, en ocasiones, los árboles le impidan ver el bosque. Y por otro lado, la ayuda al diagnosticador proviene de que cuenta en el seguimiento con una importante fuente para evaluar su propio trabajo, es decir constatar sus hipótesis diagnósticas, y a su vez, el comprobar la validez de sus instrumentos, así como la posibilidad de perfeccionarlos.

## Bibliografía

- ALVAREZ, M. & COLAB. (1.993). Primera aproximación a un estudio normativo del Rorschach de la ciudad de Barcelona y su entorno. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 6-20.
- CAMPO, V. (1.993). An old friend revisited: In the throes of the SCZI index. *British Journal of Projective Psychology*, 38 (1), 2-18.
- CAMPO, V. (1.995). Estudios Clínicos con el Rorschach en Niños, Adolescentes y Adultos (cap. IX, el caso de Mateo, 293-322). Barcelona: Paidós.
- CAMPO, V. (1.996). Rorschach "culture" and perceptual accuracy. *Acta psychiatrica belgica*, 96, Suppl. 1,7-14.
- CAMPO, V. (1.998). The SCZI index and the normative sample of Barcelona (1.993). Trabajo presentado en el V Congreso de la ERA, Madrid.
- EXNER, J. E. (1.990). RIAP2 (Versión 2) Rorschach Interpretation Assistance Program.

**KLEIN, M. (1.932).** El significado de las situaciones tempranas de ansiedad en el desarrollo del yo. *El psicoanálisis de niños*. Barcelona:Paidós.

**PAR (1.996).** RIAP3 Plus. Rorschach Interpretation Assistance Program.



# DECISIÓN DE TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS OBSERVADOS EN PSICOTERAPIAS A LARGO PLAZO

María Vives<sup>1</sup>

Universidad de Barcelona

## Introducción

El estudio de los datos del resumen estructural del test de Rorschach y la reflexión del proceso terapéutico nos ha permitido revisar aquellas variables e índices que creemos influyen en la decisión de inicio del tratamiento. De este modo, *el primer objetivo* de nuestra investigación es determinar qué indicadores de la secuencia de codificación y del resumen estructural permiten considerar conveniente o necesaria una psicoterapia. *El segundo objetivo* consiste en comprobar si se detectan cambios en las variables estudiadas, al comparar los resultados de dos administraciones Rorschach efectuadas al inicio y al final del tratamiento.

## I.- Hipótesis

Se plantean dos hipótesis. 1/ Si los valores de determinadas agrupaciones de variables pueden considerarse indicadores de tratamiento. 2/ Si los valores estructurales obtenidos por un grupo de pacientes antes de iniciar su tratamiento difieren significativamente de los alcanzados en una nueva administración del test, al finalizar dicho proceso.

## II.- Método y procedimiento

La muestra<sup>2</sup> utilizada consta de 30 sujetos, de edades comprendidas entre 6 y 15 años que consultan por características psicológicas diversas: depresión, inhibición, agresividad y crisis psicóticas, que repercuten negativamente en sus resultados escolares. En el momento de iniciar este estudio sólo siete pacientes habían sido retestados. La comparación de los valores del resumen estructural procedentes de las dos administraciones del test permitirá detectar los cambios obtenidos en cada variable.

Se aplicaron en la fase diagnóstica: entrevistas, Gráficos, Wisc, y Rorschach; sólo en algunos casos pruebas instrumentales y el test P N. Para efectuar el análisis de los cambios, se partió fundamentalmente del test de Rorschach.

### **III.- Índices de pronóstico**

Centrándonos en el análisis de la secuencia de codificación y del resumen estructural se ha podido comprobar cómo sobresalen una serie de variables que relacionamos con la conveniencia o necesidad de iniciar un tratamiento.

#### **AI En el análisis de la Secuencia de Codificación nos alertará:**

- La presencia de respuestas de espacio en localización, junto a determinantes de movimiento inanimado y múltiples de color-sombreado, en protocolos con un lambda alto o muy alto (S+m+DM col.-somb.+ Lambda 8 ó 88); constituiría una agrupación de variables a tener en cuenta como signo de alarma, reiterado por Exner en numerosas ocasiones (conduciría a revisar los índices de esquizofrenia, depresión y la constelación de suicidio, además de los determinantes de claroscuro en el conjunto de la eb y contemplados a partir del estilo básico de respuesta).

- Numerosos códigos especiales graves (CONTAM, FABCOM2, DR2), incluso en la misma respuesta (INCOM2, FABCOM2, DR2) podrían sugerir la presencia de alteraciones severas en el proceso del pensamiento (convendría revisar minuciosamente las variables del SCZI, además de la mediación, ideación y procesamiento).

- La degradación del nivel formal de las respuestas de una misma lámina, cuyos valores pasarían de tener una calidad formal ordinaria (FQo) en las primeras respuestas, a una calidad formal única o menos (FQu y FQ-) en las siguientes. Este hecho nos llevaría a comprobar los valores de la mediación cognitiva (F+%, X+%, X-%, Xu%, S-%..); al mismo tiempo, observaríamos si se cumple la relación entre distorsión perceptiva y el incremento de códigos es-



peciales de nivel 2 y otros indicadores (de psicosis) que podrían confirmar la presencia de severa patología.

- La persistencia de respuestas de espacio a lo largo del protocolo (S88), nos llevaría a relacionar su producción o incremento con la presencia (respuestas de anatomía, An y/o movimiento agresivo, AG) o ausencia (An=0, AG=0) de vías de expresión de la agresividad.

## **B/1- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES E ÍNDICES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL:**

1. En *control y tolerancia al estrés* son de destacar las siguientes relaciones de variables:

1.1. Relación entre experiencia actual (EA) y estimulación experimentada (es): Cuando la estimulación sufrida (es) es mucho mayor que la experiencia actual (EA) -varias desviaciones por encima de la media- en protocolos con D-2, D-3, reflejaría la tendencia a la desorganización y al descontrol. Constituiría, casi por sí mismo, objeto de tratamiento. En el caso de EA muy superior a (es) indicaría, de plantearse un tratamiento, la dificultad de cambio psicológico, y correspondería, en este grupo, a adolescentes jóvenes maduros sólo en apariencia. Se espera que la psicoterapia consiga disminuir el valor D-, acercándolo a D=0. En este grupo, tres de los niños depresivos poseen D=0 en su primer protocolo, mientras que, en el segundo, consiguen mostrar su depresión, obteniendo D-2, D-3, indicándonos la conveniencia de continuar aún el proceso terapéutico.

1.2. Relación entre las dos partes de la experiencia base (eb).

En primer lugar, nos centraremos en el predominio de las variables del lado izquierdo del eb (FM+m). Correspondería a sujetos que responden a necesidades primitivas, o poseen una ideación más periférica, hecho que podríamos relacionar con inmadurez, ansiedad, malestar, tensión (m8) o pérdida de control sobre la ideación. El énfasis en las variables del lado derecho del eb (C'+T+Y+V) podría relacionarse con inhibición, restricción emocional (C'8), necesidades de proximidad afectiva (T8), ansiedad e in-

defensión (Y8), así como la tendencia a la introspección negativa (V8); expresarían un cúmulo de emociones dolorosas y perturbadoras que, cuando se constata por otros valores, constituiría un objetivo de tratamiento. Al contrario, su decremento traduciría rechazo o despreocupación en el contacto afectivo (T9, T=0). Cuando el lado derecho del eb es igual a cero ( $C=+T+Y+V=0$ ) reflejaría la negación de sentimientos dolorosos, hecho que se constataría por la aparición de dichos valores en una segunda administración de la prueba.

1.3. Relación entre respuestas acromáticas (C=) y variables de color cromático (FC, CF, C). La relación observada entre el incremento de las respuestas C' y la ausencia o disminución de las variables de la fórmula del color ( $FC:CF+C=0$ ) podría reflejar la influencia que existe entre una inhibición elevada (C'8) y la baja o nula espontaneidad o manifestación afectiva ( $FC:CF+C=0$ ); constituiría objeto de tratamiento, cuya mejoría se observaría -en una segunda administración del test-, por la inversión de los valores antes comentados. Debería, no obstante, compararse con el resto de valores del cluster de afectos (Afr, DM, S y contenidos AG y An). Esta correlación positiva, así como el posterior cambio de valores se observa en 6 de los sujetos tratados.

## 2. En el análisis de la situación de estrés (D y Daj.):

2.1. Es llamativo el predominio de D- (D-2, D-3), que representaría la tendencia a la desorganización, descontrol y desequilibrio emocional pero, sobre todo, mostraría su sufrimiento, en cuyo caso la indicación de tratamiento ofrecería pocas dudas. Se deberían analizar conjuntamente todas las variables del eb, relacionándolas con el resto de interpretaciones. (ver igualmente D=0 sin determinantes de sombreado).

2.2. La coincidencia entre los valores D- y DAj.- (D-2, D Aj-2) confirmaría la interpretación efectuada en 2.1.

2.3. La ausencia de T o un número excesivo en adultos podría relacionarse con la expresión de carencias afectivas o la necesidad de aproximarse a los demás. Deberían revisarse todas las variables de la experiencia base, del EB, y de la afectividad.

2.4. Énfasis en V, especialmente en personas no tratadas; mostraría la introspección dolorosa que podría sugerir la conveniencia o necesidad de un tratamiento. Dependerá de la relación observada entre valores V, FD, egocentrismo, variables de ideación, mediación, procesamiento, afectos, etc.

2.5. Valores y tipo de combinación de determinantes múltiples: (WSv+ma.Y.C= + Lambda alto ó WSv+CF.YFu) son ejemplos encontrados en el protocolo de un paciente esquizofrénico que se suicidó dos años después de la administración del test. Habría que revisar Lambda, la proporción afectiva, Afr, el resto de valores obtenidos en Afectos y en las constelaciones, SCZI, DEPI, S-CON, etc.).

3. En *ideación* tendremos en cuenta las siguientes variables:

3.1. Aquéllas que sugieren rigidez ideacional (valores a:p y Ma:Mp extremos, que relacionaríamos con la presencia de otros indicadores de psicosis).

3.2. Características de pasividad ( $p > a + 1$ ;  $Mp > Ma$  y presencia de contenidos Fd, mucho más llamativo en adultos). El comportamiento pasivo-agresivo y la pasividad como formación reactiva frente a actitudes de dominio, control o exigencia podría constituir un objetivo terapéutico. (Relacionar con la fórmula de egocentrismo, calidad de las M, contenidos humanos, etc).

3.3. Marcada intelectualización (elevación excesiva del valor del índice).

3.4. Alto contenido de respuestas MOR como único indicador de depresión o de características depresivas (observado especialmente en 2 pacientes depresivos con DEPI bajo, cuya depresión se constató durante la terapia).

3.5. La suma bruta de CC.EE. graves (CONT, FABC2 y DR2) superior o muy superior a 6, y suma ponderada de CC.EE. graves superior o muy por encima de 16 señalaría la presencia de trastornos graves del pensamiento. Convendría revisar detalladamente el índice de esquizofrenia, las variables de Mediación Cognitiva, Procesamiento, etc.

3.6. Presencia significativa de M- y/o Mu, indicativas de distorsión y/o de peculiaridad, relaciones parciales de objeto u originalidad; especialmente si se dan junto a contenidos de detalle humano Hd o (Hd). Traduciría el fracaso de la relación interpersonal y podría constituir un objetivo terapéutico (deberían revisarse los códigos especiales, resto de variables de SCZI, Lambda, EB, eb, índice de egocentrismo, etc).

3.7. Relación existente entre el incremento de M de calidad formal ordinaria, Mo y el descenso de CC.EE. graves y viceversa (tal como se ha observado en muestras catalanas de niños de 8 y 9 años con trastornos del carácter).

4. En *procesamiento de la información* resaltarían los siguientes valores:

4.1. Resultados Lambda muy superiores a la 0 ( $L > 1$ .) indicaría la tendencia a simplificar y a efectuar comportamientos de acting out (especialmente si se constata constricción emocional y se hallan incrementados los valores del determinante m, incluso Y).

4.2. Una relación entre Zf8 y Zd superior o muy superior a +3.5 y entre Zf8 y valores Zd muy inferiores a -3.5 podría indicar la dificultad para organizar el campo de estímulos y conseguir una buena adaptación al medio no pudiendo beneficiarse de su inicial capacidad organizativa.

4.3. El énfasis en DQv que, en un adulto, podría estar relacionado con inmadurez, limitación intelectual o daño neurológico.

4.4. Metas excesivamente altas (W:M) y frustración ante objetivos inalcanzables. Valores, que relacionaríamos con el Índice de Ego-centrismo [ $3r+(2)/R9$ ] muy bajo o muy alto.

5. En la *Mediación cognitiva* deberíamos tener en cuenta:

5.1. Valores P muy inferiores a la media, que convendría comprobar con los de localización D, relacionándolos con valores en SCZI, X-%8 y resto de variables de la Mediación Cognitiva.

5.2. Valores F+% y X+% bajos (ambos inferiores o muy inferiores al 60%). Traduciría una percepción poco convencional (en 25 de los 30 sujetos) no necesariamente vinculada a la distorsión perceptiva. Comprobaríamos el resto de variables de Mediación, especialmente X-% y M-, Lambda, índice SCZI. En este grupo ninguno cumple todas las variables del índice SCZI, sólo muestran distorsión perceptiva (X-%8) 5 de los 30 sujetos.

5.3. Contraste de valores F+% y X+% (F+% dentro de la 0 y X+%9 ó muy bajo). Traduciría la influencia de las emociones en la percepción de la realidad. Se comprobaría si existe poco control sobre los afectos y se revisarían las variables de la Afectividad, EB, es, D).

5.4. Incremento de Xu%. Estaría vinculado a la forma peculiar de interpretar el campo estimular. En ocasiones, un exceso de originalidad traduciría un particular proceso perceptivo, en cuyo caso el sujeto percibiría en función de sus necesidades. Se relacionaría con el resto de variables (egocentrismo, Mediación, EB, eb, Afr).

5.5. La coincidencia entre respuestas de espacio y un nivel formal negativo (S-%>40%) podría informar sobre cómo las emociones pueden distorsionar los procesos de mediación del sujeto.

6. Variables de afectividad. En esta agrupación de variables observaríamos si se cumple:

6.1. La presencia de un Índice de Depresión (DEPI) positivo y superior a 4. Se observa en 4 pacientes, a quienes, complementado por el análisis del protocolo global, se indicó tratamiento.

6.2. Si el Índice de Déficit de Recursos también da positivo se observaría junto a la depresión la indefensión, confirmándose la anterior meta terapéutica.

6.3. Una proporción afectiva (Afr 88 ó Afr 99) denotaría la excesiva sensibilidad al impacto emocional, o la fuerte inhibición al estímulo afectivo, mostrándonos -en ambos casos- dificultades en la mediación del afecto. Compararíamos su valor con las variables de la

fórmula del color FC:CF+C; DM; canalización del opositorismo, sentimiento agresivo y determinados contenidos (AG, An).

6.4. Valores color-forma (CF+C) muy superiores a los de forma-color (FC), con énfasis en C pura traducirían el mal control emocional y la posibilidad de efectuar actuaciones descontroladas (ver Lambda, Afr, EB, componentes de la eb, énfasis en m).

6.5. Incidencia de las respuestas de espacio en la prueba de realidad (S-%8) confirmaría la distorsión perceptiva con manifestaciones opositoristas o de rechazo.

6.6. Producción elevada de respuestas de espacio (S8, valores muy superiores a la media) y sentimientos agresivos expresados de forma abierta, espontánea (S8 y énfasis en AG). Representaría un estilo no siempre efectivo de canalizar la agresividad.

6.7. Producción elevada de respuestas de espacio (S8), junto a una producción alta de respuestas de anatomía; la rebia u odio se expresarían de forma no mentalizada (S8 y An8). Lo relacionaríamos con SCZI (se ha confirmado en nuestros 60 pacientes esquizofrénicos), presencia de psicosis o núcleos psicóticos, interpretado dentro del estilo del EB).

6.8. Número elevado de respuestas de espacio (S) sin que se constate su vía de salida (S8, AG=0, An=0). Su incapacidad para expresar las emociones, unido al sufrimiento experimentado justificaría el tratamiento, siempre en el contexto interpretativo de todas las variables del Sumario.

6.9. Determinantes múltiples de color y sombreado (CF.C', C.Y) indicaría sentimientos contradictorios y sufrimiento. Constituiría un objetivo terapéutico si, además, se comprueba la existencia de otras variables relacionadas con dolor e indefensión, sentimientos destructivos y de desorganización interna.

7. En el clúster de autoestima tendremos en cuenta:

7.1. Valores  $3r+(2)/R$  altos, superiores o muy superiores a la media de edad, relacionados, posiblemente, con estados maníacos,

maníaco-depresivos, personalidades narcisistas o con relaciones interpersonales de tipo invasivo.

7.2. Valores  $3r+(2)/R$  bajos, inferiores o muy inferiores a .30 podrían relacionarse con infravaloración, estados depresivos, pérdida del rumbo vital. Valores que relacionaríamos con las variables del CDI, lado derecho del eb, nivel de aspiración, etc.).

7.3. Énfasis en respuestas de forma-dimensión (FD8 ó >4). Señalaría excesiva introspección, necesidad de tomar distancia ante los acontecimientos. Convendría observar si su presencia es una constante en el protocolo o se presentan de forma aislada.

7.4 Predominio de respuestas de contenido mórbido (MOR) y su incidencia en el Índice DEPI, indicaría que la depresión ha invadido el proceso de pensamiento (confirmar por análisis cualitativo de dichas respuestas). Habría que revisar la demanda y el contenido de la primera entrevista.

8. En la *percepción interpersonal* trataremos de conocer:

8.1. La falta de interés en las demás personas, que se reflejaría en:  $H \text{ pura}=0$  ó  $H \text{ pura}=1$ .  $H=0$  constituiría, por sí mismo, un objetivo terapéutico, debido a la ausencia de intereses humanos. Relacionaríamos su valor con la presencia y calidad del determinante, M, el índice de egocentrismo y la distribución del resto de contenidos humanos.

8.2. Incidencia en detalles humanos y su vinculación con relaciones parciales de objeto. Se constataría, bien por el énfasis en Hd y la ausencia de H pura; bien por el énfasis en contenidos parahumanos o animales de ficción, (H), (Hd), [A, Ad (A),(Ad)].

8.3. Relaciones personales deficitarias. Se traduciría por  $M=0$ , énfasis en M- y/o Mu. Mo junto a otros determinantes de movimiento (Mu, M-) ó Mo en (H), (Hd), A, (A) o (Ad) como contenidos.

9. En los *índices especiales* interesa comprobar:

9.1. Si se cumplen y en qué grado las variables de los Índices de Esquizofrenia, Depresión, Déficit de Recursos o sólo se detectan una o dos.

9.2. Coincidencia entre los valores del DEPI y del CDI.

9.3. Si se cumple la Suicidal Constellation con 8 o más de sus variables. Probablemente se requeriría atención inmediata.

### ***B/ ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS 14 PROTOCOLOS, 7 ANTERIORES, 7 POSTERIORES AL TRATAMIENTO.***

Se han efectuado análisis comparativos de los valores de las variables de los siete sujetos, obtenidos antes del inicio de su tratamiento con los registrados en la segunda administración del test. El análisis cuantitativo y cualitativo de los 14 protocolos administrados a cada paciente (siete en cada una de las dos administraciones) muestran los cambios observados en las siguientes variables, constituyendo dicha variabilidad, un índice de su mejoría. De este modo, detectamos cambios:

10. En la dirección del estilo básico de respuesta (EB), que de un estilo básico introversivo y ambigüo pasan a tener un estilo extratensivo.

11. La aparición (en caso de ausencia en el primer test) o el incremento de los determinantes del lado derecho de la experiencia base (eb), especialmente en aquellos casos en los que el dolor, la ansiedad y la indefensión han sido especialmente negados (lado derecho del  $eb=0$ ), descendiendo, al mismo tiempo, el grado de ansiedad, tensión e inmadurez (el valor  $m$  es una diferencia significativa al nivel de confianza del 0.05) en los cuatro pacientes depresivos, cuyo tratamiento les ha permitido mostrar su indefensión y su dolor; no obstante, al compararlos con la media esperada, por edad, dichos valores aparecen todavía alterados. En todos estos casos se recomendó continuar el tratamiento.



12. En la relación entre experiencia actual y estimulación experimentada (EA-es), así como en el control y tolerancia al estrés (valores D y D ajustado) ha disminuido el valor es, especialmente en los casos en los que era excesivamente elevado. En el mismo sentido,  $D=0$ , pese a una primera interpretación más propia de sujetos no pacientes, ha pasado a convertirse en D-3, hecho que mostraría, tanto la necesidad de interpretar con cautela dicha variable ( $D=0$ ), como la conveniencia de continuar el tratamiento. Se observa en tres de los siete pacientes.

13. En cuanto a la calidad del movimiento humano, M (Mu es una diferencia estadísticamente significativa al nivel de confianza del 0.06) desaparecen las respuestas de calidad formal única (Mu en H para tres sujetos) y las M- que acompañaban a las Mo, obteniéndose en todos ellos la esperada relación Mo en H pura. Las relaciones objetales, vividas hasta ahora de forma parcial (Hd), recortada, original (Mu), o en la fantasía (H), (Hd), dan paso a otras relaciones más estables y adaptativas (Mo en H pura). A medida que se incrementa la calidad de las M desaparece o desciende el nivel de los códigos especiales (FABCOM2, CONTAM e INCOM2 en los niños de 8 y 9 años) y la excesiva rigidez detectada en el primer protocolo da paso a un pensamiento mucho más flexible.

14. La conocida capacidad de observación puede ser utilizada ahora en beneficio de una mayor adaptación al medio (Zf). La marcada infravaloración o sobrevalorización se normaliza, dando paso a un cada vez más adecuado aprovechamiento de los recursos, cambios que promueven un funcionamiento más adaptativo del paciente.

15. Se incrementa el criterio de realidad en seis de los siete pacientes, observándose cambios en los valores de las variables de mediación ( $F+\%$  y  $X+\%$  se incrementan;  $X-\% -9$ ).

16. Los cambios en la proporción afectiva (Afr, diferencia estadísticamente significativa al nivel de confianza del 0.001) y en la proporción del color ( $FC:CF+C$ ) garantizan la metabolización del afecto, permitiendo en unos casos, mayor control y adecuada canalización de las emociones; en otros, la tendencia al equilibrio emocional (de  $CF+C > FC$  pasan a  $FC=CF+C$  y  $FC > CF+C$ ).

#### IV.- Conclusiones

Los diferentes análisis efectuados permiten verificar las hipótesis planteadas. Respecto a la primera hipótesis, creemos que las anomalías e indicadores de patología relacionados convenientemente con las variables e índices del sumario estructural sirven para plantear objetivos de tratamiento. En todos los casos se ha ido constataando, a medida que avanzaba el tratamiento, la conveniencia de su aplicación,

En cuanto a la segunda hipótesis se han obtenido diferencias significativas en algunas de las variables estudiadas (Afr, Mu y M p), observando cómo los pacientes conseguían expresar sus sentimientos dolorosos que antes habían sido negados o inhibidos. Así, la producción  $C'=0$ ;  $Y=0$ , se convierte en  $C'=1$  ó  $2$ ;  $Y=1$  en 5 sujetos). Del mismo modo, todos los pacientes han logrado transformar su inhibición en gradual espontaneidad con la presencia o incremento de los determinantes FC y CF, desapareciendo las pataletas aisladas, que se observaban en el primer test con la producción de C8 (valores  $C=2,3$  junto a CF ó FC bajos o iguales a cero se han ido transformando paulatinamente en  $C=1$  ó  $0$  y CF ó FC= $2,3$ , ó  $4$ , dentro de la proporción esperada), permitiéndose nuevas posibilidades de intercambio, antes ignoradas o negadas.

Se ha podido comprobar la mejoría de los siete pacientes, valorada a través del proceso de tratamiento y del segundo Rorschach, con lo que también se constataría la capacidad discriminante del test.

#### IV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM.IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- CANTWELL, D.P., CARLSON, G.A. (1987). *Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- CODERCH, J. (1987). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- DUHRSEN, A. (1976). *Psicoterapia de Niños y Adolescentes*. México: Fondo de Cultura Económica.

- EXNER, J.E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. I. Basic Foundations* (2nd. Ed. Rev.). N. York: J. Wiley. (Traducción castellana, 1994. Edit. Madrid: Psimática)
- EXNER, J. E. (1991). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. II. Interpretation* (2nd. Ed.). N. York: J. Wiley.
- GRASSANO, E. (1977). *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRINBERG, L. (1977). *Prácticas Psicoanalíticas Comparadas en Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- HAMMER, E.F. (1986). *Tests Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- VIVES, M. (1996). Analyse de l'efficacité de la Psychotérapie chez les enfants et les adolescents. *4th ERA Congress Abstracts*, 132-140.
- WEINER, I.B., EXNER, J.E. (1990). Rorschach Changes in long-term and short-term psychotherapy. *Rorschachiana XVII*, Nr. 64, pp. 96-104.

<sup>1</sup> *mvives@ub.psi.es.*

<sup>2</sup> la muestra es accidental, se aprovecha la demanda de los padres que acuden espontáneamente a un Centro de Diagnóstico y Tratamiento.



## REFLEXIONES CLÍNICAS SOBRE EL LAMBDA

Miriam Botbol y Vera Campo

### RESUMEN

¿El lambda es una defensa o es un estilo caracterológico? El objetivo de este trabajo es intentar dar respuesta a este planteamiento a partir de los modelos teóricos con que se interpreta un dato numérico como es el Lambda y, por otra parte, de la significación de este dato numérico. Los datos bibliográficos se refieren fundamentalmente a disociación entre lo interno y lo externo del psiquismo y a que el Lambda, como estilo, rasgo o defensa, siempre implica algún modo de actuación. Se presentan y comparan dos casos clínicos con Lambda alto. Ante los cambios observados en protocolos sucesivos, se proponen posibles respuestas a la siguiente pregunta: ¿Cómo es posible que una persona que no tiene un Lambda alto en el primer protocolo presente este estilo en los siguientes?

### Introducción

Dar una respuesta de forma frente a una situación desconocida, como son las láminas del Rorschach, implica darle al estímulo un contorno-forma, ponerle límites claros, poderlo nombrar, que es poderlo reconocer. Al mismo tiempo significa no dejarse llevar o influenciar por la fantasía, los impulsos, la emoción o la angustia que estarían expresadas a través de la presencia de otros determinantes. Esto significa dejar de lado elementos del campo estimular.

La revisión bibliográfica (Campo, 1996) muestra que todos los autores se refieren a separación, división, clivaje, negación o disociación «entre impulsos, afectos, representaciones internas de objeto, relaciones objetales externas...lo interno y lo externo, objetos buenos y malos» (Lerner, 1991, citando a Pruyser). Y sin perder de vista que este estilo, rasgo o defensa siempre implica alguna forma de actuación.

Exner y Weiner (1995) en un caso clínico que presentan con Lambda alto, hablan de «ignorar cosas en su entorno que no coinciden con sus expectativas o deseos» (p. 312). Este concepto de

«entorno» habría que ampliarlo y referirlo no sólo al entorno externo sino también al interno.

### ¿El lambda es una defensa o es un estilo caracterológico?

La respuesta posible a este planteamiento depende por una parte del modelo teórico con el que se interpreta un dato numérico como es el Lambda y, por otra parte, ese mismo dato numérico dependerá en su significación de otros estilos o rasgos de la personalidad con los cuales se combina. Por ejemplo, estilo introversivo, extratensivo, ambivalente, etc.

En el modelo teórico dinámico, si hablamos de defensas, hablamos de formas de evitar el dolor psíquico.

Desde el punto de vista cognitivo se trataría de una manera habitual de manejarse con los estímulos con fines similares (como lo señalan Exner y Weiner).

Desde ambos puntos de vista, si el sujeto está libre de presiones externas e internas y está muy estructurado, esta defensa o estilo será más un rasgo de carácter y por lo tanto egosintónica y difícil de mover y modificar.

### Ejemplos Clínicos

Los dos casos que se presentan han sido seleccionados por el Lambda alto y atendidos por la misma terapeuta, ambos tienen seguimiento con Rorschach.

#### TINA:

*«¡No puede ser! ¡Imposible que el Lambda haya aumentado!»*, dijo la terapeuta de Tina ante el informe del segundo Rorschach, un año después de comenzar el tratamiento de esta paciente adulta.

¿Por qué dijo esto? Cuando Tina comentó en la sesión cómo se había sentido frente a la prueba (incómoda, hablando en una lengua que no era su lengua materna, insegura y claramente defendida), parecía normal que el Lambda subiese, en cambio en la segunda oportunidad su actitud había cambiado totalmente, estaba interesada en hacer la prueba y dispuesta a colaborar (el primer protocolo fue muy corto, el segundo muy largo).

## Lambda y número de Respuestas

En el primer Rorschach, Tina da 14 respuestas con un Lambda de 2.50; en este caso se podía suponer que no estaba muy motivada para colaborar con la exploración, que su actitud fue defensiva, cerrada.

Cuando relacionamos el Lambda con el número de respuestas hay que preguntarse con qué disposición el sujeto hizo la prueba, ya que puede estar defendido y hacerla de mala gana o podría estar sufriendo un estado melancólico y no se puede esperar más de esa persona.

## Resultados en el seguimiento

Llama la atención que en el segundo Rorschach da 63 respuestas y el Lambda es de 3.50. Por lo tanto se podría suponer que se trataba más de un rasgo de carácter que de una reacción defensiva coyuntural. Sin embargo había hecho una evolución muy positiva en varios aspectos:

- particularmente en lo emocional (el Afr bajo pasa a normal, FC: CF+C pasa de 1:0 a 1:4),
- hay mayor conexión con los aspectos impulsivos (en el primer Rorschach FM=0 en el segundo FM=3),
- ha desarrollado capacidad para pensar (M=0 pasa a M=3) y
- ha tomado contacto con su rabia (S=1 a S=5) y
- su dependencia (Fd=0 a Fd=4).
- También ha podido dar una respuesta de colaboración y una de contenido agresivo.

## Apuntes del tratamiento

Tina va a la primera consulta acompañada por su hija que es quien la ha animado a pedir ayuda. No está acostumbrada a «estas cosas», pero como se sentía muy mal aceptó la propuesta. Cuando explica lo que la pone tan mal es casi imposible creerlo, parece una tontería: pronto llegarán las Navidades y le angustia muchísimo tener que ir a la casa de la hermana porque no se llevan bien. «*Sé que no debería afectarme, pero vino muy mal vestida a la boda de mi hija*», dice.

Se acordó iniciar un tratamiento dos veces por semana; no quiere saber nada de la utilización del diván y se le respeta este rechazo. Las interpretaciones «más profundas» parecen ser bien aceptadas pero hay un malestar creciente. Poco a poco y sin ser demasiado consciente de ello, se fue cambiando la técnica transformándose en un revisar juntas los sucesos cotidianos de su vida y, cuando cabe, referencias y conexiones con el «aquí y ahora» de la sesión.

## **NADIA:**

Al revés de Tina lo interesante en Nadia es que en el primer Rorschach el Lambda es normal pero en el segundo, y tercero es superior a .99 a pesar de que tiende a disminuir la sobrecarga. También disminuye el Afr y aparece su narcisismo. Con una constante que es la frialdad afectiva (poco color en un estilo que se vuelve marcadamente introversivo y pasivo).

El primer Rorschach de Nadia se le administró a los 19 años en un centro público al que le deriva la que había sido su tutora en la escuela y a quien había confiado su experiencia de abusos sexuales por parte de su padre. Los orígenes de Nadia son sumamente humildes (su padre recogía basuras y vivía de una pensión). Pero ella ha estudiado terminando estudios de nivel medio y comenzando a trabajar. Luego de un período de promiscuidad se casa, con quien fue su novio durante un tiempo, «a lo mejor para irme de mi casa».

Acude al tratamiento buscando ayuda para acabar con una relación sexual que ha ido desarrollando con su jefe.

Durante los primeros años de la terapia, la preocupación fundamental es el trabajo, en el que progresa mucho. Pero no sólo continúa la relación con su jefe, sino que inicia otras. «Un mundo no tiene nada que ver con otro», dice. «Cuando estoy en el trabajo no me acuerdo que tengo casa, cuando estoy en casa es como si nunca hubiese trabajado». Una sesión no tiene nada que ver con otra y el tratamiento ¿avanza? muy lentamente.

Lo que dice el Rorschach de la «motivación para tratarse» se confirma en su actitud. Como parte de su trabajo se va unos meses al extranjero y ésto significa que interrumpe el tratamiento sin garantías de continuidad. Al volver insiste en seguir a pesar de que la



terapeuta no se lo pone fácil. Nunca se ha resistido al diván y siempre ha estado muy dispuesta a relatar sueños.

En los tres Rorschach de Nadia la combinación entre el mantenimiento de una fantasía perversa

+ el narcisismo

+ el Lambda

+ la frialdad emocional (muy poco color)

+ la necesidad (más de 1 T)

+ el negativismo

serían el motor de su actividad sexual, la actuación promiscua perversa. No hay cambios en lo que ella tiene como conceptos poco reales de sí misma.

### Comparaciones entre ambas pacientes

Estos conceptos poco reales de sí misma lo tiene también Tina pero ha hecho otra clase de evolución a pesar de su Lambda alto. En Tina el CDI (ineptitud social) se modifica y desaparece. En Nadia se mantiene como un factor de no saber qué hacer o de no saberlo hacer mejor ...o no querer hacerlo... (ver S).

Pero al mismo tiempo Nadia parece más motivada a tratarse que Tina (porque está siempre estresada = Puntajes D, respectivamente en 0 y en menos). Es intrigante que en Nadia el aspecto pasivo va junto con el repliegue en la fantasía. También hay una rigidez cognitiva que impide que cambie de ideas. Esto Tina tampoco lo tenía.

Si recurrimos a los gráficos el primer dibujo de Nadia (en el que dibuja una pantera y un pájaro muy hermoso al que todos admiran y que termina en que la pantera que se come al pájaro maravilloso) muestra el aspecto de la fascinación y de la voracidad destructiva. Pero ¿qué es la belleza para ella? ¿qué es lo que la fascina? «¡Ricas y famosas!», como las que salen en las revistas, comenta en una sesión que era su ideal de vida, sin compromisos ni lazos afectivos con nadie, como pájaros que van volando de avión en avión. El pájaro como símbolo del conflicto entre dependencia e independencia. Ella al mismo tiempo como pantera y como pájaro... ¿Podríamos conectar esto con el concepto de escisión del yo?

Nadia nos hace preguntarnos: ¿Cómo es posible que en una persona que no tiene un Lambda alto en el primer protocolo aparezca este estilo en los siguientes?

Respuestas posibles:

1. Quizás no se entiende con su terapeuta y se defiende cada vez más.
2. El tratamiento destaca tanto lo «bueno» como lo «malo» de esta persona.
3. Quizá el Lambda alto no estuviese en el primer Rorschach debido al grado de sobrecarga (D y D ajustado = -2) como si el resultado que dio en la primera administración fuese un Lambda bajo para ella.

## Bibliografía

- CAMPO, V. (1996). Lambda y disociación, trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Boston, publicado en la *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 9, 19-25.
- EXNER, J. E. & WEINER, I. B. (1995). *The Rorschach: A Comprehensive System. Assessment of Children and Adolescents (Vol.3) (second edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- LERNER, P. M. (1991). *Psychoanalytic Theory and the Rorschach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

## LA FIGURA DEL PADRE EN EL TEST PN

*Jordi Bachs y Cristòbal Caballé*

*Universidad Autónoma de Barcelona*

### RESUMEN

La psicología clínica y la antropología cultural han demostrado ampliamente que las figuras parentales son factores primarios en el proceso estructurador de la personalidad. La expresión *figura del padre* (y lo mismo diríamos de *figura de la madre*) designa las cualidades específicas del padre en la realización de sus funciones cargadas de valor simbólico. La transición tecnológica y el cambio global de la sociedad moderna y postmoderna ha provocado un impacto significativo en las estructuras familiares tradicionales, en sus variables demográficas, culturales, psicológicas y comportamentales. En la línea de trabajos anteriores, el objetivo de nuestra investigación actual se sitúa en el mismo contexto proyectivo del estudio de la dinámica familiar, en especial la figura del padre, con ayuda del Test de Corman. Estudiamos aquí los resultados obtenidos con la lámina inédita A CABALLITO con una muestra de 60 niños, un grupo clínico y un grupo control, de características similares. En nuestras conclusiones comentamos que esta lámina aporta matices interesantes a la función parental de buscar, encontrar y ayudar al hijo que se fue de casa y se halla perdido, necesitado, herido o cansado. Nos preguntamos finalmente si esta lámina cumple o no mejor que ARBOL el propósito de lámina edípica que le atribuye hipotéticamente Corman.

### Introducción

El título de nuestro trabajo expresa la relación entre un concepto psicológico y un test temático proyectivo. La base conceptual que lo apoya, la elaboramos desde la psicología clínica, el psicoanálisis y la antropología cultural, que han demostrado claramente el papel de las figuras parentales en el proceso estructurador de la personalidad del niño.

El término *figura parental* designa las cualidades específicas de los padres en la realización de sus funciones, cargadas de valor simbólico. *Figura del padre* no se refiere a la persona real, individual, de padre, sino al significado que le confiere el lugar que ocupa y la función que realiza en la constelación familiar, definida por el contexto cultural (Vergote & Tamayo, 1980). Se trata, pues, de la función de padre simbólico, entendido como *aquél que reconoce y adopta al hijo, dándole un nombre que le inscribe en la diacronía familiar del linaje*. Una de sus funciones, tal como se plantea en el complejo de Edipo, es la de separar al hijo de la relación simbiótica y fusión originaria con la madre, instaurando un espacio de carencia, constitutivo de deseo y crecimiento, estructurador de la personalidad.

Como trasfondo de nuestra investigación tenemos presentes los cambios profundos producidos en nuestra cultura en las estructuras familiares a lo largo de los últimos 50 años, lo cual nos obliga a preguntarnos en qué medida han alterado la polaridad *hombre – mujer* y el rol respectivo que uno y otra juegan en la constelación familiar (Nogués; Pérez Testor; 1995).

Estudiar este tema y reflexionar sobre él con la ayuda de un test proyectivo temático es el segundo elemento de nuestra investigación que introducimos brevemente a continuación.

Desde la más temprana edad y a lo largo de los años el psiquismo humano se halla estimulado por mensajes que le informan y desequilibran, imponiéndole un desafío y un trabajo de elaboración. Todo lo que percibe el niño, las cosas que ve y las palabras que oye, las situaciones vitales y los modelos de identificación que lo solicitan, todo ello se impone a su psiquismo a modo de ráfagas energéticas, fuera aún del alcance de su conciencia, que penetran profundamente su vida afectiva.

Para tratar de entender los mecanismos psicológicos de este psiquismo esencialmente relacional y captar la dinámica familiar que lo sustenta, la psicología proyectiva ha creado unas estrategias altamente útiles que nos aproximan a las estructuras constitutivas del ser humano. Se trata de estructuras complejas, difíciles de acotar, lo cual topa con la tendencia simplificadora y clasificadora de la psicología actual, y con las defensas personales del psicólogo que se resiste a aceptar un modelo que pueda cuestionar sus propias seguridades. La propuesta psicoanalítica, desde sus inicios, continúa incomodando y desazonando, porque en el fondo nos interpela y

nos hiere en nuestro narcisismo al hacernos sentir forasteros entre las confortables paredes de nuestra propia casa.

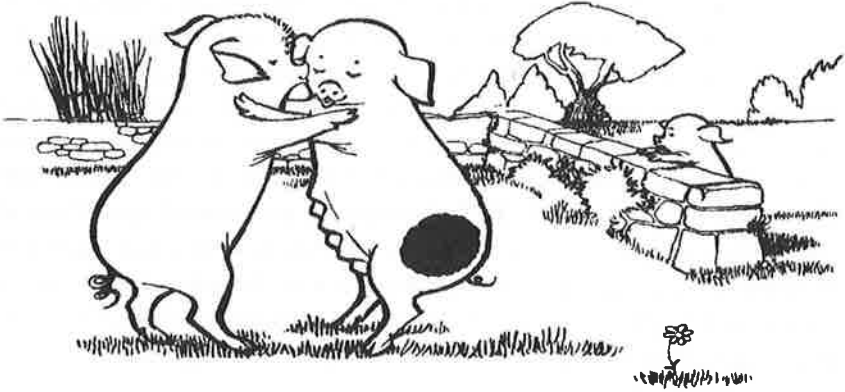
Entendemos, en efecto, que un test proyectivo —en nuestro caso temático— constituye el crisol donde convergen y fusionan las percepciones del sujeto, de naturaleza gestáltica, las representaciones procedentes del universo simbólico con sus deseos y prohibiciones, colectivas y familiares, y las expresiones verbales que el sujeto enuncia en el claro oscuro de su pensamiento consciente. El método elaborado por Corman (1979, 1981, 1983), en la línea iniciada por Murray con su TAT, plantea sin ambages la problemática evolutiva y relacional que transcurre por las fases del desarrollo psicosexual. De la puesta en escena que realiza el sujeto con las láminas del Test PN libremente elegidas, nos interesamos en este trabajo por la fase edípica y la figura simbólica del padre.

## **Método**

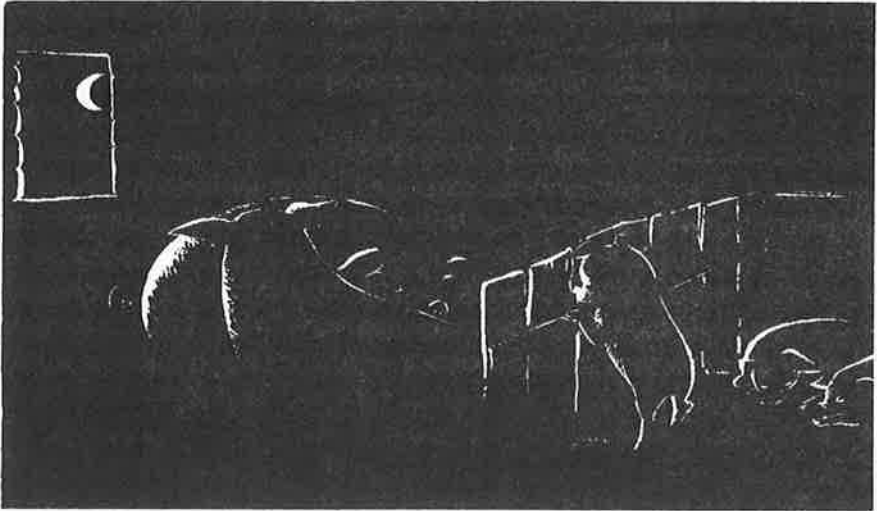
El motivo de nuestro interés por el tema data de mucho tiempo: en un trabajo anterior con el Test PN sobre las figuras parentales en familias desestructuradas (Bachs & Callicó, 1995) ya destacábamos la importancia de la función paterna en el proceso de individuación y crecimiento del niño. Este interés se acrecienta hoy por una lámina nueva, original e inédita, del Test Patanegra, que presentamos a continuación.

Dejando aparte FRONTISPICIO y HADA, la primera edición en lengua francesa del Test de Corman del año 1961 constaba de 16 láminas, de las cuales 4 son de contenido edípico: BESOS, NOCHE, SUEÑO M y SUEÑO P (figura 1). A estas láminas Corman añadía en 1978 una nueva lámina, ÁRBOL (Bachs, 1985), con el propósito de aumentar en el test la presencia del padre para equilibrar el predominio de la figura materna, que propiciaba un exceso de temas orales, a menudo regresivos (figura 2).

Ahora bien, además de ÁRBOL, Corman diseñó otra lámina, parecida a ésta en su contenido, que nunca publicó y que nos confió personalmente unos años antes de su muerte para que experimentáramos con ella. Conviene notar que en esta época Corman había abandonado sus investigaciones con el PN, pero seguía con interés y animaba los trabajos que realizábamos en Catalunya, que

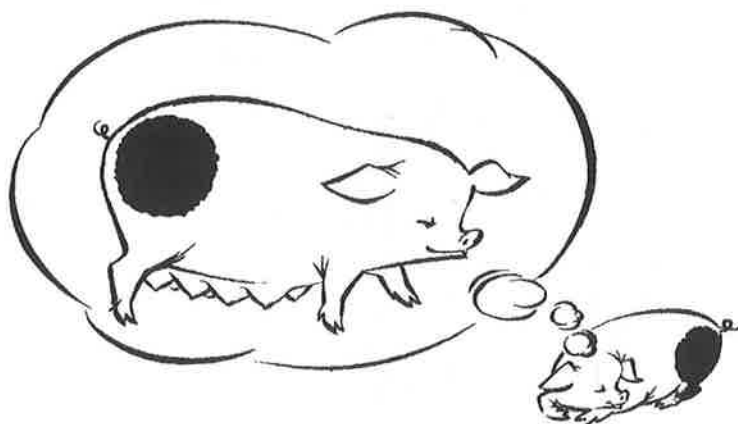


Besos

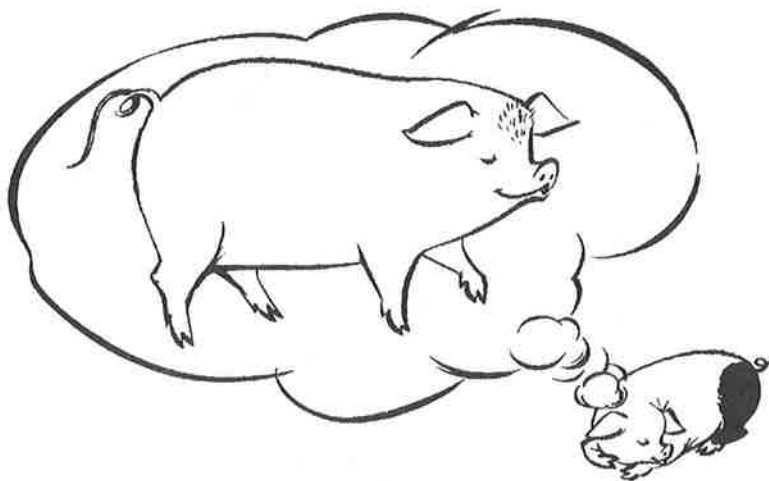


Noche

Fig. 1  
Láminas edípicas  
(1ª ed. del Test PN, Corman, 1961)



Sueño madre

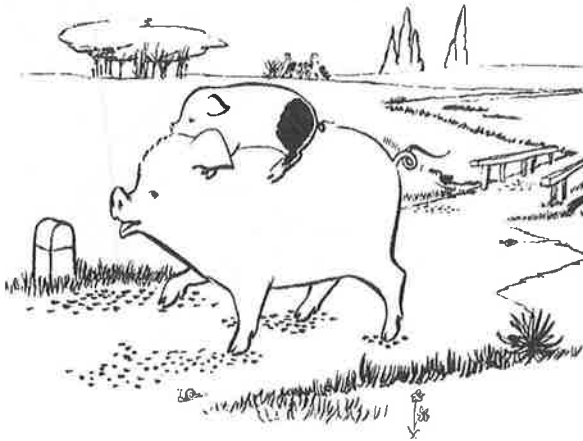


Sueño padre



Arbol

Fig. 2. Lámina nueva edípica (Corman, 1978)



A caballito

Fig. 3. Lámina inédita



culminaron en el Simposio sobre el Test Patanegra celebrado en Lisboa en Julio de 1993, con ocasión del XIV Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Proyectivos, con el título *The Blackleg Pictures Test: Theory, Technique and Clinic* (1995). A la nueva lámina experimental (figura 3) la llamamos A CABALLITO (COLL-I-BE, en catalán). En ella se ve al cerdito Patanegra sobre el lomo de su padre, que anda por un camino a campo abierto. A lo lejos se vislumbra una casita o cabaña entre árboles. Acaban de cruzar un puente y el mojón del camino parece indicar el trecho que llevan andando. Como en el caso de ÁRBOL, la nueva lámina A CABALLITO quiere plantear la dinámica dual, privilegiada, del hijo o la hija con el padre, sugiriendo claramente la figura simbólica que pretendemos estudiar.

## Muestra

En este estudio piloto comentaremos los resultados obtenidos con la utilización de esta lámina experimental con dos grupos de sujetos, uno clínico y otro de control. El primero, de 30 sujetos, 20 niños y 10 niñas, que han acudido al psicólogo en consulta privada. De edad comprendida entre 4 y 16 años, pueden agruparse en niños/as de 4 a 9 años (26%), preadolescentes de 10 a 12 (37%) y adolescentes de 13 a 16 (37%). Los motivos de consulta, explicitados por los padres en la primera visita pueden agruparse del modo siguiente: trastornos de tipo neurótico (40%), dificultades escolares (24%), trastornos del sueño 9%) y otros trastornos del comportamiento (27%). El segundo es un grupo control de 30 sujetos, de características similares al primero, que participa de modo voluntario en el estudio y se le aplica el Test Patanegra. Ninguno de ellos está en tratamiento ni sufre aparentemente de ningún tipo de trastorno psicológico. Señalemos que la muestra es desequilibrada en cuanto a la variable sexo, puesto que el número de niños dobla al de las niñas, en cuyo grupo además faltan las edades comprendidas entre 5 y 9 años. Por esta razón no hacemos un estudio estadístico de resultados y damos solamente a título descriptivo los porcentajes de cada grupo en función de la variable sexo.

## Resultados

En las 7 tablas que presentamos a continuación damos y comentamos brevemente los resultados obtenidos por ambos grupos en las siguientes variables: 1. Aceptación o no de la lámina A CABALLITO para explicar la historia; 2. Elección de la lámina como AGRADABLE o NO AGRADABLE; 3. Rol del cerdito de la mancha; 4. Rol del Grande Blanco (GB); 5. Identificaciones; 6. Estructura del FRONDISPICIO; 7. Análisis de las figuras parentales; otros datos en relación con esta última tabla y con los temas de la lámina completarán estos resultados.

TABLA 1. ACEPTACIÓN o NO de la lámina para explicar la historia

LÁMINA	GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
A CABALLITO				
ACEPTADA	50%	70%	85%	80%
NO ACEPTADA	50%	30%	15%	20%

A CABALLITO es más aceptada por el grupo control y más rechazada por el grupo clínico. De entrada, podemos pensar que el grupo clínico, sobre todo los niños (50%), presenta cierta dificultad para integrar la figura del padre en la elaboración libre de la historia.

TABLA 2. Elección de la lámina como AGRADABLE o NO AGRADABLE

LÁMINA	GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
A CABALLITO				
AGRADABLE	80%	90%	55%	90%
NO AGRADABLE	20%	10%	45%	10%

Los aspectos yoicos de la personalidad están más presentes en los niños del grupo control que en los del grupo clínico, que afronta el Edipo de manera más problemática. El niño "normal", al decir que no le gusta la lámina, manifiesta abiertamente la conflictividad de la relación edípica, necesaria en el proceso madurativo.

TABLA 3. ROL del cerdito de la mancha

LÁMINA	GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
A CABALLITO				
PATANEGRA	70%	90%	95%	100%
INDETERMINADO	25%	10%	5%	--
BLANCO	5%	--	--	--

El grupo clínico manifiesta ciertas dificultades en la identificación de Patanegra en la situación relacional con el padre claramente manifiesta en la lámina.

TABLA 4. ROL del Grande Blanco

LÁMINA	GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
A CABALLITO				
PADRE	50%	80%	80%	50%
MADRE	20%	20%	10%	50%
AMIGO	10%	--	5%	--
HERMANO MAYOR	5%	--	--	--
INDETERMINADO	15%	--	5%	--

El rol atribuido al cerdo blanco grande aparece de modo mucho más disperso en los niños del grupo clínico, del cual sólo un 50% es capaz de ver al padre. Este mismo porcentaje lo dan las niñas del grupo control, expresando probablemente con ello la conflictividad edípica.

TABLA 5. Identificaciones

LÁMINA	GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
A CABALLITO				
PATANEGRA	65%	90%	60%	80%
PADRE	--	--	20%	10%
MADRE	15%	10%	--	10%
AMIGO	--	--	5%	--
CARACOL, PÁJARO, CASA	10%	--	5%	--
NADIE	10%	--	10%	--

Nótense las identificaciones (infrecuentes) con la madre en 15% de niños del grupo clínico y las identificaciones de evasiva también en niños, tanto del grupo clínico como del grupo control.

En el FRONTISPICIO el sujeto debe atribuir sexo, edad y posibles relaciones familiares al grupo de cerdos protagonistas de las *Aventuras de Patanegra*. Esta atribución suele ser un antecedente seguro de la problemática que el sujeto desarrollará en el test, sobre todo la rivalidad fraterna y el Complejo de Edipo. Es el caso aquí de los niños del grupo clínico, que muestra en esta lámina inicial del test las dificultades para estructurar una familia completa.

**TABLA 6. EL FRONTISPICIO**

<b>LÁMINA A CABALLITO</b>	<b>GRUPO CLÍNICO</b>		<b>GRUPO CONTROL</b>	
	<b>NIÑOS</b>	<b>NIÑAS</b>	<b>NIÑOS</b>	<b>NIÑAS</b>
FAMILIA COMPLETA	35%	70%	70%	80%
DOS FAMILIAS	--	--	5%	5%
PADRE NUTRICIO	20%	--	5%	5%
EXCLUSIÓN PADRES	5%	--	--	--
EXCLUSIÓN PADRE	10%	--	--	--
EXCLUSIÓN HNO.	--	10%	--	--
PN, HIJO ÚNICO	10%	20%	20%	--
GRUPO AMIGOS	20%	--	--	--

**TABLA 7. FIGURAS PARENTALES (en %)**

<b>TODO EL TEST PATANEGRA</b>	<b>GRUPO CLÍNICO</b>		<b>GRUPO CONTROL</b>	
	<b>NIÑOS</b>	<b>NIÑAS</b>	<b>NIÑOS</b>	<b>NIÑAS</b>
PADRES PRESENTES	15%	30%	70%	60%
PADRES DESVALORIZADOS	30%	30%	5%	--
PADRES AUSENTES	30%	10%	10%	40%
PADRE AUSENTE	10%	20%	5%	--
MADRE AUSENTE	10%	--	--	--
NO DIFERENCIADOS	5%	10%	10%	--

A los datos de esta tabla añadimos los siguientes: la media de láminas edípicas escogidas (sobre 5) es de 1,9 y 2,4 para los niños y niñas del grupo clínico; y de 3,2 y 2,4 para los niños y niñas del grupo control. Además, del estudio del Complejo de Edipo en ambos grupos se colige que el Edipo se ha estructurado o se está estructurando en 45% de niños y 60% de niñas del grupo clínico; en 70% de niños y 60% de niñas del grupo control; no se ha estructurado en 55% de niños y 40% de niñas del grupo clínico; ni en 30% de niños y 40% de niñas del grupo control.

En consecuencia, el Edipo aparece manifiestamente más problemático en los niños del grupo clínico, ya que escogen menos láminas edípicas; dan un porcentaje muy elevado de padres desvalorizados o ausentes; y un porcentaje elevado de Edipo no estructurado.

## Temas

Referente a la importante cuestión de los temas que los protocolos de la muestra desarrollan a propósito de esta lámina, notamos una mayor variedad y riqueza de contenido en el grupo control. Los temas fieles, frecuentes como cabía esperar, son parecidos a los de la lámina ÁRBOL. El padre (la madre, en ciertos casos) lleva a PN sobre sus espaldas, van de paseo a un lugar indeterminado o bien a casa, a la granja (más frecuente en niñas). Un tema importante es el del padre/madre que han ido a buscar a PN. Otros temas menos frecuentes y originales son jugar, descansar, quererse. La función del padre, parecida a la que se le atribuye en ÁRBOL -excepto la función preceptiva que aparecía en 10% de casos en ÁRBOL (Bachs, 1985)- viene muy determinada y sugerida por la situación que representa la lámina: es un padre que pasea/juega con el hijo y le ayuda porque se ha cansado o se ha perdido.

Creemos que esta figura simbólica de padre tiene en definitiva unas connotaciones más maternas que paternas, que pueden sintetizarse con la expresión *disponibilidad afectiva* y que podemos caracterizar por los ítems maternos de la Escala de Diferencial Semántico establecida en la investigación de Vergote (1980): *paciencia, cuida al hijo, comparte sus penas, ternura*. No encontramos, en cambio, la función normativa típica del rol del padre en el proceso de estructuración edípica (la llamada *ley del padre* que se

impone desde el exterior y que el niño debe interiorizar), que Vergote explicita en ítems como *fuerza, dirige, actúa, decide, toma la iniciativa, orienta hacia el futuro, cuya palabra es ley...* Somos conscientes de que esta cuestión debe investigarse más a fondo mediante un diseño empírico, pero los temas que de momento arroja esta lámina nos permiten hacer tal conjetura con poca probabilidad de error.

## Conclusiones

En nuestro estudio piloto con la lámina experimental A CABALLITO, de Corman, observamos diferencias importantes entre los dos grupos de estudio, especialmente en los sujetos de sexo masculino, más conflictivos tanto los del grupo clínico como los del grupo control. Confirmamos los resultados de otros trabajos sobre la importancia de la figura paterna en la estructuración edípica, ausente o más problemática en la muestra clínica.

Concluimos que la lámina A CABALLITO, en fase de experimentación, aporta matices interesantes a la función parental de buscar, encontrar y ayudar a un Patanegra que se fue de casa y se halla perdido, necesitado, herido o cansado. Nos cuestionamos, finalmente, sobre si esta lámina cumple o no mejor que ARBOL el propósito de lámina edípica que le atribuye hipotéticamente Corman. En ambos casos creemos que la figura de padre ofrece proyectivamente unas connotaciones más maternas que paternas. Si esta opinión llega a probarse en futuras investigaciones, se impondría una modificación de estas láminas a fin de que cumplieran de una manera más adecuada el objetivo que les asignó el creador del test.

## Bibliografía

- BACHS, J. (1985). La llàmina complementària ARBRE del Test PN de Corman. *Quaderns de Psicologia, II*, 193-199, Barcelona.
- BACHS, J I CALLICÓ, G. (1995). Dinàmica de la personalitat i figures parentals en famílies desestructurades: estudi amb el test Patanegra. *Revista de la Societat Espanyola del Rorschach y Mètodes Projectius*, 8, 151-165, Barcelona.
- CORMAN, L. (1979). *El Test PN. Manual primer*, Barcelona, Herder.
- CORMAN, L. (1981). *El test PN. Manual segon*, Barcelona, Herder.

- CORMAN, L. (1983). *El test PN. Manual tercero*, Barcelona, Herder.
- NOGUÉS, R.M. (1995). Transició demogràfica i canvi familiar. *Nous models de família en l'entorn urbà. Una aproximació psicològica i social al canvi familiar*, Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- PÉREZ TESTOR, C. (1995). Família i comunitat. *Nous models de família en l'entorn urbà. Una aproximació psicològica i social al canvi familiar*, Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE RORSCHACH (1995). The Blackleg Pictures Test: Theory, Technique and Clinic. *Proceedings Book*, Lisboa, 541-610.
- VERGOTE, A. & TAMAYO, A. (1980). *The Parental Figures and the Representation of God. A Psychological and Cross-Cultural Study*, Leuven University Press.



## EL TEST DE LA FIGURA HUMANA: ESTUDIO CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

*Pere Barbosa, Esther Busquets, Maria Call, Xavier Corral, Cristina Fábrega, Miguel Pérez, Nuria Roselló y Manuel Salamero.*

### RESUMEN

Este estudio forma parte de una investigación más amplia sobre *Indicadores Psicopatológicos en los Tests Gráficos HTP*, que se lleva a cabo en el Departamento de Investigación de la "Fundació Vidal i Barraquer" de Barcelona. Los objetivos fundamentales de la investigación global son dos: Primero, redactar un inventario-escala científicamente fiable, con su correspondiente Manual de utilización, para recoger de manera estandarizada los datos gráficos del test HTP. Segundo, tener normas y baremos propios del país, con poblaciones normales y de diversas patologías. En esta comunicación se presentan los resultados obtenidos y analizados, al aplicar el test de la Figura Humana, a un grupo de adolescentes de 3º de BUP. En síntesis, el perfil gráfico de esta muestra de adolescentes en fase media de su adolescencia se encuentra, en general, dentro de la normalidad y muestra un grado moderado de madurez.

### Introducción

En la "Fundació Vidal i Barraquer" de Barcelona, desde hace años, se está trabajando en un amplio proyecto: "Los Indicadores Psicopatológicos en los tests gráficos HTP". La idea fundamental es obtener resultados gráficos característicos, correspondientes a los diferentes cuadros psicopatológicos, así como los referentes a grupos de no pacientes, según los diversos estadios evolutivos.

En el uso y estudio de las técnicas proyectivas, siempre nos han interesado dos cuestiones de gran importancia. En primer lugar, su estandarización, y en segundo lugar, la obtención de normas y baremos de la población con la cual se trabaja, con el objetivo de incrementar el valor científico de estos métodos de evaluación psicológica.

El grupo de trabajo de este largo y sugerente proyecto empezó por confeccionar un cuestionario-escala, útil para recoger y recopilar las diferentes variables gráficas, acompañado de un Manual que

facilite la utilización de dicho cuestionario-escala. En el trabajo que presentamos hemos usado dicho cuestionario y estamos a punto de realizar su redacción definitiva con pequeñas correcciones después de su aplicación en este estudio. Más adelante vamos a investigar su fiabilidad.

En este trabajo analizamos los resultados y sacamos conclusiones a partir de los datos obtenidos en la administración del test de la Figura Humana a un grupo de adolescentes, no pacientes, que se encuentran en la fase media de la adolescencia.

## Método

La muestra está compuesta por 65 adolescentes, 28 chicas y 37 chicos, estudiantes de 3º de BUP, alumnos de un colegio privado religioso concertado. Dicho colegio está situado en un barrio popular de la ciudad de Barcelona. Es una escuela con una larga tradición educativa y aceptada socialmente por los habitantes del barrio. Se trata de un barrio no conflictivo, de nivel económico medio, muy activo social y culturalmente. Las familias son cuidadosas en la educación de sus hijos.

Las pruebas psicológicas fueron aplicadas en el segundo trimestre del curso escolar, por lo que la mayoría de los sujetos acababan de cumplir los 17 años de edad. Más del 70% de los padres no tienen estudios universitarios. Del 30% que los tienen, el 15% corresponde a la madre y el 85% al padre.

El procedimiento del trabajo consiste en el análisis de los dibujos de dos figuras humanas de diferente sexo, realizados por los sujetos de la muestra mediante la aplicación del H.T.P., test que formaba parte de una batería de tests que se administró en el contexto de su orientación escolar y profesional.

Para recopilar y clasificar los distintos rasgos gráficos de los dibujos de la Figura Humana utilizamos el cuestionario-escala y manual actualizados. Se hace el cálculo de frecuencias y los porcentajes de dichos rasgos.

## Resultados

Presentamos y comentamos a continuación una amplia serie de datos, obtenidos según criterios de frecuencia así como del interés

clínico comprobado en la numerosa bibliografía existente sobre el tema.

### Aspectos formales y estructurales

1. La posición del dibujo en la hoja es vertical en el 84'6% de casos. Los posibles significados psicológicos de la posición vertical guardan relación con la figura del padre y lo que ella simboliza: mundo racional, consciente, proyectos de futuro, mundo externo, normas, acción. Nuestros sujetos estarían en una fase evolutiva progresiva, en que han superado la búsqueda del apoyo materno. Hay más progresión, que regresión y fijación; hay mayor tendencia al mundo externo que al mundo interno; hay más acción que pasividad y dependencia; hay más implicación en lo racional y consciente que en lo emocional e impulsivo; hay más proyectos y visión de futuro que vuelta hacia el pasado.

2. El emplazamiento-colocación del dibujo respecto al eje horizontal está en la zona superior en un 53'4% (claramente zona superior 12'3% y tendencia a la zona superior un 43%). Hay cierta tendencia hacia actitudes defensivas de evasión y refugio en lo racional, lo intelectual, la fantasía y la imaginación, como proyección de vivencias de impulsos, aún presentes al iniciarse la adolescencia. Sentimientos depresivos y experiencias dolorosas de la vida real también podrían explicar la actitud defensiva. Incluso se podrían hablar de compensación de inseguridades, de cierta desadaptación y falta de autodominio.

3. El emplazamiento-colocación del dibujo respecto el eje vertical está en la zona izquierda en el 82'4% (claramente en la izquierda el 26'2% y tendencia a la izquierda el 56'2%). La dinámica de estos jóvenes está dirigida más por vivencias de sí mismo, de su interior, que por vivencias del medio ambiente que les rodea. Prevalce el funcionamiento debido a su mundo afectivo-emocional, a su pasado. Son más bien introvertidos.

4. La colocación de la figura tiende simultáneamente a la izquierda y parte superior de la página. Este cuadrante es una zona

de mayor pasividad; es un espacio de personas más espectadoras de la vida, zona de nostalgias, de inhibición y de reserva.

5. La figura humana es dibujada de frente en un 86´2%. Ante el contacto humano, la comunicación y las relaciones interpersonales, podría significar capacidad de enfrentamiento y cierta actitud extrovertida.

6. El dibujo es estático en el 68´9%. Sólo un 6´9% está en movimiento, realizando una actividad. Por lo regular, la mayoría de los autores señalan que casi todos los dibujos son estáticos, sin acción o movimiento. Los preadolescentes tienden más a dibujar personajes en acción. Parece pues que una parte importante de nuestra muestra se sitúa ya en una fase más evolucionada de la adolescencia.

7. El tamaño del dibujo es mediano en algo más de la mitad de la muestra (55´4%) y pequeño en el 24´6%. Uno de cada cuatro sujetos de la muestra puede presentar signos de cierta inferioridad, retraimiento, inhibición o depresión. La mitad de los sujetos presentan cierto equilibrio y adaptación, dando respuestas adaptadas a las presiones ambientales.

8. La edad de las figuras dibujadas tiende a ser superior a la edad real de los sujetos de la muestra en un 56´9% (30% dibuja un adulto, 26´9% un adolescente adulto). No obstante constatamos que un 16´2% dibuja un adolescente, un 19´2 un niño adolescente y un 3´8% un niño. En general, una parte importante de los adolescentes normales tienden a dibujar una figura humana mayor, mostrando así que se identifican más con lo que desean ser que con lo que son. Se trata más de un aspecto más desiderativo que real.

9. La diferenciación sexual de los dibujos es clara en un 94%. La mayoría (86,2%) dibuja en primer lugar una figura del propio sexo (86´2%). El 13´8% hace en primer lugar un dibujo del sexo contrario al propio. Nuestra muestra se encuentra pues en una fase de evolución en la que va integrando y asumiendo su propia identidad sexual.

## **Contenido**

10. Los sujetos de nuestra muestra dibujan una figura humana entera en el 91'5%. Podría ser señal de que ya han interiorizado un adecuado esquema corporal y, a través del mismo, una vivencia del yo y de la propia personalidad bastante equilibrada y satisfactoria.

11. Respecto al tamaño de la cabeza del dibujo, la mitad de la muestra (50,8%) la dibuja de manera normal-media y un poco menos de la mitad (40%) la dibuja grande. Estos datos hacen pensar en la preocupación intelectual de parte de los sujetos, relacionada con la necesidad de control de los impulsos sexuales y búsqueda de más integración y adaptación en el campo de las relaciones sociales.

12. El cabello aparece desordenado, despeinado, en un 30'5%. Tiene aspecto ordenado, peinado, en un 66'9%. En uno de cada tres sujetos de la muestra, podría ser signo de cierto desorden sexual.

13. Los ojos están abiertos en un 81'6%; con pupila en un 69'3%; vacíos en el 9'2% y ennegrecidos en el 7'7%. Son datos que indican en general un buen contacto con el mundo exterior y una adecuada comunicación social. Son signos de menor egocentrismo e inmadurez emocional y dependencia.

14. La nariz es poseedora de simbolismo sexual; los adolescentes le otorgan atención y muchos de ellos la consideran la peor parte de su cuerpo. En nuestra muestra, teniendo en cuenta el tamaño, es normal en el 45'4%, pequeña en el 30'0% y grande en el 16'2%. Respecto a la longitud, es normal en un 44'6%, corta en un 26'9% y larga en un 17'7%. Creemos que en más de la mitad de nuestros sujetos aún no hay el equilibrio que se consigue con una mejor integración de la sexualidad, en las etapas últimas de su adolescencia.

15. La forma de la boca es curva cóncava en un 50%. La mitad de la muestra tiende aún hacia la dependencia y la búsqueda de la aprobación de los demás.

16. La impresión de la boca es normal en un 89'9% (sólo un 6'7% dibuja una boca extraña y deforme) lo cual es un signo de normalidad, quedando superados los rasgos negativos de individuos primitivos, regresivos, orales.

17. Los labios se dibujan un número importante de veces (39'9%): finos en un 40%, carnosos en un 24'6% y exagerados en un 8'5%. Llamen la atención estas formas carnosas y exageradas, que expresan cierta preocupación por la sensualidad y corporalidad, más acentuada en la adolescencia.

18. Las mandíbulas aparecen resaltadas en un 20% de la muestra. Este dato podría interpretarse como tendencia del sujeto a mostrarse fuerte, enérgico y socialmente dominante.

19. Destacamos la poca frecuencia de los siguientes rasgos gráficos: lengua (tres casos);

dientes (cuatro casos); barba y bigote (siete casos); nuez de Adán (nueve casos). Por tanto, la presencia de estos elementos corporales podría ser significativa clínicamente.

20. El cuello es dibujado en un 86'7%: largo en un 22'3% y estrecho en un 28'5%. Casi una tercera parte de sujetos podría expresar así alguna perturbación, a causa de fallos de coordinación entre impulsos y funciones intelectuales, es decir, por la dificultad de control del mundo impulsivo.

21. El tamaño del tronco es grande en un 26'1%, signo de cierta preocupación por la fuerza física.

22. El tronco cerrado por abajo (93'1%) tiene el significado de madurez y normalidad. En cambio, no cerrar la parte inferior del tronco o cerrarlo mal significa preocupación por lo sexual.

23. El cuello está presente en un 86'7%, lo cual es signo de madurez. Su ausencia, en cambio, se da en niños, en deficientes mentales e individuos regresivos.

24. Los hombros son destacados de manera especial en el 36'9%. El exceso de anchura, volumen, refuerzo, sombreado, ex-

presa preocupación por el cuerpo y la masculinidad, así como tendencia a la compensación de sentimientos de inferioridad.

25. La línea de la cintura aparece con mucha frecuencia (80%). Es estrecha en el 17'7%. Podría sugerir, que aproximadamente un sujeto de cada cinco tiene un control precario sobre sus impulsos.

26. El dibujo a partir de la cintura no presenta cambios ni variaciones significativas en el 88'5%. Puede ser señal de que una parte importante de la muestra integra las instancias del yo y las del ello, con predominio del yo.

27. Los órganos genitales no aparecen dibujados en el 90'6%. Sólo están presentes en cinco casos (el 3'8%). Normalmente no se dibujan. Nuestra muestra cumple bien este criterio.

28. Las figuras humanas dibujadas tienen brazos, el derecho en el 93'9%, y el izquierdo en el 91'6%. Este rasgo gráfico tiene relación con la imagen positiva del yo y con una buena adaptación social. Nuestros sujetos creemos que, de manera prevalente, tienen esta buena imagen y manifiestan buena adaptación.

29. Los brazos están dibujados enteros, el derecho en el 76'9%, el izquierdo en el 74'6%. Faltan la mano derecha y la mano izquierda en el 18'5%. Faltan el antebrazo derecho e izquierdo en el 2'3%. La longitud del brazo derecho es corta en el 25'3%; el brazo izquierdo es corto en el 26%. Respecto a la anchura, el brazo derecho es delgado en el 10%, y el brazo izquierdo en el 9'2%, indicio de que una cuarta parte de los individuos de la muestra podrían tener dificultades en su contacto social.

30. Las manos son el rasgo gráfico más comúnmente omitido. Un 70,7% de nuestra muestra dibuja la mano derecha y la mano izquierda un 67'7%. Casi uno de cada cuatro sujetos no ha dibujado pues las manos. La mano derecha no es visible en el 19'2% y se omite en el 4'6%; la mano izquierda no es visible en el 17'7%, y está omitida en el 6'1%. El hecho de omitir las manos puede tener diferentes significados: falta de confianza en el contacto social o en la eficacia de la acción, evasión, y culpabilidad sexual por masturbación.

31. La mano derecha está oculta tras el tronco en el 13'9%, y la mano izquierda en el 13%, signo de actitud defensiva de evasión. Es escaso en nuestra muestra.

32. Las manos derecha e izquierda están en los bolsillos en el 7'7%, y 7% respectivamente. Esto suele darse en jóvenes delinquentes, psicópatas y sujetos evasivos; también puede ser signo de masturbación. Muy pocos sujetos de la muestra dan este signo gráfico.

33. Las piernas son otro elemento del cuerpo que suele ser fuente de dificultades. En nuestros dibujos la pierna derecha es dibujada de forma completa en el 86'1% y la izquierda en el 85'4%. La longitud de la pierna derecha es normal en el 73'2% y el de la izquierda en el 69'3%. El aspecto de la pierna derecha es normal en el 66'9% y de la izquierda en el 68'5%. Todos estos datos indican prevalencia de un dibujo adecuado de las piernas, señal de un contacto bastante positivo con el ambiente.

34. En la muestra hay pocos casos de figuras humanas en las que se hayan dibujado los dedos de los pies. Los dedos del pie derecho se ven en el 5'4% y los del pie izquierdo en el 4'6%. Figuras descalzas en una figura que no se intenta representar desnuda podría significar agresividad casi patológica. No es este el caso de nuestra muestra.

35. Hay pocas transparencias (10%). Las transparencias son dibujadas por enfermos muy graves y son un rasgo patológico severo, en relación con el alejamiento de la realidad. Nuestros sujetos no dibujan transparencias en el 90%.

36. La mayor parte de autores señalan que la mayoría de figuras humanas van vestidas, pero con una mediocre elaboración de la vestimenta. Nuestros sujetos dibujan personas vestidas en el 83'1%. Sólo hay siete casos de desnudos totales (5'6%), y doce de desnudos parciales (9'2%). La ropa en los dibujos humanos representa autoestima general y la imagen social que el sujeto quiere mostrar. Nuestra muestra cumple este criterio.



37. Algo menos de la mitad de los dibujos realizados (44'7%) presentan una elaboración de la vestimenta normal. La elaboración es buena en el 22'3%, mientras que es escasa en el 26'9%, porcentajes que corresponden a los datos normales.

38. El número de detalles de la vestimenta de los dibujos realizados expresa una elaboración moderada. Hay de uno a cinco detalles en el 68'5% de los vestidos dibujados; aparecen más de cinco detalles en un 8'5%, y en el 20'7% de las figuras no hay detalles.

39. Un 70'2% dibuja las figuras humanas con vestidos normales. En cuatro casos (3'1%), se dibujan personajes fantásticos y en tres casos (2'3%) personas con uniforme.

40. Lista de los detalles de los vestidos: sombrero, bufanda, (1 caso); sombrero, (3 casos); pañuelo de bolsillo (3 casos); calcetines-medias (3 casos); corbata (5 casos); lazo en el cabello, diadema (9 casos); puños de la ropa (13 casos); plisados falda, pantalón (12 casos); bragueta (17 casos); diseño o estampado (18 casos); bolsillos (26 casos); botones (26 casos); detalles en los zapatos (33 casos); cinturón (45 casos).

41. En los dibujos no aparecen objetos portátiles o manejables (80%). Veinte sujetos dibujan un solo objeto (15'4%) y seis dos objetos (4'6%). La lista de los objetos dibujados es la siguiente: ramo de flores, un caso; libro-periódico, un caso; objetos deportivos, dos casos; pipas-cigarrillos, seis casos; bolsa, cartera, seis casos; gafas, ocho casos.

42. En los dibujos aparecen muy poco detalles o elementos del ambiente. Un 92'3% no los dibuja. El sol, un animal y un mueble, aparecen en una ocasión. Los dibujos con muchos elementos ambientales corresponden a sujeto inseguros, inmaduros. En los dibujos de adultos raramente aparecen detalles. Nuestra muestra presenta un adecuado nivel de evolución madurativa respecto a este punto.

43. La mayoría de sujetos de la muestra no dibuja la línea de tierra (89'5%). Sólo la dibujan un 9'2%. La población adulta suele

dibujar una línea de suelo muy esquemática, una mera línea que actúa como soporte en que se apoya la figura o como una base donde descansan los pies. Líneas muy enfatizadas pueden ser signo de inseguridad y búsqueda de apoyo. Otro significado es el de contacto con la realidad. Quizás en nuestra muestra, se trataría de cierta autoafirmación e independencia, o quizá de alejamiento de la realidad concreta y cotidiana.

44. El sombreado aparece poco en los dibujos de nuestra muestra: cabello sombreado (30'8%); ojos (26'2%) y cabeza (17'7%); tronco (12'3%), abdomen (10'8%). El sombreado del cabello suele considerarse expresión de ansiedad en relación con la sexualidad o conflicto con la virilidad.

45. Lista de elementos gráficos reforzados con porcentaje superior a 20: cabeza, 21'4%; boca-labios, 29'3%; cara, 27'7%; cuello, 22'3%; cabello, 27'7%; hombros, 20'7%; ojos, 26'9%; pie derecho, 22'3%; cejas, 21'5%; pie izquierdo, 21'6%;

## **CONCLUSIONES**

Para concluir, presentamos a modo de síntesis los índices que se han ido repitiendo en los resultados y comentarios anteriores y que definen y configuran ciertos aspectos de la personalidad de los sujetos de nuestra muestra.

**IMAGEN DE SÍ:** Los sujetos presentan una imagen bastante positiva de sí mismos. Se observan sentimientos de seguridad, vivencias de autoafirmación e independencia. En general se valoran bien. Han ido interiorizando un adecuado esquema corporal. Algunos muestran aún preocupación por su cuerpo. El interés por su imagen y fuerza física suelen presentarse como compensación de ciertos sentimientos de inferioridad e inseguridad.

**IDENTIFICACIÓN SEXUAL:** Se nota un buen proceso de integración e identificación sexual. Cabe esperar que esta integración acabará de consolidarse cuando su sexualidad pueda vivirse más plenamente en experiencias con el otro sexo, en etapas posteriores de su adolescencia. Una pequeña parte de la muestra manifiesta

preocupación por la sexualidad y corporalidad. Unos pocos muestran malestar respecto a su masculinidad, con cierta culpabilidad sexual probablemente de tipo masturbatorio.

**RELACIONES INTERPERSONALES:** Los sujetos manifiestan una adecuada relación interpersonal y comunicación social. Hay cierto grado de extraversión, con tendencia al contacto humano. Su actitud les va llevando a abrirse hacia los demás y afrontar la relación con los otros. Un pequeño grupo muestra dependencia y búsqueda de la aprobación de los demás. Incluso algunos tienden a aparecer socialmente fuertes, enérgicos y dominantes, como compensación a ciertas dificultades, como el miedo al contacto personal.

**CONTROL DE IMPULSOS:** La mayoría de los sujetos muestran una positiva integración entre las instancias del ello y del yo, con predominio del yo. Encontramos algún caso de perturbación en la coordinación entre los impulsos y las funciones mentales de control. Unos pocos tienen aún un control precario sobre sus impulsos.

**CONTACTO CON EL MUNDO EXTERNO, PROYECTOS DE FUTURO:** Se observa en general una visión de futuro, apertura al mundo externo y formulación de proyectos. Hay una superación del pasado: los sujetos no están atrapados en su mundo interno de afectos e impulsos, salvo unos pocos fijados en un mundo de nostalgias, inhibiciones y reservas.

**DINÁMICA PERSONAL:** Está poco marcada por el egocentrismo y la inmadurez emocional. Hay mayor presencia de factores racionales y conscientes, que emocionales e impulsivos. Esta dinámica está dirigida más por vivencias de sí mismo y de intereses propios que por vivencias del medio ambiente. En algunos pocos prevalece un funcionamiento dominado por su mundo afectivo-impulsivo, su pasado y las vivencias primitivas.

**DEFENSAS:** Se presentan como signo de evasión y refugio en lo racional e intelectual ante impulsos primitivos aún presentes. También se utilizan ante ciertos sentimientos depresivos y experiencias dolorosas de la vida real con la que se enfrentan los sujetos. Incluso aparecen como compensación por ciertas insegurida-

des, búsqueda de adaptación e integración con los demás y falta de autodominio. Apenas aparecen defensas de tipo "acting out".

## Síntesis

Teniendo en cuenta los datos obtenidos y analizados en nuestro trabajo, podemos concluir que la muestra estudiada se encuentra prevalentemente en la fase media de la adolescencia. Se observa un buen nivel de equilibrio y adaptación, de madurez y normalidad. Hay ausencia de signos de patología en la mayor parte de nuestros sujetos; hay más tendencia al progreso y al desarrollo que a la regresión y fijación.

Como siempre, al terminar una investigación, se plantean interrogantes y pistas para ulteriores estudios. En concreto, sobre estas últimas, nos gustaría trabajar sobre la probable diferencia significativa de la muestra en función de la variable sexo. Otro posible trabajo sería la comparación entre distintos grupos adolescentes en función de su nivel evolutivo y madurativo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABT, L.E. Y BELLAK (1967). *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- ANZIEU, D. (1967). *Los Métodos Proyectivos*. Buenos Aires: Abaco.
- AUBIN, H. (1980). *El dibujo del niño inadaptado*. Barcelona: Laia.
- BELL, J. (1964). *Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- BUENO, M. (1997) *Introducción a las Técnicas Proyectivas Gráficas*, en AVILA, A. (COORD) *Evaluación en psicología clínica*, vol. II, Salamanca, Amaru. Cap 11, 425-458.
- CID, J.M. (1998) *El test del árbol*. Granada.
- DÍAZ Y CURIEL, J Y PÉREZ GARCÍA, P. *Indicadores Psicopatológicos en Estructuras Fronterizas: Estudio a través de Tests Gráficos*, IX Simposio Nacional de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, Mayo de 1986, Cartagena.
- DI LEO, J. (1974). *El dibujo y el diagnóstico psicológico del niño normal y anormal de 1 a 6 años*. Buenos Aires: Paidós.
- DI LEO, J. (1978). *Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica*. Buenos Aires: Paidós.

- ESCRIBANO, J.M<sup>a</sup>. (1976). *Test de la Figura Humana de Machover*. Madrid: CCP.
- GARCÍA ARZENO, M.E. (1993). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRASSANO DE PICCOLO, E. (1974). Los tests gráficos. (Defensas en los tests gráficos), en SIQUIER DE OCAMPO Y OTROS, *Las técnicas proyectivas y el proceso de diagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRASSANO DE PICCOLO, E. (1977). *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- HAMMER, E.F. (1969). *Tests Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- KOCK, K. (1962). *El test del árbol*. Buenos Aires: Kapelusz.
- KOPPITZ, E. (1973). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- KOPPITZ, E. (1991). *Evaluación psicológica de los dibujos de la Figura Humana*. México: Manual Moderno.
- MACHOVER, K. (1966). Dibujo de la Figura Humana: Un método de investigar la personalidad, en ANDERSON Y ANDERSON, *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico*. Madrid: Rialp.
- MAGANTO, C. Y MAGANTO, J.M. (1990). *T.D.A. Test del Dibujo de un Animal*. Madrid: Seco Olea.
- MEILI-DWORETZKI, G. (1979). *El dibujo de la figura humana*. Vilassar de Mar: Oikos-Tau.
- OSTERRIETH, P. A. (1977). El dibujo en el niño, en GRATIOT, ALPHANDREY H, ZAZZO R. *Tratado de Psicología del niño*, tomo 6, Madrid: Morata.
- PORTUONDO, J.A. (1973). *Test Proyectivo de K. Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- PORTUONDO, J.A. (1974). *Test Proyectivo de Machover*, Tomoll. Madrid: Biblioteca Nueva.
- RABINA, I. Y HAWORTH, M.R. (1966). *Técnicas Proyectivas para niños*. Buenos Aires: Paidós.
- STORA, R. (1980). *El test del árbol*. Buenos Aires: Paidós.
- STRAUSS, M. (1994). *El lenguaje gráfico de los niños*. Guipúzcoa: Steiner.
- VIVES, M. (1994). *Instrumentos y Aplicaciones del Psicodiagnóstico Infantil*. Barcelona: PPU.
- XANDRO, M. (1991). *Manual de los tests gráficos*. Madrid: EOS.



## EL RORSCHACH PROYECTADO

*Jaime Fúster, Isabel Barriuso, Eva Lobato,  
Marta Martínez Villafaina y Belén Barranco*

### RESUMEN

La administración colectiva y proyectada del Rorschach, que exponemos en nuestro trabajo, pretende ser una ilustración de cómo se podría enseñar, o más bien informar, a un grupo grande de alumnos universitarios, cuando se dispone de poco tiempo y no cabe la posibilidad de hacer realmente una práctica extensa y completa del Rorschach al no disponer de tiempo suficiente. Con este objetivo hemos elaborado y aplicado el procedimiento expuesto en este trabajo. Hemos introducido además en esta práctica la interpretación de algunas variables, utilizando para ello valores referenciales obtenidos en la modalidad de Rorschach Proyectado.

### Introducción

Para que el conocimiento que se podía conseguir del Rorschach en las clases prácticas fuera semejante al que se logra en otros tests (16PF de Cattell, MMPI de Hathaway y McKinley, EPI de Eysenck, etc.), en los que los alumnos los autoadministran, corrigen e interpretan, dada su menor dificultad y requerimientos de tiempo, era necesario articular algún sistema que nos permitiese *mostrarlo al máximo en un tiempo mínimo*.

Apoyamos la enseñanza de las Prácticas del Rorschach en un texto práctico y sencillo en su forma de presentar las distintas fases de la prueba (Administración, Codificación e Interpretación) (Fúster, 1998).

Nos limitamos a ver someramente la administración (sin practicarla). En codificación mostramos las variables más sencillas, sin Tablas de Calidad Formal, ni Z, y muy por encima los Códigos Especiales. Explicamos luego lo que se podía obtener con la interpretación y cuáles eran sus campos de aplicación.

Pensamos que un trabajo en el que los alumnos vieran y practicasen en lo posible todas las fases del Rorschach y tuvieran que

consultar el texto podría completar la información que recibían en clase. Incluiría administración, codificación, de forma voluntaria interpretación y debía de asemejarse lo más posible a como se hace en el Sistema Comprehensivo, con el que trabajamos desde siempre.

La precisión de acortar tiempo, especialmente de clase, nos llevó a una administración colectiva (proyectada). Después cada alumno debía codificar (con las limitaciones de lo explicado) sus respuestas. En cuanto a la interpretación, pensamos que sería lo que interesaría más a los alumnos, pero consideramos que solo era posible y a la vez suficiente, que lo intentaran con algunas variables fáciles, cuyo significado debían de buscar en el texto sin intentar correlacionarlas ni agruparlas de ninguna forma.

En las primeras ocasiones en que algunos alumnos prepararon este trabajo, el hecho de que los valores esperados de las variables que figuran en el libro fueran los del Sistema Comprehensivo de Exner les supuso no pocas frustraciones, pues eran muy diferentes a los que ellos obtenían en su Rorschach Proyectado. Ello fue lo que nos llevó a realizar una investigación para disponer de valores referenciales para esta modalidad de aplicación del Rorschach.

## La investigación

Las diferencias entre el método de administración colectiva y el clásico radican especialmente en que *el sujeto no está solo con el psicólogo en una relación interpersonal con él, sino en un grupo, lo cual crea cierta uniformidad (Zulliger, 1979, pág. 332); los estímulos no se pueden manipular, alejar, acercar, girar o inclinar; la distancia a que se contemplan es las láminas es muy distinta y el tiempo de exposición es limitado.*

**HIPÓTESIS FUNDAMENTAL:** *Prácticamente todas las variables van a sufrir variación significativa con respecto a los valores normativos del Sistema Comprehensivo.*

Además se espera que *disminuya R y la mayoría de los valores de las variables que no fuesen proporciones; que se pierdan detalles y matices, por la mayor distancia al estímulo y la influencia de la luz ambiente; que Afr pierda casi completamente su valor, por*



*la influencia que tiene en ella el tiempo y empeore la Calidad Formal.*

LA MUESTRA fue elegida entre los grupos de alumnos en cuyos programas no se incluía como asignatura el Rorschach, pero realizándose administraciones **iguales** a las que se hacía a los alumnos de Rorschach.

Rechazamos 7 protocolos de los 110 recogidos por no ajustarse a la consigna o tener algún fracaso. Útiles un 93%, valor que nos confirma la bondad del método empleado. Para desarrollar la investigación, aplicando la ley de los grandes números de Bernouille (Gotor y Sanmartin, 1989), por razones de complejidad, decidimos trabajar con una muestra de 32 casos (14 varones y 18 mujeres).

Especialistas en Rorschach (SC) codificaron los protocolos cruzando resultados que se volcaron al RIAP 3 para obtener los Resúmenes Estructurales y de allí al programa estadístico StatView 2 (Mackintosh) (Tabla 1).

Los resultados de la tabla muestran que se cumplen la mayoría de nuestras previsiones: Se ha reducido el valor de R y el de la mayoría de las variables que no son proporciones; se reducen las D y los matices de las manchas (se pierden considerablemente las respuestas de color y casi completamente las de claroscuro). Como esperábamos, este Rorschach Proyectado es menos sensible que el aplicado individualmente (L ha crecido).

No obstante se nos sorprenden los siguientes resultados: El valor del X+% ha crecido, ha mejorado, con respecto a los valores de la muestra de Población Normal en Valencia (Fúster, 1997), y también el valor de la P.

Comprobamos que estos datos no se deben al *alto nivel cultural de la muestra a la que hemos administrado el Rorschach Proyectado*. En efecto, al compararlos con un grupo control de nivel cultural semejante, formado por 20 estudiantes de Psicología de la misma Facultad, extraídos de la muestra de Población Normal de Valencia a la que se administro el Rorschach individual, los valores obtenidos no confirman *aquel supuesto*, dando un X+%: 0,67 para el Rorschach Proyectado versus 0,49 del Grupo de Control y una P de 6,47 vs 5,95, con diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ) mediante la prueba t. Por lo tanto la razón de las diferencias debe de buscarse en la modalidad de administración, ya que la distancia a la lámina proyectada produce la pérdida de detalles.

## Administración del Test Proyectado

Las sesiones de administración de la prueba se hicieron en las aulas de prácticas que son de dimensiones discretas (5 filas para unos 40 alumnos), luz diurna, con pantalla y proyector centrados. Se hicieron al empezar las primeras clases de cada grupo, antes de que hubieran recibido información sobre el Rorschach.

Tras una somera explicación del test, como en una administración individual, se entregaba a cada alumno el *documento 1*, en el que se indicaba que se iban a proyectar las 10 láminas del Rorschach (90 segundos/lámina) y que a continuación debían anotar sus respuestas en la hoja que se acompañaba respondiendo a la consigna: **¿Qué podría ser esto?** (*Libre Asociación*, 1ª fase de la administración).

Terminada esta fase se entregaba el *documento 2*, acompañado de una *Hoja de Localización* para ser rellenada a partir de sus propias respuestas. Tras ello se pasaba a la Encuesta (2ª fase de la administración), explicando sus objetivos y proyectando de nuevo las 10 láminas (90"/lámina).

Al finalizar, cada alumno debía conservar *su Rorschach*, tanto porque lo usaríamos de apoyo en las explicaciones sucesivas, como para realizar un *trabajo*, que debía ser entregado al profesor para su corrección y evaluación, al terminar las Clases de Prácticas.

## El trabajo

El *documento 3*, entregado más adelante a los alumnos, explica cómo realizar el trabajo con unas consideraciones en las que, al final, se insistía en que el trabajo a presentar no era un Rorschach en sentido estricto, sino tan sólo una práctica para conocerlo mejor. Transcribimos literalmente ese final:

Queremos insistir, como hemos dicho en clase, que realmente a esto no se le puede llamar un Rorschach. Esto no es más que un ejemplo y ese su objetivo. La descripción de algunos rasgos de su personalidad será en el mejor de los casos una aproximación breve de la que en realidad se podría obtener en un Rorschach real. Hemos dicho en el mejor de los casos porque no sólo la administración ha sido distinta, sino que probablemente se habrán cometido múltiples errores. Recuérdese que el Rorschach es muy complejo y requiere una larga formación. De todos modos consideramos que

puede ser una práctica interesante para conocerlo mejor, encontremos o no que los rasgos hallados se parezcan a los del sujeto.

Seguía a continuación la explicación detallada de cómo realizar el trabajo, formado por una primera parte con *Portada, Formulario del Resumen Estructural* (Exner) y *Test* completo; una segunda con la *Secuencia de Codificaciones*, desde la que rellenar un impreso, *Cálculo de algunas variables del Rorschach*. A su pie figuraban como valores esperados (VE) a usar, las medias y desviaciones típicas de las variables obtenidas en la investigación del Rorschach Proyectado de una Población Normal de Alumnos de Psicología, cosa que se indicaba.

Hasta aquí el trabajo debía de ser realizado por todos los alumnos.

Seguía con una tercera parte, **voluntaria**, de *Interpretación*. En ella se decía: *Compare ahora los valores obtenidos en el documento anterior (el impreso citado) con los valores esperados (VE), vea si se aproximan o difieren de los valores medios y busque en el texto las interpretaciones correspondientes. Esta claro que esta interpretación no estará integrada, ni adecuadamente agrupada, como ocurriría en un Rorschach individual sino que la formarán una serie de rasgos sueltos.*

## Opiniones

Una de las cosas que nos hizo proseguir este trabajo fueron las opiniones favorables de los alumnos, muchas verbales y algunas por escrito en los mismos trabajos. Transcribimos algunas de estas últimas:

- Ha sido una buena experiencia. Interesante practicar el Rorschach para tener una mejor idea de sus contenidos.
- De gran interés el trabajo realizado para tomar contacto con el test.
- Sorprendido por los estudios, detalles y variables que se tienen en cuenta a la hora de interpretar los datos. Trabajo muy costoso que me ha permitido profundizar más en el conocimiento del test.
- Sorprendido por los resultados del test.
- La realización de esta práctica me ha resultado muy instructiva y me ha permitido conocer mejor el test.

- Interesante y divertido. Con este trabajo he adquirido conocimientos más profundos de un test que considero muy útil para mi futuro profesional.

- Practica útil para conocer los test proyectivos y completar los conocimientos de las clases de Evaluación.

- Empecé pensando del test que era como un juego y enormemente subjetivo. Después de este trabajo encuentro que es mucho más complejo su estudio y aplicación y también muy rigurosa, por lo que me parece de un gran interés. Las variables que he visto se acercan mucho a lo que pienso de mi personalidad.

- Me ha parecido un trabajo muy interesante porque me ha permitido conocer un test que desconocía y que ahora considero muy interesante. Desearía ampliar mis conocimientos sobre él a lo largo de la carrera.

## Un ejemplo

De manera muy resumida presentaremos un ejemplo de lo que podría ser esta última parte del trabajo de un alumno, puesto que lo demás ya es conocido. Desde la Secuencia de Codificaciones (sin QF y sin Z) que por innecesaria no incluimos, se obtiene el documento llamado *Cálculo de algunas variables del Rorschach*.

En función de la brevedad lo presentamos sólo en esquema, formado por los valores obtenidos en el *Rorschach Proyectado del alumno* y los esperados, sin DT (VE del Rorschach Proyectado, Población Normal de Alumnos de Psicología):

Nº	Variable	Valor obtenido	Valor Esperado
1	R	22	15,25
2	W	6	9,75
3	S	2	0,84
4	DQ+	9	7,22
4'	DQv	0	0,19
5	M	6	4,50
6	FC+CF+C+Cn	2	1,81
7	Sum Claroscur.	1	1,16
8	Todos cont. H	9	6,16
9	Popular	6	6,47
10	MOR	1	0,62
11	COP	0	0,50

Nº	Variable	Valor obtenido	Valor Esperado
12	AG	0	0,34
13	Lambda	0,57	0,83
14	FC: CF+C+Cn	2:0	3 : 1
15	Múltiples : R	1	12 % a 22%
16	H: (H)+Hd+(Hd)	3: 6	3 : 1
17	I.Aislamiento	0,09	0,14
18	a : p	5 : 5	3 : 1
19	W : M	6 : 6	2 : 1 a 3 : 1
20	3R+(2)/R	0,41	0,44

Comparando unos valores con otros acudiría al texto de *Practicar el Rorschach* y podría obtener los siguientes resultados interpretativos, que anotamos por simple copia de los párrafos del citado libro haciendo figurar la página a que se refiere.

### Lectura interpretativa que puede hacer el alumno

Considerando sólo los valores que se alejan de los esperados (VE):

*R alto*. Productividad, afán de quedar bien, ambición de cantidad, interés por la tarea, imaginación. Los eufóricos y los maníacos suelen ser superproductores (pág.105).

*W bajo*. No tiende a la visión de conjunto, presta atención a los detalles, buen sentido práctico (pág.132).

*S alto*. Algo opositorista y agresiva, aunque más bien en forma verbal (pág. 121). *DQ+ alto*. Inteligente, con interés, capaz de realizar integraciones y establecer relaciones entre perceptos (pág.133).

*M alto*. La *M* implica la participación del razonamiento, de la imaginación, y es una forma refinada de conceptualización. Además está en función de que se lleve a cabo una cierta demora, en lugar de ceder de inmediato a la tendencia espontánea a responder a los estímulos, se realiza durante ese tiempo de demora una actividad ideacional deliberada y activa (Exner 1994). Esta demora permite una mejor discriminación del campo estimular.

La *M* está ligada a los niveles de inteligencia, existiendo una cierta correspondencia entre su número y el *CI*. Las respuestas de movimiento humano son las que señalan una actuación más evolucionada y madura (pág. 108).

$H + (H) + Hd + (Hd)$  muy alto. Su interés por lo humano es muy alto, muy interesado en todo lo que se refiere a las personas (Practicar el Rorschach, pág 125).

$L$  bajo. El sujeto se ve invadido por los estímulos, todo le interesa, todo le afecta, todo lo ve, por cualquier cosa sufre, o disfruta. Permite la entrada de un gran caudal de información, que consecuentemente habrá de procesar, pero su sistema podría verse desbordado si su capacidad intelectual no fuera suficiente para conseguirlo. Si así ocurriera podría producirse un nivel de confusión capaz de entorpecer el análisis del campo estimular; por ello un  $L$  bajo no siempre es beneficioso (pág. 105).

$FC: CF+C = 2:0$  (exclusivamente  $FC$ ).  $FC$  es una respuesta adulta. El sujeto es capaz de querer y sabe lo que quiere y cómo lo quiere. Su afectividad está muy controlada por la inteligencia y suele responder a las pautas sociales. Quizás haya un excesivo control de los afectos y falta de espontaneidad (pág 119).

$H : Hd + (H) + (Hd) = 3 : 6$ . *Proporción invertida*. Tendencia a refugiarse en la fantasía. Este es el patrón principal de conocimiento de sí mismo y de los otros que tiene el sujeto, lo que indudablemente le aportará errores en sus juicios y en sus previsiones, que le llevarán fácilmente a desadaptaciones en sus relaciones interpersonales (pág 125).

$W : M = 6 : 6$ . Muy por debajo de lo esperado. Persona a la que no le interesa hacer grandes esfuerzos intelectuales (pág 133).

## Conclusiones

La aplicación de este Rorschach Proyectoado constituye un sistema que sirve para *mostrar el máximo del Rorschach en el mínimo tiempo* de clase. Nos parece útil aunque incluso en los casos en que se disponga de bastante tiempo para la docencia, ya que nunca, a no ser en cursos exclusivos de enseñanza del Rorschach, se dispondrá del preciso para una práctica completa, que abarque administración, codificación, cálculos e interpretación.

El ahorro de tiempo lo tenemos fundamentalmente en la Administración, pero también en no hacer preciso el estudio de los engorrosos cálculos del Sumario Estructural y Hoja de Constelaciones, que aunque sean documentos precisos para quien realmente va a estudiar el Rorschach, no son necesarios en una primera aproximación.

Por otra parte, la elección de unas pocas variables, evitando la complejidad de interrelacionarlas, nos permite apuntar algunos rasgos demostrativos de manera que los alumnos lleguen a vislumbrar lo que se podría obtener del Rorschach. Queremos terminar con una cita de un alumno: *Si hemos conseguido esta información con este sistema, cuanto más se habría logrado si hubiese sido un Rorschach administrado y corregido por un verdadero técnico.*

Tabla 1. Rorschach Proyectado: valores referenciales.

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>D.S.</b>	<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>D.S.</b>
R	15,25	3,05	X+%	0,67	0,13
W	9,75	3,31	F+%	0,24	0,04
D	4,03	2,48	X-%	0,11	0,00
Dd	1,47	1,97	Xu%	0,21	0,13
S	0,84	1,19	S-%	0,06	0,20
DQ+	7,22	2,01	Aislamto.	0,14	0,10
Dqo	7,84	2,54	H	3,22	0,20
DQv	0,19	0,47	(H)	2,06	1,19
Qv/+	0,00	0,00	Hd	0,50	0,76
FQX+	0,00	0,00	(Hd)	0,38	0,61
FQXo	10,12	2,09	Hx	0,00	0,00
FQXu	3,28	2,32	Cont. H	6,16	1,76
FQX-	1,75	1,48	A	5,75	2,17
Sin FQx	0,90	0,30	(A)	0,19	0,40
MQ+	0,00	0,00	Ad	1,34	1,15
MQo	3,44	1,19	(Ad)	0,03	0,18
MQu	0,69	1,00	An	0,25	0,62
MQ-	0,41	0,67	Art	0,91	0,93
Sin MQ	0,00	0,00	Ay	0,12	0,34
S-	0,12	0,34	Bl	0,16	0,37
M	4,50	1,44	Bt	1,06	1,05
FM	2,31	1,33	Cg	1,50	1,39
m	0,53	0,88	Cl	0,06	0,25
FM+m	2,75	1,63	Ex	0,06	0,25
FC	1,53	1,44	Fi	0,28	0,46
CF	0,19	0,47	Fd	0,03	0,18
C	0,12	0,34	Ge	0,03	0,18
Cn	0,00	0,00	Hh	0,62	0,66

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>D.S.</b>	<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>D.S.</b>
FC+CF+C+1,81		1,47	Ls	0,56	0,72
SumPd C	1,11	0,91	Na	0,19	0,47
Sum C'	1,00	1,19	Sc	0,22	0,49
Sum T	0,00	0,00	Sx	0,22	0,42
Sum V	0,03	0,18	Xy	0,06	0,25
Sum Y	0,16	0,43	Idio	1,72	1,40
Sum Clar.	1,16	1,37	DV	0,00	0,00
Fr+rF	0,06	0,25	INCOM	0,56	0,76
FD	0,59	0,71	DR	0,06	0,25
F	6,44	2,69	FABCOM	0,19	0,40
PAR	6,34	1,77	DV2	0,00	0,00
3R+(2)/R	0,44	0,12	INC2	0,00	0,00
LAMBDA	0,83	0,54	DR2	0,00	0,00
EA	5,64	1,94	FAB2	0,00	0,00
es	4,06	2,37	ALOG	0,03	0,18
D	0,31	0,74	CONTAM	0,00	0,00
AdjD	0,38	0,74	Sum6 CE	0,84	0,99
a (activo)	4,47	1,52	Sum6 CE2	0,00	0,00
p (pasivo)	2,91	1,63	SumPd 6	2,22	2,72
Ma	2,56	1,52	AB	0,03	0,18
Mp	1,97	1,20	AG	0,34	0,70
Intelect	1,09	1,06	CFB	0,00	0,00
Zf	12,75	2,96	COP	0,50	0,80
Zd	-0,28	3,85	CP	0,00	0,00
Muúltiples	1,81	1,71	MOR	0,62	1,13
Muúlt.Col.	0,28	0,56	PER	0,03	0,18
Afr	0,38	0,11	PSV	0,34	0,70
Popular	6,47	1,67	Edad	21,47	1,81

## Bibliografía

- ALVAREZ, M.; BAEZA, A.; CAMPO, V.; GARCIA, J.M.; GUARFIA, J.; MONTLLÉO, T.; DE JESÚS, A.; JIRÓN, P.; MATEOS, M.L.; MINOBIS, J.; NAVARRO, J.; PÉREZ, V.; POUSO, R.; PRÓFUMO, L.; TORRAS, C., Y ZAYAS, M., (1993). Primera aproximación a un estudio normativo de la ciudad de Barcelona y su entorno. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 6-20.



- EXNER J.E. (1990). *Manual del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. SCRIMP. Barcelona
- FELDMAN D., GAGNON J., HOFMAN R., SIMSON J. (1984). *StatView II Abacus Concept, Inc. Berkeley*
- FÚSTER, J. (1996). Las influencias culturales en el Sistema Comprehensivo del Rorschach. La codificación de la calidad formal. *Revista de la SERYMP*, 9, 57-63.
- FÚSTER, J. (1995). *Conocer el Rorschach*. Promolibro: Valencia.
- FÚSTER, J. (1998). *Practicar el Rorschach*. Promolibro: Valencia.
- FÚSTER, J., SIFRE, S., BARRIUSO, I., LOBATO, E., MARTÍNEZ, M. (1997). Comparación de una muestra de población normal valenciana con la muestra barcelonesa. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 10, 58-66
- Gotor, A., y Sanmartín, J. (1989). *Técnicas de Inferencia para la investigación en Psicología*. Nau Llibres: Valencia.
- OÑATIVIA, O. (1972). *Rorschach Táctil*. Paidós: Buenos Aires.
- RORSCHACH, E. (1977). *Psicodiagnóstico*. Paidós: Buenos Aires.
- TURNER, J.C. (1974). *Matemática moderna aplicada. Probabilidades Estadística e Investigación Operativa*. Alianza Universidad: Madrid.
- ZULLIGER, H. Y SALOMÓN, F. (1970). *El test Z*. Kapelusz: Fuenlabrada (Madrid).



## REVISTA DE LIBROS

***Estudiando Rorschach: Nuevas aportaciones y ejercicios.***  
**Helena L. de Jubany (1997). La Plata: UNLP.**

Este es un libro-manual ameno y muy bien organizado, pensado para enseñar las bases del Rorschach a nivel universitario (por eso también los ejercicios). Lástima que no se basa en el Sistema Comprehensivo, aunque incluye algunos aspectos del mismo, sino en Klopfer, codificación más utilizada -hasta hace poco- en la Argentina. Aparte de este inconveniente, su lectura es interesante y rica; también porque la autora, de orientación claramente dinámica, incluye información y su gran experiencia con respecto al análisis de la secuencia y contenidos, además de algunos datos de otros sistemas -aquí el inconveniente se convierte en ventaja-, como por ejemplo los contenidos Vitales, Amortiguadores y Siniestros de T. Alcock, los de Barrera y Penetración de Fisher-Cleveland, la Escala MOA de Urist, los contenidos prototípicos borderline de Kwawer, la grilla de identidad de Rausch de Traubenberg, el concepto de determinantes disociados y su porcentaje de Marta Pagola, etc.

***Principles of Rorschach Interpretation.*** Irving B. Weiner (1998).  
**Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publisher.**

Solo señalar que durante el reciente Congreso de la ERA, Irving mencionó que su libro acababa de salir. El índice que logré hojear parece muy prometedor.

## REVISTA DE REVISTAS

La Revista de la Sociedad Francesa de este año todavía no ha salido.

En el *British Journal of Projective Psychology*, 42, 1 y 2, 1997, aparecen varios artículos bastante interesantes: En el N° 1 «Analizando C'» de Greenway y Kay, «Variaciones de variables Rorschach en el seguimiento terapéutico» de V. Campo, «Rorschach y MMPI:

Simulación de la depresión» de Exner y M. Ros, y un trabajo conceptual de L. Emanuel «La naturaleza y función de la proyección y la identificación proyectiva: Desde la evacuación a la comunicación».

En el N° 2, «La evolución del pensamiento de Hermann Rorschach» de E. Aronow y M. Koppel en defensa del creciente interés del autor en los contenidos; dos artículos que serán interesantes para los que no han leído la obra de Gacono y Meloy sobre la personalidad antisocial y psicopática: «¿Es suficiente la respuesta Rorschach de movimiento agresivo?» firmado por Gacono y «Déficits de attachment (¿ligamen?) en personalidades antisociales y psicopáticas» de Gacono y Meloy; un interesante estudio de caso presentado por de Ruitter, Lambermon y Cohen en el que se relacionan aspectos del Rorschach, la escala Moa, la COS de Blatt y otros modos de estudiar las relaciones objetales desde Bowlby hasta M. Klein, y nuevos aspectos del estudio normativo finlandés con el Sistema Comprensivo de Mattlar, Forsander y Mäki.

En cuanto al *Journal of Personality Assessment*, Vol. 69, 1, 2 y 3, y Vol. 70, 1, 2 y 3 se pueden mencionar los siguientes artículos (siempre teniendo en cuenta que como a mi me interesa sobre todo el Rorschach, tiendo a ignorar nuevos tests y otros -salvo el MMPI cuando se vincula al Rorschach- que no sean el TAT, HTP y Animal): «Codificación activo-pasiva del Rorschach» de M. Holaday ofrece una lista de 208 palabras no incluidas en la lista ya conocida del S.C. con el fin de facilitar la difícil codificación que a veces tienen las respuestas de movimiento; «Respuestas de claroscuro en el Rorschach: Desde un error de imprenta hasta un paradigma psicoanalítico integrado» de J. H. Kleiger es un denso trabajo que vale la pena leer. A. Khadivi y colaboradores presentan «Indicios maníacos en el Rorschach», un artículo interesante pero difícil de seguir porque la codificación pertenece al sistema Rapaport-Schafer. Sin embargo es de señalar que los pacientes (internos) maníacos producen más pensamiento combinatorio y respuestas de contenido afectivo que los otros dos grupos, esquizofrénicos y esquizoafectivos.

Para los interesados en el dibujo de la figura humana (DAP) en el Vol 69, 3, aparece una serie especial de trabajos dedicada a este tema.

Mientras que en el siguiente, Vol. 70, 1, se publica otra serie especial acerca de la evaluación cultural, siguiendo las ideas de R. Dana. Asimismo aparece un trabajo en lo forense de J. McCann:

«Defendiendo el Rorschach en los tribunales: Un análisis de la admisibilidad usando estándares legales y profesionales»; el autor concluye que el Rorschach es admisible desde todo punto de vista y que en todo caso su rechazo depende de quién y cómo lo usa.

En el Vol. 70, 2, se aprecian dos artículos importantes: «Lo nomotético y lo idiográfico como antónimos: Dos propósitos que se excluyen mutuamente en el uso del Rorschach», de D. Te'eni (Israel), en el que se señala claramente que lo nomotético concierne cuestiones específicas y bien definidas, mientras que lo idiográfico atañe descripciones fenomenológicas de la experiencia; por tanto, una de sus conclusiones es que un uso híbrido del Rorschach no es muy recomendable. Por último, Blais, Hilsenroth y Fowler firman «Correlatos Rorschach del desorden de personalidad histriónico (HPD) DSM-IV», encontrando que dos variables del Sistema Comprensivo, FC+CF+C y T y la negación de Lerner y Lerner, correlacionan con las características psicológicas del HPD DSM-IV.

Y en el N° 3 aparecen 2 artículos, uno que mediante una encuesta en los Estados Unidos revisa el impacto negativo del sistema de «Managed Care» (¿equivalente de la Seguridad Social?) en el uso de los tests psicológicos, de C. Piotrowski, R. Belter y J. Keller, y otro sobre el índice SCZI de Hilsenroth, Fowler y Padawer, el mejor trabajo que hasta ahora he visto acerca de este tema. Resumiéndolo muy brevemente, los autores no solo prueban la consistencia interna, validez y fiabilidad del índice en cuanto a su capacidad para diferenciar los sujetos con desórdenes psicóticos (PD de acuerdo con el DSM-IV) de otros trastornos y de no-pacientes, sino que además proponen denominarlo «Índice de psicosis» más que de esquizofrenia, dando especial peso a los puntos 4 y 5 (trastornos del pensamiento) en el diagnóstico de psicosis; asimismo enfatizan la utilidad del estudio cualitativo de los componentes del SCZI. Un trabajo riguroso y precioso.

*Psicodiagnosticar, VII, 1997*, contiene ocho artículos que van desde trabajos con el Rorschach (borderline, identificación, alexitimia y sobrepeso crónico, toxicómanos y no-pacientes) hasta un trabajo sobre MCMI-II y otros acerca de la validez predictiva del dibujo de la figura humana, el VADS -test desconocido para mí- y el Bender en relación con las calificaciones escolares; sólo el Bender (Koppitz) mostró niveles significativos de relación con estas calificaciones.

Vera Campo

## NOTAS Y NOTICIAS

El **ORT Institute** que dirige el Dr. Martin A. Shaw (333 East Shore Road, Suite 206, Manhasset, NY 1103) vende las «auténticas» láminas del TRO. Además anuncia para fin de año la publicación de su manual. Comparando estas láminas con las originales inglesas, las antiguas (piratas) de Paidós y las de NEFER (USA) que Paidós vende actualmente, son claramente las de este Instituto las que más se parecen a las originales. (Su precio es de 40 dolares más o menos, precio de promoción, creo).

Vera Campo

## ACTIVIDADES

En este apartado recogemos algunas de las actividades que se han realizado durante el año 1998 sobre diversos temas de interés en psicología clínica y sobre el Rorschach y otras Técnicas Projectivas. Evidentemente no nos hacemos eco de todas las realizadas y pedimos disculpas de antemano por el sesgo de esta comunicación ya que la mayoría de las actividades que recogemos han sido organizadas por la Sociedad Catalana. Aprovechamos la ocasión para solicitar vuestra ayuda para que, en vistas del próximo número, nos informéis de cualquier jornada, seminario, sesión clínica, tesis, etc. vinculada a nuestros intereses.

El 14 de febrero se realizó en la Universidad Ramón Llull, la **II Reunión Anual Abierta de la Sociedad Catalana**, con el siguiente tema de trabajo: *Las técnicas proyectivas en la evaluación del tratamiento del niño*. Mirian Botbol, Carmen Amorós y Vera Campo realizaron las exposiciones.

La Sociedad Francesa del Rorschach se reunió en Dijon el 16 y 17 de mayo para tratar el tema: *Crisis de la vida y reorganización psíquica*.

Del 23 al 26 de septiembre tuvo lugar en Santiago de Chile el X Congreso Latinoamericano del Rorschach y Otras Técnicas Projectivas con el tema: *El Psicodiagnóstico de Rorschach y las Técnicas proyectivas: Marcos teóricos y áreas de aplicación*. Más tarde en Rosario, Argentina, se realizó el Congreso de la ADEIP.

Durante los días 30, 31 de octubre y 1 de noviembre, se realizó en Madrid, el XIV Congreso de la Sociedad Española del Rorschach

y Métodos Proyectivos. Haciendo un breve balance podemos decir que la organización fue impecable, hubo suficiente tiempo para las discusiones y tuvimos una agradable cena de clausura en un entorno encantador. De la actividad científica destacaremos la presentación de trabajos interesantes y variados. Posiblemente fue el congreso con mayor afluencia de estudiantes.

Con fecha de 14 de noviembre se llevó a cabo la *I Jornada sobre adolescentes y agresividad en el sistema socioeducativo actual*. El acto se desarrolló en torno a tres ponencias. La primera a cargo del Dr. Luis Feduchi: *Adolescencia y agresividad*; la Sra. Rosa Sellarès desarrolló la segunda: *Los profesionales frente a los adolescentes turbulentos*, y la tercera corrió a cargo de la Sra. Nilda Vainstein: *Malestar y violencia en las instituciones*.

## SESIONES CLÍNICAS DE LOS MIÉRCOLES

En el curso del año 1998 se han realizado en la Sociedad Catalana las habituales Sesiones Clínicas del tercer miércoles de cada mes. En marzo, la sesión estuvo dirigida por Carmen Amorós y Mirian Botbol con el tema *El seguimiento de una adolescente adoptada a los 3 años*.

En la del mes de abril, nuestra compañera Teresa Pont convocó a un médico psiquiatra forense y a un jurista para abordar entre los tres el tema de la *Paidofilia*. En mayo se reflexionó sobre *Diagnóstico y Técnicas Proyectivas* a partir de las respuestas a una encuesta elaborada por la Sociedad sobre qué técnicas se utilizan, con qué finalidad y en qué ocasiones.

Para concluir, mencionaremos una iniciativa que ha promovido la Sociedad Catalana. Se gestó durante el año 98 y podemos confirmar que ya ha visto la luz. Se trata de un centro de diagnóstico y orientación de la infancia y adolescencia, que lleva el nombre de "Centro Alberto Campo", en evidente homenaje a la figura del Dr. A. Campo.

Núria Vazquez

## DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD

El **Directorio** ha sido considerado desde siempre una buena herramienta de contacto entre los miembros por lo que necesita revisiones para mantener su utilidad. La Junta de la Sociedad Estatal se ha propuesto ponerlo al día a lo largo del año 1999 para que figuren en él los miembros que han sido admitidos desde la confección del último Directorio, a la vez que los que ya figuran en él puedan hacer las modificaciones que consideren oportunas.

Los miembros recibirán una carta de la Junta con una hoja de recogida de datos que rogamos cumplimentar y remitir a la Secretaría de la Sociedad.

## PROMOCIÓN A MIEMBRO TITULAR

Aprovechando la puesta al día del **Directorio**, la Junta recuerda a los miembros ordinarios la posibilidad y oportunidad de pasar a titular cumpliendo los requisitos que fijan nuestros Estatutos en el artículo 8, apartado b: *Son miembros titulares los miembros ordinarios con 2 años de antigüedad que hayan ejercido una actividad profesional docente, investigadora o aplicada en el campo de los métodos proyectivos. Esta titularidad deberá ser reconocida, previa petición, por la mencionada comisión.*

Rosa M<sup>a</sup> Royo

## MISCELÁNEA

**VII JORNADAS DE PSICOANÁLISIS EN LA UNIVERSIDAD**  
**Universidad Autónoma de Barcelona (Bellaterra),**  
**20-21 de noviembre de 1998**

COMUNICACIÓN DIRIGIDA A LOS M. ILTRES. DECANOS y DECANAS, A LOS PROFESORES y ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE PSICOLOGÍA DE LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS y PRIVADAS DEL ESTADO ESPAÑOL, y A LA OPINIÓN PÚBLICA EN GENERAL



Reunidos en la Universidad Autónoma de Barcelona (Bellaterra) un conjunto de profesores universitarios, investigadores, profesionales y estudiantes, procedentes de varias universidades españolas y extranjeras, vinculados a materias relacionadas directa o indirectamente con el psicoanálisis, suscribimos la siguiente comunicación:

La ciencia actual diferencia con nitidez el marco teórico positivista y el marco teórico correspondiente a una visión global y compleja de la realidad.

El estudio de los seres vivos, incluidos los seres humanos, debe contemplar necesariamente las relaciones con el contexto en el que habitan.

Si entendemos la conducta humana como una expresión de la relación entre el nivel de organización alcanzado por el sujeto y el manejo que esta organización le permite de su realidad, opinamos que el marco positivista habitual es insuficiente para abordar el estudio de la conducta humana.

Desde este punto de vista, la visión global defendida siempre por los postulados psicoanalíticos es más ajustada al nuevo marco científico de postulados globales, como por ejemplo la teoría de los sistemas complejos. Conceptos psicoanalíticos fundamentales, como el procesamiento inconsciente o la estructura psíquica, no sólo no han perdido vigencia, sino que encuentran nueva fundamentación a la luz de las aportaciones recientes.

Consecuencia de todo ello y en respuesta a la llamada a la responsabilidad de nuestro colectivo por parte de las autoridades académicas que presidieron la Sesión Inaugural de las VII Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad:

Reclamamos como prioritario la introducción de esta perspectiva global en el estudio de la conducta humana, tanto de sus procesos básicos como de sus aplicaciones en Psicología Clínica y de la Salud, en Psicología Educativa, en Psicología Social y de las Organizaciones.

Este planteamiento exige la apertura a una perspectiva más compleja de la ciencia, más allá de la restrictiva propuesta reduccionista imperante en la actualidad. Por ello consideramos necesario que los nuevos planes de estudio de la licenciatura en psicología permitan al futuro profesional recibir desde sus inicios una formación básica en teoría, técnicas y aplicaciones del psicoanálisis.

Consecuentemente, pedimos que el curriculum de la licenciatura en psicología tenga –junto a otras aproximaciones y modelos científicos- materias específicas de contenido psicoanalítico. Concretamente: una materia obligatoria de **teoría psicoanalítica** o de **introducción al psicoanálisis** en el primer ciclo de estudios; una oferta de materias optativas en segundo ciclo (que podrían ser obligatorias para los que opten por el itinerario de Clínica) sobre **evaluación psicológica con técnicas proyectivas (psicodiagnóstico dinámico)** y sobre **psicoterapia psicoanalítica**, todo ello en sus distintos campos de aplicación.

Reclamamos una vinculación entre la docencia e investigación universitarias con la práctica profesional, que tenga en cuenta la amplia implantación del modelo psicoanalítico en la asistencia pública y privada. Si los nuevos planes de estudio no promueven esta vinculación deben calificarse de inadecuados para el acceso de los alumnos a sus futuros puestos de trabajo. Es impropio, en este sentido, que las facultades de psicología mantengan convenios de colaboración con centros clínicos y asistenciales de orientación psicoanalítica para la formación del estudiante (**practicum clínico**), si previamente el alumno no recibe en la universidad la formación adecuada para realizar este tipo de practicum.

Finalmente, la formación básica en psicoanálisis que reclamamos en el nivel de pre-grado universitario, debe completarse necesariamente en los estudios de post-grado, de tal manera que la universidad oferte a través de los masters, diplomaturas y programas de doctorado, aquellas titulaciones con enfoque psicoanalítico que respondan a las demandas reales de la sociedad.

En nombre del colectivo de profesores participantes en las VII Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad, firman la presente comunicación los profesores miembros del Comité Organizador:

**Dr. Jordi Bachs y Dra. Mercè Mitjavila**  
(Universidad Autónoma de Barcelona),  
**Dra. Blanca Anguera y Dra. Glòria Aguirre**  
(Universidad de Barcelona),  
**Dra. Dolors Hierro y Dra. Inès Tomàs**  
(Universidad Rovira i Virgili, Tarragona),  
**Dra. Marta Trepà**  
(Universidad de Lleida),

**Dr. Pere Notó**  
(Universitat Pompeu Fabra, Barcelona),  
**Dra. Eulàlia Arias**  
(Universidad Ramon Llull, Barcelona)  
**i Dr. Ferran Viñas**  
(Universidad de Girona).



## NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

1. Se aceptarán para ser publicados, previo informe favorable del Consejo de Redacción, los trabajos que se ajusten a los objetivos de la Sociedad, en especial los que versen sobre temas relativos a las técnicas proyectivas, tanto desde el punto de vista teórico, como metodológico y aplicado.

2. Los trabajos pueden ser resúmenes de investigaciones originales, temas teóricos, revisiones bibliográficas sobre un tema, estudio de casos clínicos, comunicaciones breves, crítica de libros y cartas al editor.

3. Los trabajos serán inéditos y no deben estar pendientes de valoración o publicación en otras revistas. Se enviará al editor un original y dos copias del trabajo, haciendo constar las señas personales del autor, dirección y teléfono, y a ser posible FAX y E-mail.

4. Los originales se presentaran escritos por una sola cara, numerados, a doble espacio, en papel DIN A-4, con márgenes de 2,5 cms. Su extensión no debe exceder las 25 páginas. El texto se presentará además en un disquete en formato PC, con el texto alineado a la izquierda, tratado con el programa Word para Windows, escrito correctamente, revisado y sin correcciones a mano.

5. En la primera página se harán constar exclusivamente los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos del autor o autores; centro donde se ha realizado; dirección completa del primer autor. En la segunda página figurará nuevamente el título del trabajo, el resumen del mismo en español y en inglés (de 100 a 150 palabras), seguido de las palabras clave / descriptores, también en ambas lenguas.

6. Las referencias bibliográficas se presentarán en hoja u hojas aparte, ajustándose a las normas de la APA, es decir, en caso de **libros**: primer apellido e inicial del nombre del autor (de los autores) en minúsculas; año de publicación entre paréntesis: título en letra cursiva; ciudad; editorial. Ejemplo: Avila, A. (1986). *Manual operativo para el Test de Apercepción Temática*. Madrid: Pirámide. En **revistas**: primer apellido e inicial del nombre del autor/es en minúsculas; año de publicación entre paréntesis: título del artículo en letra ordinaria; título y número de la revista en cursiva. Cuando proceda, volumen entre paréntesis; número de las páginas. Ejemplo: Ortiz, P. y Campo, V. (1993). The Present Status of the Rorschach Test in Spain. *Rorschachiana*, 18, 26-44.

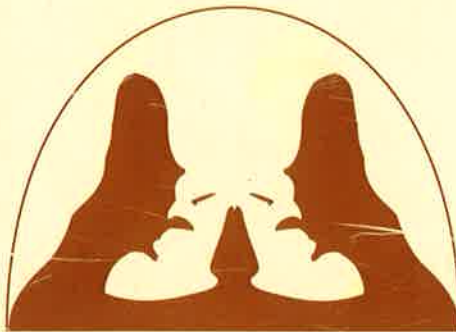
En el texto del trabajo la referencia bibliográfica contendrá solamente el nombre del autor, el año de publicación y, cuando proceda, la página de la citación.

7. La iconografía que acompañe el texto original (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la calidad suficiente para su reproducción directa y también se mandará en el disquete. Las tablas y figuras se presentarán en hojas aparte, numeradas correlativamente. Los pies explicativos deberán escribirse en hoja aparte, llevando la misma numeración que las tablas o figuras correspondientes. En el texto, el autor debe indicar el lugar aproximado donde deben figurar tablas, figuras o dibujos.

8. La Redacción de la Revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales.

8454124 Dr. Tolosa  
Casa

Precio de este número: 2.200 pesetas



S · E · R · Y · M · P