

2021 - Número 34

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL RORSCHACH Y MÉTODOS PROYECTIVOS

34



S • E • R • Y • M • P

SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL RORSCHACH Y MÉTODOS PROYECTIVOS (SERYMP)

Esta revista, que es la publicación oficial de la SERYMP, fue fundada por la **Dra. Vera Campo** en el año 1988.

Su objetivo principal 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).

La periodicidad de la Revista es anual y se distribuye gratuitamente entre los miembros de la SERYMP.

Editores:

Antonio Carlos Martín [acm@cop.es]

Mariana Togneri Pastor [mtp@cop.es]

Nuria Vázquez Orellana

Consultores:

Pere Barbosa Colomer

Ana Fernández Manchón García

Ana Tuset Bertrán

Cristina Fernández Belinchón

Yolanda González Rivero

Elisabeth Ballús Barnils

Pedro Pérez García

Concepción Sendín Bande

Belén Charro Baena

© S.E.R.Y.M.P.

www.roschach-spain.es

www.rorschach-spain.com

www.rorschach-spain.org

ISSN: 1130-4561

Depósito Legal: M-25565-2017

Impresión y maquetación: info@pardetres.net

Redacción: Correspondencia con los editores vía e-mail

Recepción de originales: En la forma que se indica en la contratapa

Revista
de la
**Sociedad Española del
Rorschach y Métodos Projectivos
(SERYMP)**

Números 34. Año 2021

Editado por
Antonio Carlos Martín
Mariana Togneri Pastor
Nuria Vázquez Orellana

ÍNDICE

Editorial.....	5
<i>Antonio Carlos Martín</i>	
Desde la SERYMP 2020.....	7
<i>Ana Fernández-Manchón</i>	
Desde la SCRIMP.....	9
<i>Yolanda González Rivero</i>	
Test de Rorschach: revisión diacrónica (I).....	11
<i>María Concepción Sendín</i>	
Las técnicas proyectivas como método de diagnóstico, evaluación e investigación (I) (Fundamentos y desarrollos).....	25
<i>Dra. Marina Bueno Belloch</i>	
Las técnicas proyectivas como método diagnóstico, evaluación e investigación (II) (Características, clasificación y garantías de calidad).....	39
<i>Dra. Marina Bueno Belloch</i>	
Alexitimia cruzando el puente entre la teoría, la investigación y la clínica (I).....	57
<i>Helena Ana Lunazzi</i>	
Cefalea. El dolor y sus efectos en el funcionamiento mental.....	75
<i>Alicia Delgado Campos</i>	
El Rorschach, complementado por gráficos, ayuda a precisar el diagnóstico de TDAH.....	91
<i>Francesc Rovira Toda</i>	
Test de Rorschach: revisión diacrónica (II).....	111
<i>María Concepción Sendín</i>	
Adaptación de la escala de Alexitimia y su contribución a la psicoterapia (II).....	123
<i>Helena Ana Lunazzi</i>	
TDAH versus depresión esencial a partir de técnicas proyectivas.....	133
<i>Alicia Delgado Campos</i>	
Obituario en recuerdo de Helena Ana Lunazzi (1940-2021).....	147
<i>Yolanda González y Silvio Sember</i>	
Reseña bibliográfica.....	153

EDITORIAL

ANTONIO CARLOS MARTÍN



Nuestra experiencia en los años que hemos tenido responsabilidades editoriales nos dice que, tras la publicación de los trabajos de un congreso —nacional o internacional—, como se hizo en los números anteriores (32-33), en el siguiente se respira en el entorno editorial de la Revista una sensación de *resaca*, incluso de escasez en las aportaciones de nuevos trabajos, probablemente justificado por el esfuerzo

colectivo realizado por autores, editores y consultores meses atrás. Y el cansancio que en diversas actividades de nuestra vida personal y profesional ha provocado la persistencia y las heridas de la pandemia COVID afectándonos a todos puede intensificar esta sensación.

Sin embargo, algo de *ave fénix* debe haber quedado registrado en el ADN de nuestros ancestros, que nos hace más resilientes.

Digo esto porque en el presente número irrumpen con fuerza un conjunto de trabajos importantes por su actualidad y porque se aprecia en ellos una perspectiva de futuro.

Por una parte, C. Sendín nos convoca a ordenar el pasado, reconocer el presente y reflexionar sobre el futuro del Test de Rorschach, partiendo de los orígenes y del análisis diacrónico de este preciado método diagnóstico.

La organización, origen y detallada conceptualización de las Técnicas Proyectivas (M. Bueno) nos ayudarán a centrar nuestros conocimientos e implementar su importancia y necesidad de investigar en unos momentos delicados para la transmisión docente, promulgación y utilización de las pruebas proyectivas (gráficas, perceptivas y de apercepción temática).

Y en un tercer grupo, los trabajos de investigación clínica que tienen por común denominador la enorme dificultad o imposibilidad para acceder a la elaboración mental de los conflictos y las emociones; me refiero al fenómeno social del TDAH y a la Clínica Psicosomática, para ambos casos en sus vertientes de detección diagnóstica y abordaje terapéutico (F. Rovira, H. Lunazzi, A. Delgado).

Me permito calificar como *prometedores* especialmente a este último grupo de trabajos, influido por la necesidad contrastada de que: a) se realicen

diagnósticos certeros sobre el TDAH y la psicopatología psicosomática, b) se arbitren vías de abordaje terapéutico acorde con las peculiaridades de estas alteraciones psico-fisiológicas, c) se emprendan investigaciones, que ayuden a mejor conocer el tipo de funcionamiento psíquico causante de este tipo de clínica.

Hasta hace muy pocos años la Psicopatología se ha bandeado entre el negacionismo clínico y la confusión con otras patologías, próximas o tangenciales en su sintomatología, pero muy diferentes en su origen, desarrollo y consecuencias iatrogénicas para el sujeto que las padece.

Por desgracia, en la actualidad se están generando en las sociedades occidentales las condiciones necesarias para que los trastornos psicosomáticos eclosionen con mayor frecuencia e intensidad, siendo varios los factores que desencadenan. La intervención de los Métodos Proyectivos en la detección de esta clínica está siendo y puede serlo aún más eficiente para la triple tarea que he enunciado.

Si hasta ahora en nuestra Revista se habían ido publicando esporádicamente trabajos relacionados con la investigación y clínica psicosomática, tanto el año pasado como este 2021 en un mayor porcentaje, estamos alcanzado el nivel que exige la actual demanda en la salud mental de nuestra sociedad.

Debemos congratularnos por ello y continuar produciendo en esta línea.

DESDE LA SERYMP 2021



Había grandes expectativas puestas en este 2021, entre ellas que recuperaríamos la normalidad. La realidad que se ha impuesto no es tan amable y continuamos con restricciones sociales que amenazan con instalarse definitivamente. En contra de lo esperado, esto no ha mermado la actividad de nuestra Sociedad y han proliferado las reuniones, encuentros y proyectos. Prueba de ello es la Revista que tienes en tus manos, producto de la creatividad de los autores y de la

pasión, tenacidad y trabajo editorial.

A falta de encuentros presenciales, que van menudeándose en los últimos meses, las reuniones virtuales han ido ocupando un espacio cada vez mayor generando un vínculo fluido entre socios procedentes de distintos puntos de nuestra geografía. Así, los Grupos de Trabajo asociados a los Colegios Oficiales de la Psicología de Madrid y Cataluña han continuado sus actividades de profundización en las técnicas proyectivas, realizando seminarios y ofreciendo formación a otros colegiados. Continúa adelante el Proyecto Olga, con el objetivo de realizar la baremación del Rorschach en población española no clínica. Actualmente se encuentra en fase de recogida de protocolos y en él participan psicólogos procedentes de distintas comunidades autónomas.

A nivel internacional, nos dejó Helena Lunazzi poco después de enviarnos su último trabajo. Queda publicado en estas páginas como testimonio de sus aportaciones a nuestra Revista, junto al obituario que le dedicamos por su estrecho vínculo con muchos de nosotros.

No obstante, tenemos los ojos puestos en el próximo congreso de Ginebra donde celebraremos el centenario de la publicación del Rorschach. La organización ha promovido una mayor implicación de las sociedades miembro, con varias reuniones para mejorar la calidad y difusión del evento. Por primera vez, se podrá asistir virtualmente al mismo, lo que facilitará el acceso a muchos socios de países afectados por la restricciones sanitarias o económicas.

En el momento de escribir estas líneas se han realizado ya dos interesantes webinarios internacionales con traducción simultánea al castellano, en un avance preliminar del Congreso. Nos enorgullece haber contribuido económicamente en esta iniciativa del nuevo presidente de la IRS, Fernando Silberstein,

pues ha permitido la participación de miembros que no conocen otra lengua que la materna.

En presencia o a distancia, nos encontraremos en Ginebra celebrando el centenario con encuentros, investigaciones, hallazgos y dudas compartidas. Allí te esperamos.

Ana Fernández Manchón
Presidente de la SERYMP

DESDE LA SCRIMP



Este año 2021 la SCRIMP ha continuado con sus actividades docentes, formando a una nueva promoción de rorschachistas mediante nuestros cursos de nivel I (Codificación) y II (Interpretación) y profundizando en la psicopatología en el nivel III (Integración Diagnóstica).

De gran éxito son también las propuestas docentes de Pere Barbosa sobre la utilización del WISC-IV y del WISC-V en la integración diagnóstica. Este docente ofrece también cursos sobre diversas técnicas proyectivas.

Asimismo, en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, y desde nuestro grupo de trabajo sobre Técnicas Proyectivas, realizamos este año diversas propuestas docentes abiertas a todos los colegiados.

Destacaríamos especialmente la contribución de Pere Barbosa quien realizó dos sesiones dedicadas al dibujo del animal contando con una numerosa participación de colegiados interesados en esta temática.

Nuestra actividad científica se ha centrado en diversas colaboraciones interdisciplinarias vinculadas a nuestra área de diagnóstico, como la contribución a un artículo sobre la utilización del dibujo en la intervención pre quirúrgica en niños durante la pandemia.

Por otra parte, hemos seguido con nuestra actividad societaria mediante las reuniones de Junta y las asambleas ordinarias con nuestros socios.

Empezaremos con mucha ilusión este próximo año 2022 para continuar con todos nuestros proyectos.

Yolanda González Rivero
Presidente de la SCRIMP

TEST DE RORSCHACH: REVISIÓN DIACRÓNICA (I)**



María
Concepción
Sendín

Resumen

Este trabajo se presentará en dos partes (I y II). En la primera se ofrecen datos sobre historia de la prueba, orígenes y evolución hasta la actualidad, junto a un esquema biográfico del autor. El Test de Rorschach es un instrumento de medida de personalidad muy longevo y el que ha logrado el uso más extenso e ininterrumpido entre todos los existentes. Los objetivos de esta Primera Parte son: compartir información sobre los inicios del test y las bases teóricas de las que partió su creador y aclarar malentendidos pues, precisamente por su larga vida, la prueba de Rorschach recogió influencias de muy diversos paradigmas teóricos que pueden resultar confusas, sobre todo para los colegas más jóvenes.

Palabra Clave: Test de Rorschach

Key Word: Rorschach Test

RORSCHACH: DIACHRONIC REVIEW

Abstract

This work will be presented in two parts (I and II). In this first one, are exposed data on the history of the Rorschach test, its origins and evolution to the present with a biographical scheme of the author. It is an instrument for measuring the personality very long-lived and the one that has achieved a more extensive and uninterrupted use of all existing ones. The objectives of this First Part are to share information about the beginnings of the test, the theoretical bases from which its creator started and to clarify certain misunderstandings since, precisely because of its long life, this test collected influences from different theoretical paradigms and these can still be confusing especially for younger colleagues.

* Dra. en Psicología. Instituto Psiquiátrico José Germain. Universidad Complutense. Rorschach Research Foundation. e-mail: csendin@yahoo.es

** Parte de este artículo se presentó en la Conferencia Inaugural del XIX Congreso de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos. Madrid, octubre de 2019.

Inicios del Test: Contexto Histórico, Autor, Orígenes y Evolución

1. Contexto Histórico

La prueba de Rorschach es uno de los instrumentos de medida psicológica más longevos, en Octubre de 2021 se cumple un siglo desde su publicación y es el test de personalidad que ha logrado el uso más extenso e ininterrumpido. Sobrevivió a grandes cambios históricos y sociales, incluida la Segunda Guerra Mundial y a varias crisis graves. También sufrió fuertes altibajos de prestigio, que en gran parte fueron paralelos a los vaivenes teóricos de la Psicología Clínica. Muy esquemáticamente, los principales paradigmas de referencia desde principios del Siglo XX hasta nuestros días, con influencia en el campo del Diagnóstico, fueron los siguientes:

— A inicios del siglo XX, la *Teoría de la Gestalt* y la *Fenomenología*, mantenían posiciones relevantes y, cuando H. Rorschach publicó la Monografía sobre su prueba (1921), el *Psicoanálisis* estaba ya en plena expansión.

— Casi dos décadas más tarde, en 1939, L. Frank presentó su conocida *Hipótesis Proyectiva*, que dio lugar al movimiento del *Humanismo Psicoanalítico* y al nacimiento de la llamada *Psicología Proyectiva*. Desde este enfoque se crearon muchas otras pruebas de personalidad.

— Algo más tarde apareció otra corriente teórica desde una perspectiva distinta: el *Positivismo* de Eysenck. A éste le siguieron varios enfoques, unos que cuestionaban frontalmente el *Psicoanálisis* y otros que representaron su evolución. Algunos de ellos siguen vigentes en la actualidad: *Teoría del Aprendizaje*, de la que derivaron *Conductismo* y *Cognitivismo*; *Neuropsicología*; *Teoría de la Comunicación*; *Teoría General de los Sistemas* y, entre las evoluciones del *Psicoanálisis*, destaca la *Teoría del Apego*. Casi todos ellos generaron también nuevos desarrollos terapéuticos.

Según ocupara el lugar preeminente en el panorama científico una u otra teoría, la prueba de Rorschach era más o menos valorada. Estas oscilaciones de prestigio fueron una constante en su historia y siempre se lograron superar con esfuerzos de investigación.

Aparte de las referencias teóricas, al inicio del Siglo XX estaba muy extendida en Centroeuropa la afición por el juego del *Blotto* o *Klecksografie*, consistente en que en las reuniones sociales se creaban manchas con tintas de colores en un papel y cada uno interpretaba las figuras resultantes. Algunos autores lo señalan como un antecedente de la prueba de Rorschach, pero no está claro que su influencia haya sido decisiva.

En esta época Zurich (Suiza) era un importante centro intelectual. En la Clínica Burghölzli trabajaban, entre otras figuras prestigiosas, E. Bleuler, el psiquiatra que acuñó la palabra *esquizofrenia* y C. Jung, uno de los primeros discípulos de S. Freud. Aunque la teoría de la Gestalt y la Fenomenología eran los enfoques más utilizados, el Psicoanálisis se iba extendiendo por Europa, generando gran interés e intensos debates, sobre todo entre los profesionales más jóvenes.

2. *El Autor: Breve apunte biográfico*

Hermann Rorschach nació en Zurich, en 1884. Cuando tenía dos años, la familia se trasladó a Schaffhausen, pequeña ciudad del norte del país, donde pasó su infancia y adolescencia. A sus 12 años murió la madre, él era el mayor de tres hermanos, pero luego su padre se volvió a casar y tuvo otra hija más. El padre era Profesor de Dibujo y jugaba con los hijos a hacer viñetas e ilustraciones; a menudo salían de excursión para dibujar al aire libre, porque Schaffhausen está situada en una zona de grandes bosques con bonitos paisajes, cerca del nacimiento del Rin. El padre murió cuando Hermann tenía 18 años.

H. Rorschach fue un alumno brillante y muy aficionado a la pintura. En su adolescencia existía ya la tradición de pertenecer a una asociación estudiantil, en la que cada miembro se bautizaba con un apodo que destacaba alguno de sus rasgos. Curiosamente, el de Hermann fue *Klex* (en alemán: *Mancha de Tinta*), porque siempre estaba dibujando y usando pinturas. A la hora de elegir su carrera, él dudó mucho entre Bellas Artes y Medicina, decidiéndose finalmente por ésta, pero sin abandonar la actividad artística, que mantuvo como afición preferida. Estudió Medicina en la Universidad de Zurich, una de las más prestigiosas de su tiempo, pasando temporadas en Neuchâtel, Basilea, Berna y Berlín, para completar su formación. Se graduó en 1910 y se especializó en Psiquiatría.

Como se dijo, Zurich poseía entonces un gran dinamismo cultural y, entre otros, había allí un grupo psicoanalítico muy activo que organizaba debates, conferencias y publicaciones. Rorschach asistía a muchas de sus reuniones y colaboraba con ellos en algunos trabajos. Siempre mostró intereses muy variados y un gran entusiasmo en todo lo que hacía. Ejemplos de estas actitudes son sus estudios sobre Neurología, Sectas religiosas suizas e Historia, así como su entrada en contacto con la cultura rusa a través de un compañero; quedando tan fascinado que estudió ruso, visitó Rusia y se casó con Olga Shtempelín, una colega de origen ruso, el mismo año de su graduación en Medicina.

Rorschach tenía mucha relación con el grupo psicoanalítico de Zurich y era amigo personal de algunos de sus miembros, pero en contra de lo que posteriormente se difundió, él nunca fue psicoanalista. En una disertación impartida por su viuda en la 99ª Conferencia de la Sociedad de Psiquiatría Suiza, en Münsterlingen, titulada: *Hermann Rorschach: Vida y personalidad*, ella aporta datos directos de su trayectoria vital y señala que *él era crítico con varios postulados del Psicoanálisis y nunca quiso someterse a un proceso de análisis personal, aunque tenía muy buenos amigos en ese grupo que le insistían en que lo hiciera* (Amaro, T., Hisatugo, C., 2019. Pg. 44). Sus bases teóricas descansaron en la teoría de la Gestalt, de ahí su inclinación hacia el estudio de la Percepción.

3. Orígenes de la prueba

En 1911, Rorschach inició sus estudios con manchas creadas por él, con dos objetivos:

- Estudiar las diferencias perceptivas entre sujetos.
- Poder establecer contacto con pacientes que presentaban problemas de comunicación verbal.

Antes de que él lo hiciera, hubo varios intentos de usar un mismo conjunto de manchas para valorar distintas dimensiones psíquicas. Estudiosos como A. Binet, (1895), creador de la primera prueba sistematizada para medir la inteligencia y Rybakow (1910) o Whipple (1910), utilizaron manchas de tinta como estímulos para evaluar la imaginación, la creatividad y otros aspectos del funcionamiento mental, pero Rorschach partió de un punto de vista muy diferente a todos los demás y centró su investigación en la posibilidad de poder acceder a distintos estilos individuales de aproximación a problemas reales, a través del examen detallado de las estrategias perceptivas que cada individuo empleaba en la creación de sus respuestas. Es decir, lo que diferenció su trabajo fue su intuición sobre el potencial de los estímulos ambiguos para medir procesos perceptual-cognitivos básicos y, mediante ellos, dimensiones de personalidad. Ésta fue su gran aportación. Su originalidad no estuvo en el uso de manchas, sino en su enfoque para codificar cuidadosamente las respuestas a las mismas y poder traducir a funciones psíquicas el material creado por los sujetos, basándose en la captación de las distintas modalidades en la percepción de unos estímulos idénticos para todos. En palabras de Piotrowski (1957, pg. 76): *La genialidad de Rorschach consistió en descubrir que se podían deducir los rasgos esenciales de una persona a través del estudio de sus peculiaridades perceptivas.*

El mismo año que H. Rorschach inició las investigaciones sobre su test, apareció el trabajo de E. Bleuler: *Demencia precoz y el grupo de las esquizofrenias*, (Citado por Bash, 1967) que constituyó una pieza fundamental para la creación de nuevos conceptos sobre los trastornos del espectro psicótico y donde se usó por primera vez el término *esquizofrenia*. Las ideas de Bleuler generaron gran interés y plantearon la cuestión del diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y otras enfermedades mentales, sobre todo las de origen orgánico. Un tiempo después de esta publicación y con el ánimo de aplicar los datos recopilados hasta entonces al logro de este objetivo, H. Rorschach escribió un artículo que resumía sus resultados acerca de que *los sujetos diagnosticados como esquizofrénicos respondían a su serie de manchas de manera muy diferente a como lo hacían los demás*. Se trataba de un hallazgo importante, pero ese trabajo no atrajo ninguna atención y, aunque no se sabe con seguridad, sus biógrafos creen que esto pudo influir en su decisión de dedicarse a otros temas. Su interés por la prueba decayó durante un tiempo, en el que se ocupó de asuntos variados y de elaborar su Tesis Doctoral: *Alucinaciones reflejas y otras manifestaciones análogas*, dirigida por E. Bleuler.

Trabajó como Médico Asistente en los Hospitales Psiquiátricos de Münsterlingen y Münsingen. En el otoño de 1913 se fue a Rusia con su mujer para establecerse allí, aceptando un cargo en un sanatorio privado de Moscú; pero en la primavera de 1914 regresó a Suiza, en palabras de su esposa, *atraído por su nostalgia del trabajo duro*, pues le habían ofrecido un puesto como psiquiatra en la Clínica del Asilo de Waldau. Ella, también médico, tuvo que quedarse en Moscú para terminar unos trabajos con la idea de reunirse pronto con él, pero su regreso se retrasó más de lo esperado al estallar la Primera Guerra Mundial en el verano de 1914, pudiendo al fin volver a Suiza en la primavera de 1915. Rorschach pasó luego al Hospital de Herisau, donde se instalaron definitivamente.

Hacia 1917, retomó sus estudios con las manchas de tinta y se dedicó a elaborar nuevas Láminas para su prueba, de las que llegó a crear treinta. Fue seleccionando las que mostraban mayor poder discriminativo, dejando al fin una serie de quince, con la que trabajó habitualmente. A partir de los resultados obtenidos, publicó varios estudios sobre diferencias perceptivas entre pacientes con distintas patologías, que tampoco tuvieron mucho eco. A pesar de ello y animado por sus amigos, escribió una Monografía (*Psychodiagnostyk*, 1921) con los datos que había ido acumulando en sus investigaciones con las manchas, a la que tituló: *Psicodiagnóstico*, añadiendo como subtítulo: *Método y resultados de un experimento para el diagnóstico de la Percepción: Interpretación de Formas Aleatorias*. Tras

muchos esfuerzos, consiguió que un editor aceptara publicarla, pero éste le exigió restringir el número de Láminas a sólo diez y Rorschach seleccionó la serie que todos conocemos y que se ha usado desde su aparición, en octubre de 1921, hasta hoy.

Desgraciadamente, en abril de 1922, apenas seis meses después de esta publicación, H. Rorschach falleció en pocos días a causa de una peritonitis, con sólo 37 años.

La concepción de la prueba, las exploraciones preliminares y los trabajos fundamentales sobre la misma coincidieron temporalmente con dos corrientes teóricas diferentes. Por una parte, con las principales investigaciones experimentalmente controladas sobre la Percepción, cuyos autores fueron englobados bajo el nombre genérico de *teóricos de la Gestalt* y, por otra, con la expansión del Psicoanálisis por Centroeuropa. Posiblemente por estas coincidencias, Rorschach trató de enfatizar las características que diferenciaban su propio planteamiento y señaló textualmente en su libro que *éste era el resultado de un trabajo eminentemente experimental y que sus conclusiones tenían un carácter empírico y no debían ser consideradas como inferencias teóricas* (*Psychodiagnostyk*, 1921, pg. 114). Aunque él tenía un campo de intereses muy amplio y contaba con un talento especial para integrar distintas perspectivas teóricas, consiguió elaborar una conceptualización diferente para dotar de sentido a sus personalísimos estudios sobre las manchas de tinta, ya que, si nos atenemos a sus propias palabras: declara que *su prueba es un instrumento basado en la Percepción*; la denomina como: *Test de interpretación de formas aleatorias* y repite que lo que allí se expone son sólo descubrimientos preliminares, insistiendo en la necesidad de *recopilar muchos más datos y de realizar investigaciones experimentales ulteriores*. Incluso escribe que *los fundamentos teóricos de este experimento son aún, en su mayor parte, harto imperfectos*. En palabras de su viuda, para él su libro era sólo un comienzo, algo *in statu nascendi* que debía continuar investigándose. (Amaro e Isatugo, 2019, pg. 45)

A pesar de estas directrices, marcadas por alguien tan autorizado como el creador del test, su muerte, casi inmediata la publicación del libro, afectó significativamente a la posterior trayectoria de la prueba. La ausencia de H. Rorschach impidió que él pudiera aportar explicaciones detalladas sobre algunas facetas esenciales de los datos acumulados durante sus años de estudio; del mismo modo obstaculizó la línea de trabajo expuesta en su libro y retrasó varias décadas la puesta en práctica de sus recomendaciones.

Como muestra de aspectos que quedaron sin aclarar y fueron origen de importantes malentendidos, se pueden citar:

— Los detalles sobre la creación de las Láminas: la ausencia de explicaciones en la Monografía acerca de este proceso propició que se extendiera la creencia errónea de que las manchas eran casuales (tinta arrojada sobre un papel posteriormente doblado, como en el juego del *Blotto*) y durante décadas se creyó que se trataba de formas simples obtenidas al azar.

— Las ideas que Rorschach expuso en su trabajo, como la de *apercepción* y su interés por distintos aspectos de los procesos perceptivos, sin aclarar sus características diferenciales, que alentaron la tendencia posterior a confundir los conceptos de *percepción*, *apercepción* y *proyección*.

Así pues, la prematura desaparición del autor generó bastantes dificultades para la evolución del test: creencias erróneas, desacuerdos, polémicas, fragmentación en múltiples enfoques, confusiones, etc. Éstas y otras condiciones coincidentes favorecieron la introducción de sesgos y distorsiones, sobre todo cuando, más de dos décadas después de la aparición de la Monografía, la corriente de la *Psicología Proyectiva* ocupó un lugar hegemónico en el campo del Diagnóstico Psicológico y se etiquetó al Rorschach como *prueba proyectiva*, poniendo un énfasis casi exclusivo en el análisis del *Contenido*.

Por fortuna para todos, H. Rorschach tuvo dos hijos: Elizabeth y Wadim, que apenas tenían 7 y 5 años en el momento de su muerte y que conservaron durante toda su vida una gran cantidad de material de su padre: objetos personales, dibujos, manualidades, abundante correspondencia con colegas, protocolos de sus pacientes, notas, comentarios, el manuscrito original de la Monografía y un gran número de los bocetos realizados para la creación de las Láminas. Tras un prolongado diálogo con ellos, encabezado por J. Exner y J. Hogrefe, ambos decidieron donar toda esa documentación en el año 2001 a la *Sociedad Internacional de Rorschach* para depositarla en el *Museo y Archivos Rorschach* que se consiguió crear en Berna. El *Museo* está ahora cerrado por un incendio que hizo inviable temporalmente la exposición pero que, por suerte, no afectó a este legado.

Por tanto, fue hace sólo 20 años y gracias a este significativo material de primera mano, cuando se pudieron estudiar aspectos desconocidos sobre los inicios y bases de la prueba, aclarándose muchos errores y malentendidos. El análisis detallado de estas fuentes permitió conocer varios hechos importantes, como los siguientes:

3.1. La Monografía

El escrito original (*Psychodiagnostik*, 1921) era bastante más extenso que lo publicado y H. Rorschach, igual que con el número de Láminas, se había visto

obligado a suprimir partes importantes a demanda del Editor. Al poder leerlo completo, se entendieron mejor sus bases teóricas y el enfoque que él quería dar a su test. Resultó evidente que conocía a fondo la literatura sobre Percepción y, según sus propios comentarios, se había basado en las investigaciones de la Gestalt, sobre todo de Wertheimer, para la concepción de la prueba y la elaboración de series de códigos a fin de clasificar los aspectos de las respuestas que él consideraba esenciales.

3.2. *Las Láminas*

Además de disminuir en número, tuvieron que sufrir una reducción de casi un 25% con respecto a su tamaño inicial, porque aparte de suponer un coste muy elevado, aparecían unos efectos de colorido y contrastes al intentar reproducirlas, que alteraban seriamente los estímulos originales y se optó por hacerlas más pequeñas. Este tema preocupó mucho a Rorschach, pero no tenía otra alternativa y, por otro lado, obviamente él esperaba poder seguir investigando con ellas y decidió modificar también el orden de presentación que había usado con su serie de 15 Láminas: así, la que ahora conocemos como V, era antes la III, la actual VIII era la VI y la actual VI era la VII. También se descubrió que cada Lámina había sido cuidadosamente elaborada por el autor, para conseguir las máximas propiedades estimulares y provocar una mayor variedad de respuestas. Es decir, al contrario de lo que se había creído durante casi ocho décadas, las Láminas no tenían nada que ver con una *mancha de tinta obtenida al azar*. Cada una de ellas había sido creada mediante un trabajo minucioso y tras sucesivos bocetos previos, para poder generar mayor diversidad posible de perceptos.

3.3. *La Correspondencia*

Asimismo, del análisis de la correspondencia de H. Rorschach con colegas y amigos, se supo que en 1919 él ya tenía abundantes evidencias empíricas de que su prueba ofrecía una clara utilidad para detectar a pacientes esquizofrénicos y había descubierto que el aumento en un mismo protocolo de ciertos elementos de las respuestas, como *Movimiento* o *Color*, se relacionaba con distintas características psicológicas y conductuales. Es decir, el autor había acumulado suficientes datos para comprobar que el test diferenciaba con bastante seguridad ciertos rasgos, estilos o hábitos de la personalidad individual. También se conoció que varios colegas, como el propio E. Bleuler, le mostraron

abiertamente su entusiasmo por el potencial que parecía contener su prueba, no sólo para el diagnóstico diferencial (esquizofrenia/no-esquizofrenia) sino también para describir características individuales a partir del análisis de las singularidades perceptivas de cada persona. Ellos le animaron a publicar sus trabajos, lo que pudo lograr más tarde con la aparición de la Monografía. Sus reacciones a los comentarios recibidos tras la publicación de ésta, también aparecían en esa correspondencia: H. Rorschach se mostraba bastante desanimado por la fría acogida inicial que tuvo su obra, que al parecer despertó mucho interés en los colegas cercanos e indiferencia total en los círculos académicos. De la primera edición, con una tirada de 1.500 ejemplares, sólo se vendieron 119 durante el primer año, aunque en los años siguientes se extendió rápidamente. Por desgracia, el autor no logró ver el éxito de su trabajo y quizá no pudo ni llegar a imaginar el futuro de su test.

Del estudio de la valiosa documentación donada por Elizabeth y Wadim Rorschach, se obtuvo la evidencia de que el objetivo prioritario del creador del test era la captación de las modalidades perceptivas individuales que posibilitaran la inferencia de *diferencias significativas en la manera de enfocar, rastrear, clasificar, analizar, seleccionar y dotar de sentido a los elementos del campo estímular*. En resumen, gracias a esos manuscritos, se pudieron comprender y situar en su justo término muchos conceptos, distorsiones y errores que la inesperada muerte del autor había dejado insuficientemente explicados.

4. Evolución de la Prueba

El test no hubiera llegado hasta nosotros sin los amigos más cercanos de H. Rorschach, sobre todo Morgenthaler y Oberhölzer, que continuaron enseñándolo en Suiza. Desde allí se extendió por Europa y llegó a Estados Unidos con los que luego fueron grandes maestros: Samuel Beck y Walter Klopfer, que siguieron caminos inversos. El primero viajó de Estados Unidos a Suiza con una beca, estudió la prueba de Rorschach y la llevó de regreso a su país; el segundo, judío nacido en Alemania, trabajaba desde hacía tiempo con el test y llegó a Suiza huyendo del nazismo, se fue a Estados Unidos y siguió enseñándolo allí. Ambos fueron grandes sistematizadores y contribuyeron a su difusión.

Aquellos amigos más próximos a Rorschach mantuvieron vivo el instrumento, pero un dato importante a destacar es el hecho de que ellos eran psicoanalistas entusiastas, sobre todo Oberhölzer, e incorporaron conceptos que, por los manuscritos de su autor, se comprobó más tarde que no eran los suyos originales.

Por esta influencia, el test quedó adscrito al Psicoanálisis durante décadas. Esto tuvo la ventaja de que se mantuvo y expandió según lo hacía la teoría psicoanalítica, pero también el inconveniente de que se olvidaron las recomendaciones del autor, descuidándose los aspectos psicométricos y la necesidad de trabajar experimentalmente. En lugar de ello, se dio prioridad casi exclusiva al análisis del Contenido y durante mucho tiempo se utilizó sin criterios definidos de codificación e interpretación, lo que fomentó un abuso de la subjetividad con errores acumulativos que acabaron causando una gran merma de credibilidad en la propia prueba.

A inicios de los años 70 del pasado siglo, el test se usaba mucho en clínica, pero estaba totalmente descalificado en el ámbito académico y para investigación, porque habían proliferado numerosos sistemas, con escasos puntos comunes e insuficiente validación. Entonces se usaban los métodos de: Beck, Klopfer, Bohm, Rapaport, Piotrowski, Hertz, las llamadas Escuela Francesa, Escuela Argentina, Escuela Suiza, etc., cada una de éstas casi con tantas variaciones como autores formaban parte de ellas. Se podría decir que había casi tantos test de Rorschach como rorschachistas, porque la subjetividad en su manejo era prácticamente ilimitada. Por citar sólo algunos de los errores históricos más extendidos y sus consecuencias, cabe señalar los siguientes:

- Criterios imprecisos para administrar, codificar e interpretar la prueba
- Imposibilidad para definir sus bases psicométricas y usar cálculos estadísticos.
- Realización de saltos inferenciales injustificados → Especulación gratuita.
- Conversión prematura de hipótesis en conclusiones, sin contrastes suficientes con los datos → Merma del nivel de certidumbre de lo concluido.
- Reducción de las conclusiones a sólo una parte de los datos disponibles → Sesgos por pérdida de información.

Por todo ello, en aquel momento era muy comprensible el rechazo académico al test, ya que resultaba casi imposible homogeneizar criterios, comparar datos, lograr acuerdos interpuntadores, usar análisis estadísticos y comprobar la validez de las conclusiones.

En esta situación bastante caótica, apareció el primer trabajo de J. Exner con un análisis de los cinco sistemas más usados entonces, que fue el esbozo inicial del Sistema Comprensivo (SC) (Exner, 1969). Retomando las ideas originales de Rorschach expuestas en su Monografía, Exner buscó los elementos comunes entre esos sistemas, definió y unificó las normas de administración y corrección. Como sucede con cualquier otro test, es preciso disponer de criterios

estandarizados para administrarlo y corregirlo, de datos normativos y de estudios de fiabilidad y validez, que le otorguen suficiente solidez psicométrica. Hoy sería inaceptable la aplicación y corrección de, por ejemplo, la *Escala de Inteligencia de Weschler*, según el libre albedrío de cada examinador, sin estudios sobre la estabilidad y validez de sus elementos ni datos normativos con que comparar la ejecución de cada sujeto. Sin embargo, estos errores de bulto fueron la forma de trabajo generalizada con el test de Rorschach durante décadas y todo ello con sorprendente despreocupación y ausencia de autocrítica por parte de sus usuarios.

Exner evaluó cada variable de los sistemas elegidos, la sometió a series experimentales para poder contrastar su fiabilidad y validez y fue desarrollando un enfoque que trataba de ser una síntesis de los elementos válidos de los enfoques más usados en esa época, de ahí su nombre: Sistema Comprensivo. Seleccionó las variables que se mostraban válidas y por ello podían ser incluidas en el SC y a continuación definió las bases psicométricas del test, elaborando los datos normativos y especificando criterios para su administración, codificación e interpretación. Publicó sus primeras conclusiones, ya sobre el SC propiamente dicho (Exner, 1974) y, cuando estos aspectos cuantitativos se consolidaron, se fueron produciendo saltos conceptuales integradores a través de los cuales el trabajo estadístico-experimental y la información cualitativa pasaron a considerarse complementarios y no contradictorios, como había ocurrido hasta entonces. (Exner, 1994, 2003).

Otro aspecto curioso en la historia de esta prueba, quizá por las peculiaridades que la distinguen de cualquier otra, es el hecho de que fue el centro de grandes controversias, soportó duras críticas, incluso vaticinando su desaparición inminente y, a pesar de las mejoras metodológicas logradas, en el ámbito académico no ha cesado su rechazo y es posible que en esta censura persistente influyeran dos elementos importantes:

- La imagen continuada de excesos subjetivos y falta de rigor metodológico que habían ofrecido los propios rorschachistas.

- La mayoritaria carencia de experiencia clínica del profesorado universitario, con los consiguientes prejuicios y limitaciones, que dificultan la aceptación de una prueba que no es meramente estadística, sino también integradora de elementos cualitativos.

Siguiendo la evolución de estas controversias, a lo largo del tiempo este test se consideró alternativamente como: el *rey de los test de personalidad*; un *galimatías no científico* o una *valiosa herramienta diagnóstica*.

Además de todo lo señalado y por si fueran poco los duros ataques externos, los propios rorschachistas se enfrentaron frecuente y agriamente entre ellos por la supremacía de uno u otro sistema, intentando autonombrarse *los mejores*. Actuaron de manera bastante mezquina e irresponsable, denigrando el trabajo de los demás e incluso, algunos de ellos, no tuvieron escrúpulos en tratar de descalificar profesional y personalmente a quiénes no compartían su propia perspectiva. Estas actitudes constituyeron un espectáculo tan lamentable, que debe recordarse siempre para intentar no volver a repetirlo.

Conclusión

A pesar de todas estas dificultades, la prueba de Rorschach nunca dejó de utilizarse en el contexto clínico y, tras un lento trabajo colectivo de reflexión y estudio, se logró una mejora muy significativa en su solidez metodológica y se pudo dar respuesta a la mayoría de las críticas razonables. Por increíble que parezca, el test sobrevive con una salud aceptable, especialmente si se considera su accidentada trayectoria y sus 100 años de vida.

Referencias Bibliográficas

- Amaro, T.; Hisatugo, C. (2019) *Rorschach, O método: passado, presente e futuro*. Hogrefe: São Paulo.
- Bash, K (1967) *Obras menores e inéditas de Hermann Rorschach. Biografía, personalidad e ideario*. Madrid: Morata.
- Exner, J. (1969) *The Rorschach Systems*. New York: Wiley.
- Exner, J. (1974) *El Sistema Comprensivo de Rorschach*. Madrid: Pablo del Rio.
- Exner, J. (1986) *The Rorschach: A Comprehensive System*. Basic Foundations. New York: Wiley.
- Exner, J. (1994) *El Rorschach: Un Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. (2003) *The Rorschach: A Comprehensive System. Basic Foundations and Principles of Interpretation* (Fourth Edition). New Jersey: Wiley & Sons.
- Frank J. (1939) Projective Methods for the study of personality. *Journal of Psychology*. 8, 389-413.
- Klopfer, B. (1972). *La técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Buenos Aires: Paidós.
- Piotrowski, Z. (1957) *Perceptanalysis: A fundamentally reworked, expanded and systematized Rorschach method*. New York: Mcmillan.
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. Berna: Bircher. (Primera Edición en español: *Psicodiagnóstico. Método y resultados de un experimento para el diagnóstico de la Percepción: Interpretación de Formas Aleatorias*. 1948. Buenos Aires: Paidós).
- Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation of Rorschach Testing*. New York: Grune and Stratton.
- Whipple, G. (1910) *Manual of mental and physical tests*. Baltimore: Warwick & York.
- Rybakow, T. (1910) *Atlas of Experimental Research in Personality*. Moskow: Moskow University.

LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN (I)

(Fundamentos y desarrollos)



Marina Bueno

Resumen

En este trabajo se analiza la doble vertiente del concepto Proyección, como Mecanismo de defensa y Apercepción. Se expone la contribución de diferentes modelos teóricos al desarrollo y análisis de las Técnicas Projectivas (psicoanálisis, Gestalt, sistémico, cognitivo, etc.), así como las definiciones de TP según sus principales investigadores. Se expone la Historia y cronología del desarrollo de las TP. El objetivo perseguido es contribuir al estudio e investigación con las TP, para dotar a estos instrumentos de la validez y las propiedades necesarias para ser aceptadas por la comunidad científica, destacando los estudios rigurosos que las avalan.

Palabras clave: *Técnicas Projectivas, Proyección, Psicodiagnóstico, Evaluación Psicológica.*

Key words: *Projective Techniques, Projection, Psychodiagnostics, Psychological evaluation*

* Profesora de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid UCM.
Psicoanalista y Psicoterapeuta.

PROJECTIVE TECHNIQUES AS A METHOD OF DIAGNOSIS, EVALUATION AND INVESTIGATION (I)

(Fundamentals and developments)

Abstract

This work analyzes the double aspect of the Projection concept, as Defense Mechanism and Apperception. This present work also exposes the contribution of the different theoretical models to the development and analysis of Projective Techniques (psychoanalysis, Gestalt, systemic, cognitive, etc.), as well as the definitions of PT according to its main researchers. Moreover, the history and chronology of the development of PT are exposed. The aim is to contribute to the study and research with PT. Another goal is to provide these instruments with the validity and properties necessary to be accepted by the scientific community, highlighting the rigorous studies that support them.

Introducción

Las Técnicas Proyectivas se vienen utilizando desde los primeros años del siglo XX para el diagnóstico de la personalidad, asociadas con frecuencia a un enfoque psicoanalítico y/o “psicodinámico”. Generalizando mucho, diremos que en este método de evaluación se considera la personalidad desde una concepción holística, y que analiza la personalidad total, o partes de ella, incluidas en una visión global.

Podemos citar autores y test tan conocidos como los Test de Manchas de tinta, más concretamente el Test Rorschach, de Hermann Rorschach (1921), el TAT Test de Apercepción Temática, de Murray (1935); el T.R.O. Test de Relaciones Objetales, de Herbert Phillipson (1955); el Test del Dibujo de la Persona, de Karen Machover, o investigaciones tan interesantes como las de Koppitz (1982) con dibujo infantil, o de John Exner y otros con el Sistema Comprensivo de Rorschach (1974-2004), o de Hammer (1980) con Test Gráficos.

Las Técnicas Proyectivas (en adelante las nombraremos con la abreviatura TP), se utilizan como una tipología específica de técnicas integradas en el proceso de evaluación y diagnóstico, tanto en el campo de la psicología clínica, como de la orientación escolar, en valoración de personal, en el ámbito de lo social, y actualmente se estudian en otros campos como la investigación, la predicción y la evaluación de tratamientos.

Concepto de Proyección

Lanyon & Goodstein, señalan que *la necesidad de comprender la conducta clínicamente anormal fue la que condujo al interés por el estudio y desarrollo de las técnicas proyectivas* (1977, p.19).

La influencia más relevante fue la de la Teoría Psicoanalítica, modelo teórico imperante en el momento histórico del que hablamos, que propuso que, para comprender la personalidad global de un sujeto, se deben analizar más los aspectos profundos que la conducta manifiesta, ya que las causas de la conducta están “soterradas” por debajo del conocimiento consciente, es decir, incluir el estudio del Inconsciente.

Desde la teoría psicoanalítica podemos presentar dos acepciones del concepto de Proyección:

1. La Proyección como Mecanismo de Defensa.

S. Freud, creador de este modelo teórico, planteó tener en cuenta dos aspectos del término Proyección: En *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud,1926), empleó el término “defensa” como un modo de designación general de todas aquellas *técnicas de las que se sirve el yo frente a conflictos que, eventualmente, podrían conducir a la neurosis a un sujeto.*

Como Mecanismo de Defensa comparte las características comunes a todos ellos de: ser inconsciente, servir como defensa contra tendencias inconscientes y reducir la angustia dando seguridad al Yo; y con la especificidad concreta de consistir en atribuir a otros, o colocar fuera de sí, en otros, impulsos, ideas y sentimientos inconscientes propios.

En su Vocabulario de Psicoanálisis, Laplanche y Pontalis, definen la proyección así: *es una operación mediante la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en otra persona o cosa cualidades, sentimientos, deseos, que desconoce o rechaza en sí mismo.* (1997, p. 306). Es importante señalar, respecto a esta primera acepción del término “Proyección”, el modo en que Mirotti describe el proceso perceptivo-proyectivo: *el dato sensorial llega al Inconsciente y, si es ‘autorizado’ por el Yo, pasa al Preconsciente, donde se une a una representación de palabra, y así, accede a la Conciencia* (2008, p. 17).

Murray plantea los siguientes aspectos básicos de la proyección freudiana, según señalan Zubin et al. (1965):

- a) se da una falsa percepción o inadecuada interpretación de un estímulo;
- b) el sujeto (el que proyecta) adscribe al objeto (lo proyectado) una tendencia personal referida a otro objeto o una tendencia dirigida a sí mismo;
- c) la tendencia adscrita constituye algo característico de la personalidad del que proyecta;
- d) lo proyectado es inaceptable para el sujeto, y ha de ser, por tanto, proyectado o suprimido; el sujeto no es muy consciente o es totalmente inconsciente de tal tendencia;
- e) el objetivo del proceso proyectivo es el mantenimiento de la autoestima.

2. La Proyección como mecanismo de expresión de la Personalidad

Es la segunda acepción de este concepto freudiano. En *Tótem y tabú* hace la siguiente formulación: ... *la proyección no ha sido creada para la; sobreviene donde no existe conflicto ninguno. La proyección de las percepciones internas hacia afuera es un mecanismo proyectivo primitivo al que están sometidas, asimismo, por ejemplo, nuestras percepciones sensoriales, y por tanto normalmente ha desempeñado el papel principal en la configuración de nuestro mundo exterior. Bajo condiciones todavía no dilucidadas lo bastante, percepciones internas de procesos de sentimiento y de pensamiento son proyectadas hacia afuera como percepciones sensoriales; son empleadas para la plasmación del mundo exterior, cuando en verdad debieron permanecer en el mundo interior*, Freud (1913, pag 69-70).

Esta acepción pone el énfasis en *la percepción como función de la personalidad*. En esta perspectiva se sitúan autores tan relevantes como Abt & Bellak (1950), cuando plantean una psicología proyectiva que considera la personalidad *como un sistema de percepciones que influyen de modo selectivo sobre el comportamiento*.

Refiriéndose a la percepción como proceso proyectivo proponen el término *Apercepción*, al que definen como *un proceso por el cual la experiencia nueva es asimilada y transformada por la huella de la experiencia pasada de cada uno, de tal modo que forma un todo nuevo*".

Según estos autores no hay percepción 'pura', sino que toda percepción comporta siempre cierto grado de distorsión aperceptiva, así la apercepción es la interpretación dinámicamente significativa que un organismo hace de una percepción (Abt & Bellak, 1950, p. 27).

Anzieu, opina que toda percepción es selectiva, y añade que *la selección depende no sólo de los umbrales sensoriales y de la estructura del estímulo, sino también del estado y la historia del individuo* (1983, p. 196).

Inicialmente el concepto de Proyección fue tomado como representativo de los mecanismos de defensa, y por eso se las denominó con el genérico: “Técnicas Proyectivas”, pero al incluir en ellas la vertiente inconsciente, hay que ampliar e incluir el análisis todos los mecanismos mentales posibles que se ponen en acción frente a los estímulos que las TP proponen y activan.

Los investigadores y clínicos que manejan estas técnicas coinciden en el sentido de que no se limitan a reflejar la proyección exclusivamente, sino todos los mecanismos mentales posibles, tanto defensivos como meramente expresivos.

Por eso señalamos que la denominación de “técnicas proyectivas” es inadecuada por limitadora. Murray, (1938), por ejemplo, señala el uso erróneo del primer concepto freudiano ya que la adscripción de contenidos a los estímulos de las TP es tanto consciente como inconsciente, tanto de aspectos positivos como negativos, y tanto del yo como del entorno.

Anderson & Anderson señalan que las TP *elicitan la expresión simbólica de los motivos de temor y de ansiedad de un sujeto, de sus objetivos y deseos, de sus fantasías y demás características del mundo íntimo, que no consentirían en revelar de cualquier otro modo que no fuera por símbolos* (1976, p. 49). Para un estudio más detenido referimos al lector al estudio de Ávila, (Dir. 1997, pp. 217-248)

3. Técnicas Proyectivas y Teoría de la Gestalt

La Psicología de la Gestalt contribuyó aportando la idea de que la personalidad de un individuo era más que la suma de sus partes (conductas, rasgos, factores o respuestas) aisladas.

En una estructura, se afirma, cada elemento no tiene valor por sí mismo, sino en función del conjunto, cada elemento hace referencia a la totalidad, cada acto personal expresa a la persona en su unidad. Los proyectivos parten del supuesto de que en la ejecución del test fluirá toda la personalidad del sujeto que se desplegará ante el terapeuta y en relación con él.

4. Técnicas Proyectivas y Psicología Cognitiva

Citando a Vives (2006), los TP tienen en común con la Psicología Cognitiva el estudio del procesamiento de la información y la elaboración del contenido de la respuesta.

La Psicología Cognitiva entre sus objetivos tiene el estudio de los procesos mentales: el desarrollo de la respuesta, los contenidos y estructuras del pensamiento. Su análisis permite al entrevistador conocer el tipo de variables que han intervenido en la emisión de una respuesta.

Un claro exponente lo constituye el llamado “proceso de respuesta” en el Test Rorschach, por el que después de localizar y organizar los elementos estímulares del área (percibida), las palabras del sujeto permiten al entrevistador detectar las características de la mancha que han influido en la emisión de sus respuestas: forma, color cromático, color acromático, categorías de clarooscuro, objetos iguales o reflejados; proceso citado por Exner (1986, 1994), y en el que ya se había interesado Rorschach.

El propio Frank (1948, 1960) habla de la distorsión y modificación activa del sujeto sobre el campo estimular y plantea las funciones del proceso cognitivo en la tarea.

Meichenbaum (1977) & Sobel (1981), entre otros, han entendido la proyección como la manifestación de conductas encubiertas del paciente y las TP como tareas que facilitan la expresión, a través de diferentes medios (visuales, verbales, pictóricos, etc.), de aspectos difícilmente accesibles directamente, como pensamientos irracionales, estilo de auto instrucción, habilidades de resolución y afrontamiento de situaciones, organización del campo perceptivo, etc., y que permiten evaluar y modificar la conducta cognitiva.

Weiner (2004) afirma que el Rorschach puede interpretarse desde diferentes enfoques clínicos, ya que sus datos informan de cómo el sujeto resuelve problemas, cómo toma decisiones (procesos de estructuración cognitiva), qué significados se asocian a las percepciones (procesos asociativos), etc. Por tanto, concluye, este método obtiene datos relevantes tanto de la estructura como de la dinámica de la personalidad.

Desarrollo de las Técnicas Projectivas

A partir del trabajo sobre *El yo y los mecanismos de defensa*, de Anna Freud (1936), crece el interés por analizar los mecanismos de defensa para realizar el diagnóstico de los *estados del yo*, de cara a la prescripción de tratamiento a los pacientes. En el campo de la clínica surgen una serie de investigaciones para el estudio de los mismos que dieron lugar a las Técnicas Projectivas.

Todos estos factores contribuyeron, a partir de los años 50 del siglo XX, al desarrollo, evolución, investigación y popularización de las TP, que actualmente perduran, ampliadas, adaptadas y sometidas a amplia investigación.

Cuadro 1

Hitos históricos más mencionados en la historia de las TP.

Según Rabin (1981) hay tres grandes hitos en la historia de las TP:

A) Jung (1906) presenta la Técnica de Asociación de Palabras, basada en la técnica de la “Asociación Libre” (Freud).
B) Aparece la primera edición del Test de Rorschach “Psychodiagnostik” (1921-1932). Es el primer clínico que utiliza el término Psicodiagnóstico.
C) Murray publica “Explorations in Personality” (193-1838), que será la base para la presentación del TAT: Test de Apercepción Temática para adultos.

Podemos citar entre los más importantes y que mayor volumen de investigación y publicaciones han producido los siguientes: el Test de Rorschach (especialmente el Sistema Comprensivo de Exner), el Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray, el Test de Apercepción para niños (CAT) de Bellak, el Test de la Figura Humana de Machover, y otros Tests Gráficos (como el Test de la Casa-Árbol-Persona H.T.P. de Buck, el Test de la Familia de Corman, o el test del Dibujo de un Animal, de Maganto), etc.

Cuadro 2

Cronología de las principales TP y su investigación

- BUCK (1948) crea EL HTP, Test de la Casa, Árbol, Persona
- MACHOVER (1949) presenta el DFH, Test del Dibujo de la Figura Humana
- BELLAK & BELLAK (1954) crean el CAT, Test de Apercepción para niños
- CORMAN (1961) presenta el test TDF, Test del Dibujo de la Familia
- PHILLIPSON (1965) presenta el TRO, Test de Relaciones Objetuales
- CORMAN (1972-1983) crea el Test PN, Test de Pata Negra
- EXNER (1974-2002) presenta el Sistema Comprensivo de Rorschach
- BELLAK & BELLAK (1979) crean el SAT, Test Apercepción para ancianos
- JURI (1979) publica el test gráfico TPI, Test de la Pareja en Interacción
- HAMMER et al. (2004) amplían las investigaciones con Técnicas Proyectivas: HTP, HTTP, DFH, TRO y Pareja (Bernstein)

Posteriormente, y a consecuencia del planteamiento que hace la escuela inglesa de la Teoría de las Relaciones Objetales, se crean otros métodos de diagnóstico como el Test de Blacky de Blum (una técnica de imágenes y narración, basada en la teoría de Abraham de las etapas psicosexuales del desarrollo), el Test de Relaciones Objetales (TRO) de Phillipson, el Test de Pata Negra (PN) de Corman, o el Test de los Cuatro Cuadros de Van Lennepe.

Blum (1949, 1950) hace notar que los Test de Apercepción Temática, al intentar capturar, principalmente, procesos inconscientes, han recibido una gran influencia de la teoría psicoanalítica.

Es así sobre todo en métodos como el Test de Blacky de Blum (una técnica de imágenes y narración, basada en la teoría de Abraham de las etapas psicosexuales del desarrollo), o los generados bajo la influencia de la escuela inglesa de la Teoría de las Relaciones Objetales, como el Test de Relaciones Objetales (TRO) de Phillipson, o el Test de Pata Negra (PN) de Corman, con su teoría sobre las identificaciones, o el Test de los Cuatro Cuadros para adolescentes de Van Lennepe.

Otras TP posteriores han sido creadas para investigar en nuevos contextos (clínicos, sociales, etarios, etc.) con el objetivo de poder intervenir más adecuadamente, como el Test de Apercepción Temática para ancianos (SAT) de Bellak, o el Test de la Pareja en Interacción (TPI) de Juri, un test gráfico y vincular verbal, un método para el estudio y análisis de las relaciones de pareja (incorporando la Teoría de la Comunicación y el Modelo Sistémico), o el Test de la Familia kinética de Burns y Kauffman, etc. Como hemos señalado, todas las Técnicas Proyectivas intentan capturar principalmente los procesos inconscientes; todas han recibido una gran influencia de la teoría psicoanalítica, desde diferentes teorías, pero con el objetivo común de lograr un conocimiento global del paciente que permita lograr un más completo conocimiento del sujeto, un mejor diagnóstico diferencial, una mejor predicción, una correcta valoración de la adhesión al tratamiento, de potencial para la evaluación de cambio psíquico, etc.

Frank fue quien acuñó el término “Técnicas Proyectivas” para denominar aquellos métodos que plantean al sujeto situaciones- estímulo ambiguas y culturalmente disponibles, para las que no hay modos de respuesta clara y en las que se le solicita que elabore respuestas, de modo que él debe *Proyectar su manera de ver la vida, sus sentidos, significaciones, patrones y, especialmente, sus sentimientos. Así se elicit la proyección del mundo privado de la personalidad del individuo, porque él ha tenido que organizar el campo, interpretar el material y reaccionar afectivamente a él* (1939, p. 403).

Fue el primero en definir las como unas técnicas adecuadas al estudio de la personalidad entendida como una unidad, como una configuración relativamente estable de procesos dinámicos, organizados en torno a las necesidades, sentimientos y experiencias del individuo, que opera constantemente en su vida, transformando toda situación o experiencia de acuerdo con las disposiciones de la matriz de su personalidad.

Posteriormente Frank (1948), planteó la *Proyección* como una distorsión y modificación activa que el individuo hace sobre los estímulos, personas y situaciones del entorno.

Siguiendo a este autor, y citando también a Lanyon y Goodstein (1977), la técnica proyectiva consiste en la presentación de un estímulo que desencadena el significado y la organización característicos y privados del mundo íntimo del individuo que él trae a la situación de examen (evaluación/ diagnóstico) y que es llevado a entrar en juego en respuesta a las demandas de la misma; Frank definió estos métodos como *indirectos y que abordan el patrón de organización interna y estructura de la personalidad sin desintegrar o modificar tal patrón, como existe, muy a la manera de una radiografía del cuerpo*, (1948, p. 12).

Rapaport (1985), sugirió que el concepto de proyección que se utiliza en estas pruebas puede representarse como un proyector y una pantalla: El material de las pruebas es la lente de proyección, y las respuestas y conducta del sujeto, la pantalla y lo que hay en ella proyectado.

Otros autores, entre los que me encuentro, señalamos que también los inventarios y autoinformes son contestados de forma proyectiva, y que un buen psicólogo clínico puede interpretarlos más allá de una simple descripción de la conducta manifiesta.

Lanyon & Goodstein añaden que *estas técnicas, a menudo, son calificadas objetivamente y después interpretadas de acuerdo con datos normativos y evidencia empírica, en relación con el significado de ciertas categorías de respuesta aisladas* (1977, p. 16)

Definición

Presentamos ahora diversas definiciones. Unas son más descriptivas, abarcadoras, y otras hechas más con un afán de clasificación. Todas han sido planteadas por autores de reconocido prestigio en el campo del diagnóstico y la evaluación psicológica, para que sirvan de ayuda para el conocimiento e implicaciones fundamentales de este campo de la evaluación de la personalidad:

Rorschach (1921), las presentó como un medio para valorar el estado de la mente inconsciente; Frank (1939), las define como medidas indirectas de la estructura de la personalidad; White (1944), les llama *test de imaginación*; Eysenck (1955), los define como *Test no estructurados*...

Por su parte, Lindzey (1961), define las TP como instrumentos considerados especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la persona que provocan una amplia variedad de respuestas subjetivas; Como altamente multidimensionales provocan respuestas en distintas variables o dimensiones de la personalidad humana, y son evocadores de datos inusualmente ricos, con un mínimo conocimiento por parte del sujeto del objetivo del test. El material presentado es ambiguo, lo que estimula la imaginación del sujeto, sin que de ello se deriven respuestas correctas o incorrectas, y su interpretación depende de un análisis global.

Son especialmente apreciadas por los profesionales de orientación psicodinámica. Recogen información sobre aspectos inconscientes de la personalidad humana.

Pueden ser también empleados para obtener cierta información útil para la evaluación y el futuro diagnóstico de aspectos cognitivos o afectivos del analizando.

Respecto al TAT de Murray, de la Universidad de Harvard, y a otros test de relatos, Lindzey los considera como *técnicas constructivas* que reflejan las experiencias pasadas y las necesidades del sujeto.

Cattell (1955), les llama *test dinámicos*, y posteriormente (1966) les considera como *test objetivos de proyección y percepción errónea*, a través de los cuales se pretende sondear bien la dinámica de la personalidad, o bien los procesos internos.

Zubin, Eron & Schumer (1965), señalan que *es un proceso por el cual un sujeto, cuando se le presenta un conjunto de estímulos ambiguos o semi-ambiguos y se le pide que dé sentido, orden o significado a los mismos, lo hace basándose en el reservorio de sus propias necesidades, emociones, sentimientos, e incluso su nivel de conocimientos. La proyección no tiene que implicar necesariamente componentes defensivos, inconscientes, inaceptables o de evitación de la ansiedad* (1965, p. 5).

Fiske (1971), considera las TP *procedimientos de observación* a través de un material tipificado, con cuyo concurso la persona evaluada elicitaba una variedad de respuestas que, se supone, son expresión del mundo interno del sujeto.

Ainsworth (1971), sostiene que el método proyectivo supone la observación del individuo mediante tareas estandarizadas; tales situaciones pueden ser

entendidas al modo de las técnicas de manipulación, en las que la variable independiente es la personalidad (su estructura o atributos internos) y la variable dependiente, las respuestas que el sujeto emite ante tales estímulos.

Bell (1978), considera la personalidad como una estructura dinámica que se desarrolla fisiológica, psicológica y psicosocialmente, y en la que la conducta (respuestas), resulta tanto de la estructura de la personalidad, como de la relación con su contexto.

Pelechano (1993), las considera como *técnicas de evaluación de constructos*. Fernández Ballesteros (1992) afirma que estas técnicas suponen un medio de *amplificación* a la hora de observar atributos internos de los sujetos evaluados.

Buela-Casal et al., según la clasificación de Pervin (1980), y siguiendo la definición de Lindzey, completan: las Técnicas Proyectivas son instrumentos especialmente sensibles para revelar aspectos conscientes e inconscientes de la persona. El marco teórico en que se han apoyado son las teorías dinámicas de la personalidad, entendida como una entidad global, inferida a partir del comportamiento explícito. Enfatizan la libertad de respuesta, por lo que pueden conceptualizarse fundamentalmente como instrumentos enmascarados y no voluntarios, no estructurados a través de los que se infieren datos relativos a conflictos conscientes e inconscientes, con un material de estímulo muy variado, lo cual da lugar a diversas clasificaciones: estructurales, temáticas, expresivas, constructivas y asociativas (1997) .

Estudian la estructura de la personalidad desde una perspectiva molar. La conducta es considerada como signo. Las conductas manifiestas (actos fallidos, sueños o ejecución de las TP), necesitan ser interpretadas simbólicamente para que puedan tener valor diagnóstico.

Cuadro 3

Variables que estudian las TP (Ávila, 1992)

- A) Procesos y contenidos inconscientes con el fin de comprender su dinámica
- B) Estructura psíquica y recursos adaptativos y defensivos del yo
- C) Accesibilidad del sujeto al tratamiento psicoanalítico

Recordamos, por último, la contribución de otros modelos teóricos a la concepción, desarrollo y áreas de comprensión y valoración de las Técnicas Proyectivas:

especialmente la Teoría de las Relaciones Objetales (Clínica Tavistock de Londres), la Teoría de la Gestalt, la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy), la Teoría de Campo (Lewin), la Teoría de la Comunicación (Bateson; Watlavicz, Beavin y Jackson), y las Teorías Cognitivas.

Bibliografía

- Abt, L. y Bellak, L. (1967) *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Aiken, L.R (2003) *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos* (7ª edición). México: Prentice Hall.
- Anderson y Anderson (1976) *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: Rialp.
- Anzieu, D. (1983) *Les méthodes projectives*. París: PUF.
- Arkowitz, H. y Messer, S.B. (comps.) (1984) *Psychoanalytic therapy and behaviour therapy: Is integration possible?* Nueva York: Plenum.
- Ávila, A (1995) *Las técnicas proyectivas en los últimos veinte años. Aspectos conceptuales y tendencias de la investigación*. Proceedings Book. Portugal: Sociedad Portuguesa de Rorschach.
- Ávila, A., Bueno, M., Cruz, S., Hierro, M.D., Jiménez, F., Maganto, C., Ortiz, P. Rodríguez, C. (1997) *Evaluación en psicología clínica II. Estrategias cualitativas*. Salamanca: Amarú.
- Buela –Casal, G., Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (dirs.) (1997) *Manual de Evaluación Psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Bueno Belloch, M. (2010). Diagnóstico y evaluación psicológica en Psicoanálisis y Terapia Psicoanalítica. *Revista de Psicopatología clínica legal y forense*. n° 10.
- Bueno Belloch, M. (2021) publicado en Facebook, página del *Máster en Psicoterapia Psicoanalítica UCM*, de 8 de febrero de 2021.
- Bueno, M. y Bazán, A. (2020) El dibujo de la figura humana: Análisis descriptivo de una muestra de adolescentes en Kenia. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos* n° 32-33, Madrid.
- Cattell, R. B. (1955) The principal replicated factors discovered in objective personality tests. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 50 (3), 291–314.
- Fernández Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico: concepto y metodología*. Madrid: Cincel- Kapelusz.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Fiske, D.W. (1971) *Measuring the concepts of personality*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Frank, L.K. (1939) Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 18, 389-413.
- Freud, A. (1980). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.

- Freud, S. (1913-1914). *Tótem y tabú*. En *Obras completas, Volumen XIII*. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
- Hammer, E.F. (1980). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Koppitz, E. M. (1982). Personality assessment in the schools. En Reynolds, C. R., y Gutkin, T. B. (Eds.), *The Handbook of School Psychology* (pp. 273-95). New York: Wiley.
- Lindzey, G. (1961) *Projective Techniques and Cross-Cultural Research Publication*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Mirotti, M.A (2008) *Introducción a las técnicas proyectivas*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Murray, H.A. (1943) *Thematic Apperception Test*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Murray, H. A. (1938) *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Pelechano, V. (1993) Evaluación, test, conclusiones, cognitivismos, crisis y retornos en espiral ¿con salida? *Clínica y Salud*, 4(2), 123-132.
- Phillipson, H. (1955). *The Object Relations Technique* (Plates and Manual). London: Tavistock.
- Rapaport, D. (1985) *Tests de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Rorschach, H. (1921) *Psychodiagnostik*. Berna: Ed.Bircher.
- Sobel, H. J. (1981) *Projective Methods of Cognitive Analysis*, en Merluzzi, Glass y Genest (Eds.) *Cognitive Assessment*, New York: The Guilford Press.
- Vives, M. (2005) *Tests Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamientos clínicos*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Weiner, I. B. (1982) *El futuro del Psicodiagnóstico revisado, en Ávila y Rodríguez-Sutil: Psicodiagnóstico clínico*. Madrid: Eudema.
- Zubin, J., Eron, L.D y Shumer, F. (1965) *An experimental Approach to Projective Techniques*. Nueva York: Wiley & Sons.

LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN (II)

(Características, clasificación y garantías de calidad)



Marina Bueno

Resumen

El objetivo del trabajo aquí presentado (partes I y II) es el de contribuir al conocimiento, difusión y valoración de las Técnicas Projectivas (TP) como métodos de evaluación y diagnóstico fundamentales para el conocimiento, global y en profundidad, de la personalidad de un sujeto y que se considera necesario que sean incluidas en una batería multi-métodos, como todos los expertos recomiendan. Se presenta ahora la segunda parte de este trabajo, que incluye los apartados: características generales de las Técnicas Projectivas, Índices de utilización de las TP, Clasificación de las TP según varios autores, garantías de calidad de las TP, aspectos éticos y deontológicos, resumen y conclusiones.

Palabras clave: Técnicas Projectivas, Proyección, Evaluación, Psicodiagnóstico.

Key words: Projective Techniques, Projection, Evaluation, Psychodiagnosis.

* Profesora de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid UCM.
Psicoanalista y Psicoterapeuta.

PROJECTIVE TECHNIQUES AS A DIAGNOSTIC, EVALUATION AND RESEARCH METHOD (II)

(Characteristics, classification and quality guarantees)

Abstract

The aim of the present paper (parts I and II) is to contribute to the knowledge, dissemination, and assessment of Projective Techniques. These techniques are fundamental evaluation and diagnostic methods for a global, in-depth knowledge of a subject's personality, and should be included in the multiple-method approach, as all experts recommend. The second part of this paper includes the following sections: general characteristics of Projective Techniques Rates of use of PTs, Classification of PTs according to various authors, effectiveness, reliability and validity of PTs, ethical and deontological issues, summary, and conclusion.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS

A lo largo de la historia de la Evaluación Psicológica, diferentes autores han planteado diversas características aplicables a las Técnicas Proyectivas.

Se presentan a continuación, y en ocasiones citando textualmente, a Anzieu, (1983); Bell, (1980); Fernández Ballesteros, (1992); Mirotti, (2008); Aiken, (2003) y otros, las siguientes características:

— Son técnicas de evaluación de la personalidad desde una concepción holística, que analizan la personalidad total o partes de ella, incluidas en una visión global. Investigan de modo sistemático, con medios estandarizados, la personalidad individual como una configuración orgánica, en la que cada función, reacción y conducta, lleva la impronta del “todo”. Su objetivo es analizar la personalidad integrando sus diversos aspectos.

Se parte de la hipótesis de que el sujeto cuenta con una estructura de la personalidad básica y estable, integrada por ciertas dimensiones, rasgos o constructos, organizados de forma idiosincrática en cada sujeto.

Suponemos que las respuestas del sujeto a los estímulos presentados, están relacionadas con la estructura de su personalidad. Las respuestas que emite ante los estímulos proyectivos permiten la exploración de tal estructura. Las respuestas son estudiadas, valoradas e interpretados por el evaluador, estableciendo un diagnóstico acerca de su personalidad.

La organización de la estructura de la personalidad exige un análisis en diversos niveles de profundidad. Técnicas como el Rorschach permiten ahondar en aspectos estructurales, otras como el TAT analizan aspectos más superficiales y, por tanto, más influenciados por la situación estimular.

— Se utilizan estímulos ambiguos de distinto tipo (gráfico, verbal, perceptivo), relativamente no estructurados, y flexibles en cuanto a la respuesta provocada, lo que permite pensar que la estructura impuesta por la persona que responde es un reflejo o “proyección” de sus percepciones individuales de las cosas. Se seleccionan los TP de mayor potencial elicitor de respuestas.

Se supone que cuanto más ambiguas sean las propiedades de los estímulos, tanto más y mejor reflejarán las respuestas la personalidad del evaluado y tendrán mayor probabilidad de revelar facetas importantes de la misma.

Se denomina “*contenido manifiesto*” al que reconoce la mayoría de los sujetos evaluados (por ejemplo, las Respuestas Populares en el Test de Rorschach o las Respuestas Clisé en el TAT de Murray).

Como dice Mirotti (2008), los elementos de cada prueba quieren provocar respuestas en temas concretos, no aleatoriamente. Pero un sujeto muy presionado por un conflicto, preocupación actual, necesidad, etc., puede, incluso distorsionando el estímulo (*distorsión aperceptiva*), encontrar la forma de proyectarlo, lo que muestra la prevalencia de ese contenido sobre el *contenido manifiesto*. Además, y subyacentemente, están escondidos los *contenidos latentes*, que son las múltiples posibilidades de interpretación de los *contenidos manifiestos* de los estímulos, y en la situación diagnóstica el sujeto seleccionará su respuesta según su *programa perceptivo*.

— Son técnicas subjetivas, encubiertas, enmascaradas e involuntarias, que pretenden conocer la personalidad integral del sujeto, sin que éste pueda ser consciente de qué es lo que el psicólogo está analizando, ni de la significación de sus respuestas, ni de la relación de estas con su mundo interno. Todo ello reduce sesgos como el falseamiento, la simulación, la reactividad o la deseabilidad social.

Las TP, en lo referente al contenido pueden ser accesibles a un intento de manejo voluntario, pero en lo estructural o en contenidos simbólicos no lo son.

— Son de fácil aplicación, en general rápidas, lúdicas y económicas. Sin embargo, se dice que su manejo, aplicación y calificación requieren una especialización y capacitación, y que deben ser administradas y evaluadas por expertos clínicos.

Las consignas dejan mucha libertad de respuesta a los sujetos. El material presentado es el mismo para todos, lo que permite comparar resultados y ver la consistencia interindividual.

Los resultados se pueden cuantificar (como en Rorschach-Sistema Comprensivo), o hacerlo parcialmente (por ejemplo, en el TAT, y algunas TP Gráficas). Se interesan en la comparación con su grupo de referencia (inter-sujetos), aunque hacen más énfasis en el análisis del equilibrio personal: es decir, que sin dejar de lado lo inter-sujetos, se centran en el conocimiento intra-sujeto.

— La relación psicólogo-sujeto se basa en la neutralidad del primero, lo que favorece la alianza terapéutica del segundo, le ayuda a afrontar el proceso de evaluación reduciendo defensas, resistencias, y facilitando sus respuestas. El psicólogo debe explicar al sujeto qué debe hacer, sin sugerir, definir o dirigir la tarea. Debe comprobar que el sujeto ha entendido claramente qué se espera que haga (dibujar, completar, etc.).

— El tiempo de respuesta no está limitado, sino que cada individuo utiliza el que necesita para elaborar su respuesta, ajustándose el psicólogo a las modalidades del paciente.

— Las respuestas del sujeto siempre son aceptadas, puesto que responden a la proyección, expresión, o interpretación de aspectos personales del mismo (motivaciones, percepciones, actitudes, emociones...), de manera que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas.

— Se apoyan en estudios de campo, estadísticas y experimentos; regulan la viabilidad de las hipótesis formuladas en la entrevista, ofrecen anclajes objetivos que impiden deslices hacia la subjetividad y marcan los puntos de referencia para continuar, ampliar, replicar, etc., la investigación.

La evaluación de resultados se apoya en un sistema probado, todo queda documentado: en los protocolos, en los sistemas de valoración, en el Informe, y puede ser revisado y controlado en cualquier momento.

— Muchas TP disponen de sistemas formales de calificación, pero los psicólogos clínicos y orientadores que interpretan los protocolos de las TP tratan, por lo general, de formarse una impresión global de la personalidad, buscando consistencias y rasgos sobresalientes en el patrón de respuestas, para ver las hipótesis explicativas concernientes a la psicodinámica de la personalidad y los problemas del examinado.

El análisis al que son sometidas las RR ha de ser, fundamentalmente, cualitativo y global. De aquí la dificultad para encontrar criterios psicométricos objetivos que informen acerca de la validez de estos instrumentos. No son instrumentos objetivos de medición, pero pueden aportar información muy valiosa en el campo de la evaluación de la personalidad global, que puede pasar desapercibida mediante otros métodos de evaluación.

Es decir, enriquecen, complementan y no reemplazan a otras técnicas de evaluación, pero confrontan hipótesis y pueden plantear nuevos puntos de vista en la investigación diagnóstica de un sujeto particular.

— La mayoría de las TP no logra cumplir los estándares convencionales de confiabilidad y validez. Se centran más en la riqueza y el análisis clínico de las respuestas.

El análisis de las respuestas es fundamentalmente cualitativo, aunque en algunos casos, como en el Test Rorschach de Exner-S.C., es especialmente cuantitativo. En los demás la cuantificación es referencial. Los resultados se manejan en nivel interpretativo. El criterio de validez más utilizado es *validez de criterio* e *interjueces*. El Test Rorschach S.C. utiliza, además, el criterio de *validez estadística*.

— Las interpretaciones de las respuestas a las TP deben tomarse como hipótesis razonables que pueden ser confirmadas, o no, por otras fuentes de información concernientes a la persona (reiteramos la necesidad de utilización multi-métodos en la evaluación y diagnóstico de la personalidad).

— Hay técnicas adaptadas a todas las edades, algunas con series paralelas que permiten hacer un seguimiento a lo largo del proceso vital. Por ejemplo: el Test de Rorschach, versión Sistema Comprensivo; los test CAT, TAT y SAT, de Bellak y Murray (para niños, adolescentes, adultos y 3º edad); TDA (Dibujo de la Figura Humana) de Machover, y otros.

— Las TP investigan de un modo funcional, preguntan por el qué de la conducta (lo exteriormente observable), por el ‘cómo’, el ‘por qué’ y el ‘para qué’ (intentan adentrarse en la comprensión del núcleo, en los factores internos en los que se originan los fenómenos observables) (Mirotti 2008, pp. 12-50)

— Bueno plantea la necesidad de incluir en el proceso de evaluación y diagnóstico las variables propias del psicoanálisis (Inconsciente, pulsión, repetición, transferencia, deseo, defensa, resistencias, sexualidad, etc.) que son determinantes en el tratamiento y, por tanto, necesaria su valoración en el diagnóstico. (2010).

Partiendo de que, entre la causa y el efecto, entre la etiología –las causas psíquicas- y los síntomas no hay relación causal directa y fija como en otras ciencias, en psicoanálisis tenemos que incluir los procesos y formaciones del inconsciente.

— Tradicionalmente se han usado TP en contextos clínicos para identificar problemas personales y diagnosticar psicopatología.

Sin embargo, algunas TP han sido diseñadas o extendidas hacia el análisis de la personalidad normal.

Se emplean en el diagnóstico en psicología clínica, en salud mental, en hospitales y centros de orientación. Su ámbito de aplicación se extiende también al campo de la psicología escolar, a la selección de personal, la psicología social, la investigación, etc. Tienen importantes cualidades para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento. La situación idónea es el contexto clínico, donde un sujeto motivado, con conciencia de su conflicto, solicita un diagnóstico clínico y coopera por su propio beneficio. El “mundo interno” busca una forma de expresión a través de los estímulos, aunque estén en juego conflictos, defensas y resistencias.

Se muestran a continuación, en el cuadro nº 1, los índices de utilización de las Técnicas Proyectivas. Son el resultado de varias investigaciones a lo largo de la historia de las TP, tanto a nivel nacional como internacional.

Una de las principales investigaciones realizadas en España, partiendo de revisiones internacionales, se realizó valorando los resultados obtenidos de una encuesta a psicólogos clínicos españoles con experiencia en el campo del diagnóstico y la evaluación. (Fernández Ballesteros, 1980)

Entre otros resultados señala que en estas investigaciones se considera que el Test Rorschach, junto con las Escalas Wechsler y Entrevista, son las mejores técnicas para el Psicodiagnóstico.

En el ámbito internacional señalamos que entre los veinte tests de evaluación más utilizados en el mundo por los psicólogos se encuentran: el Test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática T.A.T. de Murray y algún Test Gráfico, como el Test D.A.P. o HTPP, (A.P.A.; Weiner, 1972, 1983, 1987; Lubin, Wallis y Paine, 1997; Garfield y Kurtz, 1973; Frank, R., 1992; Fernández Ballesteros, 1992; Cohen 2001; Wilson y Luciano, 2002; entre otros).

Cuadro 1
Índices de utilización de las TP

Semenoff (1973) realiza un estudio según el cual existían en ese momento unas 500 TP. Hasta los años 70 fueron las técnicas de evaluación más empleadas por los profesionales.
Burgos (1978) señaló que Rorschach y T.A.T. ocupan el segundo y tercer puestos en lo relativo al número de referencias bibliográficas disponibles.
Petzel & Berndt (1968) investigan sobre qué acreditación deben tener los aspirantes a Psicólogo Clínico, mediante encuesta a 90 directores de centros. Responde el 100 % que formación en diagnóstico psicológico; el 84 % que incluyeran técnicas proyectivas en sus programas docentes (Levy y Fox, 1975).
Weiner (1982) confirma al test de Rorschach como uno de los diez más empleados y que el 83 % de los psicólogos encuestados utilizaba el test y que el 72 % lo utilizaba en algún momento del tratamiento.
A pesar de las críticas, El test de Rorschach es la tercera prueba más utilizada por los psicólogos y el T.A.T. lo emplea la mayoría de los evaluadores (Fernández Ballesteros, 1992)
En 1991 el Educational Technology Service (ETS) de Berkeley contabilizaba unas 140 Técnicas Proyectivas inventariadas. Suponen alrededor del 20 % de los instrumentos de evaluación de la personalidad.
Algunas TP siguen siendo los instrumentos más utilizados en la evaluación de la personalidad. (Cámara, Nathau, Puente, 2000; Maruish, 1999).
Wilson y Luciano (2003) en su revisión señalan la masiva utilización de las TP en la evaluación de la personalidad.

Nacen las TP en el momento en que el Modelo Psicoanalítico está en pleno desarrollo en Europa y Estados Unidos, por lo que se asocia su uso en exclusiva a dicho modelo teórico, pero los trabajos, investigación y desarrollos de estas técnicas hacen que sean utilizados por psicólogos de todos los modelos teóricos de la psicología actual, algunos especialmente en la evaluación y diagnóstico con los niños (las TPG, Test de Rorschach, el Test CAT, el test P.N., etc.).

Clasificación de las Técnicas Projectivas

Como se ha indicado en el anterior apartado, existen múltiples clasificaciones hechas por los diversos investigadores que se han aproximado al campo de la evaluación. Se presentan a continuación algunas de ellas en orden cronológico.

Frank (1939), diferencia entre:

- a) Constitutivas: el sujeto proyecta su estructura sobre un material con diverso grado de estructuración (ej.: percibir manchas de tinta en Rorschach, completar dibujos)
- b) Interpretativas: interpretación de escenas (TAT, CAT, etc.)
- c) Catárticas: (el juego diagnóstico)
- d) Constructivas: a partir de un estímulo construye situaciones organizadoras representativas de su vida (DAP de Machover, Test del “Mosaico” de Lowenfeld).
- e) Refractarias: expresión de diferentes aspectos de su comportamiento.

Eysenck, H.J. (1952) plantea cuatro categorías:

- a) Test de completamiento (completar una cadena de asociaciones o de frases)
- b) Test interpretativos (interpretar, construir o contar una historia)
- c) Test de producción (jugar, construir, dibujar)
- d) Test de observación (del comportamiento del sujeto)

Lindzey (1961), también categoriza cinco grupos:

- a) Test de asociación: asociar a un estímulo una respuesta (Rorschach,
- b) Completamiento de Frases)
- c) Test de elaboración o constructivos (TAT, PN, TRO, CAT, SAT)
- d) Test de completamiento de frases o relatos (Rosenzweig, Frases Incompletas)
- e) Test de elección u ordenamiento (Tests Szondi, Test Pata Negra)
- f) Test de expresión (dibujo, juego, psicodrama)

Anzieu (1961,1983)

Plantea una distinción entre Técnicas Projectivas dinámicas y Técnicas Projectivas estructurales, siguiendo la diferenciación que indicamos anteriormente entre las dos modalidades de proyección (apartado 1) Se citan algunas:

a) Técnicas projectivas dinámicas o temáticas (también llamadas “Técnicas Aperceptivas” o “Técnicas/Test de cuadros”)

— El T.A.T. (test de apercepción temática para adolescentes y adultos, de 13 a 65 años, de Murray, y sus adaptaciones culturales)

— El S.A.T. (test de apercepción para ancianos, de 65 años en adelante, de Bellak)

— El C.A.T. (test de apercepción infantil en sus formas humana, animal o especial, CAT-A, CAT-H, CAT-S, de Bellak)

— El Test de Blacky (test de apercepción temática para niños de Blum)

— El T.R.O. (Test de Relaciones Objetales, test aperceptivo para adultos, de Phillipson)

— El Test P.N. (Test de las aventuras de Pata Negra, test aperceptivo para niños, de Corman)

— El Test de los 4 cuadros (test aperceptivo para adolescentes, de Van Lennep)

b) Técnicas projectivas estructurales

— Técnicas projectivas gráficas:

• Test T.D.A. (test del dibujo de la figura humana, de K. Machover, y sus variantes: Caligor, Rosenberg, Bernstein, Abrahams, etc.)

• Test H.T.P. (test de la casa- árbol-persona, de Buck)

• Test T.D.F. (test de la familia, versión Corman y sus variantes)

• Test del Dibujo Libre

• Test T.P.I. (test de la pareja en interacción, de L. J. Juri)

— El Test de Rorschach (la versión más utilizada en todo el mundo por su consistencia y desarrollos metodológicos en fiabilidad y validez es la del Sistema Comprehensivo de Exner).

En el primer grupo, a), predominaría la atribución de aspectos personales, mientras que en el segundo -b)- se obtendría un corte representativo de la organización estructural del sujeto y de su modo de aprehensión de la realidad.

Lo que se expresa en el contenido (TAT, TRO), puede tener una significación muy diferente según la estructura de la respuesta y del conjunto de la prueba. Anzieu (1983) dice que, aun con todo, muchos de los datos de las

técnicas dinámicas o temáticas pueden interpretarse en función de una proyección estructural.

Tanto en niños como en adultos se recomienda empezar por las que hemos denominado “estructurales”, esto es, que apuntan a elementos más estables de la personalidad, menos sujetos a cambios y menos influenciados por estados situacionales, y que, por otra parte, al ser técnicas encubiertas, facilitan la expresión menos defendida de contenidos internos. Los que responden a estos criterios son las Técnicas Gráficas y el Test de Rorschach. Ambos remiten a fases preverbales del paciente, les conecta con problemas básicos de diferenciación madre-hijo, sujeto-objeto, mundo interno-mundo externo, fantasía-realidad, etc.

Como recoge Ortiz, P. (1997) *estas técnicas ofrecen al sujeto un espacio vacío que sólo pueden rellenar proyectando su propia imagen del cuerpo. Por eso muchos pacientes que se mantienen compensados en otras pruebas pueden descompensarse en el Test Rorschach, encontrándose en éste rasgos tan profundos que no se pueden percibir fácilmente desde otra perspectiva o técnica diagnóstica* (pp. 256).

Finalmente, para resumir, presentamos, en el ‘Cuadro nº2, la clasificación que hace Fernández-Ballesteros y otros (1983) y que es la más utilizada comúnmente por los estudiantes de Psicología en las universidades españolas.

Cuadro 2
Clasificación de las Técnicas Proyectivas

Estructurales, estructuración de materiales de escasa estructuración, reflejando características internas, más o menos estables de su personalidad, como el Test de Rorschach.
Temáticas, narración de historias a partir de láminas que muestran estímulos visuales, como el TAT, CAT, TRO, PN.
Expresivas, de consigna verbal, para la realización de dibujos, TFH, H.T.P., TF.
Constructivas, material concreto a organizar según la consigna Hora de Juego Diagnóstico, Tests del Pueblo
Asociativas, asociación de palabras, frases, completar frases, completar cuentos: Fábulas de Düss, Test Desiderativo.

Garantías de calidad de las Técnicas Projectivas

Se hizo una revisión exhaustiva respecto de los criterios que resumimos o citamos textualmente aquí. Las exigencias psicométricas de fiabilidad y validez para las TP siguen siendo uno de los tópicos más controvertidos respecto a estos instrumentos de evaluación psicológica. (Ávila (1997, pp. 236-238)

Cita autores como Ainsworth, Zubin, Eron y Schumer, Murstein y aportaciones como los Estándares de la A.P.A. (1985).

Ainsworth (1954) en *Problems of validation*, planteó otro modo de ver los problemas de fiabilidad y validez. Dice que el proceso de validación debe parecerse más al proceso científico común de validación de hipótesis que al de validación psicométrica de un test. Señala como hipótesis básica de las TP que la estructura dinámica del individuo (la personalidad), determina el modo de percibir su mundo y que se revela simbólicamente como la elaboración verbal que hace de su propia percepción.

Por su parte, Zubin, Eron y Schumer (1965) aportaron una postura complementaria a la anterior al señalar que *el análisis de perfiles, normas y configuración de puntuaciones, así como el uso de escalas no lineales, pueden ser sometidas a análisis psicométricos sin violar los principios proyectivos*. También señala Ávila a otros autores como Murstein (1963).

De las aportaciones de todos ellos y siguiendo las sugerencias de la A.P.A. (1985), Ávila extrae las conclusiones siguientes:

1) No tiene ningún sentido pretender validar una prueba proyectiva como un “todo”. No pueden admitirse afirmaciones como: el Rorschach es válido y fiable o bien lo contrario. Tales expresiones deben ser sustituidas por otras del tipo: la prueba Rorschach, administrada de acuerdo a las normas del sistema... valorada según el procedimiento... y los criterios..., referida a las normas de la población... (etc.) ... se ha mostrado válida para predecir tales variables comportamentales..., en tales situaciones...

2) Cada instrumento proyectivo posee características y problemas propios, es dudosa la relativa unicidad de componentes para las distintas pruebas proyectivas. Esto significa, al menos, que las evidencias (positivas o negativas) de fiabilidad y validez no pueden ser extrapoladas de unos instrumentos a otros, como tampoco –con frecuencia- mucho más allá de las condiciones experimentales en las que fueron obtenidas.

3) En las investigaciones realizadas o que pueden realizarse es necesario tener en cuenta, para una más adecuada valoración, la modulación que

introducen variables intervinientes, tales como edad, sexo, maduración fisiológica, nivel educativo y socioeconómico, así como las interacciones de todos estos factores. Así lo señalan numerosos críticos, entre ellos McFarlane y Tuddenham, Zubin, Eron y Schumer, etc.

4) Uno de los problemas más importantes deviene del establecimiento de los criterios para valorar las respuestas proyectivas (y por ende las propias técnicas). Se ha demostrado repetidamente inadecuado el uso de criterios nosológicos estáticos, tales como entidades diagnósticas precisas. La APA en sus estándares señala: *Cuando es necesario el diagnóstico diferencial, el usuario debería escoger, si es posible, un test para el cual haya evidencia de su aptitud para distinguir entre dos o más grupos diagnósticos, más que para distinguir meramente los casos patológicos de la población general* (1985, p.46).

5) El problema de la validez ha de abordarse mediante múltiples métodos combinados. Widiger y Maitland Schilling (1980) han elaborado un interesante modelo para la validación conceptual del Rorschach. El diseño incluiría: Validación convergente y discriminante; validación cruzada; conclusión negativa inequívoca. Una vez establecida la validez conceptual se obtendrían los objetivos prácticos siguientes: validez sustantiva (clínica); poseer validez incremental (¿qué aportan significativamente las TP respecto a otros test?); obtener datos de tasas base y razones de selección (falsos positivos y negativos); utilizar muestras representativas; hacer uso limitado de inferencia estadística. Este modelo podría ser extrapolable al resto de TP.

6) No deben utilizarse las respuestas específicas de un sujeto ante un ítem (estímulo proyectivo) como base suficiente para la evaluación psicológica, a menos que conste evidencia de la validez de tal inferencia (sept., 1985, estándar 1.4), lo cual es dudoso que suceda en la mayoría de TP.

7) No deben contraponerse ni considerarse excluyentes los usos clínicos y actuariales de las TP. Una actuación combinada de procedimientos clínicos y actuariales puede optimizar su praxis. La validez y fiabilidad de las TP depende, prioritariamente de un uso contextual adecuado, en el que se utilicen combinadas toda clase de evidencias.

Sin embargo, esto no ha sido suficiente para frenar su uso, pues desde finales del siglo XX y hasta ahora, siguen siendo unas de las técnicas de evaluación más utilizadas por los clínicos en sus consultas (Cummings, 1986; Yama, 1990). Es más, incontables investigaciones han demostrado repetidamente su validez para la evaluación de abuso sexual infantil (Abreu y Vanja, 2006; Baeza y Toledo, 2010), maltrato infantil (León y Castañeda, 2008; Maglio y Luque,

2010), como instrumento de screening de problemas psicopatológicos en población infantil y adolescente (Hamrin y Pachler, 2005; Tielsch y Allen, 2005), o como método de evaluación de deterioro cognitivo en ancianos (Panek et al., 2015).

Aspectos éticos

Los aspectos éticos aparecen recogidos ampliamente en el Código Deontológico del Colegio Oficial de la Psicología, que regula los modos de funcionamiento de dicho profesional.

Consideramos este punto especialmente relevante en la formación del alumno en todos los niveles académicos: Grado, Máster, Doctorado, Especialización, etc., y que debe estar presente en forma rigurosa y profunda, de modo que dirija y prevalezca en todas nuestras actuaciones profesionales.

Remitimos al interesado a la lectura del mismo, especialmente en los artículos dedicados al ejercicio y aplicación de las pruebas y en los referidos a la realización del proceso de Evaluación y Diagnóstico psicológico, sus límites y sus alcances.

Conclusiones

1) En este trabajo se ha revisado el concepto Técnicas Proyectivas en el contexto actual, partiendo de las primeras concepciones teóricas basadas en la Teoría Psicoanalítica, que entendió la *proyección* como un mecanismo defensivo o expresivo, e incorporó posteriormente los desarrollos y contribuciones de otras teorías, como las Teorías Cognitivas, la Teoría de Campos, la Teoría de la Gestalt, la Teoría de la Comunicación o la Teoría Sistémica.

2) Se han recopilado las características generales de estas técnicas, el tipo de estímulos que utilizan y lo que pueden aportar diferencialmente, respecto a otros métodos de evaluación y diagnóstico psicológico.

3) En este trabajo se han clasificado las principales TP que forman parte del repertorio metodológico de los psicólogos clínicos en la actualidad, tanto para niños como para adultos y ancianos.

4) Estándares para Test Psicológicos y Educativos de la A.P.A. (1985), citado por Ávila (1997), recoge que *Las TP y muchas técnicas de entrevista y de observación conductual son usadas muy frecuentemente como ayuda en la evaluación clínica y en la selección del tratamiento. Cada uno de estos métodos arroja*

múltiples hipótesis sobre la conducta del sujeto, en las varias situaciones en las que surge, y cada una de dichas hipótesis es modificable en función de ulterior información. Cuando se usa una de estas medidas las interpretaciones son juzgadas por su contribución total a la comprensión clínica del individuo más que por la validez de cada hipótesis. (sept., 1985, p. 45).

5) En el momento presente, y a pesar de las críticas de distinto tipo y que desde diferentes perspectivas teóricas han recibido, se muestra que algunas de las TP, como indicamos en el cuadro 4, siguen siendo preferentemente utilizadas por los psicólogos clínicos en tareas de evaluación y diagnóstico psicológico.

6) Esto es así, no sólo para la valoración de patologías, sino en el estudio y valoración de sujetos normales, para análisis de características cognitivas, perceptivas, de procesamiento de la información, de recursos de afrontamiento, de características estables de la personalidad, a lo que podemos añadir las investigaciones acerca de resultados y procesos terapéuticos, etc. (American Psychiatric Association; Ávila, Mitjavila y Gutiérrez, 2004; Camara, Nathau y Puente, 2000; Maruish, 1999; Ezpeleta, 2001; Wilson y Luciano, 2003, y otros).

7) Actualmente son utilizadas en distintos campos y áreas de aplicación, no sólo en los anteriormente citados en el área clínica y de la salud, sino también en el campo de la psicología legal y forense, en el estudio de mercados, en selección de personal, en seguridad vial, en el campo educativo, en psicología social, en publicidad, en investigación etc.

8) Hay una clara diferencia en sus objetivos si son clínicos, ya comentados, u otros (por ejemplo, en investigación comercial no se busca el diagnóstico, sino entender los mecanismos subjetivos en la toma de decisiones, el modo de mejorar el impacto en la comunicación, estudio de motivaciones y su optimización, creencias, necesidades, etc.)

9) Señalamos que un proceso psicodiagnóstico, es decir, que incluye evaluación y diagnóstico psicológico, es el que integra, a partir de un modelo teórico bien definido, información de diferentes áreas y niveles; debe incorporar datos tanto extensivos como intensivos (historia clínica, entrevistas, observación, conducta verbal, gráfica, estudiar variables estructurales y dinámicas, etc.); debe elaborar y contrastar hipótesis sobre la convergencia de indicios y en un marco espacio/ temporal definido previamente, para lograr un conocimiento lo más completo e integral de la personalidad total.

10) Hay acuerdo entre expertos en que es imprescindible la utilización de fuentes múltiples de métodos y datos para conseguir tanto la calidad adecuada de la evaluación (fiabilidad y validez) (A.P.A.; Campbell y Fiske, 1971; Ezpeleta, 2001;

Wilson y Luciano, 2003; Bagby et al., 2003), como para planificar y dirigir adecuadamente el tratamiento posterior (Weiner, 2001, Clínica Meninger, 1979, etc.).

11) Un test o un solo ángulo de análisis puede darnos sólo una visión parcial, cuando no falsa o distorsionada, no integradora, de la personalidad total que pretendamos comprender, estudiar o valorar.

12) Teniendo en cuenta todo lo expuesto consideramos que las Técnicas Proyectivas, a pesar de sus deficiencias, ya comentadas ampliamente en este trabajo, siguen siendo un recurso de evaluación y diagnóstico psicológico clínico de gran interés, que llevan haciendo un importante papel en el campo clínico desde hace más de 80 años, y que con las modificaciones que se han ido introduciendo, estimamos que van a seguir ocupando el lugar significativo que ya ocupan en su utilización, estudio, investigación y aportaciones en nuestro marco profesional.

13) A pesar de las críticas recibidas, esto no ha sido suficiente para frenar su uso y desarrollo, pues a finales del siglo XX seguía siendo una de las técnicas de evaluación más utilizadas por los clínicos en sus consultas (Cummings, 1986; Yama, 1990).

14) Es más, incontables investigaciones han demostrado repetidamente su validez en muy diferentes áreas: por ejemplo las TPG para la evaluación de abuso sexual infantil (Abreu y Vanja, 2006; Baeza y Toledo, 2010), para maltrato infantil (León y Castañeda, 2008; Maglio y Luque, 2010), como instrumento de screening de problemas psicopatológicos en población infantil y adolescente (Hamrin y Pachler, 2005; Tielsch y Allen, 2005), o como método de evaluación de deterioro cognitivo en ancianos (Panek et al., 2015). Citados por Bazán, A. en Bueno y Bazán (2020).

15) Todo esto es un estímulo para proseguir en las tareas de estandarización y validación de las mismas, desde los nuevos paradigmas científicos, para su mejor aprovechamiento, en aras a conseguir el deseado objetivo de disponer de una “batería multi-métodos” para estudio, evaluación, diagnóstico, pronóstico, indicación de tratamiento y evaluación de procesos y de resultados en nuestra disciplina.

16) Se hace necesario tenerlas muy en cuenta en los programas de formación de los psicólogos generalistas, y especialmente de los psicólogos clínicos, tal como sucede en la mayoría de países de nuestro entorno cultural. Es lamentable que no suceda así en nuestro país.

Bibliografía

- Abreu, M., y Vanja, B. (2006). Emotional indicators of sexual abuse in the projective drawings of human figure. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 25, 51-73.
- Aiken, L.R (2003) *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación
- Anzieu, D. (1983) *Les méthodes projectives*. París: PUF.
- Ávila, A (1995) *Las técnicas proyectivas en los últimos veinte años. Aspectos conceptuales y tendencias de la investigación*. Proceedings Book. Portugal: Sociedad Portuguesa de Rorschach.
- Ávila, A., Mitjavilla y Gutiérrez (2004) La investigación en Psicoterapia Psicoanalítica. En *Introducción a los Tratamientos psicoanalíticos*. Madrid: UNED
- Baeza, V.; Toledo, J (2010) Indicadores gráficos de la prueba del Dibujo de la Figura Humana en adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años víctimas de agresiones sexuales *Revista de Psicología*, vol. 19, núm. 1, 2010, pp. 80-107 Universidad de Chile Santiago, Chile
- Bagby, M. et al (2003) *Evaluación psicológica en entornos de salud mental para adultos*. En Manual de psicología.
- Bell, J. E. (1980) *Técnicas Proyectivas*. Barcelona: Paidós.
- Bueno Belloch, M. (2021) publicado en página Facebook del Máster en Psicoterapia Psicoanalítica UCM, de 8 de febrero de 2021.
- Camara, W., Nathau, J. y Puente, A. (2000) Psychological test usage: implications in professional use. *Professional Psychology*, 31, 141-154m
- Cohen, JR y Swerdlik, ME (2001) *Pruebas y evaluación psicológica*. México: McGraw-Hill
- Cummings, J.A. (1986) Projective Drawings, En Knoff, H.M (ed) *The assessment of child and adolescent personality*. The Guilford Press: New York, London
- Eysenck, H.J. (1952). *The scientific study of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Exner, J.E. (2001) *A Rorschach Workbook for the comprehensive system*. Asheville N.C: Rorschach Workshop.
- Ezpeleta, L. (2001) *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis
- Fernández-Ballesteros, R., Vizcarro, C. y Márquez, M.O. (1983) *El Rorschach como instrumento conductual*. En Fdez Ballesteros (ED.) *Nuevas aportaciones en evaluación conductual*. Valencia: Alfaplús
- Fiske, D.W. (1971) *Measuring the concepts of personality*. San Francisco: Jossey- Bass
- Frank, R. (1992) *Diagnóstico, Evaluación y Asesoramiento*. Conferencia. 1er. Congreso Ibero-Americano de Psicología. Madrid.
- Garb, H. N., Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2002). Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(5), 454-459.

- Garfield, S. L., & Kurtz, R. M. (1973). Attitudes toward training in diagnostic testing: A survey of directors of internship training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(3), 350–355.
- Hamrin, V., & Pachler, M. C. (2005). Child and adolescent depression: Review of the latest evidence-based treatments. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 43 (1), 54-63.
- León, V.R.L. y Castañeda, Ch.A.M., (2007). *Indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana de Koppitz en niños maltratados y no maltratados*
- Levy, M.R y Fox, H.M. (1975), Psychological testing as alive and well. *Professional Psychology*, 420-424).
- Lindzey, G. (1961). *Projective Techniques and Cross Cultural Research*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Lubin, B., Wallis, R. y Paine, C. (1997), Patterns of psychological tests usage in the United States 1935-1969. *Professional Psychology*, 3, 63-64
- Maglio, N.B. y Luque, A.E. (2010). “Las técnicas proyectivas gráficas en casos de violencia de género”. *Psicodiagnosticar*. V. 20, pp. 91-98.
- Maruish, ME (1999) *El uso de pruebas psicológicas para la planificación del tratamiento y la evaluación de resultados*. Páginas. 1083 (Lawrence Erlbaum Associates, 1999)
- Mirotti, M.A (2008) *Introducción a las técnicas proyectivas*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Ortiz, P. (1997) El Test de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner-II: Bases para la interpretación. En Avila Coord.) *Evaluación en psicología clínica II*. Salamanca: Ed. Amarú
- Panek, D., Skalski , A, Gajda, J, Tadeusiewicz, R. (2015) Acoustic Analysis Assessment in speech pathology detection. *Int. J. Appl. Math. Comput. Sci.*, Vol. 25, No. 3, 631–643 DOI: 10.1515/amcs-0046
- Semenoff, B. (1973) *New developments in projective testing*. En Kline (ed.) *New approaches in psychological measurement*. Nueva York: Wiley.
- Tielsch, A. & Jackson Allen, P. (2005). Listen to them draw: Screening children in primary care through the use of Human Figure Drawings. *Primary care approaches. Pediatric Nursing*, 4 (31).
- Weiner, I. B. (1982) *El futuro del Psicodiagnóstico revisado, en Ávila y Rodríguez-Sutil: Psicodiagnóstico clínico*. Madrid: Eudema
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Yama M.F. (1990) La utilidad de los dibujos de figuras humanas como índice de ajuste general, *Journal of Personality Assessment*, 54: 1-2, 78-86

ALEXITIMIA CRUZANDO EL PUENTE ENTRE LA TEORÍA, LA INVESTIGACIÓN Y LA CLÍNICA (I)



Helena Ana
Lunazzi

Resumen:

Iniciamente descrita en la clínica psicosomática, la alexitimia se reconoce actualmente en muchos otros pacientes de difícil tratamiento (psicopatías, trastorno por estrés posttraumático, adicciones, trastornos de pánico, de la alimentación y otros). Aplicar la investigación empírica sobre el enfoque psicoanalítico de la alexitimia permite a) profundizar en la comprensión teórica y el conocimiento de las variables que pueden afectar a la regulación afectiva, b) optimizar la evaluación y c) diseñar una intervención psicoterapéutica apropiada.

Palabras claves Alexitimia, LAC, TAS-20, Artritis Reumatoide, Intervenciones psicoterapéuticas.

Keywords: Alexithymia, LAC, TAS-20, Rheumatoid Arthritis, Psychotherapeutic interventions.

ALEXITIMIA. CROSSING THE BRIDGE BETWEEN THEORY, RESEARCH AND THE CLINIC (I)

Abstract:

Initially described in the psychosomatic clinic, alexithymia is currently recognized in many other difficult-to-treat patients (psychopathies, post-traumatic stress disorder, addictions, panic disorders, eating disorders, and others). Applying empirical research on the psychoanalytic approach to alexithymia allows a) to deepen the theoretical understanding and knowledge of the variables that can affect affective regulation, b) optimize the evaluation and c) design an appropriate psychotherapeutic intervention.

* Directora Carrera de Especialización en Evaluación y Diagnóstico Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

Introducción

El cuerpo es la parte del alma que se conoce con los cinco sentidos
(William Blake).

Los Instrumentos de evaluación psicológica se deben construir con Rigor Experimental, pero administrarse e interpretarse con Actitud Clínica
(Michèlle Montreuil, (1995).

Todo el vivir ocurre desde el emocionar como fundamento.
No hay vivir sin emoción porque la emoción es, desde la operacionalidad,
vivir, la configuración dinámica de la corporalidad...
(Maturana, 1990).

Este trabajo pretende demostrar el enlace entre el desarrollo y evaluación del constructo Alexitimia y la fuerte demanda actual que busca articular la teoría psicoanalítica con la investigación empírica. Además, se subraya la relevancia de la evaluación psicológica como medio de verificación empírica y construcción de conocimiento. La conceptualización y validación del constructo Alexitimia, del mismo modo que las nuevas tecnologías, permiten detectar dimensiones útiles en los pacientes para sus psicoterapias, no tan visibles previamente.

Psicoanálisis e investigación empírica

Son numerosos los psicoanalistas que reclaman la investigación empírica de sus asunciones (Kandel, 1999, Robins, Gosling y Craik, 1999, Masling, 2000), Bornstein, 2010, 2017, Bornstein y Huprich 2015, Kernberg, 2006, 2015, Bram y Yalouf, 2015, Luyten, Blatt y Corveleyn, 2006 y Luyten, 2015). Entre ellos algunos mencionan que la escasez de validación de los alcances y limitaciones de sus formulaciones teóricas sería responsable de la decreciente presencia de trabajos psicoanalíticos, en las publicaciones especializadas y en los espacios formativos académicos. En un tratado sobre biología y el futuro del psicoanálisis publicado hace más de una década, Eric Kandel, premio Nobel, destacó que el aspecto más frustrante del psicoanálisis es su fracaso para evolucionar científicamente, específicamente su falencia para desarrollar métodos objetivos para probar sus formulaciones. (Kandel, 1999, citado por Taylor, 2013)

En este mismo tenor, Masling (2000) titula su documentado artículo “Investigación empírica y la salud del Psicoanálisis” poniendo de relieve que las ideas psicoanalíticas no son las más dominantes. Comenta en especial un informe de febrero de 1999 en “American Psychologist”, de Robins, Gosling y Craik que merece nuestra especial atención, pues revisaron cuatro importantes áreas de contenidos de la Psicología: la ciencia cognitiva, la neurociencia, el conductismo y el psicoanálisis. Estos autores señalaron que la producción en revistas contemporáneas de psicoanálisis no parece alcanzar a la corriente de la psicología científica, y comentan que *El psicoanálisis parece constituir un campo que se nutre de sí mismo* (Robins, Gosling y Craik, 1999, pags. 123 y 124; Yalouf, 2015).

No dudamos que la introducción de métodos de verificación en la teoría psicoanalítica puede resultar controvertida; así, Luyten, Blatt y Corveleyn en 2006, plantean que se encuentran en el psicoanálisis dos culturas divergentes, la hermenéutica y la positivista. Se tratarían de culturas muy diferentes, una más clínica en orientación, más centrada en el significado e interpretación, basándose principalmente en el tradicional método del caso. La otra, más orientada a la investigación, centrada en tratar de elucidar, relaciones de causa y efecto, basándose principalmente en métodos prestados de las ciencias sociales y naturales. En ese artículo se repasa la historia de esta división y de sus argumentos, se discuten pros y contras, sobre las posibles contribuciones de la investigación empírica. Cada vez se responden más a estas críticas referidas al estatuto científico del psicoanálisis desde la investigación empírica, lo que ha contribuido a un creciente reconocimiento dentro de la comunidad científica en cuanto a la credibilidad de aspectos de la teoría psicoanalítica y de la efectividad del tratamiento psicodinámico (Luyten, Blatt, y Corveleyn, 2006). Sin embargo, dentro de la comunidad psicoanalítica hay preocupación sobre el riesgo de que este incremento en la cantidad y calidad de la investigación empírica sobre conceptos psicoanalíticos cree una unilateralidad empírica. También temen que la investigación empírica sistemática pudiera reactivamente llevar a un aislamiento intelectual, fragmentación, estancamiento y ortodoxia.

Ahora bien, adicionalmente otros autores que toman en cuenta la tendencia polarizadora descrita, recomiendan el pluralismo metodológico. Si se asumiera esta postura podría conducir a una comprensión enriquecida del proceso clínico y al desarrollo de nuevas metodologías de exploración, para investigar las complejas hipótesis psicodinámicas. También el pluralismo metodológico ayudaría a cerrar la brecha entre las previamente citadas dos culturas psicoanalíticas y disminuiría la distancia entre investigación y práctica clínica. Pocos temas provocan

tanta discusión y polémica en psicoanálisis como este debate sobre el papel de la investigación empírica (Bornstein 2005; Hauser 2005; Green, A. 2000)

La contribución de las técnicas de exploración psicológica, enorme y significativa, desborda ampliamente los objetivos escuetos del diagnóstico diferencial. Los resultados que de ella se desprenden pueden tanto inscribirse en la investigación empírica de los supuestos psicoanalíticos como en aportes concretos de la llamada Psicología de la Salud. Este enfoque se orienta a aplicar los resultados de las investigaciones con técnicas psicológicas a la promoción de la salud y al bienestar, a la limitación de los riesgos a enfermar, a la atención de las personas en situación de enfermedad, a la rehabilitación de las secuelas, y además, la mejora de los servicios de salud. Como sabemos, la Psicología de la Salud es una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud (Morales Calatayud, 1999).

En una reflexión sobre nuestra propia disciplina, la evaluación psicológica, evocamos los trabajos seminales de D. Rapaport y R. Schafer en la Clínica Menninger. Ellos anticiparon en la década del sesenta que la evaluación psicológica era una aliada en la necesidad de verificación diagnóstica por parte del psiquiatra y del equipo de salud, como método inestimable para la investigación teórica del funcionamiento psíquico (Schafer, 1948, 1954), Rapaport, 1960, 1970; Rapaport, Schafer y Gill, 1965).

Pareciera sin embargo, que últimamente en nuestro país, Argentina, mientras se afirma la necesidad de tomar en cuenta resultados objetivos científicamente avalados, la evaluación psicológica podría utilizarse más para aportar evidencia en los diagnósticos, servicios de psicoterapia y administración de tratamientos.

Alexitima

Graeme Taylor, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Toronto, Hospital Mount Sinai y Titular del Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo, uno de los autores de las Escalas Toronto de Alexitimia (TAS) afirma que *El ejemplo de Alexitimia muestra cómo contar con instrumentos confiables y válidos para evaluar un constructo psicoanalítico, no sólo provee sostén a la validez del constructo, sino que además aporta una oportunidad para que se desarrolle un amplio abanico de otras investigaciones empíricas, que pueden proporcionar hallazgos clínicamente relevantes* (Taylor y Bagby, 2013). Entre estas investigaciones

podríamos mencionar estudios correlacionales que clarifican la naturaleza de las relaciones con otros constructos psicoanalíticos, estudios experimentales que evalúan hipótesis propuestas sobre déficits subyacentes, estudios con imágenes cerebrales que identifican los correlatos neurológicos del constructo, investigaciones con gemelos y mellizos, que investigan en qué medida puede relacionarse etiológicamente el constructo con factores genéticos y estudios para evaluar la eficacia de distintas intervenciones psicoterapéuticas. Pueden aplicarse varios procedimientos estadísticos como el análisis factorial confirmatorio (CFA), para evaluar en qué medida es probable que se hallen presentes los factores que componen el constructo entre no pacientes y pacientes de distintas culturas y problemáticas. (Lunazzi y col. 2012).

Plantea, más adelante G.Taylor, que *Los hallazgos de la investigación empírica son de utilidad para el psicoanalista pues ofrecen una comprensión más amplia de pacientes que son difíciles de tratar, a causa de que tienen limitado reconocimiento de sus sentimientos, son proclives a los síntomas somáticos, a las conductas basadas en la acción, que resisten la exploración de su mundo interno inconsciente, que fallan en interactuar emocionalmente con el terapeuta y que producen contras-ferencialmente sentimientos de aburrimiento, frustración y agotamiento.*

Hallamos en los párrafos de G.Taylor las referencias esenciales del constructo polifacético Alexitimia, el cual, al volver visible una categoría dimensional nueva, permite reconocer el agrupamiento de cuatro importantes rasgos de personalidad y ofrece evaluación e investigación empírica al amplio territorio del pensamiento psicoanalítico sobre la regulación e integración de los afectos en el funcionamiento psíquico. Los cuatro factores que integran la alexitimia son a) dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones somáticas; b) dificultad para comunicar los sentimientos; c) limitada actividad de imaginación y fantasía; y d) pensamiento operatorio (atención dirigida a tareas concretas externas, como actitud opuesta a vincularse con la propia vida psíquica interna). (Taylor, 1984, 1995, Taylor, Bagby, Parker, 1997; Bagby, Parker, Taylor 1994; Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Dickens, S.E., 2006).

Notemos que la definición de Alexitimia, que etimológicamente significa “Sin palabras para los sentimientos” (Sifneos, 1973), resulta muy reductiva respecto de abarcar la agrupación de rasgos que la componen. Banalizar la comprensión de la Alexitimia como “sin palabras para los sentimientos” oscurece la riqueza y eficacia del constructo.

El constructo Alexitimia fue conceptualizado por los psicoanalistas bostonianos P. Sifneos y Nemiah como fruto de su trabajo con pacientes psicósomáticos

(Nemiah y Sifneos 1970; Nemiah, 1976, 1977). Ellos tempranamente llamaron la atención sobre el hecho de que un déficit afectivo parecía estar en la base de numerosos trastornos psicosomáticos (Sifneos, 1967, 1994). Sus trabajos comparan los desarrollados, paralelamente por P.Marty y M. de M'Uzan en la Escuela Psicosomática de París. Este último grupo definió el “pensamiento operatorio” (Marty y de M'Uzan, 1963), descrito como el cuarto factor de la Alexitimia cuando se elaboró la Escala TAS-26 (Taylor, 1984, 1995; Taylor, Bagby, Parker, 1997; Parker, Taylor, Bagby, 1998).)

Las conclusiones de las investigaciones realizadas en Boston y París, son compatibles también con las observaciones e impresiones clínicas. Las personas con altos grados de alexitimia, emplean principalmente defensas primitivas, tienen una capacidad empática limitada, exhiben déficit en la mentalización y no responden bien a las psicoterapias interpretativas tradicionales.

Consideraciones etiológicas

En la investigación de la etiología de la alexitimia, se conjugan hoy muy activamente, propuestas teóricas e investigación empírica. Los temas principales indagan el alcance de los factores genéticos y hereditarios, los determinantes neurobiológicos y o ambientales y vinculares. Especialmente las interferencias y bloqueos de desarrollos cognitivos y afectivos saludables son temas que concitan un profundo interés. Particularmente destacamos la importancia de los hallazgos de las investigaciones sobre trauma infantil y apego inseguro, factores generalmente asociados con déficits en el desarrollo afectivo y en su regulación.

Mencionaremos algunas de las principales corrientes. Desde el punto de vista teórico el trabajo de W. Bion, sobre la génesis, agénesis y disgénesis del pensar resulta fundamental. En sus trabajos se delinearon dos mecanismos básicos, usados para evitar las dolorosas o catastróficas ansiedades asociadas con el nacimiento del pensamiento (Bion, 1966). Tales mecanismos son la evacuación de los componentes a partir de los cuales nace el pensamiento o la conversión de ellos en pseudo elementos o falsos pensamientos. Testimonio clínico de estos mecanismos son el pensamiento disgregado y la enfermedad psicosomática (Fossati, Acquarini, Feeney, Borroni, Grazioli, Giarolli, Graham, 1988).

En el sendero de W.Bion, pero también en sintonía con los trabajos recientes en neuropsicología de A. Damasio y continuadores, se destaca Wilma Bucci, con su conceptualización de la teoría del Código Múltiple y el proceso referencial, fundamental para la consciencia y el sentido de Self (Bucci, 2007, 2008; Damasio,

1994, 2003). En su teoría de código múltiple y del proceso referencial se examina el nivel de conciencia y el sentido de sí mismo (Self) planteando la yuxtaposición de sistemas subsimbólicos y simbólicos en los que se elabora la información incluyendo la información emocional. Las patologías en la memoria de trabajo y en todas las formas de neurosis tendrían sus raíces en la disociación dentro de los esquemas de la emoción. Esto se aplica en diferentes niveles para todas las formas de neurosis. El objetivo del tratamiento psicoanalítico es la integración de los esquemas disociados, lo que requiere la activación de lo subsimbólico, incluyendo la experiencia corporal, en la sesión, las representaciones simbólicas de la experiencia presente y más allá asociativamente. En sus trabajos discute el papel del lenguaje en el cambio terapéutico, así como las implicaciones sobre la represión, la resistencia, el proceso primario y otros conceptos psicoanalíticos (Marty, P. 1991, Bucci, 1997, 2008)

Otra importante corriente de estudios etiológicos es la de J. Bowlby (Bowlby, 1958, 1960, 1969, 1973, 1980), con su Teoría del Apego, que enfatiza las consecuencias deficitarias o saludables de los buenos o insatisfactorios vínculos de la madre, padre y ambiente en la infancia temprana. Esta corriente, subraya la importancia de que el niño cuente para su desarrollo con *una madre suficientemente buena*, con capacidad de empatía, sostén duradero y estabilidad afectiva. D. Winnicott, con cierta distancia respecto de las enseñanzas de S. Freud, predominantemente centradas en la lucha interna por las vicisitudes de los impulsos, llama la atención sobre el sentimiento de soledad, el niño sano, los estados vinculares desde la dependencia absoluta a la independencia relativa, el juego, la creatividad, la trascendencia y muchos otros tópicos (Winnicott, 1958, 1965, 1972, 1991). La madre suficientemente buena es aquella que se adapta a las necesidades del bebé, sin ser muy intrusiva ni, por lo contrario, distante e indiferente. En las funciones maternas, Winnicott antepone el concepto de función frente al del sujeto que la realiza (madre, padre o sustituto). La función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá del individuo concreto, biológico, que realiza el cuidado materno. De ahí que las falencias en las funciones de manejo, sostén y presencia se hallen en las fuentes de las dificultades de integración afectiva en el desarrollo psíquico. (Howes, Hamilton, 1992; Jurist, 2005)

En la línea que subraya la importancia etiológica de los factores vinculares y ambientales, caben citar los estudios que identifican padres alexitímicos con hijos autistas (Heaton y Reichenbacher, 2012). La asociación altamente significativa entre abuso físico por alguien cercano y cáncer en 13.092 encuestados, (Fuller-Thomson, 2009). Tiempo antes ya se había planteado la asociación todavía entonces

intrigante, entre maltrato (comprende un abanico de abuso físico y sexual, negligencia o disfunción familiar) asociado con un gran espectro de enfermedades crónicas y síntomas somáticos funcionales, diabetes, artritis, asma y bronquitis crónica, enfisema y cardiopatías (Felitti, 1998). Otras investigaciones revelan la relación estadísticamente significativa entre apego desorganizado y trastorno límite de personalidad y otros trastornos disociativos. La evidencia indica que una gran proporción de pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) han sido expuestos a alguna forma de abuso (73%), o negligencia o abandono (82%), P. Patrick y P. Fonagy, demuestran distorsiones considerables de la representación de apego en individuos con este trastorno (Fonagy, 1997, 2002, 2011; Patrick, 1994, Lunazzi, 2013). Característicamente, todas las investigaciones en trastorno de personalidad antisocial y psicopatía, presentan alta grado de alexitimia (Liotti 1992, 2006; Cassidy, 1994; Lyons-Ruth 2003, Hesse y Main, 2006). Cuestión que hemos hallado también comprobada en nuestras investigaciones de adictos judicializados, administrando conjuntamente TAS y Rorschach (Lunazzi et al. 2010), en sujetos con sobrepeso crónico, (Lunazzi, 2001), con artritis reumatoide (Lunazzi, 2014) y en otras enfermedades psicosomáticas (Lunazzi et al., 2012). Puede hallarse también confirmación en las investigaciones que demuestran los efectos positivos del apego seguro sobre el desarrollo del pensamiento simbólico y la capacidad de mentalización (Meins, Fernyhough, Russell, 1998; Main, Hesse, Kaplan, 2005).

Otro importante autor a mencionar es James Grotstein (1986), quien, en una postura integracionista, intenta dar luz sobre algunos tópicos que se entrecruzan y problematizan entre los enfoques psicoanalíticos que hemos descrito. J. Grotstein, propone lo que llama un nuevo paradigma en psicopatología: “La Psicología del Desvalimiento: trastornos de la Regulación del sí mismo y de la Regulación de las Interacciones”, que busca, reunir las teorías del conflicto (de poder entre las fuerzas impulsivas y las defensas) y las de déficit (impotencia, desvalimiento o desamparo) con los hallazgos de la neurobiología. Este autor realiza un gran esfuerzo de integración, retomando el concepto de descatectización de Freud y basándose en la contribución de muchos autores (Winnicott, 1958, 1965, 1972, 1991; Reich, 1960, Bion, 1962, 1963, 1965, 1970, Balint, 1968, Bowlby, 1969, 1973, 1980, Broucek, 1979, y Kohut, 1971, 1977, 1978, 1984), que revisa en sus textos (Grotstein, 1986, 1990).

Formando parte de las investigaciones etiológicas, es interesante señalar los difíciles estudios sobre la alexitimia que buscan establecer asociaciones o posibles determinaciones hereditarias. (Cooper, 2005; Rutter, 2006). Una investigación con 8.785 mellizos daneses, concluye que los factores hereditarios tendrían una influencia de cerca del 30%, cuestión que se hallaría de acuerdo con otras

investigaciones que informan algo semejante en lo que respecta a rasgos de la personalidad (Jørgensen, Zachariae, Skytthe, Kyvik, 2007).

Es oportuno también mencionar investigaciones que buscan poner en evidencia los correlatos neurológicos de la alexitimia (Moriguchi et al., 2006, 2007, Matsuda y Komaki, 2007, Franz et al., 2008). También cabe mencionar las investigaciones con multimétodos evaluativos, para indagar la validez discriminativa del constructo (Porcelli, P. 2004; Bagby, Taylor, Parker, Dickens, 2006; Porcelli, Mihura, 2010; Luyten, Fonagy, Lowyck, Vermote, 2012)

La Alexitimia en la Artritis Reumatoide.

Como señalamos previamente, la Alexitimia fue descrita originariamente en los enfermos psicossomáticos, actualmente se la reconoce en los trastornos por estrés postraumático, adicciones, personalidades impulsivas y en muchos cuadros psiquiátricos de difícil tratamiento. Posiblemente estos trastornos comparten el déficit de mentalización.

Dentro de los hallazgos provenientes de nuestras investigaciones en las que aplicamos, en forma conjunta o independiente, técnicas de evaluación objetivas (Escala TAS) y proyectivas (Rorschach Sistema Comprensivo) en administraciones individuales, nos llamaron la atención los resultados de las muestras psicossomáticas donde incluimos pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Nos llamó la atención que los pacientes con AR manifestaron en el Rorschach puntajes altos en el Índice de desvalimiento (C.D.I.), Índice de Estrés Crónico e Índice de Estrés Situacional (puntaje D y D ajustado) e Índice de Depresión (DEPI) (Lunazzi, 1999). También, los pacientes con AR obtuvieron puntuaciones en Alto Lambda, puntuaciones no halladas en los demás pacientes psicossomáticos, pero la diferencia de esta variable no fue estadísticamente significativa.

Ya que no se había comprobado la presencia significativa de la alexitimia en la artritis reumatoide (AR), una enfermedad psicossomática autoinmune de importante distribución poblacional, buscamos establecer diferencialmente su presencia en los casos ya que ello precisa el diagnóstico y la orientación psicoterapéutica por parte del equipo de salud.

Metodología: nuestra propuesta

Para investigar la alexitimia en la AR y evaluarla empíricamente mediante la Escala Toronto de Alexitimia (TAS26) y el Rorschach (Sistema Comprensivo)

se utilizó un dispositivo de multimétodos, más apropiado para la evaluación del constructo. Las técnicas se aplicaron a tres muestras seleccionadas de pacientes y no-pacientes, en un total de 180 casos que permitieron el contraste de los indicadores y variables en juego.

Para la adecuada contrastación de los resultados de las muestras se obtuvieron los estadísticos descriptivos normativos en 506 no-pacientes de entre 18 y 65 años de edad del mismo contexto cultural, para la Técnica Rorschach. Se emplearon desarrollos recientes en la investigación sobre los indicadores de alexitimia en el Rorschach. Se estudió la asociación entre la presencia de alexitimia y las variables nivel socio-económico y años educativos, y la validez concurrente de las técnicas empleadas en el diagnóstico de la alexitimia. Finalmente se comprobaron, se refutaron y se propusieron indicadores nuevos para la evaluación Rorschach (SC) de la alexitimia en la AR.

Notemos que en las investigaciones TAS en la AR los resultados revisados no fueron concluyentes y merecen al menos replicación con mejores recaudos metodológicos. Por nuestra parte, se hizo visible que, cuando evaluamos con la escala TAS a 30 pacientes del Hospital Rossi de La Plata diagnosticados con artritis reumatoidea, el 87% se incluyó dentro del rango alexitímico, y el 27% de los casos presentó alexitimia muy severa (≥ 74) (Lunazzi, Lazzarino, Lojo, 1999).

Eran muy escasos los estudios Rorschach previos al Sistema Comprensivo. En 1987, Acklin y Bernat propusieron un Índice de Alexitimia usando el Sistema Comprensivo. El índice fue aplicado a pacientes con dolor crónico de columna sacra (Acklin, 1987). En un estudio subsecuente, Acklin y Alexander (1988) examinaron la validez del índice de alexitimia en cuatro grupos de pacientes psicósomáticos que presentaban dolor sacro crónico, problemas gastrointestinales, trastornos dermatológicos y migraña.

El *cluster* de indicadores de alexitimia propone agrupamientos de variables del Rorschach que evalúan los funcionamientos: a) cognitivos: estereotipia (Lambda alto) y cognición concreta (Bajo Blend); b) afectivos: restricción afectiva (Suma C) y escaso afecto adaptativamente regulado (FC); c) ideacionales: limitación de la vida imaginaria (bajo R y M) y d) adaptativos: deficiencias ideacionales y afectivas objetivables en el Tipo Vivencial restringido ($EA < 6$) (Acklin, 1990: 181). Como se observa, la evaluación de estos funcionamientos guarda correspondencia con los cuatro factores investigados por la TAS.

El agrupamiento (*cluster*) de variables Rorschach indicadoras de alexitimia de Acklin y Bernat ha sido probado en diversas muestras de pacientes, y se ha comprobado en la mayoría.

Hemos, por nuestra parte (Lunazzi, 1999a, 1999b), hallado confirmación preliminar sobre la validez del agrupamiento de Acklin, excepto el Lambda Alto (Lunazzi, 2005).

Entre los hallazgos provenientes de nuestras investigaciones, en las que aplicamos en forma conjunta o independiente, técnicas de evaluación objetivas (Escala TAS) y proyectivas (Rorschach Sistema Comprensivo) (Lunazzi et al. 1997; Lunazzi, 1999; Lunazzi, 2001; Lunazzi, 2001; Lunazzi, 2005), ambas mostraron su eficacia para poner de relieve las características manifiestas del estilo cognitivo y afectivo del alexitímico, así como la dinámica y organización subyacente. La TAS permitió diferenciar muestras con elevada alexitimia y sin alexitimia asociadas con la presencia o ausencia de cuadro psicossomático. La técnica Rorschach informó sobre la estereotipia cognitiva, las limitaciones de los procesos de mentalización y el déficit en la regulación de los afectos, así como acerca de indicadores esperables en presencia de riesgo psicossomático.

En conclusión, postulamos a la alexitimia como un rasgo y no un estado. Investigaciones longitudinales han permitido comparar la estabilidad de esta dimensión de la personalidad.

Tanto las características de personalidad como la presencia de psicopatología son heterogéneas dentro de los pacientes de AR.

Las investigaciones en la AR plantean que las características psicológicas de estos pacientes preceden al diagnóstico y no pueden considerarse una mera adaptación a la enfermedad. Se manifiestan tanto en el desencadenamiento de la enfermedad como en los modos de sobrellevarla. La alexitimia se encuentra —o no— tanto en los seropositivos como en los seronegativos, las características psicológicas eran previas al desencadenamiento de la enfermedad y estas características evolucionaban de modo consecuente durante la evolución de la enfermedad. Es decir, a mayor psicopatología previa, mayor probabilidad de incremento de ésta en la evolución de la enfermedad. La experiencia del dolor, la fatiga o la incapacidad es una respuesta subjetiva heterogénea, mucho más asociada a la presencia de antecedentes psicopatológicos que a la enfermedad en sí. A pesar de las diferencias que acentúan más los antecedentes genéticos o las perturbaciones psicológicas, todos los pacientes responden en forma homogénea a la medicación.

Considerando que la inteligencia del niño y su medio social y familiar influyen en el desarrollo de las habilidades léxicas y la expresividad emocional verbal, se podría esperar que la alexitimia muestre alguna asociación con la inteligencia, el nivel educacional y el estatus socioeconómico. Investigaciones preliminares

han mostrado escasa o baja asociación con el nivel socioeconómico bajo, bajo nivel educativo y baja inteligencia.

Se puede cometer una «falsa ecuación semántica» si se supone que todos los psicósomáticos son alexitímicos o que todos los artríticos son sujetos homogéneos. Es indicado evaluar con un criterio externo la presencia de alexitimia, por ejemplo, con la TAS. No obstante, la TAS ha resultado alto en sujetos no alexitímicos según el Rorschach. Es imprescindible el uso conjunto de multimétodos para su completa evaluación. La TAS, del mismo modo que otros autoinformes, no permite acceder al conocimiento del sujeto sino a cómo el sujeto supone que es y desea ser visto. El Rorschach evalúa en uno de sus ejes de análisis (procesos mentales relacionados con la elaboración ideacional y contenidos temáticos) la actividad imaginaria, pero ligada a los recursos cognitivos y la regulación afectiva del caso. Otras características de los protocolos Rorschach de los alexitímicos pueden mostrarse en variables que no predicen los puntajes de la TAS-20, pero que sin embargo diferenciaron significativamente a los sujetos en los rangos de puntaje en alexitimia elevada y baja. Un único método no podría dar una respuesta adecuada en el estudio de un constructo.

Se verificó una importante y significativa presencia de alexitimia en los pacientes de Artritis Reumatoidea. La TAS26 resultó válida: discriminó efectivamente pacientes de no-pacientes según presencia y nivel de alexitimia en la AR. Las variables nivel socio-económico y años educativos resultaron independientes de la presencia de alexitimia. El puntaje total obtenido en la escala es un buen predictor; también comprobamos la utilidad de investigar los niveles de presencia definitiva, indeterminada o ausente de alexitimia en relación a otras variables (Lunazzi, 2013, 2014).

Según nuestra investigación 20 indicadores son válidos para la investigación de la alexitimia mediante el Rorschach: **Bajos (variables del 1 al 10)** 1. M,; 2. SumpondC,; 3. FC, ; 4. Blends,; 5. EA,; 6. MA%,; 7. M+FM+m,; 8. H, 9. DQ+, 10. Códigos Especiales (Wpond6). **Altos (variables del 11 al 20)** 11 A, 12. P, 13. PSV, 14. R-Eng,; 15. RFS,; 16. An>2, ;17. An+Xy>3,; 18. DEPI,; 19. D ; 20 Dadj. (estos dos últimos con puntajes negativos).

En síntesis, como puede observarse, comenzamos nuestra investigación revisando las contribuciones y advertencias sobre errores metodológicos o de concepto sobre el tema, ya que aspirábamos a ofrecer hallazgos que pudieran considerarse representativos de un estudio TAS-Rorschach sobre el constructo alexitimia en la enfermedad artritis reumatoidea. Obtuvimos los estadísticos descriptivos de referencia normativos poblacionales, para realizar la adecuada comparación de muestras obtenidas en el mismo contexto cultural. Sometimos a

análisis variables educativas y socioeconómicas para establecer su independencia o dependencia en la evaluación del constructo.

Adoptamos la metodología de multimétodos porque la reconocemos como la más indicada. Al llegar a este punto del recorrido realizado, estamos en condiciones de dar respuesta al problema que nos planteamos en la formulación de la hipótesis, la que reproducimos: «Los pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea presentarán un déficit reconocible en la regulación de los afectos llamado alexitimia, evaluable empíricamente mediante las técnicas Escala Toronto de Alexitimia (TAS26) y el Rorschach (Sistema Comprensivo)»

Respondemos: que tal déficit pudo claramente objetivarse con el uso de las técnicas, cada una de inestimable valor para establecer la presencia o no del déficit e informar sobre su estructura y funcionamiento.

Corresponde señalar la capacidad de la TAS para dar por válida la evaluación del constructo alexitimia y poner de manifiesto las diferencias entre pacientes y no pacientes.

Se comprobaron y refutaron indicadores tradicionales y ampliados para la evaluación Rorschach de la alexitimia. Propusimos 7 indicadores originales Rorschach surgidos de nuestros propios estudios para investigar la presencia de alexitimia, de los cuales se verificó la validez de 5. Se verificaron 20 indicadores Rorschach de alexitimia válidos para su diagnóstico en la AR. Entre ellos, se destaca la capacidad discriminativa de la RFS.

El empleo de multimétodos es relevante en el estudio de la alexitmia. Aún cuando la convergencia concurrente estadística no sea siempre completa, aporta riquísima información para fundamentar el juicio clínico del evaluador.

Pudo establecerse la asociación estadísticamente significativa desde el punto de vista probabilístico entre la alexitimia y la artritis reumatoidea (AR), evaluada por la TAS26 y por el Rorschach (SC).

Bibliografía

- Bornstein, R. (2005). Reconnecting psychoanalysis to mainstream psychology: Opportunities and challenges. *Psychoanal. Psych.*, 22: 323–340.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Dickens, S.E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy & Psychosomatics* 75:25–39
- Bion, W. (1966). *Apreniendo de la Experiencia*. Paidós. Buenos Aires.
- Bornstein, R. (2010) Psychoanalytic theory as a unifying Framework for 21st Century Psychoanalytic Psychology. *Personality Assessment*. 27,133-152
- Bornstein, R. (2017) Evidence- Based Psychological Assessment. *Journal of Personality Assesment. (JPA)*. Vol.99.n° 4.435-445
- Bowlby, J. (1958) The child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39. 1-23
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, volume 1, Attachment, Basic Books, New York.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss, volume 2, Separation: Anxiety and Anger; Basic Books*, New York.
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss, volume 3, Loss: Sadness and Depression*, Basic Books, New York.
- Bucci,W. (1997): Symptoms and symbols: A multiple code theory of Somatization, *Psychoanalytic Inquiry*, 17:2, 151-172
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2007). Dissociation from the Perspective of Multiple Code Theory—Part II: Contemp. *Psychoanal.*, 43:305-326.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*.59:228–249.
- Damasio A. (1994) *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Ed. Crítica. Madrid.
- Damasio A. (2003) *Looking for Spinoza. Joy, sorrow and the feeling brain*. Harcourt, Inc. N.Y.
- Felitti, V. y col. (1998), Chronic Illnesses and Child Abuse. *Am J Prev Med*. 47-58
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Developmental Psychopathology* 9:679–700.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.N.Y.
- Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J.A., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, Graham, R. (1988). The concept of alexithymia in the light of the work of Bion. *British Journal of Psychotherapy* 4:364–379.
- Grotstein, J.S. (1986). The psychology of powerlessness: Disorders of self regulation and interactional regulation as a newer paradigm for psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry* 6:93–118.

- Grotstein, J.S. (1990) Nothingness, meaningless, chaos and “the black hole” II. *Contemporary Psychoanalysis* 26, 377-407
- Hauser, S.T. (2005). Bridging cultures or withering on the vine. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 53:1283–1289.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309–343.
- Howes, C., & Hamilton, C.E. (1992). *Children’s relationships with caregivers: longitudinal studies* (pp. 245–304). New York: Guilford Press
- Jørgensen, M.M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy & Psychosomatics* 76:369–375.
- Jurist, E. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology* 22:426–444.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*. 156:505–524.
- Kernberg, O.F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis* 87:919–926.
- Liotti G. (1992) *Disorganized, disoriented attachment in the etiology of the Dissociative Disorder*. *Dissociation* 5 (4) 196-204
- Lunazzi, H. (1999, a.). *La alexitimia como factor de riesgo psicosomático*. Segundo Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica AIDEP, Caracas.
- Lunazzi, H.; García de la Fuente, M.; Elías, D. y Kosak, V. (1999,b.). *Investigación sobre variables en el constructo Alexitimia según puntaje total y factores en 550 casos* (póster). IV Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Caracas.
- Lunazzi, H. (2000). Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *Rev. Iberoam. de Ev. Psic*, vol. 10, n° 2, 101-119.
- Lunazzi, H.; Urrutia, M. I. (2005). *Re-visitando el Lambda elevado*. XVIII International Congress of Rorschach and P.M., Barcelona
- Lunazzi, H. Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. (2000). *Rev. Iberoamericana de Evaluación Psicológica. RIDEP*. Vol.10. N°2. 25-37
- Lunazzi, H. A., Taylor, G.J. , Bagby, R.M., Sivak, R. (2012) *Alexitimia, cruzando el puente entre la Teoría, la investigación y la Clínica*. Paidós. Buenos Aires.
- Lunazzi, H. A. (2013) *Puentes y contracaras en dos nuevas categorías psicológicas: Alexitimia y Apego*, Conferencia. III Congreso de Psicología de Tucumán. 13 al 15 de septiembre de 2013
- Lyons-Ruth (2009) The Relational Context of Dissociative Phenomena. *Journal of Trauma & Dissociation* 12(3):75-93
- Marty, P. y de M Uzan, M. (1963). “La Pensée Opératoire”. *Revue Française de Psychanalyse*, XXVII, pp.1345-1 356
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et Psychosomatique*. Ed. Laboratoire Delagrangue. Paris

- Masling, J. (2000). Empirical evidence and the health of psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 28:665–685.
- Matsuda, H., & Komaki, G. (2007). *Empathy and judging other's pain: An FMRI study of alexithymia*. *Cerebral Cortex* 17:2223–2234.
- McDougall, J. (1982–1983). Alexithymia, psychosomatosis, and psychosis. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9:379–388.
- Meyer, G. (2008) *Los Desafíos de la Evaluación Psicológica con Multimétodos*. En Lunazzi, H. *Relectura del Psicodiagnóstico*. (2017) Ed. Lugar. Buenos Aires.
- Morales Calatayud, F. (1999) *Introducción a la Psicología de la Salud*. Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2007). *Empathy and judging other's pain: An fMRI study of alexithymia*. *Cerebral Cortex* 17:2223–2234.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R.D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *NeuroImage*, 32:1472–1482.
- Nemiah, J.C., & Sifneos, P.E. (1970). *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*. In *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, ed. O. Hill. Vol. 2. London: Butterworths, pp. 26–34.
- Nemiah, J.C., Freyberger, H., & Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, ed. O. Hill. Vol. 3. London: Butterworths, pp. 430–439.
- Nemiah, J.C. (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy & Psychosomatics* 28:199–206.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (1998). *Alexithymia: Relationship with ego defenses and coping styles*. *Comprehensive Psychiatry* 39:91–98.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001). *The relationship between emotional intelligence and alexithymia*. *Personality & Individual Differences* 30:107–115.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research* 55:269–275.
- Porcelli, P. (2004) *Psychosomatic Medicine and the Rorschach*. Psimática. Madrid
- Porcelli, P., & Mihura, J.L. (2010). Assessment of alexithymia with the Rorschach Comprehensive System: The Rorschach Alexithymia Scale.(RAS). *Journal of Personality Assessment* 92:128–136.
- Rapaport, D. (1970) *Implicaciones teóricas de los Procedimientos de Verificación Diagnóstica, en Knight, D. Psiquiatría Psicoanalítica*. Hormé. Buenos Aires.
- Robins, R.W.; Gosling, S.D.; Craik, C.H. (1999) An empirical analysis of trends in psychology. *Am. Psychol.* 54, 117–128, doi:10.1037/0003-066X.54.2.117.
- Rutter, M. (2006). *Genes and Behavior: Nature-Nurture Interplay Explained*. Oxford, UK: Blackwell

- Schafer, R. (1948) *Clinical application of Psychological Test*. (16th edición 1980) International University Press. N.Y.
- Schafer, R. (1954) *Psychoanalytic Interpretation of Rorschach Testing*. Grune & Stratton. N.York.
- Sifneos, P.E. (1967) *Clinical Observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases*. Acta Medicina Psychosomatica, 7, 1-10
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics* 22:255-262.
- Sifneos, P.E. (1994). *Affect deficit and alexithymia*. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 10:193-195.
- Taylor, G., Bagby, M., Parker, J. (1997) *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. United Kingdom.
- Taylor, G.J. (1984). Psychotherapy with the boring patient. *Canadian Journal of Psychiatry* 29:217-222.
- Taylor, G., Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *J Am Psychoanal Assoc* 2013 61: (99-123) New York:
- Winnicott, D. W. (1972) *Realidad y Juego*. Gedisa. Barcelona
- Winnicott, D. W. (1991) *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Paidós. Buenos Aires

CEFALEA. EL DOLOR Y SUS EFECTOS EN EL FUNCIONAMIENTO MENTAL



Alicia Delgado

Resumen

Se presenta el caso clínico de una niña de 10 años atendida en el sistema público de salud de la Comunidad de Madrid y en el Programa de Infanto-juvenil de los Centros de Salud Mental. La paciente fue remitida desde el Servicio de Neurología por haberse descartado patología orgánica que justificara la sintomatología. Presenta episodios de cefalea diarios también por la noche. Se realiza una valoración a partir de la anamnesis, CGI y de Técnicas Proyectivas Gráficas, donde se detecta un funcionamiento mental, en el que se da un borramiento de las producciones psíquicas que han evolucionado a un pensamiento operatorio, caracterizado éste por la ausencia de trabajo mental y de emociones (alexitimia). El aparato psíquico queda desarticulado y la reacción somática sustituye a la reacción psíquica. Se concluye que las deficiencias estructurales en la fase de construcción del psiquismo y las dificultades paraexcitadoras en las figuras parentales dejan a Atenea a merced de un funcionamiento operatorio. Se despliegan las características técnicas que requiere el abordaje terapéutico de estos pacientes para que la intervención no provoque un efecto iatrogénico.

Palabras claves: *Pensamiento operatorio, trabajo mental, alexitimia, parexcitación, Técnicas Proyectivas Gráficas*

Key words: *Operative thinking, mental work, alexithymia, paraexcitation, Graphic Projective Techniques*

* Psicóloga Clínica, C.S.M. Puente de Vallecas / H.U. Infanta Leonor-Madrid

HEADACHE. PAIN AND ITS EFFECTS ON MENTAL FUNCTIONING

Abstract

The clinical case of a 10-year-old girl treated in the public health system of the Community of Madrid and in the Child and Youth Program of the Mental Health Centers is presented. The patient was referred from the Neurology Service because organic pathology that justified the symptoms had been ruled out. She has daily headache episodes, also at night. An assessment is made from the anamnesis, CGI and Graphic Projective Techniques, where a mental functioning is detected in which there is an erasure of the psychic productions that have evolved into an operative thinking, characterized by the absence of mental work and emotions (alexithymia). The psychic apparatus is disarticulated, and the somatic reaction replaces the psychic reaction. It is concluded that the structural deficiencies in the construction phase of the psychism, and the paraexcitation difficulties in the parental figures leave Atenea at the mercy of an operative functioning. The technical characteristics required by the therapeutic approach of these patients are displayed, so that the intervention does not cause an iatrogenic effect.

Introducción. Funcionamiento operatorio

Pierre Marty & Michel de M'Uzan (1962), describieron el concepto de “pensamiento operatorio” y más tarde Claude Smadja (1998) desarrolló su concepto de “La vida operatoria”.

Según el Diccionario Internacional de Psicoanálisis (Mijolla et al., 2007), el funcionamiento operatorio representa el grado máximo de desmentalización y según P. Marty es la consecuencia de la más profunda desorganización de la que el aparato mental puede ser objeto, ya que se produce un borrado generalizado de todas las funciones psíquicas quedando entonces el paciente operatorio reducido a automatismos de supervivencia. El pensamiento se vuelve “actual” y “factual”. Es un pensamiento lógico, consciente, concreto y no tiene vínculo con una actividad fantasmática apreciable. Los deseos desaparecen y únicamente subsisten las necesidades elementales. Los comportamientos quedan reducidos a un aspecto mecánico, funcional. El individuo funciona limitado a un conjunto de aparatos “sin vida” como si fuera un robot.

Pensamiento operatorio: Es un tipo de funcionamiento psíquico donde está ausente el trabajo mental (razonamiento y reflexión) y las emociones (alexitimia).

— Es un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos (representativos).

— Duplica e ilustra la acción.

— Lo factual y lo actual dominan la escena. El sujeto queda reducido a “un aparato sin alma”.

— Se despliega una relación de objeto desvitalizada, deficiente, traumática. Un universo desértico. Sin fantasías, sin ensueños (sueños despiertos), sin humor, sin juegos simbólicos.

Vida operatoria: Disminución del pensamiento frente a la importancia que para el sujeto adquieren los comportamientos.

Motivo de consulta. Episodios de cefalea desde hace un año

Atenea, que tiene 10 años, es derivada a la consulta del centro de Salud Mental después de haber sido valorada por diferentes especialistas y en dos hospitales de la Comunidad de Madrid. El motivo de la derivación es que presenta episodios de cefalea desde hace un año.

El dolor se localiza frontalmente. No se irradia, es pulsátil y de carácter opresivo. Le ocurre a diario y de forma continua. Se acompañan de fobia a los ruidos y fotofobia. No refiere ruidos intracraneales. El dolor la despierta por la noche. La cefalea no se acompaña de náuseas ni vómitos. No presenta aura ni síntomas deficitarios posteriores.

La cefalea es más frecuente por la tarde después de acabar el colegio. El dolor no mejora en época de vacaciones ni descanso y no cede con analgésicos a dosis habituales. El dolor no ha producido cambios en el rendimiento escolar que sigue siendo brillante.

Desde hace cinco años hay un descenso significativo en la curva estaturponderal. En la exploración de endocrino se detecta edad ósea retrasada. La valoración oftalmológica es normal.

Metodología

- Entrevista semidirigida con padres y Atenea
- Entrevista dirigida con los padres
- Entrevista semidirigida con Atenea

- Pruebas Proyectivas Gráficas: HTP (Buck, 1995) y Familia imaginada Corman (1961).
- CGI (Impresión Clínica Global)

Primera entrevista conjunta de Atenea y sus padres.

Atenea acude a la primera entrevista acompañada de sus padres. La madre se sienta en medio entre Atenea y el padre y es la que ocupa casi todo el tiempo de la entrevista.

Sorprende la baja estatura de Atenea y su aspecto infantil a la vez que el gesto de su cara, que no deja entrever ningún signo de malestar a pesar de que la madre manifiesta que la niña viene con mucho dolor de cabeza.

Mientras los padres insisten en describir el dolor de cabeza y la no incidencia en los resultados escolares, Atenea, que se mantiene en silencio, le pide a la madre hablándole al oído que hable de su retraso en el crecimiento. Atenea no es capaz de ocupar el espacio ni de hablar espontáneamente.

La madre intenta pasar rápido por las posibles áreas que apunten a cierta dificultad en Atenea y señala lo responsable e independiente que es.

El padre interpreta que el dolor tiene que ver con una fase de la evolución adolescente y que desaparecerá rápido.

Acuden a consultar porque les han insistido desde neurología.

Atenea, al haber cambiado de colegio, sitúa sus dificultades en los momentos en que tiene que hablar en alto delante de toda la clase y en las dificultades para hacerse un sitio en el grupo de iguales, y describe los movimientos de inclusión-exclusión que ha vivido.

Atenea realiza una actividad intensiva de natación y gimnasia rítmica.

En la anamnesis los padres aportan los siguientes datos:

— Embarazo buscado. El último trimestre de embarazo con contracciones de parto y en reposo absoluto.

— En el parto se rompió la clavícula de la niña con los fórceps. La madre manifiesta: *Para Atenea no fue un problema; era muy fuerte; no lloró ni al nacer.*

— El nombre lo eligió el padre. A la madre no le tocaba y no pudo opinar. La elección viene marcada porque *era un nombre fuerte.*

— Fue una bebé tranquila, comilona y dormilona. *Dormía tanto que yo me inquietaba.* Durmió de un tirón desde el primer día. (Hipersomnia defensiva). *Ha sido tan perfecto con ella que no nos decidíamos a tener más hijos.*

- No presentó angustia del extraño.
- No tuvo objeto transicional.
- No necesitó chupete porque, *como no tenía ni rabietas ni lloros, no había que calmarla.*
- No desplegó la etapa del “NO”.
- Padece bruxismo; la madre plantea que esto es normal en niños.
- Habló a los 5 meses, coincidiendo con que su padre desaparece por un viaje. (Precocidad yoica).
- Anduvo a los 11 meses.
- Controló esfínteres con un año, casi no andaba. Todos los días la madre después de comer la sentaba en el orinal. Utilizaba el orinal para todo, porque la madre la sentaba en él y la ponía a leer hasta que hacía caca. (Precocidad y rigidez en el control).
- Con 5 años se detiene la curva de crecimiento; hasta entonces había sido de las más altas de la clase. Este incidente coincide con el nacimiento de la hermana, también con el cambio de colegio y de casa.
- Con 8 años vuelve a cambiar de colegio. *La hermana lloraba sin parar por el cambio, ella no decía nada.* El actual colegio es solo de niñas y lo eligieron los padres porque tiene un funcionamiento muy estricto.
- Los padres remarcan que Atenea es muy responsable y muy independiente.
- Los padres relacionan el dolor de cabeza con una fase de adolescencia y no le otorgan mayor importancia.

Antecedentes familiares

- El núcleo de convivencia está compuesto por los padres, Atenea y una hermana de 5 años.
- Madre epiléptica diagnosticada a los 20 años. *Me dan las crisis en situaciones de estrés y de embarazos. Cuando me dan las crisis me tumbo y no me muevo, es como si tuviera un ‘jaquecón’ tremendo. Estoy atontada cinco días y los acontecimientos se me olvidan.*
- A los dos años y medio de Atenea al padre le diagnostican erróneamente leucemia. La madre responde con una crisis epiléptica que cursa estando cinco días *atontada* y, al remitir, se le olvida lo sucedido en esos días.
- Desde hace tres años el abuelo materno tiene Alzheimer en fase avanzada. *El abuelo a la única que hace caso es a Atenea.*
- El mismo día que comunican a Atenea la enfermedad del abuelo también le desvelan la no existencia de los reyes magos. Ante la sorpresa de la Psicóloga

por el efecto que puede tener la acumulación de revelaciones, la madre responde: *Pero ella archiva todo y no dice nada.*

— Padres y abuelos muy exigentes.

— Los padres definen a Atenea como muy exigente consigo misma y excesivamente responsable.

Entrevistas diagnósticas realizadas a Atenea

Atenea se presenta diciendo: *A mí me preocupa hacerlo mal.* Lo relaciona con el mal momento que pasa en clase cuando le preguntan y se pone nerviosa y teme decirlo mal, aunque se lo sepa.

Describe su dolor de cabeza como algo que se mantiene las 24 horas; en ocasiones no la deja dormir y tiene que tomar pastillas, pero no desaparece el dolor.

Relata cómo hay profesoras que creen que le duele la cabeza y otras que no y la fuerzan a seguir con el ritmo escolar.

Hay doctores que se creen el dolor y otros que no.

La Neuróloga no ve oportuno tratamiento farmacológico para el dolor. La Endocrina considera que es fundamental eliminar el dolor con medicación.

Ella ha decidido no hablar más del dolor.

Impresiona que en este momento se inicia un borrado de las manifestaciones verbales y una anestesia progresiva del sufrimiento. Atenea estaría iniciando un movimiento de ‘supresión de los afectos’ que podría derivar en una depresión esencial (P. Marty, 1996).

Atenea manifiesta: *Siempre tengo el dolor. Ahora mismo es como si me estuvieran apretando con un martillo en la cabeza y no dejaran de apretar.* (Ver dibujo 1).

Relata que la primera vez que le hicieron un análisis de sangre fue con 5 años y la tuvieron que agarrar cuatro enfermeras, dos policías y su madre, porque no permitía que se lo hicieran. Ahora accede a que le hagan análisis sin dificultad. Describe con un discurso frío y crudo cómo le introducen la aguja, cómo sale la sangre, cómo ella lo mira, cómo le duele al sacarla.

Su discurso está desprovisto de la resonancia afectiva y de las fantasías que sostiene habitualmente el pensamiento. Se evidencia un borramiento de la expresión emocional y una hiper-adaptación a la realidad social y a las normas

Atenea manifiesta: *Mi padre me hace subir una cuesta con la bici. Hay perros y me dan miedo los perros. Como mi padre dice que para ser una niña fuerte hay que subir la cuesta, entonces yo lo hago. Mi padre dice que no se puede ser*

llorica como mi hermana y que ella también va a subir la cuesta para dejar de serlo.

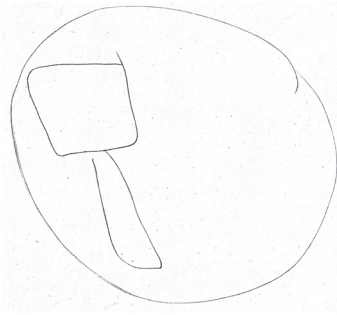
Hay una tendencia a la supresión de los afectos cortando su expresión.

Atenea obedece en una persistencia mortífera que no llega a establecerse en un masoquismo que intrinque la pulsión, en un masoquismo guardián de la vida (B Rosenberg, 1995). Vencer a los perros subiendo la cuesta se convierte en una tarea desmedida, movida por un yo ideal de omnipotencia narcisista (Marty 2013). Presenta un comportamiento hiper-adaptado y despliega una conducta que se acopla rígidamente al deseo del otro y a la norma:

— Mi padre dice que para ser una niña fuerte hay que subir la cuesta. Entonces lo hago.

— *El monitor de gimnasia dijo que había que hacer 240 abdominales y yo los hago.*

Dibujo 1

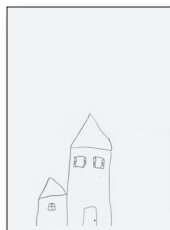
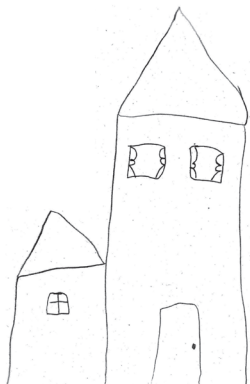


Representación del dolor de cabeza

Previo al dibujo 1 verbaliza: *Ya tengo siempre el dolor y no se me quita. Desde noviembre siempre lo tengo. A veces es más fuerte y otras más flojo, pero siempre está. Ahora es como si me estuvieran apretando con un martillo en la cabeza y no me dejaran de apretar.*

A partir de esta verbalización representada gráficamente se trabaja la alianza terapéutica y se abre la posibilidad de hablar de “los dolores” con el objetivo de estimular la red asociativa de la paciente para hacer posible una activación de las representaciones.

Dibujo 2
Una casa

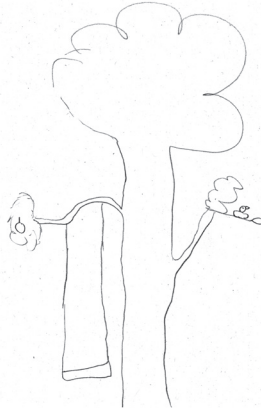


Historia: *Esta es la casa (La grande) y éste el garaje (la pequeña). Es un chalet. Elegante, con una escalera ondulada y las habitaciones muy grandes. No sé quien vive porque lo he inventado. Puede ser que mis padres, mi hermana y yo. La puerta está cerrada con llave. Las ventanas por la mañana están abiertas y por la tarde cerradas. Está rodeado de otras casas. Me recuerda a mi casa. Se vive bien.*

Indicadores gráficos:

- Verbaliza críticas de lo mal que le salen los dibujos.
- Apuntalamiento de una casa en otra, (Relación fusional).
- Pobreza asociativa. Relato concreto y descriptivo.
- Trazo débil.
- Inestable con base en la hoja.

Dibujo 3 Árbol

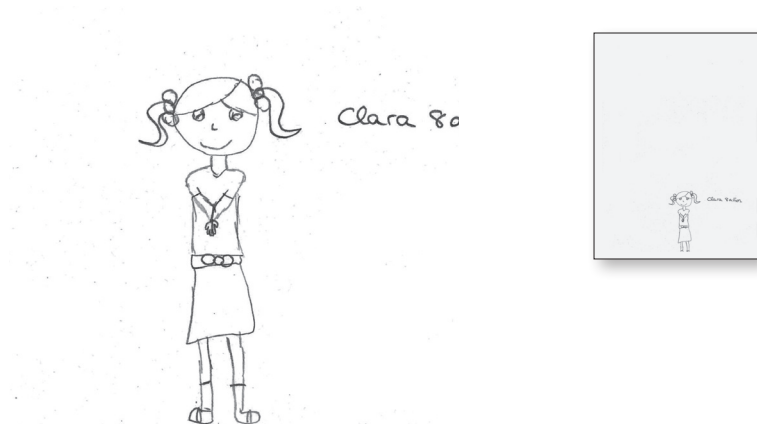


Historia: *Es un manzano. Tiene 90 años. Lo cuida una familia. Le echan agua, quitan las manzanas y cuidan los pollitos que hay en el nido de la rama. Tiene unos columpios que los usan los niños de la casa. Está en primavera. Está solo, pero con más plantas alrededor. Con la tormenta, como es muy fuerte, se torcería un poco pero muy poco. No me recuerda a ningún árbol. Los pollitos son porque tengo unos pajaritos en mi casa en el tejado y el columpio porque tengo tilos y un olivo y quiero que crezcan para poner un columpio.*

Indicadores gráficos:

- Utiliza el borde de la hoja como base (Necesidad de sostén, temor a la acción independiente)
- Fija una edad de 90 años que la situaría cronológicamente fuera de su espacio y de su tiempo real.
- Copa en arcos que hablaría de una persona diplomática, flexible, adaptable. (Destaca la fortaleza yoica).

Dibujo 4
Persona (femenina)



Historia: Se llama Clara. 8 años. Es muy lectora, simpática y estudiosa. En su tiempo libre le gusta leer. Se le dan bien los deportes: el fútbol y la gimnasia rítmica. No tiene ningún defecto. Me recuerda a una niña de mi clase que se llama Isabel y saca todo 9 y 10. El año pasado entró nueva y a todas nos gustó mucho estar con ella porque es muy buena, muy maja y siempre ve las cosas de otro modo.

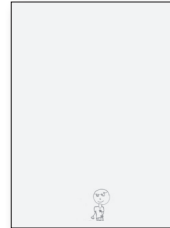
¿De qué modo?: Si tú estás triste y te pregunta que te pasa y tú le respondes, ella te ayuda a perdonarte con tu amiga. Después hay dos niñas que no nos llevamos bien con ellas, entonces Isabel siempre está con ellas. Mi mejor amiga y yo también ayudamos siempre para que jueguen con ellas, ya casi lo hemos conseguido. Como somos las pequeñas de la clase, algunas nos cogen y nos tiran del pelo. Hay una niña que siempre está sola porque es muy grande y no la dejan jugar, siempre está intentando ser como las demás para que nos caiga bien. Mi amiga y yo le decimos que no haga algunas cosas para que no tenga problemas. A mi amiga y a mí no nos hace caso y se va corriendo. Lleva gafas y aparato y las pequeñas se ríen de ella

Indicadores gráficos:

— Representa una imagen de niña idealizada en una proyección del yo ideal, aunque en realidad termina reflejando a una niña que es dada de lado y rechazada por el grupo.

— Manos replegadas: esbozo de defensas histeriformes, pero no conseguidas (Lazos, coletas)

Dibujo 5
Figura humana (masculina)



Historia: Se llama Juan tiene 6 años. Es rubio, de altura normal, le gusta mucho jugar al futbol y siempre está con los amigos. Le gusta mucho estar en chándal. Le gusta leer porque está aprendiendo a leer. El baloncesto se le da mal y cantar. No me recuerda a nadie porque tampoco es que conozca a muchos chicos. Mi cole es de chicas asi que no conozco a chicos.

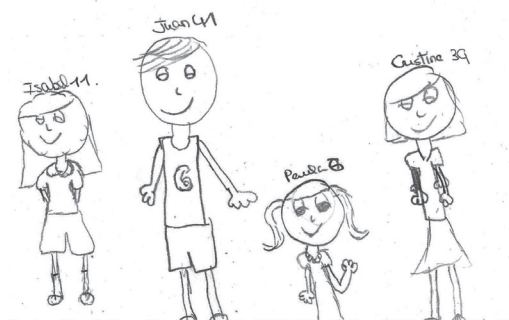
¿Y los chicos del parque?: No vamos al parque y estamos siempre en casa porque donde yo vivo, solo hay gitanos en el parque. Tengo 2 primos y una prima.

¿Y si se conocieran Juan y Clara?: Se llevarían bien. Serían diferentes en la edad. Juan sería más juguetón y ella más lectora y más tranquila. Son hermanos.

Indicadores gráficos:

- Disminución de tamaño.
- Sin base.
- Brazos alambre y pies alambre. Parece un muñeco, un robot.
- Descripción de relaciones endogámicas.

Dibujo 6 Familia imaginada



Historia: Es una familia deportista, simpática. Les gusta jugar al fútbol y al baloncesto y cocinar. A las hijas les gusta hacer gimnasia rítmica. La más feliz es Paula porque es la más pequeña y la que siempre está sonriendo. El menos feliz... (Le cuesta decirlo) es Juan, el padre, porque siempre está serio. La más buena, Isabel (hermana mayor), porque es la más silenciosa y la menos traviesa. La menos buena es Paula porque es muy traviesa. Si hubiera que hacer un viaje se quedaría la mayor; Isabel porque es la más responsable de las dos hermanas, es la mayor y como su hermana es muy traviesa no la pueden dejar en casa de los abuelos. Si mi hermana tira el agua de la mesa, no la castigarían. Yo elegiría ser la mayor, porque la familia es como la mía y es más o menos de mi edad y la he dibujado con la intención de ser yo y poner cosas mías.

Indicadores gráficos:

- La niña de 11 años en un plano diferente que el resto de la familia y con cierto alejamiento.
- Niña de 11 años es la única con las manos atrás. (Dificultad en el contacto).
- Ojos vacíos.
- La característica de niña buena, viene dada por ser la más silenciosa, la que no se nota que está y la que se sacrifica.

Descripción del funcionamiento psíquico de Atenea

Atenea ha sufrido repetidas situaciones de pérdidas (Cambios de colegio y de casa, desvelamiento Reyes Magos, enfermedad abuelo, etc.) que han provocado un desborde imposible de tramitar a nivel de elaboración mental. Según M. Fain (Fain 1991) sería *La gota que desborda la estructura*.

Se ha quedado con una frágil organización estructural en la construcción del aparato mental (ausencia de autoerotismos/inexistencia de la etapa del “NO”).

Atenea presenta un funcionamiento mental que no tiene capacidad para tramitar su conflictiva interna por medio de representaciones impregnadas de afectos.

No existe capacidad mental para manejar los excesos de excitación y su descarga.

Presenta un funcionamiento en ‘Yo ideal’, que se caracteriza por tener un nivel de exigencia interno desmesurado que la paraliza y la bloquea.

Utiliza un mecanismo de supresión de los afectos para intentar neutralizar las representaciones dolorosas y aislarlas del afecto para que así puedan ser evocadas sin peligro. Lo cual se observa en la evocación que hace de los recuerdos totalmente desahogados, ya que resultaría insoportable para Atenea hacer presentes determinados afectos ligados a representaciones mentales.

Muestra un sometimiento al deseo del otro. Tiene la necesidad de acoplarse al adulto en el rol de niña buena.

Despliega una personalidad que funciona en ‘falso self’, es decir como si fuera fuerte y no registrara los conflictos. Se muestra hiperadaptada y en un comportamiento en prematuridad del Yo. Consecuente a ese funcionamiento defensivo no muestra ningún malestar y no registra los afectos displacenteros. La vía a través de la cual da salida a la angustia y al desborde emocional es la somatización.

Utiliza los *procedimientos autocalmantes* (Szwec, 2013)¹, como forma de gestionar la excitación excesiva que no puede ser ligada por procesos psíquicos. (Atenea practica Gimnasia rítmica intensiva, donde realiza diariamente 240 abdominales). Aquí entra en juego la clínica psicosomática del déficit, de la cantidad, del desborde, del agotamiento, del intento de conseguir la calma mediante los procedimientos autocalmantes. No es posible la satisfacción (autoerotismos). El deber substituye al placer.

Presencia de angustia difusa. En este momento ya el dolor de cabeza no le sirve como señal de alarma para poder parar y recuperarse. No estamos en el terreno de la ‘angustia señal’ sino en el de la ‘angustia desamparo’.

¹ La noción de *procedimiento autocalmante*, introducida por G. Szwec y C. Smadja (Smadja, 1993), ha sido enunciada por estos autores para dar cuenta de formas de gestionar la excitación excesiva que no puede ser elaborada por procesos psíquicos. Szwec relaciona los procedimientos autocalmantes con las estrategias antitraumáticas del Yo.

Atenea privilegia la vía de lo comportamental que tiene un valor autocalmante con un objetivo antitraumático, pero este funcionamiento produce un cortocircuito en la actividad del pensamiento.

Existe un funcionamiento familiar marcado transgeneracionalmente por la exigencia y por la valoración de la actividad.

Conclusiones

En Atenea se entrecruzan:

- a) La potencialidad traumática de los acontecimientos
- b) Las deficiencias estructurales en la fase de construcción del aparato mental, lo que supone un conjunto de puntos débiles que la hacen vulnerable a los acontecimientos vitales.
- c) Dificultades paraexcitadoras en las figuras parentales
- d) Las secuelas de la falla estructural en el orden mental afectan en las siguientes áreas:
 - En el área del afecto: anhedonia, bajo nivel pulsional, falta de expresión afectiva, insuficientes puntos de fijación.
 - En el área del pensamiento: escasa vida representacional y simbólica, alexitimia.
 - En el área del comportamiento: conformismo sobreadaptado, sometimiento desmedido al deber.

Todo lo anterior deja a Atenea a merced de un funcionamiento operatorio

Abordaje terapéutico

En la clínica de los enfermos somáticos se ha detectado un desfallecimiento en la capacidad de mentalización y un empobrecimiento en la calidad y la cantidad de representaciones con las que el sujeto afronta el desborde emocional, unido a la dificultad verbal que se produce en ocasiones para expresar los sentimientos.

Las intervenciones terapéuticas tendrán que asumir las dificultades específicas del paciente psicósomático.

El terapeuta asumiría una función de “yo auxiliar”, aportando imágenes, analogías y palabras que ayuden a los pacientes a desarrollar una secuencia narrativa de interacción que favorezca la reconstrucción de los afectos vividos y que les permita dar salida al exceso de excitación traumático a través de la vía

mental y no tanto de la comportamental y somática. Según C. Smadja, *La presencia viva, del terapeuta a través de las sesiones, representa un punto de apoyo narcisista de inestimable valor para el paciente* (2014).

La actividad interpretativa del terapeuta debe modularse y adaptarse a los diferentes niveles de funcionamiento psíquico. Más que la interpretación verbal de los significados latentes (que sería iatrogénico) hay que dar prioridad a las funciones de paraexcitación que sirvan como soporte complementario de las funciones deficitarias del yo. En el trabajo terapéutico la construcción es la que va a permitir dotar de representación a las vivencias traumática que han resultado irrepresentables

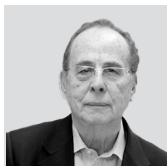
Como plantea Marilia Ainsenstein, el terapeuta tendrá que poner en práctica un “verdadero arte de la conversación”, usando la riqueza y la polisemia de las palabras para desmenuzar la elocución conformista, mecánica y desafectada de su paciente.

Bibliografía

- Barbosa, P. (2013). *Psicopatología y test gráficos*. Barcelona, España: Herder
- Buck, J.N. (1995). *Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujos Proyectivos H.T.P.* México: El Manual Moderno S.A
- Bion, W. R., Grinberg, L., & Fernández, H. B. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Busner J, Targum SD. *The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice*. Psychiatry (Edgmont). 2007;4(7):28-37.
- Fain, M. (1991) Préambule à une métapsychologie de la vie opératoire. *Revue française de psychosomatique*, n° 1.
- Grassano De Piccolo, E. (2002). *Indicadores psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Ainsenstein. M. (2012). *El dolor y sus enigmas*. Paradiso
- Marty, P. (1995). *El orden psicósomático: Los movimientos individuales de vida y de muerte: desorganizaciones y regresiones*. Promolibro.
- Marty, P., M'Uzan, M. de, Christian, D., Alarcón, F. J., & Franco V. José María. (2013). *La investigación psicósomática: siete observaciones clínicas*. <https://elibro.net/ereader/elibrodemo/106700>
- Mijolla, A. de, Pérez del Real, P., Oliveira Gras, R., & Cebriá Tornos, L. (2007). *Diccionario Akal internacional de psicoanálisis: Conceptos, nociones, biografías, obras, acontecimientos, instituciones*. Akal.
- Pont Amenós, T. (2012). *Psicodiagnóstico diferencial con test gráficos*. Madrid, España: Síntesis.

- Rosenberg, B. (1995) *Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida*. Promolibro.
- Smadja, C. (1993). *A propos des procédés autocalmants du Moi*. *Revue française de psychosomatique*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.3917/rfps.004.0009>
- Smadja, C. (2014). *La vida operatoria: Estudios psicoanalíticos*. <https://elibro.net/ereader/elibrodemo/106644>.
- Szwec, G. (2013). *Les galériens volontaires: Essais sur les procédés autocalmants*. Presses Universitaires de France

EL RORSCHACH, COMPLEMENTADO POR GRÁFICOS, AYUDA A PRECISAR EL DIAGNÓSTICO DE TDAH



Francesc
Rovira Toda

Resumen

Actualmente el trastorno del “Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH) es el más diagnosticado y medicado en la infancia y la adolescencia. Entre los profesionales de la salud, existen tres criterios evaluativos muy diferentes. Además, en diversos países (EEUU, Holanda, Canadá, Francia...) es notable la diferencia de porcentajes (%) TDAH. No existe enfermedad infantojuvenil con criterios evaluativos tan dispares. Consecuencia: entre el 40-50% de diagnósticos TDAH resultan ser Falsos Positivos, diagnósticos erróneos. Es ahí donde la calidad diagnóstica del Rorschach puede precisar las actuales deficiencias evaluativas entre profesionales y países. Además, la valoración diagnóstica del Rorschach puede ir más allá de un TDAH: evaluar la presencia de trastornos mucho más graves (depresión, rasgos psicóticos, tendencias suicidas...). Se les llama TDAH comórbidos.

Palabras clave: Test de Rorschach Sistema Comprensivo Exner. Diagnóstico TDAH. Falsos Positivos TDAH. TDAH comórbidos.

Keywords: Rorschach Test Comprehensive Exner System. ADHD diagnosis. False Positives ADHD. Comorbid ADHD.

* Doctor en Psicología. Especialista en el Test de Rorschach. Catedrático jubilado de Psicología en la Universitat Ramon Llull. francescrovt@blanquerna.url.edu

THE RORSCHACH, SUPPLEMENTED BY GRAPHICS, HELPS TO ACCURATE THE DIAGNOSIS OF ADHD

Abstract

The disorder “Attention Deficit with Hyperactivity” (ADHD) is currently the most diagnosed and medicated in childhood and adolescence. Among healthcare professionals, there exist three very different evaluative criteria. Moreover, in various countries (USA, Holland, Canada, France ...) the difference in percentages (%) of ADHD is notable. There is no other child and adolescent disorder with such disparate evaluative criteria. Consequence: between 40-50% of ADHD diagnoses turn out to be False Positive, that is: wrong diagnoses. This is where the diagnostic quality of the Rorschach can clarify the current evaluative deficiencies between professionals and countries. In addition, the Rorschach diagnostic assessment can go beyond ADHD: by assessing the presence of much more serious disorders: depression, psychotic features, suicidal tendencies, etc. These are defined as comorbid ADHD.

Introducción

Actualmente el TDAH es el trastorno más diagnosticado y medicado en la infancia y en la adolescencia.

Se constata que hay un sobrediagnóstico y una sobremedicación, así como la existencia de diferentes porcentajes de TDAH (%) según los países. Frances (2014) sitúa el porcentaje de TDAH entre el 2 y 3% en niños y adolescentes. Se sorprende de que en EE UU, el porcentaje de TDAH se halla en el 11% en niños y en el 20% en adolescentes y que en Holanda, un 34% de niños entre 5 y 15 años tomen fármacos para controlar el TDAH. Además, añade que en EE UU, entre los niños en tratamiento hay más de 10.000 menores de tres años. Su opinión es que se ha perdido el control. El Dr. Allen Frances es probablemente el autor más fiable en el TDAH por su larga trayectoria profesional. Es especialmente conocido y reconocido por haber participado en el DSM-3 (1980); en el DSM-3R (1989) y haber presidido y dirigido la confección del DSM-4 (1994) y en el DSM-4 R (2000).

En España, el porcentaje de TDAH se sitúa entre el 5-7% (Sánchez-Mascaraque y Cohen, 2020) y en Francia sólo el 0'5% (Cruz, 2014).

Por otra parte se constata que, entre los profesionales que abordan el TDAH, existen criterios diagnósticos diferentes. Éstos pueden agruparse en tres tipos de profesionales: a) profesionales que defienden el trastorno neurológico como única

causa del TDAH, se trata de la mayoría de profesionales de la salud de EEUU (Frances, 2014) y de Holanda (Corbella, 2017); b) profesionales que creen en la existencia del TDAH como un trastorno neurológico, pero que además admiten la posibilidad de otras causas (Frances et al., 2017), Sonuga-Barke y Taylor (2015) y Sonuga-Barke (2018); c) profesionales que niegan la existencia del TDAH neurológico (Acaso, 2015; González y Pérez, 2007; Knobel, 2013; Pérez et al., 2014; Saul, 2014; Tizón 2004, 2015). Los profesionales de este grupo sostienen que el “Déficit de Atención con Hiperactividad” (DAH) no es un trastorno neurológico, sino que obedece a otras causas: género, edad, médicas (visión, audición...) y, muy especialmente causas emocionales-educativas (Fernández-Mayoralas et al. 2015; Ferré, 1999; Ferré y Ferré, 2010; Saul, 2014).

En la infancia es esencial tener presente las características propias del desarrollo de esta etapa (Martín y Navarro, 2015; Miras, Salvador y Álvarez, 2001; Perinat, 1998), los niños “normativos” entre los 2 y los 4 años son rebeldes, inconformistas, oposicionistas. Es la etapa del “no” en la que buscan su propia autonomía. Estos niños necesitan una educación que les permita expresar sus necesidades y a la vez aprender a controlarlas, pero no sufren un trastorno neurológico. Es su manera normal de ser de acuerdo con su etapa de desarrollo. Coherente con esta evidencia, los cuestionarios que actualmente se administran en España para la detección del TDAH (Conners y el DSM-IV-TR) fijan la edad para su evaluación a partir de los 6 años.

Esta diversidad de criterios diagnósticos sobre el TDAH ha generado lo que se conoce como Falsos Positivos. Así la Organización de Consumidores y Usuarios (2016) indica que el 52% de padres que habían recibido un diagnóstico de TDAH, realizaron una segunda evaluación en la que sólo el 9% confirmó el diagnóstico previo del TDAH. El 43% de diagnósticos eran Falsos Positivos. Investigadores de la Universidad de Sevilla y de la Universidad de Baleares, lo sitúan en el 40% (Moreno, 2012). Por su parte, Hill (2004) lo sitúa en un 45%. Pedreira (2017) especifica que entre el 50-60% de los niños diagnosticados de TDAH no lo tenía.

P. Hill, paidopsiquiatra experto en TDAH, revisó los últimos 100 pacientes que le derivaron para confirmar el diagnóstico. Tras un estudio pormenorizado concluyó: 45% no presentaban TDAH; 37 presentaban TDAH junto con otros trastornos comórbidos: solamente 18 casos podían diagnosticarse de TDAH puro (Cornellá, 2010).

¿Existe alguna otra enfermedad en la infancia y adolescencia con criterios diagnósticos tan distintos entre profesionales y entre países? Ciertamente no.

Es ahí como el Test de Rorschach con el complemento de los Tests Proyectivos Gráficos puede ayudar a precisar el auténtico diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad y rebajar el porcentaje de Falsos positivos.

Objetivos

— La finalidad de este artículo es aportar información que permita profundizar en el abordaje del diagnóstico del TDAH y, especialmente nos ceñimos en lo que hace referencia a trastornos comórbidos.

— Presentar el estudio de un caso en el que el diagnóstico inicial fue de TDAH sin explorar la posibilidad de la coexistencia de otro tipo de trastorno por lo que la medicación que se prescribió para el TDAH, no ayudó a resolver las dificultades del paciente.

— Evidenciar que el Test de Rorschach es pertinente en el diagnóstico del TDAH comórbido (coexistencia del TDAH y otro trastorno como la depresión, tendencias suicidas, rasgos psicóticos... Es el llamado TDAH comórbido).

— Mostrar cómo la administración de T.P.G. complementan la eficacia diagnóstica del Rorschach en el TDAH comórbido.

Metodología

El trabajo que se presenta es el resultado de la intervención del Departamento Psicopedagógico, de un colegio privado de Barcelona, a uno de sus alumnos desde que éste tenía 7 años hasta los 13. Intervención que no fue planificada para realizar una investigación, sino que proviene del resultado de una praxis profesional que, al finalizar, se consideró de interés compartirla entre profesionales a través de su publicación.

Se trabajó conjuntamente con la familia y el profesorado. Debido al seguimiento realizado a lo largo de 6 años, se puede considerar un estudio longitudinal.

Participantes

El sujeto participante es Sergi (nombre ficticio) de 7 años cuyo seguimiento se hizo hasta los 13. Se trata de un estudio de caso único.

En el parvulario, Sergi hacía muchas tonterías para llamar la atención, molestaba mucho a sus compañeros, no tenía límites, según afirmaron sus maestras e, incluso, algunas familias. Era tal su conducta negativa que a los 6 años le

derivaron a un Centro de Atención Primaria. Le diagnosticaron TDAH y se prescribió medicación.

Empezó primero de Primaria en otro colegio. Al final del primer trimestre en el nuevo colegio sus conductas tan negativas, agresivas y desproporcionadas para su edad, determinaron un segundo diagnóstico, dado que el que se hizo de TDAH, incluso con medicación, no resolvió la problemática de Sergi. Al contrario, la agravó.

1. Instrumentos

Desde el Departamento Psicopedagógico del colegio y en cuatro momentos a lo largo de 6 años se administró a Sergi el test de Rorschach junto con los T.P.G. La batería de El Rorschach, complementado por gráficos, ayuda a precisar el diagnóstico de TDAH. Estaba formada por el Dibujo del Árbol, el de la Persona, el del Animal y el de la Familia (Corman, 1967; Lluís, 2006). Los protocolos del Rorschach fueron supervisados por una reconocida especialista en Rorschach (Dra. Vera Campo) quien verificó la codificación y la interpretación en base al Sistema Comprehensivo de Exner (Campo, 1995; Exner-Sendín, 1995; Exner, 2005; Rovira, 1983). En este artículo sólo se incluyen aquellos gráficos que complementan al Rorschach, cuyas variables son las esenciales para cada uno de los cuatro diagnósticos que se emitieron a lo largo del proceso.

Además, en la primera administración del test de Rorschach y Gráficos, cuando Sergi tenía 7 años, se le pasó el WISC-R y el Test de Bender para conocer su desarrollo cognitivo. El resultado del CI Global, a partir del WISC-R, fue de 97 (dentro de la media) y en el Test de Bender obtuvo un Percentil de 75 con una Edad Mental de 8 años (1 año por encima de la edad cronológica de Sergi). Estos resultados indican que Sergi muestra un potencial adecuado para realizar sin dificultades su escolaridad. No obstante, Sergi mostraba problemas significativos para seguir el curso con normalidad, lo que centró el abordaje por parte del Departamento Psicopedagógico en aspectos de personalidad y de salud mental.

Se realizaron entrevistas con la familia y con el profesorado de Sergi.

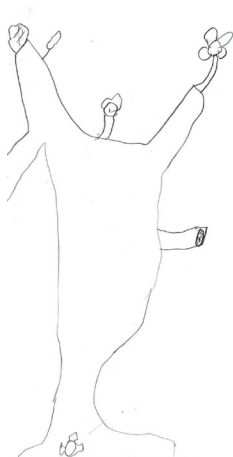
2. Procedimiento y Resultados

Cómo ya se ha especificado, presentamos desde el Departamento Psicopedagógico del colegio un trabajo longitudinal realizado en base a las necesidades diagnósticas y a la evolución de Sergi a lo largo de 6 años. Es por este motivo que presentamos cada uno de los diagnósticos por separado junto con sus resultados.

a) Rorschach I y Gráficos (7 años). Resultados

- R: 19
- PTI: 4. Problemas serios en el pensamiento y en la percepción. X-%=12. 63%.
- DEPI: 5. Frecuentes episodios de depresión y pesimismo. Actualmente sufre mucho malestar.
- C': 7. Esto puede provocarle ansiedad, tristeza, tensión, sufrimiento (FY.C.).
- S-CON: 8. Aunque no es considerado válido en esta edad, se ha de contextualizar en la importante problemática que reflejan los restantes indicadores.
- MOR: 6. La primera respuesta es una MOR, como tarjeta de visita.
- S: 7; Cinco son S-. Sentimientos de alienación, de agresividad y odio, probablemente por no sentirse aceptado.
- H pura: 1; (M^a.C-). “Un hombre triste y enfadado” AG, MOR.
- EB: 1:6; EBPer: 6.0

Dibujo nº 1
Árbol (Sergi, 7 años)



Ya K. Koch (1962) y más tarde Abad (1985), basándose en el trabajo de Max Pulver sobre el *Simbolismo del Espacio gráfico* (1931, 1953), demostraron lo que se proyecta en el **tronco** y en la **copa**, según la edad del dibujante.

Concretamente, fue Abad (1985) quién especificó esta proyección desde los 6 años a los 40.

En el tronco, se proyectan los impulsos, las emociones, las necesidades, la energía vital. En la copa, el control, la reflexión, la planificación. Por eso, en un niño pequeño, más emocional e impulsivo, el tronco debería ser más largo que la copa. A medida que vaya creciendo y se controle y sea más reflexivo, la copa irá ganando en cm. De manera que a los 12 años, tronco y copa deberían tener prácticamente la misma altura, según el estudio normativo de Abad (1985).

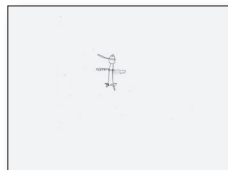
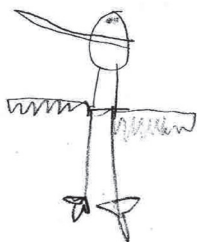
Análisis del dibujo nº1

Normativo para 7 años	Sergi - 7 años
Tronco: 6 cm	Tronco: 66 cm
Copa: 5'8 cm	No existe

En el dibujo del árbol de Sergi, donde la copa en realidad no existe, con un tronco muy desproporcionado, proyecta un alto grado de descontrol, impulsividad e irreflexión, que concuerda con el EB del Rorschach: EB: 1:6 (extratensivo). Se rige por lo emocional y nada flexible porque siempre se dejará llevar por la emoción en vez de la reflexión (EBPer: 6:0). Por tanto, es probable que sus manifestaciones emocionales sean impulsivas: tiene grandes problemas en el control de las emociones. Además, C pura: 3. Lo cual corresponde con las actitudes y las conductas impulsivas de Sergi en el día a día, que motivaron la consulta diagnóstica.

Dibujo nº 2

Dibujo de un Animal - Un pájaro- (Sergi, 7 años)



Historia: Al pájaro se le había roto el ala. Y sólo giraba con la otra. El pico se le rompió. Y tenía piojos y termitas. Luego se le rompieron las dos alas y nunca más se le pudieron arreglar. Y se cayó al agua. Y luego le picó una piraña. Y el pájaro tenía un colegio, que no había niños malos. Luego se cambió de colegio sin que lo supiera el otro colegio ni la madre.

Es interesante constatar cómo los datos del Rorschach (DEPI: 5) se ven confirmados por la historia del animal con un alto componente depresivo.

Resumen a partir de las variables del Rorschach I y de los Gráficos:

Como indican los resultados, Sergi tiene problemas muy serios en el pensamiento y en la percepción de la realidad. Depresión. Siente mucho malestar. Fracasa en el control de sus impulsos y emociones. Necesita urgentemente una terapia. Se recomienda atención psiquiátrica infantil.

b) Rorschach II y Gráficos (9 años). Resultados

Después del diagnóstico de Rorschach más Gráficos, cuando debía ponerse en marcha una medicación y terapia adecuadas, con la estrecha colaboración de los padres, éstos atravesaron una profunda crisis. Terminó en separación, que afectó mucho a Sergi.

No pudieron atenderle, como él necesitaba. Además murió su abuelo materno que comprendía mucho a Sergi.

Las actitudes y la conducta de Sergi, tanto en casa como en la escuela, fueron empeorando, tanto es así que el Departamento Psicopedagógico de la Escuela propuso a los padres un segundo diagnóstico. Se realizó a los 9 años.

— PTI: 5. Presenta serios trastornos de pensamiento, con una percepción de la realidad muy distorsionada.

— X-: 8; X-%: 47.

— Contam: 5. Le cuesta mucho comprender el significado de hechos y relaciones; predominio de rasgos psicóticos.

— DEPI: 5. Se siente muy dañado. Autoestima baja.

— S-Con: 8. Actualmente se muestra muy estresado, sobre todo tenso, con dificultad para atender y concentrarse y una evidente posibilidad de actuar de una manera impulsiva y desorganizada. Es muy probable el fracaso escolar.

— MOR: 9. La vivencia de daño ha aumentado de 6 a 9 en un protocolo más corto que en el primer Rorschach. Pensamiento muy pesimista. Podría haber alguna posibilidad de autolisis.

— DQ+: 7. Por otra parte, y como ya se ha indicado anteriormente, se trata de un niño inteligente atendiéndonos a los resultados del Wisc-R, dentro de la media, y del Test de Bender, por encima.

— H pura: 0

— RA: 12:53%.

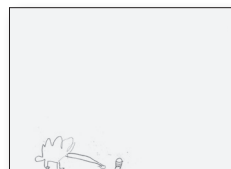
— S: 5 (de las cuales 3 son S-).

— a:p: 3:1 (en el primer Rorschach). 3:5 en el segundo. Ha aumentado la pasividad y el índice de aislamiento ha subido mucho.

Dibujo nº 3

Un Animal. —El avestruz— (Sergi 8,9 años)

Historia (escrita): *“El abestruz que no ve el mundo”*



Era una vez una avestruz que nació con su cabeza en un hoyo y nunca pudo ver el mundo porque estaba enganchado. Y vino una serpiente, qué pasa y dijo que he nacido aquí, pos sal. Es que he nacido enganchado, espera dijo la serpiente y hizo un agujero y le saco y le enseñó lo que había en el mundo.

Este dibujo complementa también el test de Rorschach. *El avestruz que no ve el mundo* se puede relacionar con un PTI: 5, con un X%-: 47%. Nos indica que no ve la realidad como los demás. En cambio, sorprende que una historia, negativa en principio, termine en positivo. No es normal. También es sorprendente que sea una serpiente, un animal considerado maléfico, la que le ayude a salir del hoyo. Quizás sea, dentro del proceso terapéutico, el resultado de la calidez emocional de su madre y la del profesional que le atendía: Sergi se sentía mejor y podía mejorar así la percepción de su entorno.

Dibujo nº 4

Un animal. Un búho encima de un semáforo (Sergi, 9 años)



Historia: *Había una vez un búho que en vez de subir a los árboles iba encima de los semáforos. Y los hombres no veían el semáforo bien. Como no lo veían se chocaban con todos los coches. Y los policías también se chocaban. Y daban la culpa a la gente y los metían a la cárcel.*

También este dibujo tan agresivo se complementa con el motivo de consulta. Sergi, un niño con conductas negativas y muchas dificultades de relación con sus compañeros.

Resumen a partir de las variables del Rorschach II y de los Gráficos:

Se observa un evidente empeoramiento respecto al primer Rorschach. Se trata de un trastorno esquizoafectivo, dentro de un espectro esquizofrénico. Posibilidad de autolisis. Está claro que este niño precisa un tratamiento psicoterapéutico urgente, medicación antipsicótica y ayuda familiar.

Se diseñó para Sergi un plan terapéutico con las siguientes pautas:

- Psicoterapia de apoyo, orientada a mejorar su adaptación social y su funcionamiento operativo.
- Medidas preventivas, con las máximas garantías, para evitar el desencadenamiento de un proceso esquizofrénico, para lo que se dan en Sergi condiciones de alto riesgo.

- Asesoramiento-psicoterapia a los padres y a cada uno en particular, para conseguir un ambiente emocional óptimo y facilitarles la comprensión psicológica del proceso terapéutico de su hijo.
- Asesoramiento y puesta en común con los tutores escolares de Sergi.
- Medicación preventiva antipsicótica. Sin ella todas las otras medidas no bastan.

c) Rorschach III y Gráficos (11 años)

La mejora de Sergi en el Rorschach III, en comparación con el Rorschach II, es evidente.

Resultados comparativos

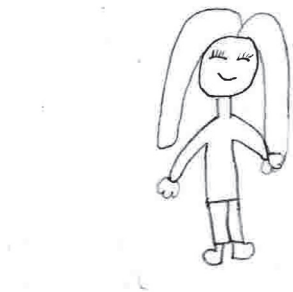
Sergi	Rorschach II (9 años)	Rorschach III (11 años)
R	17	21
PTI	5	2
DEP	5	2
S-CON	8	3
MOR	9	2
a:p	3:05	3:01
H	0	0

Cómo se puede observar en los resultados del Rorschach III, los problemas y limitaciones de Sergi aún son importantes, especialmente en las relaciones interpersonales (H: 0).

No obstante, los resultados en el Rorschach III en comparación con los del Rorschach II, son un motivo para la esperanza. En lo que más ha mejorado es en la disminución de los trastornos del pensamiento y de la percepción de la realidad (PTI). Ya no se muestra pasivo y es menos opositor (a:p). Se siente menos dañado (MOR): de 9 MOR ha pasado a 2. Su autoestima ha mejorado. Antes aparecía muy deprimido, con posibilidad suicida (DEP).

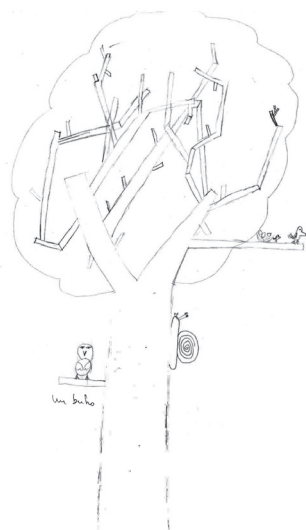
Sergi en conjunto está mejor, gracias a la medicación, a la terapia, al trato humano que recibe en la escuela y, especialmente, a la solícita dedicación de su madre.

Dibujo nº 5
Una Persona (Sergi, 11 años)



La persona que Sergi prefiere dibujar es a su madre. Con ella ha tenido muchos problemas ya desde pequeño. Pero siempre se ha preocupado mucho por él. Especialmente ahora, gracias a la terapia sistémica, su madre ha aprendido a tratarle de manera muy afectiva y positiva.

Dibujo nº 6
Un árbol (Sergi, 11 años)



Normativo para 11años	Sergi. 11 años
Tronco 10'6 cm	Tronco 13 cm
Copa: 9'9 cm	Copa: 15 cm

El Rorschach III expresa claramente los progresos de Sergi. Cómo se puede observar, también es notable la mejoría de este árbol respecto al primero, en el que prácticamente no existía copa. En el presente, la proporción del tronco (impulsos, descontrol) con la copa (control, reflexión) se halla bastante equilibrada.

Además, en este árbol hay vida, dos animales en el tronco, un nido con la madre y su pollito. ¿Proyección Sergi-madre? Es interesante también la expresión espontánea de Sergi: *con la lluvia y el sol va a crecer*. Como él, que está en un periodo de franco crecimiento.

d) Rorschach IV y TPG (13 años)

Con los resultados del Rorschach II, resultó efectiva la orientación terapéutica sistémica (psiquiatra, padres, escuela) y la medicación adecuada. Al cabo de 6 años, se ha resuelto favorablemente el diagnóstico de grave depresión y posible psicosis, como lo demuestran los resultados del Rorschach IV.

Comparación de Rorschach II y IV

Sergi	Rorschach II (9 años)	Rorschach IV (13 años)
R	17	28
PTI	5	2
DEP	5	0
CDI	3	4
S-CON	8	3
MOR	9	0

Una vez más, el Rorschach marca las líneas a seguir, ya que en el Rorschach IV aparecen otros problemas en Sergi, no tan preocupantes, pero sí muy importantes para su futuro evolutivo. Sergi ha de mejorar mucho en sus relaciones interpersonales:

— H pura: 1. Es una respuesta menos. RA = 23. Rebasa ampliamente el 40% de respuestas.

— EB: coartado. M: 0 versus Suma C: 1'5. Bloqueo en sus recursos, posiblemente por cuestiones afectivas.

— FD: parece en la primera respuesta, toma distancia en su tarjeta de presentación.

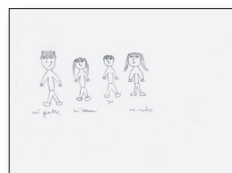
— CDI: 4. Ha aumentado el índice de inhabilidad social. Se aísla de los otros.

— FC: CF+C: 3:0. Excesiva modulación de afectos. No es espontáneo en su expresión emocional.

Con toda seguridad, necesitará continuar con una ayuda terapéutica y quizás medicación, a criterio del psiquiatra.

Dibujo nº 7

Una Familia (Sergi, 13 años)



¿Cuál es la persona:

— Más feliz? *Mi madre. (P) Porque está separada (P) Porque no discute tanto con mi padre.*

— Menos feliz? *(Piensa un rato). Creo que yo (P) Porque he repetido y porque mi padre no está en casa.*

— Más Buena? *¿Puedo decir dos? Mi madre y mi padre. A los dos los quiero igual.*

— Menos buena? *Yo (P) Porque hago muchas tonterías y me porto mal.*

Identificación:

— Sergi, si tú durante unos días, no pudieras ser tú, (es una imaginación) y tuvieses que ser otra persona de tu familia, ¿Quién te gustaría ser? *Mi hermana* (P) *Porque tiene buen futuro.* (P) *Porque tiene buenas notas.*

— Y ¿Quién no te gustaría ser? *No me gustaría ser mi madre.* (P) *Porque trabaja mucho y sale muy temprano.*

Comentario: La consigna dada a Sergi fue que dibujara UNA familia. Y él dibujó la SUYA. Buena señal. No todos los niños lo hacen, especialmente si han vivido graves situaciones familiares. Y Sergi las ha vivido. Además, ha dibujado a toda la familia, aunque los padres están separados desde hace tiempo. La terapia sistémica ha realizado una gran labor de unión familiar.

Sergi ha dibujado en primer lugar a su padre y con un tamaño mayor cuando hace tiempo que no vive en familia. En ambos aspectos, se proyecta la importancia que se adjudica en el dibujo a cada persona. ¿Por qué dibuja en primer lugar al padre y le incluye, aunque están separados y no vive en la familia? En la vida de Sergi hay un hecho muy significativo: Cuando nació, su padre estaba en el paro. Cuidó a su hijo durante un año y medio, dado que la madre trabajaba muchas horas. Ella reconocía que su marido era muy cariñoso y sensible con Sergi. El padre siempre mostró un especial vínculo con su hijo, incluso en momentos difíciles.

— La teoría del apego, junto con los estudios más actuales de la Neurociencia, ha demostrado que el primer año de vida es el más importante (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1976; Shore, 2010; Stern, 1987 y Spitz, 1965). En el cerebro, la amígdala cerebral (sistema límbico) registra y almacena todas las emociones que vivimos a lo largo de la vida. Son vivencias que la amígdala no las olvida jamás y que pueden aparecer en cualquier momento (Damasio, 1996; Goleman, 1996; LeDoux (1996) como en el dibujo de la familia de Sergi a los 13 años.

Conclusiones

1. A través del estudio que hemos presentado y, en base al primer objetivo planteado, podemos concluir que algunos diagnósticos de TDAH se elaboran sin prever la posibilidad de que en el paciente se den además otros trastornos. A partir de ahí, el tratamiento, casi siempre farmacológico, aborda exclusivamente el TDAH sin resolver otros trastornos que quedan ocultos y, por lo tanto, sin un tratamiento adecuado que facilite la evolución positiva del paciente.

2. En relación al segundo objetivo, y partir del caso que hemos presentado, se evidencia que el Test de Rorschach es un instrumento que permite diagnosticar trastornos significativos como: depresión, rasgos prepsicóticos y tendencias suicidas, trastornos que van más allá del TDAH. Es el llamado TDAH comórbido. Esta detección permitió una orientación terapéutica y farmacológica adecuada en base a la realidad diagnóstica del paciente.

3. Respecto al tercer objetivo y, en base a los resultados presentados se pone de manifiesto que los Gráficos complementan la eficacia diagnóstica del Rorschach. Por lo que se puede concluir que el Rorschach y los Gráficos son instrumentos pertinentes en una batería de tests para el diagnóstico del TDAH.

4. Finalmente, la terapia sistémica (profesionales de la salud mental, familia y profesorado) junto con una medicación adecuada, demostró ser un abordaje idóneo para la evolución del paciente (Sergi).

Limitaciones y Prospectiva

Somos conscientes que, al tratarse del estudio de un caso único, se hace necesario desarrollar más trabajos como el presentado para fortalecer las conclusiones presentadas por lo que animamos a otros especialistas en Rorschach y T.P.G. a seguir investigando en esta línea.

Referencias Bibliográficas

- Abad, F. (1985). *Empleo Práctico del test del árbol en niños y adolescentes*. Zaragoza: Secretariado de Publicaciones.
- Acaso, M. (2015). No existe el déficit de atención, sólo niños aburridos. *ABC Educación*, (11.05.2015).
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachements beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Bowlby, J. J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Paidós.
- Campo, V. (1995). *Estudios clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Paidós.
- Corbella, J. (2017). Las personas con TDAH tienen el cerebro diferente. *La Vanguardia*, (16-02-2017).
- Corman, L. (1967). *El test del Dibujo de la Familia*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Cornellá, J. (2010). Comorbilidad versus diagnóstico diferencial del paciente con TDAH. *Revista Infante Juvenil*, 2, 88-90.
- Cruz, J. (2014). La prevalencia de TDAH en Francia. Blog Tratamiento Educativo del TDAH. *Detección y Evaluación*, (03-02-2014).
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona, Crítica.
- Exner, J.E. y Sendín, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática
- Exner, J.E. (2005). *Principios de Interpretación del Rorschach. Un manual para el Sistema Comprensivo*. Madrid, Psimática
- Fernández-Mayorales, D., et al., (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y adopción. *Revista de Neurología*, 60, 1, 103-107.
- Ferré, J. (1999). *Los trastornos de la atención y la hiperactividad. Diagnóstico y tratamiento neurofuncional y causal*. Barcelona: Lebon.
- Ferré, J. y Ferré M. (2010). *Déficit de Atención e Hiperactividad*. Barcelona: Lebon.
- Frances, A. (2014). Convertimos problemas normales en trastornos mentales. Entrevista Pérez, M. *País Sociedad* (24-9-14).
- Frances, A., Meerman, S., Batstra, L. y Grietens, H. (2017). ADHD: a critical update for educational professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12 (supl).
- Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence*. EEUU: Bantam Books. (Trad. Cast. Inteligencia Emocional). Barcelona: Kairós.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hill, P. (2004). *Tratamiento multimodal de los desórdenes de la hiperactividad*. En Tomás, J. y Casas M. (Editores). TDAH: hiperactividad. Niños movidos e inquietos. Barcelona: Laertes, 296-309.

- Knobel, J. (2013). El famoso TDAH no existe. Barcelona: *Diario La Vanguardia*. (06.12.2013).
- Koch, K. (1962). *El test del árbol*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Le Doux, J. (1996). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.
- Lluís, J. M. (2006). *Test de la Família*. Barcelona: Oikos-tau.
- Martín, C. y Navarro, J.I. (2015). *Psicología Evolutiva en Educación Infantil y Primaria*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2012). *Falsos Positivos en el diagnóstico del TDAH según un estudio de la Universidad de Sevilla*. Infocop-Online (24.10.2012).
- Miras, F., Salvador, M. y Álvarez, J. (2001). *Psicología de la Educación y del Desarrollo en la edad escolar*. Granada: GEU.
- Organización Consumidores y Usuarios -OCU-, (2016). Encuesta a familias sobre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). OCU. *Relaciones Institucionales y Prensa*. (13.06.2016).
- Pedreira, J.L (2017). Entre el 50 y 60% de los niños diagnosticados de TDAH no lo tiene. Entrevista García, I. *Diario Nueva Tribuna* (01.02.2017).
- Pérez, M., González, H. y García, F. (2014). *Volviendo a la normalidad: la invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Perinat, A. (1998). *Psicología del desarrollo. Un enfoque sistémico*. Barcelona: Edhasa.
- Pulver, Max (1931; edic. 1953). *El simbolismo del espacio gráfico*. Madrid: edit. V. Vázquez.
- Rovira, F. (1983). *El Rorschach. Nuevas aportaciones de J.E. Exner al sistema comprensivo. Estudio sistemático y análisis interrelacionado de variables*. Madrid: Siglo XXI.
- Sánchez-Mascaraque, P. y Cohen, D. S. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y en la adolescencia. *Pediatría Integral*, XXIV, (6), 316-324.
- Saul, R. C. (2014). *ADHD does not exist: The Truth About Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*. Nueva York: Harper Collins editors.
- Sonuga-Barke, E. & Taylor, E. (2015). *ADHD and hyperkinetic disorder. Rutter's Child and Adolescent Psychiatric, 6 th ed*; Thaper, A., Pine, DS; Lechman, JF., Scott, S., Snowling, MJ., Taylor, E. Eds. 738-756.
- Sonuga-Barke, E. (2018). *El papel de la biología y de la genética en el TDAH*. Entrevista M. Servera. Infocop Online (18.09.2018).
- Schore, A. N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds, en Baradon, Tessa (Ed). (2010), *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy* (págs. 19-47), Nueva York: Routledge/Taylor Francis.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of live*. Nueva York: International Universities Press.
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Tizón, J.L. (2004). *El niño hiperactivo como síntoma de una situación profesional y social: ¿mito, realidad, medicación?*. Sant Boi de Llobregat: Fundació ORIENTA.
- Tizón, J.L. (2015). *EL TDAH és un invent. Tots els trastorns mentals es relacionen amb trastorns en les relacions*. Barcelona: Diari ARA, (31.05.2015).

TEST DE RORSCHACH: REVISIÓN DIACRÓNICA (II)**



María
Concepción
Sendín

Resumen

Se revisará ahora la situación actual y previsiones de futuro del Test de Rorschach, tratando de señalar los puntos fuertes y débiles de este instrumento de medida de la personalidad. Los objetivos de este trabajo son los siguientes: analizar críticamente los principales errores metodológicos acumulados durante su larga existencia, que explican ciertos aspectos de su presente y revisar los riesgos que amenazan su porvenir, esbozando al mismo tiempo las posibilidades de superación de los mismos que, en su mayoría, parecen estar al alcance de nuestra mano.

Palabra Clave: Test de Rorschach

Key Word: Rorschach Test

RORSCHACH: DIACHRONIC REVIEW

Abstract

The current situation and future forecasts of the Rorschach Test will now be reviewed, trying to point out the strengths and weaknesses of this instrument for measuring personality. The objectives of this work are the following: to critically analyze the main methodological errors accumulated during its long existence, which explain certain aspects of its present and to review the risks that threaten its future, while outlining the possibilities of overcoming them which, for the most part, seem to be at our fingertips.

* Dra. en Psicología. Instituto Psiquiátrico José Germain. Universidad Complutense. Rorschach Research Foundation. e-mail: csendin@yahoo.es

** Parte de este artículo se presentó en la Conferencia Inaugural del XIX Congreso de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos. Madrid, octubre de 2019.

Introducción

Tras lo expuesto en el artículo anterior acerca de los orígenes y desarrollo histórico del Test de Rorschach, en el presente trabajo se propone una reflexión sobre la situación actual de esta prueba y se realiza un análisis prospectivo acerca de los riesgos que amenazan su futuro. A tal fin, se revisan los principales errores, metodológicos y actitudinales, de los que los rorschachistas probablemente no fueron conscientes durante largo tiempo, pero que produjeron daños significativos en la imagen del test, sobre todo en cuanto a sus dificultades de incorporación en los ámbitos académicos. Asimismo, se proponen posibles vías de solución para mejorar el estatus, científico y profesional, de este instrumento singular, esperando que, con la labor conjunta de todos los que nos dedicamos a su estudio y promoción, pueda seguir sobreviviendo y aportando toda su riqueza para el estudio del funcionamiento psíquico.

Situación Actual

En la actualidad, el test continúa vetado en numerosas Universidades y sigue recibiendo críticas en Estados Unidos y Europa, aunque mucho menos virulentas. A la vez, parece estar conquistando otros sectores, ya que:

— Además de en el ámbito clínico, se usa en muchas otras áreas de la Psicología: contexto forense, investigación sobre procesos básicos, psicopedagogía, recursos humanos, etc.

— Se presentan anualmente numerosos trabajos y Tesis Doctorales sobre el mismo.

— Vuelve a ser enseñado en países donde llevaba décadas de exclusión (Reino Unido) o nunca había estado presente de modo estable (Turquía, China y Rusia).

Tales cambios también pueden ser el reflejo de las variaciones de perspectiva que se están produciendo en la propia Psicología Clínica. Siguiendo un esquema propuesto por A. Andronikof, (Andronikof, A., Fontan, P. 2014) y (Andronikof, A., 2016), se describen ahora brevemente algunas de las actuales tendencias teóricas con influencia en la Evaluación Psicológica, como: los *Enfoques Actuariales*; los *Constructos Dimensionales* y las *Interpretaciones Personalizadas*.

1. Enfoques Actuariales

Existe una gran preocupación social por prever y evitar riesgos, que a veces casi llega a ser un miedo irracional a que algo pueda ocurrir y/o que necesariamente hay que predecir. Con ello, las estadísticas actuariales tienen un gran desarrollo y se usan con profusión en Epidemiología, Psicología, Economía, Seguros, etc. Se analizan rasgos en grandes muestras, obteniendo datos de sujetos en casi cualquier situación de riesgo.

La filosofía actuarial y la estadística han penetrado intensamente en los estudios de Psicología Clínica. Cada vez más colegas admiran su valor y muchos incluso creen que la Evaluación Psicológica debería *predecir estadísticamente* la conducta humana. El uso de la Estadística proporciona varios beneficios inmediatos:

- Gran apariencia de científicidad, con marcada sensación de seguridad.
- Mejor aceptación en el ámbito académico.
- Exigencia de esfuerzo mucho menor, porque los programas informáticos hacen solos la mayor parte del trabajo.

Hay que subrayar que la estadística es una herramienta muy valiosa para investigar en Psicología y en Diagnóstico Psicológico, pero como cualquier otra herramienta, ha de mantenerse al servicio de otros objetivos de rango superior, nunca dirigir ni llegar a dominar el proceso evaluativo. Es decir, no debe convertirse en un fin en sí misma.

Si se trata del estudio de la personalidad de un sujeto, el mayor problema del enfoque actuarial es que lo que aporta es un *análisis de rasgos colectivos* y el tipo de predicción que genera *sólo es válido para poblaciones*, es decir, que no ofrece predictores exactos a nivel individual. Resulta muy útil para el diseño de campañas preventivas y para la toma de decisiones de Salud Pública, pero deja de serlo si se traslada a la escala de un individuo concreto. Por tanto, con respecto al test de Rorschach, instrumento de medida individual por excelencia, este enfoque no resulta efectivo y, en caso de usarse, debería contrastarse con muchas otras fuentes informativas aportadas por el propio sujeto.

2. Constructos Dimensionales

Estos modelos también se desarrollaron mediante métodos estadísticos y producen conceptos estadísticos. Ahora bien, no debe olvidarse la recomendación de que los *enfoques dimensionales tienen que complementarse con los enfoques*

categoriales, porque *no todos* los elementos de un proceso diagnóstico pueden ser formulados en términos cuantitativos. En Psicopatología existen niveles a partir de los cuales cambian la cualidad y la naturaleza del fenómeno descrito, de modo que algo *ya no es más que*, sino que las asociaciones de los datos disponibles lo convierten en *algo diferente*.

Con un ejemplo quizá se entienda mejor este concepto: En el Índice de Hipervigilancia (HVI) del SC, si aparecen 4 o más ítems positivos se interpreta como una *actitud de alerta aumentada, reactiva y temporal*, porque es probable que el sujeto se encuentre en una situación difícil y agudice su cautela y rastreo del entorno para protegerse. Ahora bien, si ese mismo número de ítems positivos se acompaña de *Textura = 0*, existe un cambio importante y, en este caso, el conjunto de estas variables debe entenderse como un *estilo paranoide habitual*. Ya no es válido decir que esa persona *está algo más alerta que la mayoría*, porque su funcionamiento sigue otra lógica, es decir, su relación con la realidad y con los demás es esencialmente diferente y esto supone un salto cualitativo a otro nivel.

Una de las razones por las que el test de Rorschach es una herramienta tan interesante es porque posibilita que el clínico pueda dar ese salto de una perspectiva a otra, de un pensamiento lógico continuo a otro discontinuo. En otras palabras, porque permite captar e ir integrando elementos cuantitativos y cualitativos, pudiendo comparar a un sujeto con la población a la que pertenece y, a la vez, detectando sus características únicas.

3. Interpretación Personalizada

Esta perspectiva promueve la introducción de cambios en la pauta interpretativa, según las respuestas que ofrece cada individuo. Como se ha visto, agrupadas en un conjunto determinado, las variables presentan unas interacciones concretas, que no tienen o que se alteran si se agrupan de otra manera. No obstante, para modificar la interpretación de modo coherente y no caprichoso, se necesitan puntos de referencia y éstos son: los *estilos o rasgos más estables* del funcionamiento individual (ej.: EB, L) y los *estados o marcadores de crisis* (ej.: D, D Ajustado, es), es decir, las reacciones del sujeto a situaciones externas. De esta manera, el proceso interpretativo va variando según las constelaciones de datos observables en cada protocolo, rectificándose las conclusiones en función de las asociaciones de variables que ofrece la persona. Como ejemplo, en el Sistema Comprehensivo los cambios de pauta interpretativa se realizan siguiendo la producción del individuo, de modo que, si su *Primera Variable-Clave positiva* está en

los primeros lugares de la *Tabla de Estrategias*, se revisan los Agrupamientos en distinto orden que si aquélla se sitúa en otro tramo de esta Tabla. La razón es porque esa posición señala pautas diferentes de asociación de los datos, lo que les confiere un significado y un peso distintos.

Con ello, los estilos, estados y cambios de pauta interpretativa permiten un análisis personalizado de cada registro, lo que siempre ha constituido un elemento esencial de esta prueba. Este enfoque siempre dirigió el proceso interpretativo, aunque haya tenido otros nombres, esté ahora mucho mejor definido o haya estado más o menos sesgado y peor o mejor sistematizado, según las épocas. (Sendín, 1987, 2000, 2007).

La cantidad y diversidad de variables que este test reúne y los diferentes tipos de información que genera, son la causa de su gran dificultad, pero a la vez, todo ello constituye la base de su enorme potencial. Aunque varían interindividualmente en sus proporciones, cada protocolo ofrece siempre tres tipos de información:

- *Estructural*: Son datos cuantitativos y ya se han podido elaborar (Exner, J., 2005) series de *Estrategias Interpretativas* que facilitan la revisión de las variables del Sumario Estructural.

- *Secuencial*: Aspectos cualitativos sobre el orden y variables de las respuestas.

- *De Contenido*: Los datos procedentes del análisis de la *Secuencia* y del *Contenido* son cualitativos, menos aprehensibles y con mayor variabilidad interindividual, por ello, aunque se van integrando en la interpretación, aún no se cuenta con un sistema de análisis con el mismo nivel de definición que el elaborado para la información *Estructural*.

La revisión de todos estos elementos exige un procedimiento ordenado y sistemático, porque todos ellos son significativos y deben ser integrados.

Como se comentó, en los últimos años los debates sobre Rorschach han perdido la mayor parte de su intensidad, posiblemente porque los avances en investigación permitieron corregir muchos errores y las críticas o juicios negativos son ahora más fáciles de rebatir. También puede influir el hecho de que la mayoría de los críticos externos actuales no conoce a fondo la prueba o no tiene información sobre los logros de las últimas décadas.

Asimismo, los rorschachistas que pelean hoy por una *supremacía imaginaria* son ya muy escasos y en su mayoría carecen de la experiencia clínica necesaria para comprender que:

- Posiciones distintas no tienen por qué ser contradictorias.

— Elementos aparentemente inintegrables pueden dejar de serlo si elevamos el nivel conceptual de nuestro análisis. En relación con este punto, cabe recordar que hace años, muchos colegas contrarios a la integración de los datos cuantitativos y cualitativos afirmaban que *esa integración era imposible porque sería como mezclar peras con manzanas, que no tienen nada en común*. Sin embargo, al elevarse el nivel conceptual se comprendió que *peras y manzanas* podrían tener mucho en común, porque ambas pertenecen a la categoría de *frutas*.

Por todo ello, las teorías y perspectivas dentro de la Evaluación Psicológica van modificando el trabajo con Rorschach y este trasvase e integración conceptual en el ámbito del test también indica que se trata de una *herramienta viva* y en contacto con la realidad de la evolución científica. La historia de la prueba, con sus crisis y avances, pero sin que su uso haya cesado nunca en el contexto clínico, permite suponerle un valor indudable, ya que, a pesar de los errores, vaivenes, rechazos, críticas, peleas internas y multitud de dificultades, siempre ha logrado mantenerse, mejorar y, al menos hasta el momento, contradecir a sus detractores en la reiterada profecía de su muerte inminente.

Resulta innegable que, a un siglo de su aparición, siguen vigentes en la prueba de Rorschach: la originalidad de sus estímulos; la riqueza informativa que genera; las vías que ofrece para la captación e integración de datos cuantitativos y cualitativos, así como su casi imposibilidad de falseamiento. Este instrumento permite integrar *la individualidad* o rasgos ideográficos, con los elementos comunes que un sujeto presenta con su población de referencia. Todo ello contribuye a mantenerlo como una prueba preferente para describir la estructura de la personalidad y captar aspectos cualitativos de difícil acceso.

Sin embargo, también existen dificultades muy serias de cara al futuro, que es obligado abordar y tener en cuenta.

Estimaciones sobre el futuro

Desde una visión prospectiva aparecen varios factores de riesgo a considerar, como los siguientes:

1. Peligro de desaparición

Tanto el Diagnóstico Psicológico en general, como el Rorschach en particular, corren peligro de desaparecer totalmente de la formación de los psicólogos, por varias razones:

— La presencia de grupos de poder en las Universidades, sobre todo en Europa, que deciden los Programas Docentes atendiendo con demasiada frecuencia, más a las necesidades de sus propios Departamentos que al interés y futuro desempeño laboral de los alumnos.

— Los Gestores de Servicios de Salud Mental con criterios sólo economicistas y a corto plazo, que consideran *poco rentable* un diagnóstico detallado por exigir tiempo y formación, sin querer entender que una adecuada evaluación inicial aporta, al menos, dos beneficios contrastados: limita significativamente los errores diagnósticos y acorta la duración de la intervención terapéutica, aspectos que, curiosamente, deberían ser para ellos dos *objetivos prioritarios*.

— Enfoques teóricos que rechazan abiertamente las pruebas estandarizadas de evaluación, como: Conductismo, Cognitivismo y Encuadres Sistémicos.

En lo referente al test de Rorschach, hay que añadir, además, dos corrientes actuales importantes, contrarias a su esencia y que favorecen su exclusión:

— Una fuerte tendencia social hacia la búsqueda de soluciones cuanto más rápidas, fáciles y baratas, mejor. La Psicología no es ajena ella, surgiendo a menudo propuestas de abordajes simples, que mejoran algo las situaciones agudas pero que, en general, no ayudan a resolver las dificultades del sujeto para afrontar problemas a medio plazo.

— La disponibilidad de abundantes cuestionarios rápidos con resultados generados por ordenador, sin ninguna elaboración personalizada, pero facilísimos.

Estas dos corrientes se engloban en lo que irónicamente se ha dado en llamar: *diagnósticos y terapias microondas*.

La prueba de Rorschach, por la laboriosidad que exigen su formación y su práctica, nunca fue una *prueba de masas*, pero esta intensa propensión social hacia lo fácil y rápido choca frontalmente con su naturaleza, porque la realidad es que aplicar, codificar e interpretar un protocolo de Rorschach exige tiempo y esfuerzo al no tratarse de un test simple sino, básicamente, de *una herramienta clínica compleja*. En este punto, estas tendencias sociales se potencian mutuamente en su contra, creando un *circuito negativo de retroalimentación* semejante al siguiente:

Evitación de la dificultad ↔ Valoración de rapidez y mecanización frente a calidad y detalle ↔ Oferta de test fáciles informatizados ↔ Universidades: Reducción de asignaturas de Diagnóstico y ausencia casi total de Rorschach ↔ Salud Mental: Ignorancia y opción mayoritaria de sus Gestores por cantidad y sobrecarga frente a calidad de atención

Todo ello ha ido generando cada vez menos presencia del test en los contextos universitario y sanitario, falta de acceso de estudiantes y pacientes a información

sobre el mismo y, consecuentemente, disminución significativa de personas que se interesan por él y de centros donde se imparte su formación.

El test de Rorschach no es un cuestionario ni una prueba basada en el programa de una computadora, sino *un instrumento complejo dedicado a comprender la manera personal y única en la que cada individuo capta y elabora las imágenes de sí mismo y de su entorno*. Requiere el establecimiento de una relación adecuada con el sujeto, la consideración de la singularidad de cada persona, un gran cuidado al codificar cada respuesta y un análisis de configuraciones de datos al interpretarlo. Su comparación con un test informatizado sería como equiparar una pieza artesanal personalizada a un objeto industrial de bajo coste y, a la vez, proponer a un joven estudiante el esfuerzo que exige la formación en Rorschach parece estar, cada vez más, *fuera de moda*.

2. Obstáculos para la investigación

El futuro de la prueba se basa, en gran parte, en seguir explorando su potencial, pero existen serias dificultades para ello. Prácticamente ninguna institución ofrece ayuda económica ni logística y ésta última es muy importante, porque no siempre hay que invertir mucho dinero para investigar. Existe una gran cantidad de información clínica archivada en casi todos los centros sanitarios, que no se utiliza ni se pone a disposición de quien quiera estudiarla con seriedad y, obviamente, con todos los controles necesarios para su uso adecuado. La inercia del funcionamiento institucional impide que muchos investigadores puedan trabajar voluntariamente, sin necesidad de una inversión económica importante.

Por otro lado, esa investigación es imprescindible, porque cuando H. Rorschach concibió la prueba, tuvo una extraordinaria intuición sobre los mecanismos psíquicos y parte de la tarea que queda por hacer es tratar de conceptualizarla. En este campo aún queda mucho por comprender y numerosas preguntas sin una respuesta conceptual satisfactoria. Aún se desconocen, por ejemplo: aspectos de las Láminas como estímulos activadores de multitud de procesos psíquicos o cómo puede revelar la personalidad el funcionamiento perceptivo o cómo se forman mentalmente las respuestas de movimiento, que no están en los estímulos y por qué nos hablan de recursos, capacidades y empatía o qué mecanismos mentales actúan mientras el sujeto construye, selecciona y verbaliza sus respuestas. Es decir, se sabe que todas estas relaciones existen porque se han podido demostrar empíricamente, pero aún no se conoce a nivel conceptual por qué y cómo ocurren.

3. Dificultades para la cooperación

El porvenir del Rorschach también descansa en la capacidad de los rorschachistas para intercambiar puntos de vista, tolerar diferencias, buscar elementos comunes y poder trabajar juntos. En este sentido, un aspecto distorsionador, sobre todo para profanos y principiantes, ha sido la eterna coexistencia de numerosos sistemas de Rorschach, de modo que muchos se preguntaban: ¿De qué Rorschach hablamos? ¿Para qué existen tantos sistemas? o ¿Cuál de ellos es el mejor? En esta tendencia histórica de los rorschachistas a crear *reinos de taifas* influyeron varias circunstancias, como la prematura muerte de su autor, cuya ausencia cortó de raíz la posibilidad de oír en directo su propia concepción de la prueba; la necesidad de muchos colegas de diferenciarse y crear escuela propia; la enorme complejidad del instrumento, que permitía dar prioridad a diferentes variables de las muchas que tiene e ignorar otras, etc.

En una prueba tan compleja es comprensible que coexistan varias perspectivas que se centren más en unos aspectos que en otros, pero la exagerada fragmentación en múltiples escuelas cerradas y enfrentadas propició durante mucho tiempo peleas estériles, en lugar de cooperación y corrección de errores, creando una especie de cacofonía que proyectó un ruido innecesario y una imagen anárquica de lo que era el test de Rorschach. Por fortuna, el número de sistemas ha disminuido drásticamente, pero aún existen varios y es probable que cada uno de ellos tenga un futuro distinto, dependiendo de muchos aspectos: teorías dominantes en cada época y entorno cultural, ámbito de la formación, grado de expansión conseguido y nivel de autonomía de la labor del psicólogo en cada país.

En cualquier caso, parece importante superar de una vez por todas la competición y llegar a la cooperación, porque *para llevarnos razonablemente bien no necesitamos tener las mismas ideas, sino el mismo respeto*.

4. Estereotipos por desmontar

Al tratarse de una prueba tan antigua, se han acumulado muchos estereotipos, es decir, creencias inciertas pero extendidas, que no sólo circularon entre los profanos sino también entre los rorschachistas. Aunque ya han sido descartadas, muchos profesionales que sólo conocen el test *de oídas* pueden mantener algunas de ellas y sustentar una imagen acientífica y poco ajustada a la realidad del uso actual del mismo. Algunos ejemplos de convicciones erróneas que estuvieron bastante arraigadas son las siguientes:

— Este test aporta una radiografía de la mente. En el mundo del Rorschach, esto se supuso con cierta ingenuidad en otra época y el Sumario Estructural se llamó durante mucho tiempo Psicograma, como si fuera una gráfica de la psique.

— Este test no tiene limitaciones. Los datos de investigación indican lo contrario. No debe aplicarse en determinadas circunstancias (con oposición frontal del sujeto o si hay una relación estable previa entre éste y el examinador). Se trata de una prueba muy sensible a la situación de examen y estas circunstancias alteran la selección de respuestas del individuo y, con ello, la fiabilidad del protocolo.

— En el proceso interpretativo de Rorschach bastan la mera intuición o las conclusiones tipo recetario de cocina (si el sujeto dice A, significa X). Nada de esto es cierto. La interpretación es un proceso complejo y organizado con estrategias definidas, que ayudan a no perderse en la inmensidad de los datos. Al interpretar un protocolo hay que revisar constelaciones de variables y nunca basar conclusiones en datos aislados. La estrategia debe ser: examinar un grupo de datos emitir hipótesis contrastarlas con otros datos según esos contrastes, las hipótesis se rechazan, modifican o confirman como conclusiones. Para ello, es preciso considerar series complejas de elementos y usar procesos de razonamiento inductivo y deductivo. Obviamente, se trata de una tarea que está en las antípodas del pensamiento mágico o de la adivinación intuitiva.

— Reduccionismos variados. Dado que el trabajo con esta prueba requiere esfuerzo, hay que tener en cuenta la necesidad de controlar la tendencia natural a disminuirlo: el reduccionismo, que en cualquiera de sus modalidades resulta atractivo porque ofrece un aparente alivio de la tarea, pero ya se comprobaron los graves sesgos que siempre genera. En la interpretación de esta prueba el camino correcto es el contrario: integrar y ampliar progresivamente los contrastes entre datos, lo que exige un enfoque globalizador y no restrictivo. En la actualidad, el abuso de la estadística y del análisis por ordenador representan nuevas formas de reduccionismo, que aportan sensaciones de seguridad y facilidad, pero que dificultan la integración del material cualitativo y cuyo error más grave es el aumento de la tendencia a sustituir la reflexión del profesional por el uso de un programa informático. En otras palabras, siempre hay que estar atentos a cualquier modalidad simplificadora, antigua o novedosa, que pueda surgir.

El debate crítico sobre todos estos estereotipos también puede ayudar a incrementar la presencia del Rorschach en los foros profesionales y a mejorar su imagen entre los profanos. Es importante dar a conocer, dentro de las posibilidades de cada uno, la evolución y desarrollo de este instrumento, el esfuerzo de

investigación realizado durante las últimas décadas y las exigencias metodológicas ahora vigentes.

Conclusiones

Como resumen final, hay que recordar que durante su larga historia el test de Rorschach ha superado numerosos obstáculos y lo que vaya a suceder con él dependerá, en gran medida, de los propios rorschachistas. Su futuro vendrá determinado por la continuidad de la investigación, la capacidad de cooperación y la crítica constructiva, incluida la autocrítica, junto al mantenimiento de altos niveles de formación y rigor metodológico.

El trabajo por hacer requiere la combinación de rigor y libertad de pensamiento, con el respeto a esa misma libertad en cualquier colega que mantenga un punto de vista distinto, debatiendo sobre las diferencias, buscando los elementos comunes y sin descalificar a los que no comparten nuestro enfoque. Si en lugar de actuar cooperativa y rigurosamente, se usa la energía en luchas improductivas o en evitar el esfuerzo, el test irá perdiendo su esencia y muriendo poco a poco. Nuestra actitud influirá de modo esencial en la posibilidad de mantener viva esta prueba extraordinaria, mejorarla y conservarla para las nuevas generaciones. Cabe recordar que los aspectos singulares del Rorschach no están sólo en la codificación, en sus propiedades psicométricas o en su contribución al diagnóstico, por encima de todo esto destaca su oferta de vías para captar la especial química del sujeto, es decir, su propuesta de un modelo complejo para comprender el funcionamiento de cada ser humano.

Aparte de todas las dificultades, los avances conseguidos y la tenacidad que demuestra la aparición continua de trabajos dedicados a difundir su conocimiento son datos que permiten prever un futuro sostenible para el Rorschach. El hecho de que, a pesar de las serias trabas para investigar con esta prueba, continúe publicándose anualmente un elevado número de estudios y Tesis Doctorales sobre ella, resulta tan sorprendente como esperanzador.

Referencias Bibliográficas

- Andronikof, A.; Fontan, P. (2014) *Psychological Assessment of Children: Guidelines and Ethics. Neuropsychiatry de l'Enfant et de l'Adolescent*. 62: 403-407.
- Andronikof, A. (2016) Approche clinique et diagnostic sont-ils compatibles en psychopathologie de l'enfant? *Conférence donnée à la Journée Clinique: Le Diagnostic Psychologic*. Paris, France.
- Exner, J. (2005) *Principios de Interpretación del Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Exner, J.; Erdberg, P. (2005) *The Rorschach: A Comprehensive System: Advanced Interpretation* (Third Edition). New Jersey: Wiley & Sons.
- Sendín, C. (1987) *La Estructura Factorial del Test de Rorschach*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Sendín, C. (1991) Datos Normativos del Test de Rorschach en No-Pacientes españoles: Nueva revisión. *Revista della Academia Lombarda de Rorschach*. 2. 29-34.
- Sendín, C. (2000) *Diagnóstico Psicológico: Bases conceptuales y guía práctica para los contextos clínico y pedagógico*. Madrid: Psimática.
- Sendín, C. (2007) *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Tercera Edición Revisada. Madrid: Psimática.

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE ALEXITIMIA Y SU CONTRIBUCIÓN A LA PSICOTERAPIA (II)



Helena Ana Lunazzi

Resumen

En este estudio se investigó la confiabilidad y validez de las escalas TAS (Toronto Alexithymia Scale) en una muestra de 2.400 casos de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina), aplicándose dicha escala junto con el Rorschach a una muestra de 180 personas diagnosticadas de Artritis Reumatoide. Se elaboró una adaptación, la LAC-TAS-20, al contexto latinoamericano. Los resultados demuestran que las TAS solas o con multimétodos permiten objetivar la dimensión en la cual los pacientes presentarían déficit.

Palabras claves: Alexitimia –LAC- TAS-20– Artritis Reumatoide- Intervenciones psicoterapéuticas.

Keywords: Alexithymia —LAC- TAS-20— Rheumatoid Arthritis- Psychotherapeutic interventions.

ADAPTATION OF THE ALEXITIMIA SCALE AND ITS CONTRIBUTION TO PSYCHOTHERAPY

Abstract

In this study, the reliability and validity of the TAS (Toronto Alexithymia Scale) scales was investigated in a sample of 2400 cases from the National University of La Plata (Argentina), applying this scale together with the Rorschach to a sample of 180 people diagnosed with Rheumatoid Arthritis. An adaptation, LAC-TAS-20, to the Latin American context was prepared. The results show that the TAS alone or with multimethods allow to objectify the dimension in which the patients would present deficit.

* Directora Carrera de Especialización en Evaluación y Diagnóstico Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata

Adaptación argentina de la Escala LAC-TAS-20¹

Dos grandes interrogantes promovieron el interés que nos llevó a lograr la adaptación de la Escala TAS-20 para el contexto argentino.

1) ¿Sería la Alexitimia, un nombre nuevo para algo ya conocido? 2) ¿Podría un cuestionario que se describe como auto administrable, aportar conocimiento valioso, para los rorschachistas y proyectivistas?

Las características integrantes del constructo Alexitimia han sido operacionalizadas en diferentes instrumentos de medición psicológica, incluyendo escalas de auto-informe, cuestionarios evaluados por el observador, entrevistas estructuradas y tests proyectivos. El más comúnmente utilizado es la Escala de Alexitimia de Toronto, un cuestionario de auto-informe, de 20 ítems (TAS-20), con 3 factores (Factor 1: Dificultad para distinguir sentimientos de sensaciones corporales; Factor 2: Dificultad para comunicar los sentimientos; Factor 3: Pensamiento Operatorio).

Como antecedentes de nuestra propia adaptación, dispusimos de la adaptación para Argentina de la TAS-26 (Casullo, 1990, Sivak y Wiater, 1997), realizada en el período 1996 - 2006 en la Cátedra Psicodiagnóstico de la Universidad Nacional de La Plata, así como varios proyectos de investigación con Multimétodos, incluyendo la TAS-26. (Lunazzi *et al.*, 2000, 2001, 2006, 2014). La alusión a Multimétodos implica que se utilizan simultáneamente varias técnicas de evaluación psicológica, creando un dispositivo que, al explorar distintos niveles del funcionamiento psíquico, permite reconocer su compleja trama (Meyer, 2008).

Tomando en cuenta que la Escala Toronto de Alexitimia de 20 ítems (TAS-20), consistía en una versión psicométricamente superadora respecto de la TAS-26 (Bagby *et al.*, 1994) y se estaba empleando internacionalmente, comenzamos a utilizarla en nuestras nuevas investigaciones, con no pacientes, otros pacientes psicosomáticos y adictos. Estos últimos mediante la administración simultánea del Rorschach Sistema Comprensivo, para estudiar sus supuestos déficits de mentalización (Lunazzi y col. 2010).

La TAS-20 ha sido traducida y sometida a validación cruzada en muchos idiomas diferentes, lo cual ha permitido la realización de investigaciones sobre la Alexitimia y la comparación de hallazgos de diversos países. Con el objetivo de desarrollar una escala que pudiera ser uniformemente aplicada en Latinoamérica, evitando los sesgos lingüísticos introducidos por distintas

¹ Latinoamerican Consensual Toronto Alexithymia Scale

adaptaciones circulantes tanto en España como en países hispano parlantes, se formó un equipo de trabajo integrado por la Dra. Ana Pérez San Gregorio y el Dr. Eduardo Fernández Jiménez de la Universidad de Sevilla, los autores de la TAS, Doctores G. Taylor y M. Bagby y la Dra. Helena Ana Lunazzi de la Universidad de La Plata. El grupo compartió el interés y el esfuerzo por ofrecer técnicas de evaluación psicológica rigurosamente adaptadas, que no distorsionen la comparación de resultados obtenidos en diferentes países y muestras e investiguen la validez de constructo (Clark y Watson, 1995).

Varias problemáticas debieron ser superadas para lograr la adaptación, especialmente las diferencias culturales en relación a contestar autoinformes y también, diferencias metodológicas derivadas de las adaptaciones previas circulantes en Argentina con la escala (TAS26). La administración de la TAS-20, al igual que la TAS-26, presentada como cuestionario de autoinforme, al ser aplicada a pacientes y no pacientes de educación media o baja, habitualmente ofrece una comprensión dificultosa. Retomamos aquí lo expresado en el epígrafe inicial por Mireille Montreuil, la TAS-20, requiere ser administrada con cualidad clínica, explicando al entrevistado a menudo el significado de las preguntas, para obtener resultados confiables y válidos. En nuestra experiencia salvo en sujetos con educación superior o con experiencia en responder cuestionarios *Likert* de 5 alternativas, (LAC-TAS 20)² la versión más sencilla de tres alternativas³ se vuelve mucho más confiable en poblaciones de nuestros hospitales comunes. Realizando estudios comparativos y correlacionales los resultados evaluados mediante tres alternativas, proporcionan resultados satisfactoriamente semejantes a administrar 5 alternativas a sujetos con educación superior. M. Casullo, en la década de los noventa, propuso adaptar la escala original TAS-26 de 5 a 3 alternativas, en nuestro país, según explicó “En nuestro medio resulta mucho más accesible” (Casullo 1990).

Dijimos anteriormente que se trata de un constructo dimensional, lo cual implica que debemos esperar grados de presencia o no de Alexitimia, establecidos según los puntos de corte correspondientes. Estas diferentes magnitudes van a variar entre los sujetos administrados desde ser portadores de Alexitimia Definitiva (puntuaciones totales en la escala ≥ 56) Alexitimia Indefinida (puntuaciones totales en la escala entre 45-55) y No Alexitímico (puntuaciones totales en la escala ≤ 40).

² LAC-TAS 20, 5 alternativas, autores Taylor, Bagby, Pérez San Gregorio, Fernández Jiménez, Lunazzi (2012)

³ LAC-TAS 20, 3 alternativas, desarrollada en la Universidad Nacional de La Plata, autores, H. Lunazzi, S. D’ Alessio, S. Tonin. (2007)

Cada ítem de la escala recibe una puntuación, según la respuesta exprese “Totalmente en Desacuerdo”, “Moderadamente en Desacuerdo”, “No sé, ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “Moderadamente de acuerdo” o “Totalmente de acuerdo” por ejemplo, el Ítem 3 “Tengo sensaciones corporales que ni los médicos las entienden”, según la respuesta se le asignarán: 1, 2, 3, 4 o 5 puntos. A los efectos de la confiabilidad de las puntuaciones también hay 4 ítems cuyo puntaje se asigna de modo inverso.

Resultados

Informaremos a continuación algunos resultados obtenidos y compararemos los puntos de corte de nuestra adaptación con los de muestras internacionales de no pacientes y de pacientes psicosomáticos. Una ilustración de ejemplos mucho más amplia, al igual que la escala propiamente dicha, pueden encontrarse en “Alexitimia, cruzando el Puente entre la Teoría, la Investigación y la Clínica” (Lunazzi, Taylor, Bagby, Sivak, 2012).

Tabla 1
Comparación del Puntaje en Alexitimia entre pacientes y no pacientes

Pacientes psicosomáticos: N = 300	Adultos NO pacientes: N = 670
(Edad de los hombres: 44)	(Edad de los hombre: 36)
Media y (DS) de TAS-20: 57,34 (10,88)	Media y (DS) de TAS-20: 39.87 (9,08)
t=36.09 p<0.001	

NOTA: Observemos en este ejemplo la diferencia estadísticamente altamente significativa entre el puntaje Total de Alexitimia de los pacientes psicosomáticos respecto de los no pacientes equiparados según niveles socioeconómicos y sexo. La TAS-20 discrimina efectivamente según hemos visto en nuestras investigaciones la presencia de Alexitimia Definitiva entre los Psicosomáticos y quienes no lo son.

Tabla 2

Puntuac. TAS-20 de distintas muestras de enfermos psicosomáticos argentinos

Medias TAS-20	DS TAS-20	(Lunazzi.H.A 2013)
Hipertensión (n =49)	9.95	63,06
Urticaria (n = 50)	10.76	62,36
Hipertiroidismo (n = 13)	9.69	58,31
Psoriasis (n = 19)	11.58	56,53
Asma Bronquial (n = 125)	9.91	54,96
Artritis Reumatoide (n =41)	9.94	53,81
Obesidad crónica (n = 10)	13.21	53,2
Adultos no pacientes (n = 300)	9.08	39,87

NOTA: Observemos en este ejemplo la puntuación en Alexitimia Definitiva en los diferentes grupos de pacientes psicosomáticos.

Tabla 3

Comparación de TAS-20 en Argentina, Italia y Gran Bretaña

	Hipertensión	
Argentina (n = 49)	63,06	9.95 (Lunazzi, H. A. 2013)
Italia (n = 114)	62,36	13.93 (Todarello et al, 1995)
	Psoriasis	
Argentina (n = 19)	56,53	11.58 (Lunazzi, H. A. 2013)
Italia (n = 40)	54,96	11.3 (Picardi et al, 2003)
Reino Unido (n = 300)	53,81	11.06 (Richards et al, 2005)

NOTA: Observemos la similitud de los resultados en la escala TAS-20, de los pacientes con Hipertensión y Psoriasis de Argentina y los de Italia y Reino Unido. La elaboración de la LAC-TAS-20, fue cuidadosamente supervisada por dos de sus autores, Graeme Taylor y R. Michael Bagby, e incluyó estudios de análisis factorial confirmatorio (CFA), resultando psicométricamente rigurosa, por lo que tenemos la satisfacción de ponerla a disposición de nuestros colegas para su empleo clínico o en investigaciones. (Lunazzi *et al.*, 2012) .

Contribuciones al psicoterapeuta

Según evaluación de la OMS en el año 2020, las patologías psicosomáticas ocuparán el primer puesto dentro de las enfermedades más difundidas en la población, ocupando “las depresiones” el segundo lugar. Estamos entonces, abordando problemáticas de gran actualidad las cuales ampliamente comprenden los déficits de regulación afectiva y mentalización, la clínica de las adicciones, la psicosomática, la conducta actuadora con riesgo auto o hetero destructivo, muchas de ellas podrían ser claramente diagnosticadas al evaluar alexitimia definitiva. En ellas la intervención psicoterapéutica requiere sostenerse en un adecuado diagnóstico clínico. Los diagnósticos clínicos de estas presentaciones son multidimensionales y complejos, de allí la importancia de contar con evaluaciones en baterías de exploración psicológica afinadas. Según precisan Taylor y Bagby (2013), *Los hallazgos de la investigación empírica son de utilidad para el psicoanalista pues ofrecen una comprensión más amplia de pacientes que son difíciles de tratar; a causa de que tienen limitado reconocimiento de sus sentimientos, son proclives a los síntomas somáticos, las conductas basadas en la acción, resisten la exploración de su mundo interno inconsciente, fallan en interactuar emocionalmente con el terapeuta y producen contra-transferencialmente sentimientos de aburrimiento, frustración y agotamiento.* (pág.163)

En tanto operadores de la Salud Mental, nos preocupa la Psicología de la Salud, a la que le conciernen los estudios sobre factores de riesgo, desacuerdos contextuales, prevención y promoción de la salud y rehabilitación. Es, por ello, particularmente importante que los tratamientos psicoterapéuticos se apoyen en estudios de diagnóstico que permitan sustentarlos, así como evaluar y anticipar su eficacia. Los autores que conceptualizan la Psicología de la Salud destacan dentro del *conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias* (Morales Calatayud, 1999)

Siendo la alexitimia un factor de riesgo en las enfermedades del tipo que sean, tal como mencionamos, particularmente en los trastornos somatoformes, de la alimentación, las sociopatías, abuso de sustancias, psicosomáticas, ataque de pánico, etc., pues su presencia indica que, al reducir la circulación y significación de la información proveniente de las señales del mundo interno y externo, interfiere en los

procesos de autoorganización y reorganización del organismo en su historia y ambiente. Pensamos que la evaluación de la Alexitimia proporciona un recurso valioso para el equipo de salud, el psicoterapeuta, el psicoanalista y además para aquéllos abocados a la psicología de la Salud (Morales Calatayud, 1999).

Es importante para el psicoterapeuta distinguir si quienes presentan alexitimia definitiva difícilmente son neuróticos inhibidos, sino reconocer en ellos la presencia de escasa introspección, escasa conciencia de la dimensión subjetiva de la enfermedad y escaso reconocimiento de cómo los acontecimientos internos y externos los afectan (Ruesch, 1948; Krystal, 1979,1982,1988; McDougall, 1982; Lecours y Bouchard, 1997; Taylor, G.J. 2003; Bouchard 2007). Hacerse cargo psicoterapéuticamente de la gran limitación de estos pacientes para interpretaciones con metáforas hace que se vuelve necesario proceder, estimulando, sensibilizando y apuntando a la construcción del vínculo interpersonal. Para ello recurren a todos sus recursos disponibles como la obediencia, la racionalización y la sobre adaptación para favorecer la adherencia al tratamiento. La tarea psicoterapéutica será ayudar al paciente a identificar las emociones ocultas actuantes en sus síntomas y manifestaciones, para ampliar el reconocimiento de ellas y ayudarlo a asociar y reconocer cómo lo afectan en las interacciones que lo rodean.

Son objetivos psicoterapéuticos desarrollar el reconocimiento afectivo y la nominación del sentimiento respectivo. Puede pensarse este diseño de intervención como una terapia de prótesis, donde se deben prestar al paciente funciones psicológicas de las que carece, poner palabra donde no la hay para reconocer sensaciones corporales y diferenciarlas de sentimientos. Algunos terapeutas hablan de esta terapia como de “maternaje”, en el sentido de prestar sostén, aportar enseñanza recurriendo a las contribuciones de todo recurso psicoterapéutico como *rol-playing*, psicodrama, tareas corporales, manuales y musicales, cognitivas, grupos de reflexión e intercambio, intervenciones que contribuyan a construir espesor en un psiquismo de déficit.

Discusión

En el presente la evaluación e intervención en este tipo de demandas es creciente, y consideramos necesario que los psicólogos dispongan de instrumentos confiables y válidos de diagnóstico, acompañados de una revisión y actualización conceptual que permita al evaluador comprender las diversas e infinitas presentaciones de las subjetividades (Meyer, 2008).

Las evaluaciones mediante multimétodos implican el reconocimiento de que ninguna técnica por sí sola podría informar sobre diversos aspectos y niveles de funcionamiento psíquico. En consecuencia, acompañar a la TAS-20 de la administración conjunta de una técnica proyectiva, como la Técnica de Relaciones Objetales de Phillipson (T.R.O.) o la Técnica Rorschach, adaptadas a nuestro propio contexto cultural, permitirán contar con una lectura diagnóstica más completa y compleja.

Ahora, retomando las dos preguntas que dispararon nuestra investigación a) ¿Sería la Alexitimia, un nombre nuevo para algo ya conocido? y b) ¿Podría un cuestionario que se describe como Auto administrable, aportar conocimiento valioso, para los Rorschachistas y Proyectivistas?

contestamos concluyentemente que sí, que el constructo Alexitimia, es una nueva categoría diagnóstica, fruto de un largo derrotero investigador de autores psicoanalíticos, categoría de ágil y profundo contenido, que facilita el puente entre el reconocimiento clínico y la explicación en sus fundamentos teóricos, a la vez con la capacidad de promover muchas nuevas investigaciones.

También contestamos que, según nuestra experiencia, la LAC-TAS-20, es efectivamente un instrumento confiable y válido. Que administrado e interpretado clínicamente contribuye ricamente al diagnóstico diferencial, el que debería anteceder a las planificaciones de los tratamientos psicoterapéuticos.

Bibliografía

- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale—I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 38:23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research* 38:33-40.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Dickens, S.E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy & Psychosomatics* 75:25-39
- Bion, W. (1966). *Aprendiendo de la Experiencia*. Paidós. Buenos Aires.
- Casullo M. M. (1990) *Alexitimia, Consideraciones Teóricas y Empíricas. Informe Conicet*. Buenos Aires
- Clark, L.A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment* 7:309-319.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33:17-31.
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9:353-388.
- Krystal, H. (1988). *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, and Alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. N.J.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis* 78:855-875.
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis* 88:895-915.
- Lunazzi, H.; García de la Fuente, M.; Elías, D. y Kosak, V. (1999,b.). *Investigación sobre variables en el constructo Alexitimia según puntaje total y factores en 550 casos* (póster). IV Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Caracas.
- Lunazzi, H.; Lojo, M. y Lazzarino, R. (1999). *Artritis Reumatoidea y Alexitimia* (póster). XV Jornadas Instituciones Hospital Rossi, La Plata.
- Lunazzi, H. (2000). Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *Rev. Iberoam. de Ev. Psic.* vol. 10, n.º2, 101-119.
- Lunazzi, H. Urrutia, M. I. (2005). Re-visitando el Lambda elevado. XVIII International Congress of Rorschach and P.M., Barcelona
- Lunazzi, H. Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. (2000). *Rev. Iberoamericana de Evaluación Psicológica. RIDEP. Vol.10. N°2. 25-37*
- Lunazzi, H. (2001) Los obesos de perfil. *Rev. De la Soc. Española de Rorschach y Métodos Proyectivos, (SERYMP) N° 20, 13-14*
- Lunazzi, H. (2014). *La Alexitimia en la Artritis Reumatoide. Multimétodos evaluativos en el diagnóstico diferencial de la alexitimia, muestras de pacientes y no-pacientes*. Ed. Publicia. Saarbrücken. Alemania.

- Lunazzi, H., Urrutia, M.I., García de la Fuente, M., Elias, D., Tonin, S., D'Alessio, S., De la Fuente, S. (2010) *Investigación con multimétodos en tres grupos de Adictos*. Proyecto de Investigación, 2010-2012. Programa de Incentivos a la Investigación. UNLP.
- Lunazzi, H. A., Taylor, G.J., Bagby, R.M., Sivak, R. (2012) *Alexitimia, cruzando el puente entre la Teoría, la investigación y la Clínica*. Paidós. Buenos Aires.
- Lunazzi, H. A. (2013) *Puentes y contracaras en dos nuevas categorías psicológicas: Alexitimia y Apego*, Conferencia. III Congreso de Psicología de Tucumán. 13 al 15 de septiembre de 2013.
- Marty, P. y de M'Uzan, M. (1963). "La Pensée Opératoire". *Revue Française de Psychanalyse*, XXVII, pp.1345-1 356
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et Psychosomatique*. Ed. Laboratoire Delagrangue. Paris
- McDougall, J. (1982–1983). Alexithymia, psychosomatosis, and psychosis. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9:379–388.
- Morales Calatayud, F. (1999) *Introducción a la Psicología de la Salud*. Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine* 10:134–144.
- Sifneos, P.E. (1967) Clinical Observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica*, 7, 1-10.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics* 22:255–262.
- Sifneos, P.E. (1994). Affect deficit and alexithymia. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 10:193–195.
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997) *Alexitimia, la dificultad para verbalizar los afectos*. Paidós. Buenos Aires.
- Taylor, G., Bagby, M., Parker, J. (1997) *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. United Kingdom.
- Taylor, G.J. (1984). Psychotherapy with the boring patient. *Canadian Journal of Psychiatry* 29:217–222.
- Taylor, G.J. (1995). Psychoanalysis and empirical research: The example of psychological mindedness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 23:263–281.
- Taylor, G.J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 31:487–508.
- Taylor, G., Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *J Am Psychoanal Assoc* 2013 61: (99-123).
- Winnicott, D. W. (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. New York:
- Winnicott, D. W. (1972) *Realidad y Juego*. Gedisa. Barcelona
- Winnicott, D. W. (1991) *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Paidós. Buenos Aires.

TDAH VERSUS DEPRESIÓN ESENCIAL A PARTIR DE TÉCNICAS PROYECTIVAS



Alicia Delgado

Resumen:

En este artículo se introducen los fundamentos de Depresión Esencial de Pierre Marty, a la vez que se concretan las diferencias de este concepto respecto a la Depresión Neurótica y Melancolía.

El objetivo de este artículo es mostrar los matices diferenciales en los procesos de valoración diagnóstica y tratamiento de un niño de 9 años atendido en un Centro de Salud Mental de Madrid. Se utilizaron Técnicas Proyectivas Gráficas. Los indicadores registrados en T.P.G. reflejaron variaciones en la interpretación de la sintomatología, respecto al diagnóstico previo de TDAH, que conllevaron un cambio en el diagnóstico clínico, así como en la intervención psicoterapéutica. Con las T.P.G. se llegó a la conclusión de que se trataba de un paciente que padecía trastorno depresivo persistente (distimia) con características atípicas, que, según la Clasificación Psicósomática de Marty, corresponde a una Depresión Esencial.

Palabras clave: Depresión esencial, Duelo congelado, Procedimiento autocalmante

Key words: Essential depression, Frozen grief, Self-calming procedure

* Psicóloga Clínica, C.S.M. Puente de Vallecas / H.U. Infanta Leonor-Madrid

ADHD VERSUS ESSENTIAL DEPRESSION FROM PROJECTIVE TECHNIQUES

Abstract

This article introduces the fundamentals of Essential Depression by Pierre Marty, while specifying the differences of this concept with respect to Neurotic Depression and Melancholy.

The objective of this article is to show the differential features in the diagnostic assessment and treatment processes of a 9-year-old boy treated in a Mental Health Center in Madrid. Graphic Projective Techniques are used. The indicators registered in G.P.T. reflected variations in the interpretation of the symptomatology, with respect to the previous diagnosis of ADHD, which led to a change in the clinical diagnosis, as well as in the psychotherapeutic intervention. With the G.P.T. it was concluded that the patient was suffering from persistent depressive disorder (dysthymia) with atypical characteristics. According to Marty's Psychosomatic Classification, was an Essential Depression.

Introducción

La depresión esencial fue descrita por Pierre Marty en 1996. Hasta entonces se la llamaba “depresión sin objeto”. No se acompaña, como en otras depresiones de una sintomatología positiva, neurótica o psicótica. Se distingue por la falta, por lo negativo: falta de deseos, de interés en la vida afectiva y social, conductas automáticas y mecánicas, ausencia de simbolismo y de metáfora en el discurso. No hay culpabilidad ni auto-reproches.

Para poder describir las características semiológicas del tipo de depresión nos parece importante diferenciar una depresión al modo melancólico, donde “la sombra del objeto cae sobre el yo”, (Freud, S. 1917) de una depresión esencial que estaría caracterizada por un retraimiento afectivo, una ausencia de sentimiento de culpa y donde se impone lo actual por lo que la elaboración mediante el pensamiento está ausente

En términos clínicos la depresión esencial es la expresión clara del funcionamiento en negativo pues no se pueden encontrar las habituales manifestaciones de un *Aferramiento libidinal regresivo y ruidoso* (Marty, 2003, p.40) de las otras depresiones, que tiene su mayor exponente en la melancolía. No hay signos

positivos como el humor depresivo, la desesperanza en el futuro o los auto-reproches. Por el contrario, en la depresión esencial no suele haber culpabilidad inconsciente, interés por los demás, por el pasado o por el futuro. La ruptura con su pasado por desgaste del anclaje simbólico de las representaciones y el aislamiento del inconsciente deja al sujeto en lo fáctico y en lo actual. Lo que sí se encuentra es la ausencia de toda la dinámica mental como los desplazamientos, las condensaciones, las introyecciones, las proyecciones, las identificaciones y la vida fantasmática y onírica. En suma: es como si el psiquismo estuviera vacío de libido. Suele ser precedida de angustias difusas, pero que en ese caso dejaron de funcionar como señal para los mecanismos de defensa, dejando al sujeto en un punto que parece reproducir un estado arcaico de desamparo (Marty, 1995; Smadja, 2005; Pérez Galdós, 1993).

En la depresión neurótica o en la melancolía uno puede reconocer una pérdida objetual en su origen y un conjunto de síntomas como consecuencia para sostener la ausencia del objeto. Aquí, en la depresión esencial nos encontramos con el vacío objetual o, la supresión de las relaciones originales consigo mismo y con los otros. Esta concepción lleva incluso a Marty a colocar la hipótesis de que la depresión esencial sea una regresión a un punto de fijación instalado al nivel de la depresión anaclítica descrita por Spitz. (Smadja 2005)

La depresión anaclítica de Spitz (1999) hace referencia a la patología de las relaciones objetales entre madre y niño. Describe una depresión precoz que aparece en el lactante en el curso del primer año de vida. Se produciría en bebés privados de sus madres que previamente habían tenido buena relación con ella.

Los bebés despliegan un síndrome caracterizado por:

- a) Comienza comportamientos de lloriqueo.
- b) Retraimiento y repliegue afectivo.
- c) Aparición de infecciones intercurrentes respiratorias.
- d) Retraso y caída en la curva de crecimiento.

En nuestro caso nos referimos al efecto que produce una madre físicamente presente pero psíquicamente ausente siguiendo la teorización que André Green hace de la Madre muerta (Green, 1999)

Una madre presente pero ausente, imbuida en su depresión o perseguida por sus conflictos inconscientes, es incapaz de contener y soportar las necesidades de su hijo. El retraimiento libidinal de la madre a ojos de su bebé corresponde a una muerte psíquica.

Las “madres que están en otra parte” no son madres verdaderamente muertas, pero son madres que su prolongada ausencia corresponde a una muerte. La

ausencia prolongada deja de ser una presencia estimuladora y reorganizadora de la función del pensamiento y de la creatividad en su lugar, la ausencia hecha pérdida, organiza un funcionamiento mental desvitalizado y marcado por el ataque a los vínculos. Hablaríamos de la función desobjetalizante. (Green, 1990).

Siguiendo a Perinotti Di Croce (2012), podemos ver el efecto de lo transgeneracional en el sentido de que cuando en una generación después de un traumatismo no se hace un trabajo de elaboración psíquica, resulta en consecuencia un clivaje, una escisión, que va a constituir para generaciones posteriores una verdadera prehistoria de su historia personal.

Este tipo de transmisión crea en el niño zonas de silencio representacional dificultando el pensamiento.

Delgado, (2021), dice que habría que diferenciar los duelos ancestrales de los duelos patológicos..

En estos casos, según Alicia Werba (2002), lo difícil de tramitar no es la pérdida propia sino la pérdida no elaborada sufrida por un ascendiente, que produce efectos e impone un trabajo psíquico inconsciente plus a la descendencia (Cuadro 1).

Cuadro 1
Distinción entre depresión ‘melancólica’ y ‘esencial’

DEPRESIÓN MELANCÓLICA	DEPRESIÓN ESENCIAL
Aparecen sentimientos de culpa dolorosamente agudos, ligados al objeto perdido	Depresión sin expresión .
Hay una explosión de autorreproches .	Faltan las auto-acusaciones, la culpabilidad y sentimientos de desvalorización personal .
Presentan autodesvalorizaciones	Se manifiesta por una desinversión global de los centros de interés vital y corresponde a una ausencia de elaboración mental. La aparición de una depresión esencial testimonia el fracaso de los procesos de elaboración mental.
Aparecen ideas de ruina e indignidad.	No se escucha ni la expresión de un sufrimiento psíquico, ni la culpabilidad ni los sentimientos de inferioridad, ni siquiera la angustia.
Es una depresión con expresión. Bien mentalizada.	La D.E.* se revela a través de: <ul style="list-style-type: none">• Fatiga. Falta de “marcha”• Tensión• Vago malestar difuso y persistente• Quejas corporales.

Cuadro 1 (Continuación)
Distinción entre depresión 'melancólica' y 'esencial'

DEPRESIÓN MELANCÓLICA	DEPRESIÓN ESENCIAL
El paciente melancólico exhibe su culpabilidad y la reivindica	<ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento afectivo.
Contratransferencia: en una D.M. lo que le falta al paciente provoca pensamientos en el examinador	Contratransferencia: en una D.E. lo que le falta al paciente no genera pensamientos en el examinador

*D.E.: depresión esencial. **D.M.: depresión melancólica.

Motivo de consulta

Cuando la Terapeuta recibe a Pedro con 9 años -en el programa de Infanto juvenil del Centro de Salud Mental- se encuentra a un niño muy delgado que se sienta con movimientos lentos y que tiene una estatura muy inferior a la que corresponde por su edad. Su tez es muy pálida y sus grandes ojos azules la miran con un gesto de tristeza. Su vestimenta es muy amplia y sugiere la imagen de “un pequeño fantasma” etéreo y frágil.

La madre hace un relato del recorrido previo de Pedro por los distintos especialistas: Está siendo atendido desde pequeño en neurología y traumatología debido a sus dificultades motrices, es muy torpe, se cae repetidamente y tiene múltiples accidentes. Su curva de crecimiento está estancada. Después de las múltiples valoraciones no hay hallazgos orgánicos significativos que den una explicación a las dificultades que presenta.

Con 2 años le derivaron a logopedia porque no hablaba, pero le dieron el alta rápidamente al comprobar que *no se comunicaba y respondía escuetamente y no mantenía conversación*; dijeron que *sí tenía vocabulario pero que no tenía motivación para hablar*.

En la actualidad está siendo valorado por el nefrólogo a consecuencia de su enuresis diurna.

También está siendo valorado por oftalmología por tener un ojo más grande que otro.

Ha estado recibiendo tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en otro centro público de Salud Mental al haber sido valorado con un Trastorno por Déficit de Atención y un Trastorno Emocional.

En el momento que se le atiende en Psicología la madre manifiesta que tiene problemas de rendimiento escolar, presenta dificultades en atención y concentración. Le falta vocabulario y es muy lento en las tareas. Se le olvidan las cosas. Tiene dificultad de relación con iguales. Solo se relaciona en lo dual. Es muy tímido. No mira al hablar y su tono de voz es bajo. Tiene miedo a la oscuridad y le cuesta dormirse, por lo que duerme con su madre con frecuencia. Tiene pesadillas recurrentes con *un monstruo que aparece en su habitación*, sobre todo cuando duerme con su madre. Es mal comedor porque no tiene hambre y la madre le da de comer con frecuencia. Se cae con mucha facilidad y tiene múltiples accidentes. Presenta un retraso estaturó-ponderal. Apenas hay cosas que le motiven y llora con frecuencia por cuestiones sin importancia.

Antecedentes familiares

El núcleo de convivencia está compuesto por Pedro, la madre y el hermano de 13 años.

El padre de Pedro fallece cuando éste tiene 20 meses, de forma imprevista, al provocársele un coágulo cuando se le intervenía de un tumor cerebral detectado casualmente.

A los 2 meses del fallecimiento del padre operan a la madre de un quiste en la tráquea y le extirpan la tiroides. También se le complica con un coágulo.

La madre dice no haber puesto palabras a la muerte del padre, porque *al principio el hermano no quería hablar del padre y a Pedro le daba igual*.

La madre manifiesta: *Del tema del padre no se habla. Yo les mantuve entretenidos y distraídos. Si hay preguntas, hay respuesta; si no hay preguntas, yo no digo nada y como no preguntan pues no hablo. Yo siempre pensé que, como Pedro era pequeño, no se enteraba de nada*.

Como se puede observar, la madre despliega un mecanismo de funcionamiento de *supresión* de los afectos.

La madre presenta ánimo depresivo. No ha recibido tratamiento.

Anamnesis

En la anamnesis la madre aporta los siguientes datos:

Embarazo buscado. Parto a término sin dificultades.

Aunque le tocaba elegir el nombre al padre, es la madre quien lo elige *por portarse bien en el parto*.

Pedro es un bebé tranquilo, comilón y dormilón. *Dormía tanto que yo me inquietaba* (hipersomnia defensiva).

Anduvo al año. Se caía y era muy torpe. Está en valoración neurológica por torpeza motriz. También se realizó evaluación neuropsicológica sin hallazgos significativos.

Empezó a hablar a los 18 meses, pero le costó. La evolución del lenguaje fue muy lenta. Empezó el colegio y aún no hablaba con fluidez. Acudió 6 meses a logopedia y le dieron a los 6 meses el alta porque *no es que no tuviera lenguaje, sino que no quería hablar porque era introvertido*.

Presentó angustia ante el extraño. No necesitó objeto transicional.

No usó chupete. No conseguían calmarle si lloraba. Le dejaban llorar sin parar.

Dificultades en el control de esfínteres. Actualmente tiene escapes diurnos, pero no enuresis. Se le valoró en nefrología sin resultados diagnósticos.

Ingresos repetidos por neumonías.

Ingresos por crisis de asma, Aunque no ha sido diagnosticado como asmático.

Diagnosticado de reflujo gastroesofágico sin síntomas, sin embargo, fue medicado durante 3 años.

Estancamiento del crecimiento estatura-ponderal.

Hace un mes se despertó llorando con fuerte dolor en el pecho. En urgencias no detectan nada orgánicamente y vuelven a medicarle por reflujo. (Crisis de angustia)

Manías: Tenía que comer en el mismo sitio y con los mismos cubiertos. No podía andar descalzo. (Pueden considerarse rituales defensivos para no confrontar la pérdida)

Metodología

- Entrevista semidirigida con Pedro y la madre
- Entrevista dirigida con la madre
- Entrevista semidirigida con Pedro
- Pruebas Projectivas Gráficas: HTP (Buck, 1995) y Familia imaginada Corman (1961).
- CGI (Impresión Clínica Global)

Entrevistas diagnosticas realizadas a Pedro

Pedro se presenta hablando de los dos amigos que ha perdido porque se han ido a vivir con su padre.

Asociativamente plantea: *Mi papa ha muerto y mi hermano solo juega al ordenador y cuando se va yo se lo cojo.*

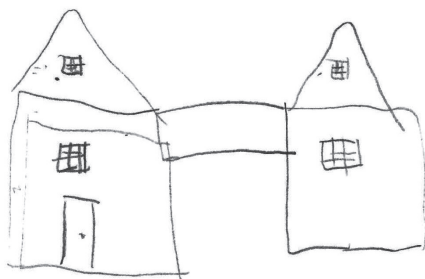
Voy al neurólogo porque normalmente quiero hacer pis, pero no lo noto.

Todo el contenido de la entrevista gira en torno a la pérdida.

Concluye diciendo: *A mí no me preocupa nada. Yo estoy bien.*

Dibujo n° 1

Una casa



Encuesta: *Es una casa unida a otra casa. Yo tengo un juego de ordenador con el que también puedes construir tu propia casa y un día yo construí una así. Una es más grande porque está bajo tierra y la otra es de aire. Es una casa diseñada para 4 personas. El puente es para entrar a la segunda casa porque esta no tiene puerta. La puerta ahora estará cerrada, aquí no te pueden entrar a robar porque habría que romper cosas. Hay zombis fuera, pero se pueden regenerar dentro porque solo aparecen por la noche.*

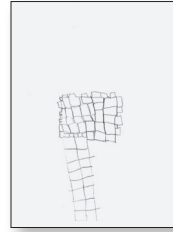
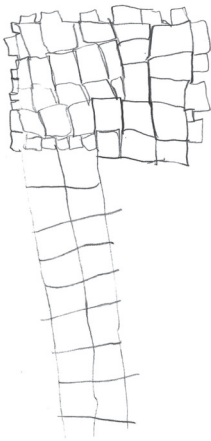
TP: *¡Debe dar susto vivir así!: No, porque el juego es así y aparecen por todas partes. También hay un esqueleto que lanza flechas por todas partes. Me gusta esa casa.*

Indicadores gráficos:

- Situada abajo a la izquierda: Sería el margen donde se ubica lo que queda sin resolver, lo traumático. Lo depresivo.
- Sin base: Inestable
- Micrografismo y debilidad en el trazo

- Trazo con aperturas
- Dibuja 2 casas unidas: Apoyo anaclítico con un objeto ausente.
- La casa enterrada da sostén a la otra casa.
- La casa pequeña no tiene puertas para comunicarse con el exterior, no tiene base, está en el aire, solo se comunica con la casa que hay bajo tierra
- Entorno frío, inhóspito

Dibujo n° 2
Árbol

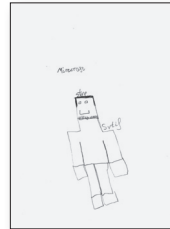


Encuesta: La copa es un puzle, es del juego que te he dicho que se llama minecraft. En ese juego todos los objetos son cuadrados. Este árbol es el de la selva y son muy grandes. Este árbol tendría 2 días porque en este juego tardan muy poco en crecer. Si fuera real solo duraría un minuto porque en minecraft se hace de noche demasiado rápido. Se cuida solo porque tú matando esqueletos te dan huesos y con ese polvo crece. Crece con el polvo de los huesos de los esqueletos. Con el viento y los rayos de la tormenta se quemaría y se le rompería la madera, pero vuelve a crecer y podría seguir viviendo. Estaría rodeado de más árboles.

Indicadores gráficos (en su conjunto corresponden a *pensamiento operatorio*):

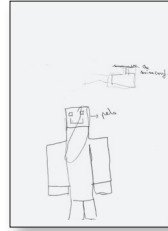
- Macrografismo
- Encapsulamiento en el proceso de pensamiento
- Creación bizarra: No hay figuras cuidadoras (*lo hacen crecer el polvo de los huesos de los esqueletos*).

Dibujo nº 3
Figura humana (masculina)



Encuesta: ¿Puede ser de minecraft? No sé el nombre que tiene podría ser cualquiera. Se puede llamar de cualquier forma. Tiene que tener más de 18 años porque este ya es un hombre. También hay un 'mod' que puede tener hijos. También puede salir con una chica y se puede besar. Este que he dibujado no tiene manera de comportarse es según tu lo controles. Este es como si fuera solitario. También se pueden tener hijos teniendo un anillo. Se puede ser el rey haciéndote una corona. Si te matas ya dejas de ser el rey, pero habría que ver si te puedes hacer un traje de eso y puedes volver a vivir. Este se dedica a ser un aventurero.

Dibujo n° 4
Figura humana (femenina)



Encuesta: Hay un 'mod' que no tiene pelo y se le cae así a un lado. Un 'mod' hace que la gente no sea ni chico ni chica. No sé ni los años que tiene ni el nombre. En minecraft no existen los años.

PD: ¿No hay ni pequeños ni grandes?: Todos son iguales, no nacen ni mueren. Bueno nacen, pero solo mueren si te mata un esqueleto. Puedes ser cualquier cosa de trabajo. En el juego descubrí que mi nombre tiene tilde. Yo estaba creando mi propio poblado y aparecieron los zombis y me mataron. En mi casa de minecraft he pensado hacerme una habitación. En mi casa real yo tengo una habitación, pero cuando mamá está mal duermo con ella. Yo quiero dormir con ella cuando no hay colegio al día siguiente. Cuando yo era pequeño nos metíamos en la cama mi hermano, mi madre y yo luego me hermano se hizo mayor y se fue y mi madre y yo nos acostumbramos a estar solos. En la sala del ordenador está prohibido entrar no sé porque, están las cosas de mi padre, pero mi padre está muerto y no sé porque no quitamos el cartel de prohibido.

Indicadores gráficos figuras humanas:

- Sin base
- Figuras tambaleantes
- No tienen identidad
- Figuras robotizadas. (Despersonalización)
- Ojos vacíos
- Sin dedos. (Dificultad en el contacto)
- Brazos apretados al cuerpo. (Dificultad para conectarse. Reservado. Retraído. Rígido. Control excesivo sobre los impulsos.)

- Cuello largo y gordo. (Exceso de control de los afectos)
- No existe diferencia ni de sexos ni de generaciones
- No existe la temporalidad
- No hay pérdida, no hay muerte. Todos son iguales “no nacen, ni mueren”

Dibujo n° 5
Familia imaginada

(No puede hacerlo)

Valoración diagnóstica

1. *Juicio clínico*

Trastorno depresivo persistente (distimia) con características atípicas según DSM-5:300.4 (F34.1).

Depresión esencial (Según la Clasificación Psicósomática de Pierre Marty. Revisión de 1989).

2. *Abordaje clínico*

- Psicoterapia individual para Pedro.
- Tratamiento familiar.

3. *Consideraciones diagnósticas*

A través de la valoración realizada a partir de la anamnesis y las TPG, se puede detectar en el menor un funcionamiento psíquico caracterizado por un estado de depresión esencial en el contexto de un duelo congelado a nivel familiar por la muerte del padre, acontecida cuando el paciente tenía 20 meses.

Se produce una reduplicación del duelo al estar frente a una madre físicamente presente pero psíquicamente ausente, por estar absorbida por el duelo, según el concepto de André Green de la Madre Muerta. (Green 1999)

Existen efectos alienantes en Pedro del duelo no elaborado en la madre. La madre negando la pérdida padecida, perpetúa la relación con lo perdido.

Lo indecible de la madre en relación a la muerte del padre, ha quedado en Pedro como innombrable y no representable y favorece las vías de la expresión somática: asma, reflujo, retraso en la curva de peso y altura, pérdidas orina.

Al estar enquistado el duelo, los procesos atencionales se encuentran alterados.

El trabajo de duelo implica desinvertir representaciones ligadas al objeto y hay que desarmar múltiples redes de pensamiento que se van desarmando y re-armando. Este trabajo exige una disponibilidad total y lo que no esté vinculado al objeto perdido cae fuera de la atención

Pedro para no afrontar la pérdida se mantiene en una neorealidad donde no existe la castración ni la temporalidad. No existen diferencias ni de sexos ni de generaciones. No existe la identidad ni en género ni en edad. Es el reino de la omnipotencia donde todo se puede crear y conseguir. Todo ello toma el sostén y la figurabilidad a través del juego de ordenador de *Minecraft*.

El juego de ordenador tiene una función de *procedimiento autocalmante*¹ (Szwec y Smadja 1993), destinado a proteger a Pedro del retorno traumático de la pérdida. Es un juego que repite sin sosiego, con una sobreinvertidura de lo perceptivo, que busca apaciguar la excitación proveniente de una experiencia traumática desbordante, que se ha quedado sin elaborar, y para la que no ha habido palabras, ni fantasías ni sostén.

Con el Funcionamiento psíquico en clave autocalmante:

- Se intenta controlar activa y repetidamente la experiencia traumática.
- Se trata de vaciar el pensamiento de sus representaciones dolorosas e impedir que el dolor psíquico aparezca.
- Se mantiene en un tiempo circular, inmóvil, operatorio.

La secuencia de los diferentes diagnósticos emitidos es:

a) En un primer tiempo se mantiene en un funcionamiento defensivo frente a la angustia de muerte y se le da salida a dicha angustia a través de la motricidad. En este momento Pedro fue diagnosticado con “Trastorno Hiperactivo”.

b) En un segundo momento se pasa a un funcionamiento donde lo motriz desaparece y se provoca un aislamiento y pérdida de interés por el entorno. En esta etapa se varió el diagnóstico a “Trastorno por Déficit de Atención”.

¹ La noción de *procedimiento autocalmante*, introducida por G. Szwec y C. Smadja, (1993), ha sido enunciada por estos autores para dar cuenta de formas de gestionar la excitación excesiva que no puede ser elaborada por procesos psíquicos. Szwec relaciona los procedimientos autocalmantes con las estrategias antitraumáticas del Yo.

c) A partir de la valoración realizada con TPG se detecta una “Depresión Esencial” que conlleva una merma considerable en la capacidad de elaboración mental y una caída de la energía vital que le incapacita para relacionarse afectivamente (alexitimia) y deteriora ostensiblemente su rendimiento en las áreas cognitiva, escolar y relacional.

Bibliografía

- Barbosa, P. (2013). *Psicopatología y test gráficos*. Barcelona, España: Herder.
- Buck, J.N. (1995). *Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujos Proyectivos H.T.P.* México: El Manual Moderno S.A.
- Busner J, Targum SD. *The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice*. Psychiatry (Edgmont). 2007;4(7):28-37.
- Delgado Campos, R., 2021, *Intervenciones psicodinámicas en preservación familiar y protección de menores*. Editorial Mayo.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. J. Strachey (Ed.) (1992), Las obras completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp.235-256). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Grassano De Piccolo, E. (2002). *Indicadores psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris. Gallimard.
- Green, A. (1980). *La madre muerta. Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Pág. 6, págs. 209-238. Buenos Aires: Amorrortu. 1986.
- Marty, P. (1995). *El Orden Psicosomático. Los movimientos individuales de vida y de muerte, desorganizaciones y regresiones*. Valencia. Editorial Promolibro.
- Marty, P. (2003). *La Psicósomática del adulto*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Pérez Galdós, S. (1993). Paréntesis mental: Somatización grave en el curso del proceso analítico. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*, 23-24, 93-100.
- Perinotti Di Croce, A (2012) Lo transgeneracional. Cuando lo in-decible se transforma en lo im-pensable. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* n° 54.
- Pont Amenós, T. (2012). *Psicodiagnóstico diferencial con test gráficos*. Madrid, España: Síntesis.
- Smadja, C. (2005). *La Vida Operatoria*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Spitz, R. (1999). *El Primer año de la vida del niño*. Madrid. Fondo de Cultura Económica de España.
- Werba, A. (2002). *Transmisión entre generaciones. Los secretos y los duelos ancestrales*.

OBITUARIO EN RECUERDO DE HELENA ANA LUNAZZI (1940-2021)

Su reciente fallecimiento significó una pérdida muy dolorosa para los compañeros y alumnos que trabajamos y aprendimos con ella. Helena fue un referente en el estudio del Rorschach y pionera en la organización de la cátedra de Psicodiagnóstico de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Especialista en Psicología Clínica en el Instituto Tavistock, fue también miembro titular de la Sociedad Británica de Psicología Proyectiva y de la Sociedad Americana de Evaluación de la Personalidad. Era miembro fundadora de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP), profesora titular de la Facultad de Psicología de la UNLP y directora de la carrera de postgrado “Especialización en Evaluación y Diagnóstico Psicológico” de esta misma facultad.

Hija de la maestra María Clotilde Beaupays y del pedagogo y profesor de Humanidades y Ciencias de la Educación José María Lunazzi, Helena nació el 11 de diciembre de 1940 en la ciudad de La Plata (en Argentina, esa fecha de cada año es el Día Nacional del Tango). Completó la educación primaria y secundaria en la “Escuela Normal Nacional Número 1” de esa ciudad, de donde egresó con el título de maestra de enseñanza primaria, profesión que ejerció desde muy joven; esta experiencia, y el hecho que sus padres fueran maestros que amaban la profesión, los podemos considerar los orígenes de su pasión pedagógica. Cabe recordar que obtuvo ese título con la mejor puntuación de su promoción: 9,83 puntos, con una *asistencia perfecta* durante los cinco años de estudios. La referencia a la coincidencia del día del nacimiento no es banal: cantaba muy bien, según cuentan los compañeros que conocieron su participación en el coro universitario, y fue distinguida en alguna oportunidad con la responsabilidad de la interpretación solista.

Realizó su formación universitaria en la misma ciudad y en 1963 se graduó como psicóloga con el mejor promedio de su promoción. Tres años después pasó una época en Londres, de 1966 a 1968, donde obtuvo el Certificado de Trainee Fulltime Clinical Psychologist expedido por Tavistock Clinic & Institute of Human Relations. Fue en ese viaje cuando tuvo su primer contacto con el test de Rorschach; en esa estadía se formó intensamente en la prueba y recibió el Certificado de *Full Member* otorgado por The British Rorschach Forum & Society for Projective Psychology y el Certificado de Training in Advanced Technique of Rorschach II year course. Con esa sólida formación, a su regreso a la Argentina

decidió comenzar a entrenar a sus pares en la administración e interpretación del test.

En 1988 fue nombrada titular de la Cátedra de Psicodiagnóstico de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Desde ese lugar desarrolló una tarea muy creativa que es recordada con admiración por quienes fueron sus colegas y alumnos. Ante la carencia de bibliografía específica, escribió junto a Diana Elías y su equipo un texto que sirvió de base y se siguió utilizando curso tras curso como referente didáctico; este texto se publicó nueve años después: en 1997 la Editorial de la UNLP presentó *Estudiando Rorschach: Nuevos aportes y ejercitación*. Y en 2002 apareció la versión corregida y aumentada *Ampliando nuestro estudio del Rorschach: Nuevos aportes y ejercitación*.

En 1993 presidió el Primer Congreso de Actualización en la Técnica Rorschach, organizado por la Universidad de Buenos Aires.

Posteriormente completó su formación en el Sistema Comprehensivo de Exner mediante diversos seminarios y talleres impartidos por el propio J. Exner y por algunos de sus colaboradores más destacados; entre otros, podemos mencionar:

- Rorschach Tutorial: *Rorschach Workshop # 1000*, American Psychological Association en Asheville, North Carolina. Sistema Comprehensivo de Exner.
- Rorschach Workshops: *Tactics for Teaching the Comprehensive System*. Instructor: Anne Andronikof, Buenos Aires, 2004, acreditado por J. Exner.
- Seminario Internacional *Specialized Training Services: A Gathering of Leading Experts* tema: assessing & treating personality disorders A.P.A., Irvine. California, 2000.

Integrada en la International Society of the Rorschach and Projective Methods (ISR), ocupó distinguidos cargos institucionales: en el congreso de Lisboa fue electa como vicepresidenta de la ISR para el período 1993-96, y en el de Boston fue reelecta para los años 1996-99.

Se doctoró en el 2006, también en la UNLP, con una tesis titulada *La alexitimia en la artritis reumatoidea*, dirigida por el Dr. Gregorio Klimovsky, obteniendo una calificación de Sobresaliente. Se trata de un estudio en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, en que utiliza como instrumento diagnóstico preferente el Rorschach para poner en evidencia los rasgos que muestran la prevalencia de un estilo de personalidad alexitímico. Esa tesis fue posteriormente galardonada con el Primer Premio en el Concurso Iberoamericano de Investigación con Técnicas Proyectivas, en 2009, organizado por la Sociedad Latinoamericana de Rorschach y Métodos Proyectivos (ALAR). La tesis completa

puede ser descargada en: <http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.296/te.296.pdf>

Aportó, dirigiendo un nutrido grupo de destacados colegas, las tablas normativas argentinas para el Sistema Comprensivo de Rorschach, en base a una muestra de 506 sujetos no-pacientes, en una investigación avalada por la Universidad Nacional de La Plata. El trabajo se plasmó en el libro *El Rorschach en sujetos no pacientes: tablas normativas*, edición bilingüe de la Editorial Psimática, con una nota preliminar de John Exner, prefacio de Angélica Zdunic y prólogo de Matilde Ráez.

Fue docente de posgrado en cursos de formación en el método Rorschach: Integración diagnóstica, Psicósomática y cuadros *borderline*, Rorschach en niños, Evaluación del potencial suicida y otras problemáticas psicodiagnósticas, Psicodiagnóstico forense, etc. en destacadas instituciones de especialización (Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Tucumán, Universidad Nacional de Comahue, Universidad Nacional de Buenos Aires, Universidad Nacional de La Plata.)

Interesada por la Psiconeuroinmunoendocrinología, recibió su certificación de Especialista en 2005 por parte de la Sociedad Nacional de PNIE.

Entre los temas a los que dedicó sus esfuerzos de investigación están:

- Organización perceptual en ciegos completos a los colores en el Método de Rorschach.
- Organización Perceptual en la Disminución Visual Severa Congénita en el Rorschach.
- Rorschach en Niños.
- La evaluación del cambio psicológico mediante las Psicoterapias.
- Las respuestas al Color como modalidades de la Relación Objetal.
- La Cuarta Edad y la Vida a los 100 años.
- Acerca del Diagnóstico Diferencial de la Personalidad Borderline.
- Conceptualización clínica y Psicodiagnóstica del cuadro Borderline.
- El Rorschach de Consenso.
- Diagnóstico Estructural mediante el T.R.O. de Phillipson
- Aplicaciones Psicoterapéuticas del Psicodiagnóstico en sí mismo.
- Sobrepeso Crónico y Autoestima.
- La Alexitimia como factor de riesgo Psicósomático.
- Variables que afectan la validez de la escala TAS de Alexitimia en 550 casos.

- Creación de Normas Argentinas e Investigación de Variables Socioeconómicas y de Género en la Técnica de Rorschach Sistema Comprehensivo (Proyecto Nacional con una muestra de 1.179 no-pacientes). Para realizar un trabajo de tanto calado convocó y coordinó un nutrido equipo de colaboradores, todos profesionales entrenados y de reconocida experiencia, a lo largo y ancho del país; fue exhaustivamente rigurosa en la selección de protocolos, y supervisó minuciosamente el proceso de armado de las tablas. El resultado del trabajo se publicó como: “Tablas Argentinas de Calidad Formal (FQ) en 1.179 no pacientes”, edición de la Facultad de Psicología /UNLP

- Estudios interculturales mediante el Rorschach (S.C.).
- Los Trastornos del Pensamiento en la Técnica Rorschach (S.C.).
- Indicadores de adicción en la Técnica Rorschach (S.C.).
- Indicadores de Trastornos de Pensamiento y Psicosis, en la Técnica Rorschach (S.C.).
- Niños no consultantes con excelente rendimiento académico e impactante sobrecarga emocional (Estrés).
- Comparaciones interculturales de los estilos Cognitivos y tolerancia al Estrés (Muestras equiparadas de Sao Paulo y Gran La Plata)
- La variable Calidad Formal (FQ) Rorschach Sistema Comprehensivo, sus características en los contextos culturales.

En 2010 recibió un premio a toda su trayectoria profesional, otorgado por la Cámara de Senadores de la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, como resultado de la propuesta unánime de todos los colegios de psicólogos de la Provincia.

En 2013 fue nombrada Colaboradora del Equipo Evidence, Research and Action on Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 2014 asumió como Miembro de la Red Global de Práctica Clínica (RGPC) de la OMS, y consultora para la elaboración del *CIE 11*, cargo que continuó ejerciendo hasta el final de su vida.

En 2015 ingresó como *Membre du réseau*, en la Réseau Universitaire européenne et internationale de recherche: Méthodes projectives et psychanalyse.

Desde 2017 era miembro activo de CSIRA, Sociedad Internacional de Rorschach Sistema Comprehensivo, con sede en París.

Participó en infinidad de congresos, cuya lista puede consultarse en su página web <http://www.helenalunazzi.com.ar/>

Es autora de diversos libros, de los cuales destacamos:

- La Evaluación Terapéutica y la Clínica de la Pantalla.
- Aportes al campo psicodiagnóstico.
- Lectura del psicodiagnóstico.
- Relectura del Psicodiagnóstico. El juicio clínico, problemáticas epistemológicas, metodológicas y éticas.
- La alexitimia en la artritis reumatoide.
- Alexitimia. Cruzando el puente entre la Teoría, la Investigación y la Clínica.
- Guía práctica de administración de un proceso psicodiagnóstico.
- El potente trabajo de compilación “Abreletras” que también puede ser descargado de su web <http://www.helenalunazzi.com.ar/libros/>

Sus artículos han sido publicados en infinidad de medios científicos; entre ellos destacamos:

- Revue de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue Française.
- British Journal of Projective Psychology.
- Rorschachiana, publicación oficial de la Sociedad Internacional de Rorschach y Métodos Projectivos.
- Revista Psicodiagnosticar de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico.
- Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica, RIDEP.
- Revista de la Sociedad española de Rorschach y Métodos proyectivos (SERYMP).
- Revista Personality Assessment, USA (JPA), en particular una artículo muy mencionado en otros trabajos científicos: “Rorschach Comprehensive System Data for a Sample of 506 Adult Nonpatients From Argentina” (2007)

Fue autora de numerosas traducciones de artículos científicos del inglés y francés al castellano, y ofició como intérprete en congresos y coloquios científicos internacionales. Helena publicó todo el tiempo, leyó y escribió de manera continua. Era, además, una persona muy trabajadora. El estudio y la producción de contenidos no fueron algo más en su vida, fueron uno de sus ejes vitales.

Continuó ejerciendo la actividad clínica, investigadora y docente en el ámbito del psicodiagnóstico en general y del Rorschach en particular, prácticamente hasta su fallecimiento en Buenos Aires, donde residía, el 28 de abril de 2021.

Su último curso lo ofreció en la Societat Catalana de Rorschach i Mètodes Projectius, con alumnos de Argentina, México y España, dirigido a profesionales ya entrenados en la prueba y centrado en la integración diagnóstica, enriquecida con su particular perspectiva; este curso, lamentablemente, quedó interrumpido por su prematura partida.

Todo lo que hemos aprendido de ella, no sólo a través de sus enseñanzas académicas de un nivel sobresaliente, sino también del cálido vínculo relacional con alumnos y colegas, la mantendrá siempre presente entre nosotros con admiración y cariño.

Barcelona, julio de 2021.
Yolanda González y Silvio Sember

RESEÑA DEL LIBRO:

*INTERVENCIONES PSICODINÁMICAS EN PRESERVACIÓN FAMILIAR Y PROTECCIÓN DE MENORES*¹

De Rafael Delgado Campos

Por Antonio Carlos Martín²

No sorprende a quienes seguimos las publicaciones de Rafael Delgado su capacidad para entrelazar lo psicológico y lo jurídico³. Y lo hace con tal naturalidad que más bien parecen dos disciplinas tan complementarias que no pudieran sostenerse la una sin la otra.

Sus publicaciones son producto de una dual trayectoria profesional: el ejercicio del Derecho (de Familia, Civil, Penal y Menores) y Psicólogo —Psicoanalista— infantil en los Servicios Sociales Especializados en Familia e Infancia.

En el libro objeto de esta reseña trata de forma exhaustiva el muy actual tema *de los menores en situación de riesgo o desamparo* y la intervención protectora del Estado en el marco jurídico correspondiente. Analiza y reflexiona desde los diferentes ángulos familiar, institucional, jurídico, social... y, como unificador de todos ellos, el psicológico.

Desde la teoría y clínica dinámica despliega los aspectos funcionales de la paternidad y maternidad, que en los casos de falla o grave distorsión se convierte en disfunción familiar, lo que viene a generar el riesgo o desprotección para el menor.

Del mismo modo, cumplimenta varios capítulos dedicados a lo institucional, como elemento necesario para la ejecución de una hipotética —muchas veces necesaria— intervención, que pudiera dar lugar a la retirada del menor de su familia para procurarle protección, cuidados y educación, valorando y activando alguna de las diferentes opciones por este orden de prioridad: acomodo con su familia

¹ Delgado, R., Madrid 2021, *Intervenciones psicodinámicas en preservación familiar, y protección de menores*, Ed. Mayo.

² Doctor en Psicología de la Salud (UAM), Psicólogo Clínico.

³ Delgado, R., *Psicoanálisis, iuspatología y juridicidad*, Madrid 2017.

extensa, protegerle en un centro de la propia Institución, el acogimiento temporal por una familia o la adopción.

Un tercer bloque del libro es el dedicado al marco jurídico en que necesariamente se han de dar los pasos del proceso de intervención.

Entre estos tres factores está la intervención de un Equipo Interdisciplinar de Menores y Familia, que han de valorar los daños emocionales del menor. A partir de la interacción familiar y las carencias o excesos que ha generado el conflicto, las consecuencias de un alejamiento de sus padres y su entorno, así como las dificultades que puedan irse produciendo en la adaptación a su nuevo medio de convivencia.

Presenta, en el capítulo titulado *El menor*, una viñeta clínica de una niña de tres años que ha presenciado violencia parental entre unos padres con una fuerte conflictividad. En el método utilizado para la evaluación se emplean Técnicas Proyectivas, mostrando el autor algunos de los dibujos realizados por la menor, que ilustran la dinámica en que se encuentra.

Me parece especialmente acertado el término de *Lo impensado*, para referirse no solo a los aspectos inconsciente de la niña, sino también a todos aquellos afectos, miedos, angustias, etc. que pueden quedar ocultos en un proceso de estas características, y la importancia de tenerlos en cuenta. Hay que considerar lo que se va gestando en el funcionamiento psíquico de un menor a partir del riesgo en sí mismo, de quiénes y cómo lo producen, de las pérdidas, del duelo de separación, la vulnerabilidad que ha de sentir al encontrarse en un entorno desconocido, etc.

Lo impensado también cuando las actuaciones institucionales se despersonalizan, aunque sean ejecutadas por personas con la empatía necesaria. Esta despersonalización se produce cuando se invoca la Ley para tomar decisiones. Y *lo impensado* se resignifica por la ausencia de palabras, a las que en ocasiones sustituye lo punitivo.

Concluye dar primacía a la resolución del conflicto familiar, si esto fuera posible, y en su defecto la atención de parientes cercanos, sobre otras alternativas; transmitir el concepto de autoridad como contención y planteamiento de los límites; lo relacional con el concurso de la palabra y la reflexión como forma de abordar los conflictos, así como abrir vías de reparación por encima del castigo.

Como opinión particular, considero que con publicaciones como las de Rafael Delgado queda patente que la Psicología Dinámica tiene actualmente un lugar importante, tanto en la Sanidad Pública Española, así como en la Administración de Justicia, que, no obstante, debemos implementar.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA REVISTA - 2021

1. Los trabajos deben ser **inéditos** y no estar pendientes de evaluación en otras publicaciones. Versarán sobre los objetivos de esta Sociedad. Serán revisados por el Equipo Editor y el Consejo de Asesores de la Revista (de forma anónima) para su aceptación. Ésta no se responsabilizará de las afirmaciones u opiniones que los autores viertan en sus respectivos trabajos. Se enviarán al Equipo de Editores por correo electrónico [acm@cop.es], dentro del plazo establecido en la convocatoria. Los autores podrán integrar sus trabajos en la plantilla desde su original en Word con un simple 'COPIAR' / 'PEGAR'. Dicha plantilla será enviada a los socios e interesados con la convocatoria de cada edición.
2. **Cada trabajo** en su conjunto (incluyendo dibujos, tablas y gráficos), una vez insertado en la plantilla preparada para la Revista, no debe superar las **16 págs.** (un máximo de 19 páginas si se incluyen hasta tres anexos).
3. Méritos del/os Autor/es: en nota a pie de pág., T. Roman 9 pts. muy resumidos, que no superen dos líneas, a ser posible, una. No es necesario el apartado 'Correspondencia'. Una dirección de correo electrónico es **necesaria y suficiente**.
4. **Título general del trabajo** en español y en inglés, **TODO EN MAYÚSCULAS**. No debe exceder los **33 caracteres** (incluidos los espacios). Si se considera necesaria mayor amplitud, el título se puede complementar inmediatamente después con un subtítulo en minúsculas y sin negrita.
5. **En la primera página:** (Por este orden) 1º Nombre y apellidos de autor/es; 2º Título y subtítulo (si lo hubiera); 3º Resumen; 4º Palabras clave (de 2 a 6 en Español y en Inglés); 5º Abstract.
6. **Resumen:** no más de 140 palabras (a poder ser, menos), evitando en lo posible los puntos y aparte. Tendrá la siguiente estructura: objetivo, método y principal resultado o conclusión. **Abstract:** traducción del Resumen; también debe ir el título general en inglés.
7. **Títulos parciales:** en negrita, a la izquierda, sin espacios extra (p. ej. **Introducción**)
8. **Apartados secundarios:** A la izquierda en cursiva, sin espacios posteriores (p. ej. *b) Afectos*)
9. **Texto (todo):** En Word, Times Roman de 12 pts. A '1' espacio/simple. No es necesario justificar.
10. **Puntos y aparte SIN** espacio adicional inter-renglón y **SIN sangría** en el comienzo del nuevo párrafo. **No separar** ninguna palabra **con guión** para pasar al renglón siguiente.
11. Se utilizará *cursiva* en citas, relatos, historias (todos ellos textuales). Lo que va en cursiva, sin comillas. Y viceversa: a una frase entrecomillada no se le aplica cursiva.
12. **Dibujos** (TPG, etc.) escaneados B/N del original, (todo el folio independientemente del tamaño del dibujo), procurando que el fondo quede blanco, sin tinte agrisado y sin modificación digital alguna. Deben enviarse como 'archivos adjuntos', aparte del texto, en JPG y/o PDF, numerados (Dibujo 1, ej.). Dentro del contexto se debe indicar el número de cada dibujo al que se refiere.
13. **Tablas:** citadas en el contexto correspondiente; elaboradas con Excell; tipo de letra: el título a 11 pts. y el resto a 9 pts.; numeradas (Tabla 2, p.ej.). Se deben enviar individualmente como 'archivos adjuntos' fuera del texto en Excell y/o PDF.
14. **Gráficos** (no dibujos ni tablas): elaborados o convertidos en Excell editable, si se han trabajado con otros programas; deben enviarse individualmente, aparte del texto como archivos adjuntos, en formato Excell y/o PDF, numeradas (Gráfico 3, p. ej.). Debe nombrarse en el contexto el número del gráfico correspondiente.
15. **Bibliografía** (s/normas APA): Autores por orden alfabético (cronológico en cada autor).
 - a) Libros: *Título del libro en cursiva*.
 - b) Publicaciones Periódicas: Diarios, revistas, boletines...: Autor, A. A. (año de publicación). Título del artículo. *Título de la Revista en cursiva*, xx, xxx-xxx. Si varios autores, separados por comas, antes del último 'y', o, en su caso, '&'.
 - c) Publicaciones electrónicas periódicas: Autor, A.A. (Año de publicación). *Título del artículo*. Título de la Publicación periódica, xx, xxx-xxx. Recuperado día, mes y año.
 - d) Documento electrónico: Autor, A.A. (Año de publicación). *Título*. Recuperado día, mes y año.
 - e) Publicaciones no Periódicas: Libros, informes, folletos, monografías, manuales, medios audiovisuales: Autor, A.A. (Año de publicación). *Título del trabajo*. Localidad: Editorial
 - f) Capítulos de Libros: Autor, A.A. (Año de publicación) 'en' Autores, *Título del Libro* (páginas xxx-xxx). Ciudad: Editorial.

Editorial.....	5
<i>Antonio Carlos Martín</i>	
Desde la SERYMP 2020.....	7
<i>Ana Fernández-Manchón</i>	
Desde la SCRIMP.....	9
<i>Yolanda González Rivero</i>	
Test de Rorschach: revisión diacrónica (I).....	11
<i>María Concepción Sendín</i>	
Las técnicas proyectivas como método de diagnóstico, evaluación e investigación (I) (Fundamentos y desarrollos).....	25
<i>Dra. Marina Bueno Belloch</i>	
Las técnicas proyectivas como método diagnóstico, evaluación e investigación (II) (Características, clasificación y garantías de calidad).....	39
<i>Dra. Marina Bueno Belloch</i>	
Alexitimia cruzando el puente entre la teoría, la investigación y la clínica (I)....	57
<i>Helena Ana Lunazzi</i>	
Cefalea. El dolor y sus efectos en el funcionamiento mental.....	75
<i>Alicia Delgado Campos</i>	
El Rorschach, complementado por gráficos, ayuda a precisar el diagnóstico de TDAH.....	91
<i>Rovira Toda</i>	
Test de Rorschach: revisión diacrónica (II).....	111
<i>María Concepción Sendín</i>	
Adaptación de la escala de Alexitimia y su contribución a la psicoterapia (II)....	123
<i>Helena Ana Lunazzi</i>	
TDAH versus depresión esencial a partir de técnicas proyectivas.....	133
<i>Alicia Delgado Campos</i>	
Obituario en recuerdo de Helena Ana Lunazzi (1940-2021).....	147
<i>Yolanda González y Silvio Sember</i>	
Reseña bibliográfica.....	153