UNIVERSIDAD DE BARCELONA FACULTAD DE PSICOLOGIA

INDICES DEL RORSCHACH EN ESQUIZOFRENICOS CRONICOS VERSUS ESQUIZOFRENICOS AGUDOS:

SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA POBLACIÓN DE BARCELONA Y SU PROVINCIA

PRIMERA PARTE

PRESENTADA PARA ASPIRAR AL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGIA

POR MARÍA VIVES GOMILA

DIRECTOR: DR. MIGUEL SIGUAN SOLER

BARCELONA, ABRIL DE 1984

Esta investigación ha sido posible gracias a la influencia directa y/o indirecta de una serie de personas a las que quiero recordar y agradecer:

Al Dr. Siguán sus acertados comentarios, siempre punto de partida de nuevos planteamientos.

Al Dr. Exner Jr. de la Universidad de New York, EE.UU., sus numerosas aportaciones y el haber "potenciado" cierta actitud creadora.

En lo que respecta a la revisión y estudio del Rorschach, estoy en deuda con la profesora Vera Campo. Agradezco su estímulo así como sus observaciones constructivas y eficaces.

Al Dr. Visauta las oportunas sugerencias a determinadas partes de este estudio.

Quiero recordar a los "jueces" del RDC y del Rorschach por haber colaborado conmigo en la tarea de selección, clasificación y diagnóstico de los 90 pacientes de estas muestras. Su valiosa ayuda en tareas tan densas y comprometidas y su calidad humana han hecho que mi trabajo fuera más llevadero.

Agradezco, especialmente a la Dirección de las 3 clínicas psiquiátricas de la provincia de Barcelona, así como a los médicos-psiquiatras de los servicios de "agudos" y "crónicos", psicólogos,

ATS y enfermeros, su colaboración entusiasta y desinteresada que demostraron en todo momento.

Finalmente, los verdaderos protagonistas han sido los 90 pacientes a quienes debo todo. Sin ellos, la estandarización de estos datos hubiera sido un simple esbozo.

- INDICE -

1. OBJETIVOS Y PUNTO DE PARTIDA 1
1.1 OBJETIVOS 1
1.2 PUNTO DE PARTIDA 2

2. PUNTO DE VISTA TEORICO 11
2.1 ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA 11
2.2 ASPECTO PSICOANALITICO 15
2.3 ASPECTO GENETICO 19
2.4 TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO EN WEINER Y EXNER 25

3. INVESTIGACIONES EN ESQUIZOFRENIA A TRAVES DEL PSICODIAG-NOSTICO DEL RORSCHACH 27
3.1 INDICES DIAGNOSTICOS 27
3.2 PROCESOS Y TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO 37
3.3 LOS DETERMINANTES F+% Y X+% 49
3.4 EL DETERMINANTE M 55
3.5 SU RELACION CON EL CONTENIDO HUMANO 64
3.6 EL DETERMINANTE COLOR - C 66
3.7 MECANISMOS DE DEFENSA 69
3.7.1 La Negación 70
3.7.2 La Proyección 71
3.7.3 Spaltung 74
3.7.4 El fracaso defensivo 76
3.7.4.1 Respuestas Sexuales 76
3.7.4.2 Respuestas de agresividad 80
3.7.4.3 Respuestas Anatómicas 81

4. CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA 84
4.1 TIPOLOGIA 90
4.2 LA PERSONALIDAD BORDERLINE 95

5. METODOLOGIA 102
5.1 INSTRUMENTOS 102
5.2 DESCRIPCION DE LA MUESTRA 102
5.3 PROTOCOLOS DE 30 PACIENTES INTERNOS DIAGNOSTICADOS POR RDC. DE ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" 104
5.3.1 Secuencia de valoraciones 104
5.3.2 Resumen estructural 104
5.3.3 Medias de localizaciones, determinantes y contenidos 165

6.1 ANALISIS DISCRIMINANTE 168
6.2 RESULTADOS OBTENIDOS 168
6.2.1 Análisis de los sujetos de diagnóstico ambiguo 169
6.2.2 Análisis de los sujetos del grupo 5º 172

7. HOJA DE RESUMEN ESTRUCTURAL 173
7.1 ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL 175
7.1.1 Actividad organizativa (Zf;Zd) 175
7.1.2 EB y la relación EA:ep 175
7.1.3 Experiencia base eb= FM+m : C'+T+V+Y 176
7.1.4 Componentes de claro-obscuro 176
7.1.5 La proporción FC:CF+C 177
7.1.6 Lambda 177
7.1.7 W:M Respuestas globales a Movimiento humano 178
7.1.8 W:D Respuestas globales a respuestas de detalle usual... 178
7.1.9 La proporción afectiva (AFr.) 178
7.1.10 Indice de egocentricidad (3r+2/R) 178
7.1.11 La respuesta popular p 179
7.1.12 Proporción de respuestas de contenido animal A% 179
7.2 RESUMEN Y CONCLUSIONES 180
7.3 CONTINUA LA INVESTIGACION 183

8. METODOLOGIA 186
8.1 PRUEBAS UTILIZADAS 186
8.1.2 La prueba de Psicodiagnóstico del Rorschach 186
8.1.3 Aplicación del "Kas Behavior Inventories" 186
8.1.1 Definiciones de los criterios 187
8.1.1a Criterios para el Diagnóstico de la esquizofrenia 193
8.1.1b Subtipos de esquizofrenia presentes: 196
(a) Esquizofrenia aguda 196
(b) Esquizofrenia subaguda 197
(c) Esquizofrenia subcrónica 197
(d) Esquizofrenia crónica 197
8.1.1c Fenomenología del periodo actual esquizofrénico: 198
(1) Paranoide 198
(2) Desorganizado 198
(3) Catatónico 199
(4) Indiferenciado 200
(5) Residual 200
8.1.2 La prueba del psicodiagnóstico del Rorschach 202
8.1.3 La aplicación del "Kas Behavior Inventories" 207
8.2 DESCRIPCION DE CADA UNA DE LAS MUESTRAS DE LA POBLACION ESQUIZOFRENICA DE BARCELONA Y SU PROVINCIA 210
8.2.1 Muestra de esquizofrenicos "crónicos" 212
8.2.2 Muestra de esquizofrénicos "agudos" 214
8.2.3 Selección de los enfermos 217

9. RESUMEN DE LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LOS 30 PACIENTES CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS" 219
9.1 BREVE INFORME CLINICO Y SOCIAL 219
9.2 SECUENCIA DE VALORACIONES 219
9.3 RESUMEN ESTRUCTURAL 219

10.A MEDIAS DE LOCALIZACIONES, DETERMINANTES Y CONTENIDOS PARA UN GRUPO DE 30 PACIENTES CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS" 313
10.B HOJA DEL RESUMEN ESTRUCTURAL DE ESTE GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS" 316

11. ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL EN LA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS". 318
11.1 ACTIVIDAD ORGANIZATIVA:(Zf;Zd) 318
11.2 FENOMENOS ESPECIALES 318
11.3 EB Y LA RELACION EA:ep ..... 318'
11.4 EXPERIENCIA BASE eb=FM+m:C'+T+V+Y 319
11.5 LA PROPORCION FC:CF+C 320
11.6 LAMBDA 321
11.7 W:M RESPUESTAS GLOBALES A M 322
11.8 W:D RESPUESTAS GLOBALES A RESPUESTAS DE DETALLE USUAL.... 322
11.9 X+% PROPORCION DE RESPUESTAS MAS (+) Y ORDINARIAS (o) EN EL PROTOCOLO 323
11.10 LA CALIDAD FORMAL: FQx 323
11.11 PROPORCION DE RESPUESTAS DE CONTENIDO ANIMAL: A% 323
11.12 LA PROPORCION AFECTIVA: AFr 324
11.13 INDICE DE EGOCENTRISMO: 3r+(2)/R 326
11.14 LA PROPORCION a:p; M^a:M^p 327
11.15 DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE M 328
11.16 DISTRIBUCION DEL CONTENIDO HUMANO, H 328
11.17 CONCLUSIONES 330

12. ANALISIS DEL DIAGNOSTICO INDIVIDUAL. MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS" 333
12.1 ANALISIS INDIVIDUAL EN BASE AL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ESQUIZOFRENIA 333

12.2 FENOMENOLOGIA DEL PERIODO ACTUAL DE ESQUIZOFRENIA 336
12.3 RELACION DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR RDC. Y POR RORSCHACH Y SU COINCIDENCIA DIAGNOSTICA 337

13. RESUMEN DE LOS DATOS DE LOS 30 PACIENTES CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" 340
13.1 BREVE INFORME CLINICO 340
13.2 SECUENCIA DE LAS VALORACIONES 340
13.3 RESUMEN ESTRUCTURAL 340

14.1 MEDIAS DE LOCALIZACIONES, DETERMINANTES Y CONTENIDOS PARA UN GRUPO DE 30 PACIENTES CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" 432
14.2 HOJA DEL RESUMEN ESTRUCTURAL DE ESTE GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" 435

15. ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL EN LA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS". 437
15.1 ACTIVIDAD ORGANIZATIVA: (Zf,Zd) 437
15.2 FENOMENOS ESPECIALES 438
15.3 EB Y LA RELACION EA:ep 438
15.4 EXPERIENCIA BASE: eb= FM+m:C'+T+V+Y 439
15.5 LA PROPORCION FC:CF+C 440
15.6 LAMBDA 441
15.7 W:M RESPUESTAS GLOBALES A M 441
15.8 W:D RESPUESTAS GLOBALES A RESPUESTAS DE DETALLE USUAL ... 442
15.9 X+% PROPORCION DE RESPUESTAS MAS (+) Y ORDINARIAS (o) EN EL PROTOCOLO 442
15.10 LA CALIDAD FORMAL: FQx 443
15.11 PROPORCION DE RESPUESTAS DE CONTENIDO ANIMAL: A% 443
15.12 PROPORCION AFECTIVA: AFr 444
15.13 INDICE DE EGOCENTRISMO: 3r+(2)/R 445

15.14 LA PROPORCION a:p; M^a:M^p 446
15.15 DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE M 447
15.16 DISTRIBUCION DEL CONTENIDO HUMANO H 448
15.17 CONCLUSIONES 449

16. ANALISIS DEL DIAGNOSTICO INDIVIDUAL. MUESTRA DE PACIEN - TES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" 453
16.1 ANALISIS INDIVIDUAL EN BASE AL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ESQUIZOFRENIA 453
16.2 FENOMENOLOGIA DEL PERIODO ACTUAL DE ESQUIZOFRENIA 455
16.3 RELACION DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR RDC. Y POR RORSCHACH Y SU COINCIDENCIA DIAGNOSTICA 457

17.1 PROCEDIMIENTO: T DE STUDENT-FISCHER 458
17.2 ANALISIS Y DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DOS MUESTRAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" Y "CRO - NICOS" 460

18. ASPECTOS CUALITATIVOS VINCULADOS A LA PASACION DEL TEST: EXPERIMENTADOR Y EXPERIMENTADO 465
18.1 EXPERIMENTADOR 465
18.2 EXPERIMENTADO 469

19.1 TRASTORNOS DE PENSAMIENTO APLICADOS A LA CLASIFICACION RORSCHACH DE ALGUNOS PACIENTES DE LA MUESTRA DE "CRONI - COS" 472
19.1.1 FABCOM: Definición y ejemplos 472
19.1.2 INCOM: Definición y ejemplos 473
19.1.3 CONTAM: Definición y ejemplos 474
19.1.4 ALOG: Definición y ejemplos 476
19.1.5 Verbalizaciones desviadas: DV. Definición y ejemplos ... 478
19.1.5.a Respuestas DV graves 480

19.2 TRASTORNOS DE PENSAMIENTO DE ALGUNOS PACIENTES DE LA MUESTRA. DE "AGUDOS" 483
19.2.1 FABCOM 483
19.2.2 INCOM 485
19.2.3 CONTAM 487
19.2.4 ALOG 489
19.2.5 Verbalizaciones desviadas: DV 491
19.2.5.a Respuestas DV graves 493

20. MECANISMOS DE DEFENSA 495
20.1 NEGACION 495
20.1.1. Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos" 495
20.1.1.1 Negación de una respuesta en la encuesta 495
20.1.1.2 Aspectos negados 495
20.1.1.3 Reflejo de la inestabilidad defensiva 496
20.1.1.4 Desplazamiento 496
20.1.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" 497
20.1.2.1 Negación de una respuesta en la encuesta 497
20.1.2.2 Aspectos negados 497
20.1.2.3 Reflejo de la inestabilidad defensiva 498
20.2 SPALTUNG 499
20.2.1 Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos" 499
20.2.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" 500

21. FRACASO DEFENSIVO 502
21.1 RESPUESTAS DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA Y SUBYACENTE 502
21.1.1 Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos" 502
21.1.1.1. Respuestas de agresividad manifiesta 502
21.1.1.2 Respuestas que expresan agresividad subyacente 504
21.1.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" 505
21.1.2.1 Respuestas de agresividad manifiesta 506

21.1.2.2 Respuestas que expresan agresividad subyacentes 506
21.2 RESPUESTAS ANATOMICAS Y SEXUALES 508
21.2.1 Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos" 508
21.2.1.1. Respuestas anatómicas (An) 509
21.2.1.2 Respuestas sexuales (Sx) 510
21.2.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" 513
21.2.2.1 Respuestas anatómicas (An) 514
21.2.2.2 Respuestas sexuales (Sx) 515
21.3 DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE COLOR 517
21.3.1 Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos" 517
21.3.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" 519

22. CUADROS
22.1 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS"
22.1.1. Distribución del determinante M (Movimiento humano) 521
22.1.2 Distribución del determinante color 522
22.1.3 Distribución del contenido humano H 523
22.1.4 Respuestas anatómicas (An) por lámina 524
22.1.5 Respuestas sexuales (Sx) por lámina 525
22.1.6 Anatómicas (An) y Sexuales (Sx) en la misma respuesta .. 526
22.1.7 Distribución de los fenómenos especiales 527
22.1.8 Indices de esquizofrenia: Fundamentales y complementa - rios 528
22.2 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS"
22.2.1 Distribución del determinante M (Movimiento humano) 529
22.2.2 Distribución del determinante color 530
22.2.3 Distribución del contenido humano H 531
22.2.4 Respuestas anatómicas (An) por lámina 532
22.2.5 Respuestas sexuales (Sx) por lámina 533
22.2.6 Anatómicas (An) y Sexuales (Sx) en la misma respuesta .. 534

22.2.7 Distribución de los fenómenos especiales 535
22.2.8 Indices de esquizofrenia: Fundamentales y complementa — rios 536

23.1 SIMBOLOS Y CRITERIOS PARA LA VALORACION DE LOS DETERMINANTES DE LAS RESPUESTAS 537
23.2 SIMBOLOS Y CRITERIOS PARA LA VALORACION DEL CONTENIDO .. 542
23.3 PROPORCIONES, PORCENTAJES Y OTRAS RELACIONES 550

24. CONCLUSIONES 552

25. INVESTIGACIONES ABIERTAS 557

26. BIBLIOGRAFIA 559

1- OBJETIVOS Y PUNTO DE PARTIDA

1.1 OBJETIVOS

El propósito de esta investigación se debe especialmente al valor concedido a la prueba del Psicodiagnóstico del Rorschach, considerada instrumento fundamental, tanto en el diagnóstico (Rorschach, 1922; Beck, Hertz y Klopfer, 1945; Piotrowski y Rapaport-Shafer, 1955) y pronóstico de la personalidad (T.Alcock, Exner...), como en en el abordaje terapéutico posterior (Exner).

Con la intención de unificar campo de trabajo, pacientes esquizofrénicos y método de estudio, el test de Rorschach, este proyecto tiene como objetivo fundamental verificar si, a través de la prueba del Psicodiagnóstico del Rorschach, aplicada a sujetos diagnosticados de esquizofrenia, puede corroborarse el diagnóstico psiquiátrico realizado por medio del R.D.C. (Research Diagnostic Criteria for Schizophrenia) [68].

Utilizando las variables del Rorschach: Resumen estructural, estructura básica de la personalidad y otras proporciones y porcentajes, nos planteamos qué nuevos aspectos detectará esta prueba en el Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente esquizofrénico "agudo" y, en consecuencia, los beneficios que podría obtener el enfermo de la utilización de este instrumento, no sólo en la precisión de su diagnóstico sino, en base al posterior tratamiento de su enfermedad.

1.2 EL PUNTO DE PARTIDA

El punto de partida de esta investigación lo cosntituyen los resultados obtenidos, mediante esta prueba del Rorschach, de una muestra de pacientes esquizofrénicos, procedentes de cuatro hospitales de New York (Exner, 1974)[28].

Esta muestra incluía 125 pacientes internos que, por procedimientos diferentes e independientes, habían sido considerados esquizofrénicos. Estaba constituída por 125 pacientes en los que se observó la presencia de los cuatro rasgos básicos, conceptos analizados por Weiner (1966) y considerados como los más adecuados para caracterizar el síndrome de la esquizofrenia. Estos son:

1º La presencia de un trastorno de pensamiento

2º Evidencia de una percepción inexacta en el criterio de realidad

3º Control emocional pobre

4º Inefectividad en la vida interpersonal

El principio básico utilizado en esta revisión de la muestra fue que la evidencia de trastorno de pensamiento se hacía patente con la presencia de respuestas Mw y M- y/o la presencia de varias de las valoraciones especiales para Verbalizaciones inusuales, particularmente DV, FABCOM y CONTAM; que la evidencia de trastornos en la exactitud perceptiva se reflejaría en X+% y F+% bajos, donde la mayoría de respuestas de calidad formal deficiente serían negativas y no débiles; que el control emocional defi

ciente se manifestaría en un CF+C mayor que FC, hallándose generalmente, por lo menos, una respuesta C pura y que la vida interpersonal limitada se demostraría en la ausencia relativa de respuestas H puras, una mayor frecuencia de contenidos humanos entre paréntesis (H), respuestas M combinadas con Hd y respuestas M, caracterizadas por aislamiento, pasividad, agresividad, autoreferencias y/u operaciones mágicas (Exner, 1974).

La valoración de los 125 revela que 91 fueron positivos en todos los cuatro rasgos; 16 fueron positivos en sólo tres de los cuatro rasgos, evidenciando tres,tanto trastorno de pensamiento como un control de la realidad disminuído. Sólo cuatro casos no dieron trastorno de pensamiento; 18 sujetos tuvieron el F+% y el X+% dentro de una escala normal y 13 de estos 18 ofrecían una clara evidencia de trastorno de pensamiento (Exner, 1974).

A partir de un nuevo estudio (Exner, 1976) se añadieron 85 nuevos casos a la muestra de referencia para este grupo, cuyas características generales eran las siguientes:

1º Todos los sujetos habían ingresado por primera vez.

2º Todos ellos fueron entrevistados "a ciegas" dentro de la primera semana de admisión, completándose dicha entrevista con la aplicación de una escala psiquiátrica Multidimensional para pacientes internos (IMPS) a partir de la que se dedujo una "desorganización esquizofrénica".

3º Se aplicó la Escala de Adaptación de Katz (Katz y Liberty, 1963) para conocer significativamente la conducta del sujeto, de donde se determinó una valoración de síntomas que se comparó con los datos obtenidos en un estudio anterior sobre esquizofrenia. (Murillo y Exner, 1973)[29] .

El estudio de estos resultados (Exner, Wylie y Kline, 1976), muestra que 64 de estos sujetos eran positivos respecto de los cuatro rasgos y que 14 de los 21 restantes dieron positivo en dos de los 4 rasgos, incluyendo evidencia de trastorno de pensamiento.

Dichos estudios anteriores, considerados en su conjunto, revelan que 199 de los 210 casos de esquizofrénicos muestran evidencia de trastrono de pensamiento cuando se aplica el criterio de la presencia de respuestas M de calidad formal deficiente unida a la existencia de varias valoraciones especiales en base al uso de material verbal extraño. Mientras sólo 10 de los 140 de los dos grupos psiquiátricos de control ofrecen tal evidencia. De la misma manera, 179 de los 210 casos esquizofrénicos presentan evidencia de trastornos en el criterio de realidad, mientras que esto únicamente sucede en 43 de los 140 sujetos de control.

El mayor encubrimiento entre esquizofrénicos y controles se dió en la evidencia de control emocional deficiente, que aparece en 164 de los 210 casos de esquizofrénicos y en 112 de los 140 del grupo psiquiátrico de control. Se deduce que este rasgo no es exclusivo de la esquizofrenia, aunque muy frecuentemente se presenta en esta condición.

Respecto a la eficacia interpersonal se observan resultados similares. De 210 casos de esquizofrénicos, la respuesta H pura en 153 es uno o menos; en 126, las respuestas M se combinan con contenido Hd y en 119 casos, el contenido humano entre paréntesis (H), excede a H pura en más de dos. Los 140 casos de control presentan 94 en los que H pura es uno o menos; 83 casos en los que M está combinada con Hd y 92 cuyo contenido humano entre paréntesis sobrepasa a H pura en más de dos. No obstante, la diferencia más llamativa en ambos grupos se da cuando se estudian las respuestas M con autorreferencias o rasgos mágicos, hecho que se da en 131 de los 210 casos de esquizofrénicos, mientras que sólo aparece en 26 de los 140 casos del grupo control y todos ellos en el grupo de depresivos.

Estos resultados, comenta Exner en su obra, sugieren que las variables más críticas en el Rorschach, relacionadas con la diferenciación de la esquizofrenia, son relativas a la aparición de los trastornos de pensamiento. Aparecen más frecuentemente entre la muestra de referencia de esquizofrénicos que cualquier otra variable de las tres restantes sugeridas por Weiner y, con muy baja frecuencia, en los protocolos de otros grupos psiquiátricos.

Resultaría inapropiado considerar como esquizofrenia un protocolo en el que no se incluya esta variable. De la misma manera, se evitará el diagnóstico de esquizofrenia por este único rasgo, muy común en protocolos de pacientes especialmente en edades inferiores a 12 años, en los que es frecuente la aparición de Valoraciones especiales relativas a material verbal.

La evidencia de una exactitud perceptual limitada respalda la presencia de la esquizofrenia. Aparece es-

te rasgo con una frecuencia muy elevada entre los esquizofrénicos y con una frecuencia relativamente baja entre otros grupos psiquiátricos. Exner señala que,mientras X+% y F+% puede aumentar en el esquizofrénico tratado con éxito, este nivel puede continuar por debajo de lo esperado en el sujeto no esquizofrénico, ya que dependerá de su capacidad para contener estas limitaciones.

El pobre control emocional y/o una limitada efectividad en la relación interpersonal existe en muchos pero no en todos los esquizofrénicos estudiados por Exner. La presencia de cualquiera de estos datos puede ser considerada de gran utilidad para el diagnóstico de la esquizofrenia, pero ninguno de ellos, C y H pura, puede ser considerado fundamental para determinarlo y ninguno de los cuatro rasgos, tomado individualmente o como parte de una variable de dos, sería suficiente para justificar adecuadamente un diagnóstico de esquizofrenia.

Otra variable a tener en cuenta en el diagnóstico de la esquizofrenia es la presencia de las respuestas M- . En el estudio de 1974, Exner comprueba que de los 125 protocolos estudiados, 106 contenían respuestas M (índice de la conciencia del mundo exterior según Beck, 1967), noventa y dos de los cuales contaba, al menos,con una respuesta M- . Se constató que su presencia corroboraba la evidencia de trastorno de pensamiento. Actualmente, se considera una variable importante aunque secundaria. Sin embargo, es muy poco frecuente hallar M- entre los no pacientes, aunque su sola presencia ya nos indica la existencia de una disfunción del pensamiento y esto se da en la mayoría de los esquizofrénicos. Pese a ello, hay una minoría de esquizofrénicos que no dan M- . Igualmente se ven M- en los protocolos de personas que, no

siendo esquizofrénicas, presentan otro tipo de trastorno de pensamiento, por ejemplo en personas severamente de - primidas [28, 11].

En posteriores investigaciones, Exner y su equipo plantean que un protocolo con un número muy grande de fenómenos especiales, la mayoría de los mas graves (CONTAM, FABCOM, ALOG ...), y un X+% muy bajo, con la mayoría de respuestas del DQ., de calidad formal menos,* es el de un esquizofrénico y esto parece bastante seguro, aunque haya casos donde estos criterios no existan con precisión siendo entonces necesario trabajar por la precisión del diagnóstico.

Se elaboró un estudio de 90 sujetos adultos psicóticos, admitidos por primera vez en el hospital y otros 90 sujetos adultos con ingresos previos, admitidos por segunda vez, Al aplicar el RDC, para determinar quién es esquizofrénico y quién no (Exner, 1980), encontraron que de los 90 sujetos de primer ingreso, 49 eran esquizofrénicos y 41 no lo eran. La computadora, al analizar estos 49 protocolos en base a los 4 criterios más arriba comentados, y diagnosticados por RCD, decide que solamente 42 poseen estos cuatro aspectos y siete por este mismo criterio no son esquizofrénicos, aunque aún así, lo sigan siendo (RCD). Posteriormente, usaron otra fórmula, de los 49 estudiados dieron su Rorschach a tres especialistas para que decidieran su diagnóstico. El resultado

* Actualmente este problema de la relación DQ y FQ ha quedado re - suelto. DQ da algunas informaciones sobre la sofisticación cognitiva con las puntuaciones a respuestas de síntesis,ordinarias y vagas, organizadas en cuatro tipos de puntuaciones DQ. Mientras que FQ es un índice de la precisión perceptiva. Puede darse con nivel formal +, ordinario (O), débil (W) y menos (-).

fue que 45 de los 49 fueron diagnosticados de esquizofrénicos, incluso cuando los 4 protocolos restantes fueron remitidos a otros tres expertos en Rorschach para su decisión diagnóstica acompañados de una breve historia del sujeto, encontraron que dos de ellos no lo eran.

En los sujetos de la segunda admisión, la computadora preparada con los 4 criterios descritos, selecciona 53 de 57 protocolos seleccionados en función del RDC. Los expertos que trabajaron Rorschach sin historia del sujeto seleccionaron 54 de los 57 casos, mientras que los otros 3 expertos que poseían una historia del sujeto además del RO., seleccionaron 56 de los 57 casos.

En el primer estudio, solo hay dos casos de los 7 en los que había cuatro Fenómenos especiales y el criterio es que ha de haber más de cuatro fenómenos especiales. En tres de los casos, el X+% es 70 o 71 y el criterio es que ha de ser menos de 70, y en dos de los casos, el número de respuestas débiles era mayor que el número de respuestas menos. De todos modos, ninguno escogió falsos positivos, nadie fue llamado esquizofrénico que no lo fuera, ni a través de la computadora ni por los expertos del Rorschach. Si se comete un error va a ser con el que se vaya a decidir que no es esquizofrénico y que a lo mejor lo sea, pero sería muy raro que se diagnosticara una esquizofrenia donde no existe [32].

Según esto, los cinco criterios a tener en cuenta en Rorschach para el diagnóstico de la esquizofrenia son los siguientes:

I- La presencia de trastornos de pensamiento en número de 4 ó más.Más de cuatro Fenómenos especiales. (a)

II- FABCOM + ALOG + CONTAM mayor que DV + INCOM. (b)

III- X+% inferior a .70. (c)

IV- Número de respuestas menos (-) superior al número de respuestas débiles (W).

V- La presencia de M- . (d)

(a) Fenómenos especiales = Forma de concretar la presencia de un trastrono de pensamiento.

(b) FABCOM = Se clasifica cuando se adjudica una relación imposible a dos o más objetos percibidos en la mancha. Incluye siempre dos o más detalles de la lámina que, por separado, constituyen objetos definidos.

INCOM = La condensación de detalles de la mancha se efectúa en un solo objeto de forma inadecuada.

ALOG = Se clasifica cuando el sujeto, sin forzarlo, utiliza razonamientos excesivos para justificar su respuesta y la lógica implicada es claramente arbitraria, con un tipo de pensamiento circunstancial y vago.

DV = Se asigna a aquellas respuestas que se caracterizan por un lenguaje distorsionado o por modos de expresión idiosincráticos que impiden que el sujeto se comunique con claridad.

CONTAM = Representa dos o más impresiones que se han fundido en una sola área de la mancha de forma tal que claramente viola la realidad.

(c) X+% = Criterio de la realidad.

(d) M- = Símbolo utilizado por H.Rorschach para la calificación del movimiento humano. En este caso con nivel formal menos (-).

La calidad del Sistema Comprensivo (The Rorschach: A Comprehensive System), la claridad de la clasificación utilizada, así como las investigaciones del Dr. Exner y los resultados obtenidos en pacientes esquizofrénicos, depresivos, caracteriales y normales, han hecho que fuera este sistema Rorschach y no otro de los existentes, el método elegido y utilizado como punto de partida de esta investigación.

Una de las dificultades del Rorschach en la investigación era la coincidencia sólo parcial de sistemas, hecho que contribuía a la imprecisión del diagnóstico y a su falta de generalización. Por lo tanto, otra ventaja de utilizar este método es su carácter potencialmente universal.

2- PUNTO DE VISTA TEORICO

2- PUNTO DE VISTA TEORICO

2.1 ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia plantea en la actualidad, tanto al médico psiquiatra como al clínico en general, uno de los problemas más importantes dentro del campo de la enfermedad mental.

El término Demencia precoz parece deberse a Morel hacia fines del siglo XIX, en 1860, cuando descubre lo que se llama "Demencia estúpida" de los jóvenes al tratarse de una disposición a ser "insensible a los fenómenos del mundo exterior" acompañada de extravagancias en el gesto y la palabra, relacionado con los sueños nocturnos.

Morel dice "Esta noción de estupidez la aplicamos al estado intelectual de ciertos enfermos que, sin tener apariencia exterior de estúpidos, ejecutan actos tan en oposición con todas las leyes de la razón y ponen en la realización de estos actos tal obstinación y persistencia, impregnadas de una testarudez estúpida que llegan a una neutralización de todas sus potencias intelectuales y el resultado es un nihilismo completo".

Morel observa que este estado particular de demencia seguía, a veces, a accesos de exaltación (manía) o de depresión, determinando esta evolución cíclica la gravedad de la enfermedad.

Entonces, el origen de este tipo de trastornos se relacionaba con una conducta inmoral o una herencia llena de excesos de toda índole. Durante algo mas de cien

años se planteó la esquizofrenia como si se tratara de un proceso degenerativo cerebral (Maudsley). Esquirol se hace notable por la descripción de las monomanías. Falret introduce el término de "locuras circulares" al describir a aquellos sujetos que alternan los estados depresivos con los estados de exaltación. Se trata de perturbaciones de la percepción de la realidad pero que pueden afectar solamente a ciertos aspectos de esta realidad conservando capacidades psíquicas normales en los demás aspectos.

Hecker, en 1871, designa con el nombre de Hebefrenia, término aún usado actualmente, un debilitamiento mental rápido que sobreviene frecuentemente entre los 20 y los 30 años con una evolución rápida y al mismo tiempo ineluctable.

Kahlbanm, en 1874, constata que este estupor mental va acompañado de modificaciones conductuales extrañas, a las que denomina Catatonía término usado actualmente, o locura con tensión muscular.

Kraepelin concede a la evolución un carácter decisivo al oponer a las enfermedades mentales curables, melancolía y enfermedades episódicas, ciertos delirios fugaces, las enfermedades incurables, locuras periódicas, que se convertirán, por este mismo hecho en locura maníaco-depresiva, ciertos delirios crónicos y lo que él llama demencia precoz, término usado anteriormente por Morel.

Kraepelin reúne en 1889 bajo el nombre de demencia precoz, que se convierte en entidad básica, la hebefrenia y la catatonía, a las que agrega una nueva forma evolutiva: La paranoide.

Se trata de enfermos muy delirantes con numerosas alucinaciones respecto a la percepción de su cuerpo o que se creen víctimas de influencias exteriores agresivas en la forma habitual de transmisión del pensamiento. Estas alucinaciones a nivel corporal tendrán una importancia capital en los estudios actuales sobre la esquizofrenia.

Otra forma "paranoide atenuada" se convierte después en una manifestación límite de demencia precoz, descrita bajo el nombre de parafrenia. Kraepelin utiliza este nombre de parafrenia paralelamente al tiempo en que Bleuler usa el término de esquizofrenia.

Bleuler, en 1911 introduce el vocablo de esquizofrenia en vez de Dementia Precox o grupo de esquizofrenias. "Llamo a la Demencia precoz esquizofrenia porque, como espero poder demostrar, la escisión (Spaltung) de las diversas funciones psíquicas es uno de sus caracteres más importantes. Los síntomas fundamentales de esta enfermedad se caracterizan por la disociación de ideas, sentimientos y movimientos y por la tendencia a insertar en lo real una parte imaginativa y a separarse de la realidad (autismo).[17]

Considerándose ambas, disociación y autismo, dos de las perturbaciones básicas de la esquizofrenia. La disociación según Broustra "se descubre a nivel de discurso por un trastorno de las asociaciones verbales, que aparecen despojadas de toda finalidad lógica....provocando en el oyente un sentimiento de extrañeza"[21].

El paciente pasa de sentirse alegre ante recuerdos tristes a estar indiferente ante situaciones de alegría o dolor. La ambivalencia es otro mecanismo por el que muestra sentimientos opuestos, quedando inhibido e incapaz

de decidirse entre lo opuesto: amor y odio, temor y deseo, ... etc.[21]

La disociación (Bleuler) o discordancia (Chaslin) se muestra hasta en los gestos del paciente..."adoptando actitudes, posturas (Bleuler), presentando un caracter afectado, inadecuado al medio".[17]

Esta disociación (Guiraud) constituye "una deficiencia de integración, de síntesis de los aspectos creadores del yo".

El autismo es el segundo elemento esencial de la esquizofrenia, por el que se desenvuelven en un mundo privativo de unos pocos, reduciendo los contactos con el exterior. El autismo llega al extremo en el catatónico.

Como elementos secundarios se encuentran los trastornos sensoriales: ilusiones y alucinaciones auditivas, visuales y/o corporales. Los sujetos oyen voces imaginarias, percibidas como reales y evidentes que se imponen al sujeto. Incluyen períodos depresivos, melancólicos, en los que, aunque el sujeto parezca indiferente, puede llegar a suicidarse.

Minkowski (1927) intenta hacer un estudio de la "estructura íntima del psiquismo esquizofrénico" a partir de una actitud comprensiva que arranca de la esencia del ser (Filosofía de Husserl). Habla de un deterioro progresivo y gradual de la propia vitalidad que podría preceder a la enfermedad (caracter esquizoide). Minkowski se mantiene sorprendentemente fiel a la hipótesis orgánica cerebral. La disociación y el autismo son manifestaciones derivadas de la pérdida del contacto vital con la realidad.[60]

2.2 ASPECTO PSICOANALITICO

Freud, a partir de "memorias de un neurópata" escritas por Shreber, sugiere que éste tenía tendencias homosexuales fuertemente reprimidas, deseo que se había reactivado a lo largo de sus consultas con Flechsig con el riesgo de hacerse consciente poniendo en serios aprietos a la represión. Este acercamiento entre deseos y prohibiciones, situado en el límite de la conciencia, lleva consigo una "deflagración" grave del nivel del yo (experiencia delirante de la muerte) que diluye eficazmente la posibilidad de que el sujeto se reconozca responsable de un deseo prohibido.

El yo del sujeto se aparta de los objetos exteriores y, volviéndose hacia sí mismo, se coloca en un circuito cerrado. Se da entonces una regresión hacia un narcisismo primitivo, casi escandaloso en un adulto. El yo se convierte en el objeto de un amor exagerado. El sujeto se hace omnipotente, redentor de la humanidad al precio de un aparente sacrificio sexual. Una vez efectuado este "reflujo" de la líbido podría desembocar en una fascinación autoerótica que se manifestaría en un estado catatónico. Esta negación del deseo y su satisfacción clandestina por lo imaginario, constituye para Freud (Broustra, 1975), el mecanismo fundamental de la psicosis y en el caso de Shreber, de una esquizofrenia paranoide[40,50].

El sujeto neurotizado elude, enmascara o rehúye el sentido de sus deseos con relación a la realidad propuesta pero no la niega jamás, lo que explica que paradójicamente se mantenga muy distanciado respecto a sus potencialidades delirantes. Por el contrario, tiene como ob

jetivo investir el deseo de manera imperiosa superando las prohibiciones al precio de una negación de la realidad.

Al persistir el delirio como una forma de comunicación supone una tentativa de curación respecto de reacciones más radicales, en el caso de la represión absoluta del deseo bajo la forma de una depresión melancólica o bien el repliegue del sujeto a una posición autista[41].

El estudio del inconsciente de los sujetos esquizofrénicos se ha llevado a cabo fuera de situaciones analíticas clásicas mediante el desciframiento de lo imaginario delirante que disfraza la realidad ofreciendo una comprensión más directa y casi transparente de los deseos inconscientes.

El desarrollo de una psicosis indica la relevancia de lo imaginario como sustituto ante la imposibilidad de acceder al orden simbólico. El niño pequeño unido a lo largo de nueve meses al cuerpo de su madre permanece durante mucho tiempo en una ambigüedad que podrá decantarse hacia el de la dependencia regresiva, con el riesgo de convertirse en "objeto del deseo de su madre" en lugar de llegar a constituirse en un ser ligado a ésta aunque distinto, capaz, por tanto, de autonomía.

La capacidad de rechazar la atracción del deseo materno no se produce sin la previa elaboración de sustituciones imaginarias que preparen el acceso a la "carencia" simbólica resultante del complejo de Edipo. Estas sustituciones son las que favorecen la posibilidad de comprometerse, sin demasiada angustia, en el proceso de separación, favoreciendo una seguridad narcisista.

La posibilidad de pasar y resolver el Complejo de Edipo induce al sujeto a nadar fuera del círculo cerrado de su simbiosis original para dirigir sus deseos hacia otros objetos, en su imaginación menos satisfactorios, pero que le permiten asumir su destino temporal puesto que sólo una muerte futura (Broustra), conseguirá alcanzar el equivalente de su pasada situación intrauterina.

El sujeto esquizofrénico no puede acceder a la situación edípica por varias razones:

1ª- Su permanencia simbiótica con su madre permaneciendo (Aulagnier) inexorablemente castrado porque jamás es reconocido en su autonomía del ser que desea .

2ª- Esta fusión proporciona al sujeto una gran angustia y una fuerte ambivalencia entre las satisfacciones de la regresión y el deseo de autonomía que teme por su destrucción. Se percibe una clara disociación entre el deseo de goce incestuoso y la angustia de no existencia.

3ª- Queda patente la no presencia del padre ante el deseo de la madre. De ahí el delirio expresado por algunos esquizofrénicos "soy el padre y la madre" de uno de los sujetos de esta muestra.

4ª- Esta ausencia de la figura paterna puede compensarse por una sustitución imaginaria alucinatoria. No se trata de la represión de un significante existente (neurosis) sino de la ausencia de este significante (psicosis), lo que no pudo ser articulado de forma simbólica tiende a compensarse de manera imaginaria. La presencia paterna surgirá dentro de las imágenes del delirio.

Tausk, 1919, subraya que, en el curso de los períodos delirantes, los esquizofrénicos son a menudo perseguidos por una máquina imaginaria. Una parte conflictiva del sujeto es expulsada fuera pero ligada al mismo por medio de la persecución. Esta forma de despersonalización podría corresponder, como regresión, a un período concreto de la infancia. Correspondería a la posición esquizo-paranoide de M. Klein[50,81].

2.3 ASPECTO GENETICO

Según Book, 1960[20], la mayoría de los diagnósticos se basan con exclusividad en los síntomas psicóticos. En consecuencia, el campo de investigación estaría abierto a una gran variedad de interpretaciones subjetivas acerca de la etiología de la esquizofrenia. Sin embargo, ya en la conferencia organizada por la OMS en Ginebra, en 1957, se llegó a una serie de acuerdos respecto a la misma enfermedad. "Mientras no se establezcan normas diagnósticas más exactas y objetivas, existirán diferencias en los criterios de clasificación especialmente para los casos límites. Hay que tener suma cautela al interpretar las diferencias en la incidencia entre las distintas poblaciones a menos que se consigne que se utilizaron principios diagnósticos idénticos".

Have, 1955, Castairs, 1955, y otros revelaron que los pacientes esquizofrénicos internados en los hospitales provenían, en su mayoría, de los barrios bajos y de las capas sociales inferiores, hallándose incluso, correlaciones (pasamanick) entre la psicosis esquizofrénica y el medio socio-económico bajo.

Parece completamente justificado (Book, 1960), el hecho de que las diferencias genéticas constituyen el prerrequisito básico para que se desencadenen una serie de acontecimientos que pueden conducir a la psicosis. Si no existe este prerrequisito genético específico, la enfermedad no se manifestará a menos que nos encontremos frente a un supuesto raro síndrome esquizofrénico no genético.[20]

Minz, 1974, Fischer, 1953, Edisen, 1953, Mageer,

1957, y otros estudian al paciente esquizofrénico desde un gran número de pruebas de laboratorio (toxicidad del suero, orina, líquido céfalo-raquídeo). Los datos obtenidos en el campo de la disfunción endocrina, el metabolismo de sustancias aromáticas y del fósforo, de la adenina y la función adreno-cortical, son datos que no han sido convincentes.

Sin embargo, en estos y otros estudios bioquímicos, los esquizofrénicos difieren de manera significativa - como grupo - de los grupos de control normales.

La genética de la esquizofrenia (Jackson) constituye un tema que suscita controversias (Bleuler y Kanner) y tiene firmes partidarios (Kalman y escuela). "La herencia de un único factor de tipo recesivo es la causa genética de la esquizofrenia". A pesar de que a algunos hermanos gemelos se los crió separados desde la infancia, la expectativa era de la misma magnitud (Hoagland,1958). Esto demostraría que frente a las tensiones de la vida existe un factor de predisposición que hace que la vulnerabilidad evolucione hacia la esquizofrenia.

Según esto, parece que:

1- Algunos individuos han estado expuestos a un trauma tensional o psicogénico, similar al experimentado por esquizofrénicos, sin que evolucionen hacia una esquizofrenia.

2- Que existen muchos casos de gemelos idénticos que, a pesar de haber sido criados desde la temprana infancia en ambientes separados y distintos, desarrollan una esquizofrenia.

No obstante, ¿En qué consiste el trauma psíquico del futuro esquizofrénico? ¿Se trata de algo innato o adquirido? Parece que incluso quienes sostienen que la esquizofrenia tiene una base genética reconocen la importancia de los factores ambientales desencadenantes y hasta se resisten a separar los factores biológicos de los sociales.

Según McReynols, 1960 [57], la esquizofrenia puede ser el resultado de un nivel muy elevado de perceptos no asimilados. McReynols parte del supuesto general de que cada individuo elabora esquemas conceptuales para asimilar la multitud de perceptos que provienen de los cambios de su ambiente particular. Si se producen una serie de hechos cuyas percepciones el individuo no puede asimilar, tratará de reestructurar sus esquemas conceptuales para facilitar la asimilación. Si este intento fracasa, los perceptos se irán acumulando hasta el punto que sus efectos y las reacciones resultantes configurarán este cuadro de síntomas que se denomina esquizofrenia.

Es posible que ciertos tipos de incongruencias dificulten la asimilación y aparezcan entre los esquizofrénicos. No se puede asegurar que la esquizofrenia esté siempre precedida por una situación que implica un nivel muy elevado de material no asimilado aunque, por otra parte, diferentes observaciones permiten constatar que eso es lo que ocurre. El factor decisivo sería el grado en que, a lo largo de los años anteriores, se han desarrollado incongruencias que impedirán la asimilación de nuevos perceptos.

Al intentar la integración del material no asimilado apuntamos a una serie de síntomas:

- La distorsión de la realidad
- Los trastornos del pensamiento

Siguiendo a McReynols se supone que la asimilación de perceptos se produce de acuerdo con los esquemas conceptuales particulares que elabora un individuo. Se da por supuesto que, en el momento de desencadenarse la esquizofrenia existe un nivel muy elevado de material no asimilado. Esto se debe a que el paciente no ha logrado asimilar las percepciones de sus experiencias según sus esquemas conceptuales existentes. En la medida en que el material asimilado se mantenga en niveles muy altos pueden aparecer toda una serie de síntomas (alucinaciones evitación ... etc.). Sin embargo, a través de una reestructuración de sus esquemas conceptuales, el paciente puede lograr una notable disminución de la cantidad de material no asimilado. Pero, semejante reestructuración daría lugar a un notable cambio en la interpretación de la realidad del paciente. Si los cambios en la reestructuración conceptual son bastante amplios pueden dar como resultado una reorganización psicótica (Jenkins, 1952)."Puede desarrollarse un sistema de falsas creencias fijas que contribuyan a reducir algunas de las intolerables tensiones internas de la personalidad, a expensas de una distorsión de la realidad" [48] .

Todos los esquizofrénicos se valen, en cierta medida, de ideas delirantes, sin embargo, es el esquizofrénico paranoide el que de una manera mas característica inventa esquemas conceptuales especiales para poder lograr la asimilación (McReynols, Jenkins) [48, 57] .

Este proceso no patológico también se ve entre quienes profesan un dogma y se relaciona con la repentina cristalización de los perceptos en las conversiones religiosas.

Las perturbaciones esquizofrénicas en la percepción de la realidad incluyen no sólo creencias idiosincrásicas y extravagantes sino también ciertos sentimientos de irrealidad que pueden adoptar la forma de duda respecto de lo real e irreal.

Esto ocurre cuando el paciente, en su búsqueda de esquemas conceptuales en base a poder asimilar lo no asimilado (McReynols), ha encontrado dos o más grupos totalmente diferentes de esquemas conceptuales y por ello no es capaz de rechazar ninguno.

La peculiaridad de los perceptos de muchos esquizofrénicos está indicada por las asociaciones extravagantes y muy personales así como en la Asociación libre y/o Encuesta en el test de Rorschach.

Se espera dice McReynols que muchos esquizofrénicos presenten pautas de percepción muy particulares, en parte por su aislamiento y retraimiento del contacto con la experiencia, no habiendo establecido respuestas perceptuales normales; por otro lado, continúa el autor, estarían sus pautas de desatención y evitación selectivas y su necesidad de obtener ciertos perceptos para mantener esquemas conceptuales precarios, aquellos que estarían determinados por su personalidad. Finalmente, estaría su lentificación en el proceso perceptual, debido a la dificultad para mantener concentrada su atención en determinados aspectos del estímulo llegando a pautas de pensamiento fortuitas.

Todas estas características dificultan la relación con ellos. La particularidad de estos perceptos se refleja en sus respuestas, tanto dentro de la asociación

libre como en la encuesta en el test de Rorschach.

McReynols y Johnson, en un estudio constatan que las percepciones de los esquizofrénicos son diferentes de las que presentan las personas normales.

En general, se acepta que los trastornos de pensamiento son característicos de muchos pero no de todos los esquizofrénicos y parece que están relacionados con su particular proceso perceptivo, ya que los procesos de pensamiento eficientes exigen que la atención se mantenga concentrada en los aspectos apropiados del estímulo, con independencia de los significados personales del mismo.

Se ha formulado la hipótesis de que, en algunos casos de esquizofrenia, la existencia de un elevado nivel de perceptos no asimilados tiende a reducir el grado de rigurosidad que el paciente requiere para asimilar perceptos (McReynols, Cameron)[23, 57].

Von Donarus y Arietti consideran que "el pensamiento de algunos esquizofrénicos no se caracteriza por una ampliación de categorías per se, sino por una falla del pensamiento lógico que permite relacionar los objetos sobre la base de alguna cualidad singular que poseen independientemente de esta cualidad"[8, 84].

Una disminución en el grado de exactitud de las normas que se utilizan para la categorización de los perceptos facilitaría la asimilación de perceptos, de otro modo inasimilables.

2.4 TRASTORNOS DE PENSAMIENTO EN WEINER Y EXNER

Una gran mayoría de autores parecen coincidir en que el rasgo más característico para establecer un diagnóstico diferencial de esquizofrenia es el trastorno de pensamiento.

Habría que matizar (Exner, 1978) "El modo en que se manifiesta el trastorno y acerca de qué rasgos adicionales diferencian a la esquizofrenia de otras condiciones en las que también existen trastornos de pensamiento" [28].

Weiner, 1966, admite una disfunción en el proceso de pensamiento y su repercusión en la centración cognitiva, en el razonamiento y en la formación de conceptos. El esquizofrénico presenta graves problemas en la exactitud perceptiva y en el control de la realidad, trastornos en el "sentido de la realidad" o una incapacidad de diferenciar el self de modo adecuado [85].

Exner en "The Rorschach: A Comprehensive System" señala que "algunas de las diferencias en distinguir la esquizofrenia de la no esquizofrenia tienen su origen en intentar afinar el diagnóstico"..."de diferenciar categorías como paranoide, hebefrénia etc. o de determinar grados de esquizofrenia como los conceptos de "borderline" y esquizofrenia "incipiente" [28].

Revisando a Key, Rosenthal, 1968, y Kety, Rosenthal, Wender, 1975, Exner retoma el concepto de esquizofrenia. "El concepto de espectro, que no resulta muy distinto de la antigua noción de "familia de esquizofrenias", Bleuler, 1911, corresponde a un grupo de trastornos de distinta gra-

vedad, con la característica común de estar determinados genéticamente ... En el área "dura" del espectro figuran la esquizofrenia crónica, los estados límites (borderline) y algunos trastornos esquizofrénicos "agudos". En el área menos firme o "blanda" del espectro aparecen algunas de las reacciones esquizofrénicas agudas, las personalidades es - quizofrénicas y los estilos esquizoides, pero la noción de "espectro" es fundamentalmente una clasificación con vis - tas a la investigación, siendo conveniente para una dife - renciación de la esquizofrenia, por medio del Rorschach, ser cautos en relación con anteriores conceptualizaciones y clasificaciones [28].

La diferenciación entre sujetos esquizofrénicos y no esquizofrénicos, (Exner, 1974) plantea serios problemas, posiblemente originados, en parte, por la divergencia de enfoque sobre etiología y sintomotología.

3- INVESTIGACIONES EN ESQUIZOFRENIA A TRAVES DEL PSICODIAGNOSTICO DEL RORSCHACH

3- INVESTIGACIONES EN ESQUIZOFRENIA A TRAVES DEL PSICODIAGNOSTICO DEL RORSCHACH

3.1 INDICES DIAGNOSTICOS

La esquizofrenia, a menudo, se caracteriza por un funcionamiento desordenado y desarmonizado de la personalidad y la persona esquizofrénica presenta muchos espacios vacíos en su funcionamiento que no puede llenar, así como muchas capacidades latentes que no es capaz de ejercitar. Las operaciones de síntesis se reflejan en dos tipos de puntuación que constituyen índices específicos Rorschach que proporcionan una puntuación simple para una proporción global del YO.

Fenichel (1938) al señalar las fuerzas y debilidades del ego, señala que "un ego fuerte lo es también en su organización ... lo que caracteriza la tendencia unificadora del ego es la forma en que conduce sus diversas tendencias hacia una armonía mútua". Weiner sobreentiende de la conclusión de Fenichel que el ego del esquizofrénico no es provocado por la ausencia de actividad organizativa sino por una inclinación hacia actos organizativos impropios, inútiles e irreales [85].

La actividad organizativa puede apreciarse en los tests de psicodiagnóstico mediante cualquiera de los tres sistemas utilizados: El Beck's Z, el Hertz'g y el Nivel de desarrollo de Friedman (DL). Estudios clínicos y experimentales sobre dichos índices confirman que las apreciaciones de la calidad de los actos organizativos facilitan el diagnóstico diferencial de esquizofrenia.

El primer procedimiento sistemático para evaluar la actividad organizativa global representada por un protocolo Rorschach fue esbozado por Beck que recomendó la puntuación organizativa Z para todas las respuestas en las que los detalles separados se combinan en una percepción unitaria [11].

Se puntúa Z cualquier combinación de detalles adyacentes o no adyacentes y para cualquier respuesta en la que el espacio blanco esté integrado dentro de la percepción. Tomando como base las respuestas dadas por 39 adultos normales con inteligencia superior, Beck extrajo una serie de puntuaciones Z, entre 1 y 6 puntos para asignarlas a las distintas respuestas organizativas obtenidas en diferentes láminas.

A pesar de su relación con la actividad organizativa, la puntuación Z de Beck parece haber limitado su utilidad para diagnosticar la esquizofrenia. Estudios realizados por Beck y otros (1950) y por Sisson y Taulbee (1955) observaron unas puntuaciones medias de Z de 22.48 y 24.03 en muestras normales de 157 y 60 indivíduos, respectivamente. Los grupos esquizofrénicos mostraron puntuaciones Z por encima y por debajo de los valores normales. De los 60 esquizofrénicos tratados por Beck (1954) como de los 60 tratados por Sisson y Taulbee (1955) pudieron hallarse diferencias importantes entre las puntuaciones Z de los esquizofrénicos y los grupos normales.[85]

Z puntúa independientemente del grado en que las repuestas son percibidas o integradas, concerniendo al total y no a la calidad de la actividad organizativa. Mien-

tras que Beck puntúa todas las W como Z, las percepciones W se presentan mas frecuentemente en individuos normales que en esquizofrénicos aunque sean los esquizofrénicos quienes las dan con mayor frecuencia. El índice Z de la actividad organizativa, al no diferenciar subcategorías Z (W amorfas, bien articuladas ...), se convierte en una puntuación demasiado amplia para distinguir la actividad organizativa esquizofrénica de la no esquizofrénica. Sin embargo, Thissen (1952) encontró un modelo formado por las Z bajas (puntuación inferior a 7.5, equivalente a menos de 4 respuestas Z) y por una exactitud perceptiva pobre (F+% inferior a .69) que se daba mucho más frecuentemente en individuos esquizofrénicos que en individuos normales [11], 85

A partir de la sugerencia formulada por Beck de que la exactitud Z representa el funcionamiento intelectual y varía directamente con la inteligencia, Taulbee (1955) afirmó, a partir de una baja correlación obtenida entre Z e IQ. que Z no representa un índice fidedigno de la inteligencia. Sin embargo parece que la inteligencia puede valorarse de manera fidedigna a partir de la actividad organizativa por referencia a subcategorías de respuestas W que no pueden diferenciarse a través de puntuaciones Z.

Hertz'G: El índice G fue desarrollado por Hertz (1942, 1960), específicamente para valorar las características cualitativas de la actividad organizativa. Hertz puntúa G para la misma categoría de respuestas por las que Beck puntúa Z pero además ella utiliza las tres puntuaciones cualitativas siguientes:

(a) 1.5 para la actividad organizativa que incluye formas originales percibidas de forma precisa.

(b) 1.0 para combinaciones de formas precisas que no son originales, ni populares, ni vagas.

(c) 0.5 para combinaciones de formas vagas, populares o percibidas de forma poco precisa.

Sin embargo, hay pocos datos clínicos que pueden indicar la validez psicodiagnóstica del índice de puntuación G, debido a que la puntuación G se basa en valoraciones iguales para respuestas populares y con percepción imprecisa y, según Hertz, G se halla altamente correlacionada con Z, por lo que una investigación más profunda aportaría muy poco para el diagnóstico diferencial [45].

Hertz (1960) añade que las puntuaciones G altas indican un alto grado de energía, vigor y expansividad, mientras que las puntuaciones G bajas se asocian con deficiencia mental, retraso, deterioro y depresión y que los procesos psicóticos pueden actuar tanto para aumentar como para disminuir estas puntuaciones. Por otra parte, Hertz sugiere que las subcategorías de G+ y G-, evaluadas respectivamente para actos organizativos de percepción perceptiva buena o mala, pueden tener una validez diagnóstica. Al investigar esta hipótesis, Hertz y Paolino (1960) encontraron que 35 individuos esquizofrénicos en comparación con 35 neuróticos, daban más frecuentemente respuestas organizadas, incluyendo formas pobres, combinaciones impropias o irreales y conceptos raros, únicos o extraños [17, 43, 45].

El índice diagnóstico Rorschach de actividad organizativa más útil es el ya mencionado Nivel de Desarrollo, correspondiente a Friedman (1952, 1953) y realizado a partir de la psicología de desarrollo de Heinz Werner (1948). Werner postula como uno de los elementos centrales de la ontogénesis cognoscitiva, una capacidad creciente para diferenciar e integrar los estímulos perceptuales. Señala que los niños, los adultos psicóticos y la gente primitiva poseen una capacidad limitada para analizar y sintetizar los campos perceptuales. Werner confirma un criterio regresivo de los fenómenos psicopatológicos. El esquema de puntuación DL (Nivel de desarrollo) de Friedman es básicamente una extensión de las formulaciones de Dworeszki, quien pensaba que los estudios genéticos del Rorschach podían aclarar las tendencias del desarrollo y los procesos perceptuales, sirviendo de base a las respuestas del test. Friedman presta una mayor atención a los aspectos del desarrollo de la selección de posición y una mayor cuantificación de la frecuencia de actos organizativos de varias clases.

Lo esencial de la puntuación DL es la distinción de Friedman entre percepciones genéticamente maduras y percepciones genéticamente inmaduras. La primera representa una actividad perceptual definida, diferenciada y bien organizada, mientras que la última refleja un funcionamiento perceptivo vago, difuso y mal organizado. Según Friedman, los niveles genéticamente inmaduros de integración perceptiva están representados por percepciones inexactas, vagas y amorfas y por actos organizativos ilógicos, tales como Confabulación, Contaminación y respuestas de Combinación Fabulada. Cada una de estas categorías genéticamente inmaduras aparecen más frecuentemente en individuos esquizofrénicos que en normales.

Friedman utiliza tres categorías de respuestas para reflejar el funcionamiento perceptivo genéticamente maduro que se manifiesta en la actividad organizativa de adaptación. Se trata de las respuestas plus-plus, plus y mediocre.

Las respuestas plus-plus son percepciones en las que una área simple de una mancha de tinta es primero diferenciada en partes componentes y luego lógicamente reintegrada en una respuesta simple y perceptualmente precisa. Al implicar la desíntesis de una mancha unitaria, pueden presentarse en asociación con las posiciones W sólo en aquellas láminas que constituyen un estímulo sólido y unitario (ls.: I, IV, V, VI y IX). Los datos normativos proporcionados por Friedman (1952), Siegel (1953), Frank (1951), Fena (1953) y Rosenblatt y Solomon (1954) revelan que las respuestas plus-plus se presentan raramente tanto en adultos normales, como en neuróticos, esquizofrénicos con lesión cerebral o mentalmente retrasados. Aunque los individuos normales y neuróticos son más propensos que los esquizofrénicos a dar respuestas de este tipo, la diferencia de estos grupos carece de importancia. Por esto, la presencia o ausencia de estas respuestas considerado de forma aislada no ayuda a identificar ningún deterioro esquizofrénico.[43]

Las respuestas plus son percepciones en las que dos o más áreas de una mancha de tinta son integradas en una respuesta simple y precisa. Las respuestas plus para las percepciones W sólo pueden puntuarse sobre las manchas que están "rotas" (ls.: II, III, VII, VIII y X)

W+ - L.II.- "Dos personas discutiendo"
D+ - L.X.- "Las cabezas de dos chicas haciendose muecas"
Las respuestas plus aparecen más frecuentemente que las respuestas plus-plus en todos los grupos estudiados, pero los diferentes informes no aportan una base clara para determinar si las respuestas W+ y D+ consideradas de forma aislada diferencian válidamente los grupos diagnósticos.[85]

Una respuesta mediocre es una respuesta definida y perceptualmente precisa dada a un área unitaria Rorschach, pero sin implicar ninguna síntesis del área. Las respuestas W mediocres (Wm) (por ej. "murciélago" en L.I) pueden presentarse sólo en las manchas irrompibles, ya que cualquier W perceptualmente precisa que se dé a una mancha rompible es, por definición una W+.

Los datos normativos para las respuestas mediocres revelan diferencias definidas entre los grupos diagnósticos, pero el significado de estas diferencias sigue siendo poco claro. Para las Wm, los esquizofrénicos hebefrénico-catatónicos tienen una puntuación bastante más baja que los normales, pero los esquizofrénicos paranoides no difieren demasiado ni del grupo de los normales ni de los hebefrénico-catatónicos. En el caso de Dm, la diferencia entre los normales y los esquizofrénicos hebefrénico-catatónicos es importante según Friedman pero no según Siegel aunque tampoco cuentan con datos suficientes para un estudio estadístico independiente.[43, 85]

Aunque se desconoce si las respuestas mediocres diferencian por sí solas y eficazmente a los grupos diagnósticos, estos porcentajes, al igual que los dos grupos

anteriores descritos por Friedman, tienden a ser más elevados entre los individuos normales y neuróticos que entre los esquizofrénicos hebefrénico-catatónicos. Lo que sugiere que los índices combinados basados en las tres categorías podrían establecer suficientes diferencias entre los grupos diagnósticos para justificar su aplicación a nivel individual.

Becker (1956), añade la puntuación Dd+, y aporta un índice total simple de madurez perceptiva. En su primer estudio con este índice, observó correlaciones negativas altas, importantes entre el Dl total y las puntuaciones obtenidas en la "Elgin Prognostic Ratting Scale", que señalaría, en parte, la gravedad del desequilibrio tanto en los esquizofrénicos hospitalizados de sexo masculino como en los de sexo femenino. En estudios posteriores, Becker (1959) encuentra un DL para aplicar sobre un factor llamado Retracción esquizofrénica y sobre un factor de Distorsión de la realidad.

Estudios continuados por Wilenki (1959), Golfried (1962), Philips (1959).

Buhler y Lefever idearon la puntuación básica Rorschach para cuantificar las puntuaciones Rorschach de forma que se pudiese establecer una diferenciación clínica entre los grupos diagnósticos. En su estudio de evaluación de 338 individuos, que representan a cinco categorías diagnósticas, obtuvieron las sigueintes puntuaciones, Puntuación básica RO.:

- En normales -19.0
- Psiconeuróticos - 7.7
- Psicópatas - 4.5
- Orgánicos -13.4
- Esquizofrénicos -16.2

Aunque un análisis de variantes reveló una diferencia significativa entre los grupos, no se ha aplicado al diagnóstico individual y Finney (1955) sugiere que podría no ser adecuado.

Watkins y Stauffacher (1952) utilizaron 15 categorías de respuestas erróneas Rorschach, descritas por Rapaport, Gill y Shafer (1946) para desarrollar un índice Delta para el pensamiento patológico, signando puntajes desde .25 hasta 1.00 para respuestas que representaban Fabulación, Combinación Fabulada, Confabulación, Contaminación, Lógica Autista, Verbalización peculiar, Verbalización rara, vaguedad, confusión, simbolismo superelaborado, verbalización relacional, absurdidad, deterioro del color, y conecptos falseados. El índice delta se computa dividiendo la suma de estos puntos por el número total de respuestas y convirtiendo el resultado en procentaje [69].

A pesar de los resultados, no siempre satisfactorios, en ocasiones contradictorios (Powers (1955) y Hamlin) con lo obtenido por Watkins, Quik y otros demostraron la capacidad de Delta para diferenciar a los grupos psicóticos de los normales y de los neuróticos, a pesar de no haberse establecido criterios adecuados para el diagnóstico individual.

Kataguchi (1959) intentó desarrollar, a partir de sistemas de puntuación evaluados previamente, una puntuación Rorschach que pudiese distinguir eficazmente a los individuos esquizofrénicos de los normales y de los neuróticos, en base al diagnóstico individual. Al comparar la puntuación básica Rorschach y el índice Delta de 30 esquizofrénicos con los de 30 individuos normales y 30 neu-

róticos, confirmó que ambas puntuaciones podían diferenciar significativamente a un grupo esquizofrénico.[85]

Para Exner Zf representa el esfuerzo o iniciativa del sujeto vinculado, probablemente a su capacidad intelectual. Una Zf baja puede asociarse a limitaciones intelectuales fundamentalmente. Una Zf alta puede ser el resultado de un esfuerzo intelectual y/o expresar la necesidad de cuidar y precisar el campo de estímulos.

Sin embargo, pese a lo que aporta Zf, es la valoración Zd la que facilita datos sobre la eficiencia del esfuerzo organizativo global.

Por ello, cuando Zd es igual, por lo menos a -3.0, es decir, cuando Z es 3.0, o más puntos inferior a Zest, existe alguna disfunción cognitiva debido a un estado emocional posiblemente relacionado con ansiedad y/o depresión. Cuando la diferencia entre Suma Z y Zest es +3.0 o superior, parece que la iniciativa del sujeto viene ayudada por alguna experiencia emocional favorable. Los sujetos hipomaníacos y los psicópatas superan, frecuentemente, el nivel Zd de +3.0. En los sujetos compulsivos y psicópatas, la hiperorganización parece que es parte de su estilo de vida. Mientras que, en los sujetos hipomaníacos, una puntuación Zd superior puede constituir, más que un estilo, una necesidad[28].

3.2 PROCESOS Y TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

Bleuler (1911) consideraba los trastronos del pensamiento como el rasgo predominante de los desórdenes esquizofrénicos, además de la ambivalencia, autismo y desórdenes afectivos [17]. Lo mismo puntualiza Meehl (1962).

El proceso del pensamiento se caracteriza por:

a/ La capacidad de recoger información selectivamente, centrándose en aquella que es relevante y descartando el material poco significativo

b/ La capacidad de interpretar la experiencia en niveles de abstracción apropiados.

Bleuler sugiere, que la pérdida de los lazos asociativos tiene lugar cuando el objetivo no se mantiene constantemente en la mente. Cameron (1939) observó, en sus experimentos con esquizofrénicos su tendencia a la incorporación [23]. Definió la sobreincorporación como la falta de habilidad para seleccionar, restringir y eliminar los elementos menos próximos a la estructura conceptual. Lo que Shkow (1950) llama inhabilidad para mantener la serie principal, evitando la adopción de las secundarias (1962).

Payne y otros (1959) formulan la existencia de un mecanismo de filtraje, que facilita la conducta, inhibiendo los estímulos irrelevantes a los objetivos de la misma y promoviendo un proceso de información efectivo. Este mecanismo falla en la esquizofrenia.

Weckowicz y Blewett (1959) plantean la hipóte - sis que en la esquizofrenia, los procesos cognitivos son mucho más globales, menos selectivos y menos analíticos que en las personas normales debido a su incapacidad de limitar apropiadamente la amplitud del campo de atención. Un foco de atención demasiado amplio, sobreincorporación, pobreza en el mantenimiento de los sets y fracaso en la filtración de la información definen la incapacidad para impedir la entrada de información irrelevante a la tarea.

Rashkis y Singer (1959) y Singer (1960) infieren que la esquizofrenia es una desorganización psicológica caracterizada principalmente por la falta de habilidad para atender y coordinar los estímulos procedentes de los sistemas internos y externos.

Según Buss y Lang (1965) la teoría de la interferencia en el déficit psicológico esquizofrénico asume que cuando un esquizofrénico se enfrenta a una tarea no puede atender adecuadamente en forma sostenida ni puede mantener un marco o cambiarlo rápidamente si fuera necesario. Sufre la interferencia de señales externas irrelevantes y de estímulos internos consistentes en pensamientos y asociaciones desviadas. Estos estímulos irrelevantes y perturbadores que se interponen, impiden que el sujeto mantenga una centración clara de la tarea y el resultado es un déficit psicológico.

McChie y Chapman (1961-1962) demostraron que los esquizofrénicos se distraían especialmente en las tareas emprendidas en función de estímulos poco significativos. Weckwicz (1960) demostró que estos enfermos eran relativamente ineficaces para diferenciar la figura del fondo al tratar de identificar figuras fusionadas.

Los tres indices diagnósticos que reflejan estos fracasos son: - Localización inusual
- La indiferenciación de figura-fondo
- La perseveración

Localización inusual

Se espera que sujetos sanos den un porcentaje mayor de respuestas D y que todas sean comunes. De la misma manera, se espera una proporción menor de respuestas W, algunas de las cuales pueden ser comunes así como un bajo porcentaje de respuestas D raras. La perturbación de la habilidad para centrarse en los estímulos esenciales se debería reflejar en porcentajes bajos de respuestas D y un alto porcentaje de respuestas W y D.

Numerosos investigadores confirman esta conclusión, Beck (1938), Rickers-Ovsiankina (1938) y Knop(1956) [12, 43].

Los datos normativos sugieren que un D% por debajo de 45 con un W% por encima de 45 y/o un Dd% por encima de 15 expresan perturbaciones en la centración cognitiva, en protocolos de longitud media. El bajo D% es significativo en protocolos largos; un alto Dd% lo es en protocolos cortos. El hecho de que la orientación predominante en las láminas I y V sea D, indicaría perturbaciones incluso si los porcentajes en las localizaciones son los esperables.[85]

Un examen de los protocolos previos y posteriores al tratamiento de esquizofrénicos crónicos, llevado a cabo en un estudio de los efectos del tratamiento, evidencia un cambio altamente significativo de un promedio bajo D% previo al tratamiento(40%) a un elevado D% (73%) después

del tratamiento (Exner y Murillo, 1973, Murillo y Exner, 1973). Otros datos recogidos antes y después del tratamiento, tienden a indicar que el esquizofrénico restablecido es cauto, conservador y orientado hacia respuestas socialmente deseables [28, 29].

La frecuencia de aparición de la respuesta Dd es inferior a la de W y D. Normalmente, las respuestas Dd suelen constituir, en sujetos no hospitalizados, alrededor del 50% (una de cada 20 respuestas). En algunos esquizofrénicos y compulsivos graves esta proporción aumenta hasta superar más del 25% del protocolo. Para los compulsivos, el Dd suele ser la manifestación de una "huída cognitiva" por la que reducen su entorno hasta hacerlo coincidir con su propio criterio [28].

Sin embargo, no todos los esquizofrénicos manifiestan desórdenes de pensamiento y no todos los esquizofrénicos con trastorno de pensamiento tienen problemas con la centración cognitiva, ni tampoco este tipo de perturbaciones se refleja a través de la elección de localizaciones poco frecuentes. Indicadores que estarían más vinculados a perturbaciones del yo más que con desórdenes de pensamiento.

La indiferenciación figura-fondo se refleja en el Rorschach a través de las respuestas WS que representan un fracaso en la diferenciación del espacio, de los aspectos grises o colorados de la mancha. Según Philips y Smith las WS deben distinguirse de aquellas respuestas en las que el espacio blanco es tomado como un hueco "Una mariposa con agujeros en sus costados" o como un contorno independiente "Una cumbre". Según Fonda (1960) no

hay una asociación particular entre el porcentaje de respuestas S y la esquizofrenia. El fracaso para diferenciar cualquier figura-fondo es lo que constituye una perturbación en la centración.

Sin embargo, la indiferenciación figura-fondo no es exclusiva de la esquizofrenia. De la misma manera, los enfermos con trastornos cerebrales muestran una clara inhabilidad para diferenciar la figura del fondo. La respuesta WS se convierte en un indicador importante al ser extremadamente raro en adultos, representando un daño en la capacidad de centración.[85]

Perseveración

La incapacidad de alterar un enfoque respondiendo persistentemente a estímulos previamente importantes, ya que no son relevantes, constituye la perseveración que ya Bleuler describe como un fenómeno común en la esquizofrenia.[17]

Klopfer[51] y Spiegelman describen dos tipos de perseveración Mágica y el Concepto fijo. En la perseveración mágica no hay correspondencia entre las manchas y los perceptos proyectados repetidamente. Aparece en niños pequeños y en adultos con un deterioro mental grave.

El concepto fijo es una perseveración que aparece como una respuesta bien percibida la primera vez y repetida en las manchas siguientes sin tener en cuenta su calidad. Esta es la perseveración que aparece en los protocolos de esquizofrénicos que no pueden centrarse adecuadamente.

La persevaración ha sido asociada con organicidad y se debe recurrir a otros datos para determinar si es debido a un trastorno orgánico o esquizofrénico. El esquizofrénico está fijado en su manera de pensar y es incapáz de darse cuenta del cambio de las propiedades de los estímulos de su ambiente, el orgánico se fija en las propiedades exactas del estímulo pero es incapáz de modificar su ideación.

Se han empleado muchos métodos para clasificar la perseveración en el Rorschach. Friedman (1953) asigna un valor de 1.0 a cada repetición durante la asociación libre y 0.5 a cada respuesta que repite algún elemento de la respuesta anterior y 0.5 a cualquier respuesta repetida adicional. Los porcentajes que se obtienen discriminan según este autor a los esquizofrénicos del grupo normal, cuyas medias varían entre 22.6 y 13.9% respectivamente. Este método no distingue entre la repetición de respuestas comunes (murciélago en Ls. I y V) y la repetición de respuestas poco frecuentes, asigna el mismo valor a una segunda o cuarta repetición y no reconoce la advertencia de Bohm para no confundir una perseveración esquizofrénica con ciertas preocupaciones asociadas a conflictos neuróticos. Becker (1956) puntúa sólo cuando se da una respuesta tres o más veces sin tener en cuenta la calidad formal de la mancha.[18, 43]

Este método se ha usado con éxito en el diagnóstico de la organicidad así como para diferenciar esquizofrenias reactivas, siendo más severo el trastorno cuando la perseveración constituye la forma predominante o la única de enfrentarse a las láminas.

Las Verbalizaciones desviadas pueden dividirse en extrañas y/o peculiares. Según Holt y Havel (1900) las verbalizaciones extrañas resultan del fracaso en mantener un marco apropiado con respecto a la tarea, a su nivel de conocimientos y en su relación con el examinador. La pérdida de estos aspectos puede dar como resultado:

1/ Formas infrecuentes de responder a la tarea.
2/ Comunicación pedante, pomposa.
3/ Lenguaje inapropiado a una situación profesional.

Las verbalizaciones bizarras son más fáciles de identificar y, según Rapaport aparecen exclusivamente en esquizofrénicos. Cuanto mayor sea el número de DV, mayor el porcentaje con respecto al total de respuestas y mayor la interferencia con la comunicación, será más probable un diagnóstico de esquizofrenia [69].

Indices en el proceso de la centración cognitiva

El bloqueo es para Bleuler el elemento formal más extraordinario del proceso de pensamiento esquizofrénico. En él la actividad asociativa parece detenerse de forma completa y abrupta. [17]

Las variables cuantitativas que pueden ayudar a identificar el bloqueo son: el rechazo de láminas y el tiempo de reacción.

Parece que no hay una relación directa entre el rechazo a una lámina y la esquizofrenia. Tankin, Mensh y Matarazzo han demostrado que no hay diferencias en la frecuencia de rechazo entre el grupo neurótico y psicótico. Sin embargo, según cuáles sean las láminas rechaza -

das, donde se produce el rechazo, así como la longitud del protocolo, pueden apoyar un diagnóstico. Según Sisson, Taulbee y Gaston (1956) los esquizofrénicos rechazan en mayor proporción las láminas: V, VII, VIII, IX y X, frente a los sujetos normales.[85]

Aunque un solo rechazo no parece ser significativo, sí lo sería el rechazo a las láminas: I, III, V y VIII para constituir bloqueo especialmente si la respuesta a las otras láminas es buena.

El promedio del tiempo de reacción no discrimina grupos diagnósticos, pero cuando el tiempo de reacción por lámina excede lo esperable se puede suponer la existencia de bloqueo. Un tiempo de reacción largo puede ser atribuído a una falta voluntaria de atención tanto como a una dificultad en responder aunque el sujeto está centrado en la tarea. Este tipo de reacciones podrían estar más relacionadas con depresión o con un enfoque cauteloso en el que el sujeto necesita seleccionar y censurar cuidadosamente sus impresiones. Un tiempo de reacción largo puede deberse a que el sujeto se esfuerce en mantener su atención centrada.

Un rasgo sobresaliente de las perturbaciones del pensamiento en esquizofrenia es la preferencia por el pensamiento sobregeneralizado, consistente en llegar a conclusiones erróneas a partir de evidencias mínimas así como el adorno de expresiones con significado elaborado pero no coincidentes con las propiedades del estímulo:Como la Fabulación, Confabulación, Dd absurdo, Combinación Fabulada, Contaminación.

La Fabulación consiste en la elaboración afectiva de las respuestas Rorschach en comparación con la realidad ofrecida por el estímulo. Puede referirse al uso de ciertas frases o palabras elaboradas incluyendo postura amenazante, verbos de acción y sustantivos que condensan un percepto básico en una elaboración. Estas respuestas sólo se clasifican como Fabulación cuando son únicas o extremadamente raras, acompañadas de intensidad emocional, representando motivaciones, sentimientos o actitudes que no pueden ser razonablemente inferidas de la mancha. Aunque las Fabulaciones sustantivas, verbales o adjetivas se alejan de la realidad de la Lámina no reflejan necesariamente trastornos de pensamiento. Según Rapaport (1946) estas fabulaciones las dan personas normales que emplean el lenguaje de forma colorida [69].

Otro tipo de Fabulación consiste en elaboraciones desarrolladas de tal manera que convierten el percepto en una narración. El significado diagnóstico de las fabulaciones sustantivas, adjetivas, verbales y extendidas depende del grado de su falta de realidad o si están dominadas por el pensamiento del sujeto.

Las autorreferencias constituyen otro tipo de Fabulación en la que la respuesta específica del sujeto está referida y conectada con él mismo, con total pérdida de distancia de la lámina. Bohm (1958) las asocia a perturbaciones y desórdenes del pensamiento propios de los esquizofrénicos [18, 19].

La Confabulación consiste en una distancia excesiva de las manchas del Rorschach, donde un contenido basado en una pequeña área de la mancha es atribuído de

forma inapropiada a un área mayor.

La confabulación, de acuerdo con el criterio de Klopfer, Amsworth y Holt (1954), indica pensamiento generalizado patológico[51].

Dan tres categorías de clasificación:

DW generalización de D a toda la mancha
DdW generalización de un Dd a un W
DdD generalización de un Dd a un D

Las Dd absurdas son similares a las Fabulaciones pero son generalizaciones extremas que, se dan casi siempre en esquizofrénicos. La Combinación fabulada es aquella en la que se establecen relaciones entre dos o más conceptos basados solamente en su contigüidad espacial.

El tipo de Combinación fabulada que refleja más claramente los desórdenes del pensamiento esquizofrénico es la Combinación imposible. Estas respuestas distorsionan la realidad al establecer relaciones que son imposibles: "Un perro trepándose a una mariposa".[85]

Si bien este tipo de Combinaciones fabuladas sugiere desórdenes de pensamiento, difieren según el grado en que distorsionan la realidad pudiendo aparecer en protocolos de sujetos no esquizofrénicos que utilizan un estilo de defensa intelectual.

La Contaminación es una condensación que integra totalmente imágenes en un percepto único. "Isla sangrienta".[85]

Rapaport observa que, en las Contaminaciones, se ha tomado con demasiado realismo la relativa contigüidad espacial y esta pérdida de distancia aboca al pensamiento esquizofrénico. La Contaminación representa un desorden severo del proceso del pensamiento y es indicativo de esquizofrenia.[69, 70]

El pensamiento circunstancial consiste en basar conclusiones a partir de aspectos no esenciales de una situación, su presencia puede ser considerada signo de la presencia de la esquizofrenia.

Está representado fundamentalmente por la Lógica Autista, en cuya respuesta aparece el pensamiento de predicado, representa una elección consciente justificada excesivamente con razonamientos irrefutables, que según Beck tiende a estar asociado con pobre insight y con disturbios psicológicos.[11]

En el Sistema Comprensivo, los Fenómenos Especiales, índice de la existencia de trastornos de pensamiento, son los siguientes:

. Verbalizaciones Desviadas (DV) pag. 9, 478 y ss.

. Lógica autista (ALOG) pag. 9, 476 y ss.

. Combinaciones inapropiadas (INCOM, FABOCM, CONTAM) pag. 9, 472 y ss.

. Perseveración (PSV)

Perseveración dentro de la lámina: Las respuestas de perseveración de la lámina son aquellas que utilizan exactamente la misma localización, el mismo determinan

te, la misma valoración de contenido, la misma valoración de DQ y de FQ y la misma valoración Z y P que la anterior. Lo principal para poder clasificar PSV dentro de la lámina es que el sujeto tiene que dar esencialmente la misma respuesta en el contexto de la clasificación, sin respuestas intermedias.

La perseveración del contenido se refiere a las respuestas que no necesariamente se dan dentro de la misma lámina o en láminas consecutivas, sino que se identifica el contenido con uno igual dado anteriormente. La clasificación de esta respuesta puede ser completamente diferente de la clasificación de la respuesta en la que se percibió el objeto inicialmente, aunque el sujeto resalte que se trata del mismo objeto.

La perseveración mecánica es una respuesta perseverativa que se da con mayor frecuencia en sujetos con deficiencias intelectuales y deterioro orgánico. Este tipo de perseveración se da generalmente en protocolos cortos y se caracteriza porque el sujeto da repetidamente la misma respuesta[28].

3.3 LOS DETERMINANTES F+% Y X+%

Una percepción es precisa hasta tal punto que los perceptos están determinados por las cualidades reales de los estímulos que los provocaron. Se ha comprobado que los esquizofrénicos son menos exactos que las personas normales aún haciendo juicios simples (Chambers 1956, Cooper, 1960). El funcionamiento objetivo de la percepción se mide en el Rorschach por la calidad formal de las respuestas. Esta calidad formal mide el funcionamiento de un yo completo e íntegro, Beck, Klopfer y Holt han mantenido que el nivel formal de las respuestas en el Rorschach es la clave más importante para determinar la capacidad del yo en la medida de la realidad.[11, 51]

El F+% bajo es un índice del grado de despreocupación y desprecio por la realidad.

Weiner explica el proceso histórico habido entre los especialistas Rorschach a partir de la calificación + - del propio Rorschach, en 1921 para calificar el nivel formal de las respuestas. Siguen Klopfer, Rapaport, Shafer.

Weiner da nuevas recomendaciones y aparecen dificultades para evaluar aquellos perceptos en los que no existe de por sí una repetición formal como son: nubes, islas, rocas, etc. Entonces parece muy importante identificar con precisión aquellos que son claramente definidos y estandarizados con estos otros y establecer un criterio que dependerá del nivel formal que el sujeto ha tenido con las respuestas claramente clasificadas[69, 85].

Shafer en 1948 da como indicador de la esquizofrenia un F+% bajo.

Cuatro son los mecanismos que conducen a dar F- (Karchin, 1960):

1º- Conflicto entre necesidades y defensas que interfieren la precisión perceptiva del sujeto. Son las respuestas personales de Beck y el autismo de Bleuler, hecho que sugiere la presencia de esquizofrenia.

2º- Un deterioro de la capacidad perceptual, constituyen el resultado de desórdenes orgánicos cerebrales.

3º- Una pobre capacidad de asociación que se traduce en respuestas pobres.

4º- La actitud hacia el test y el examinador.

El sistema Comprensivo utiliza la siguiente clasificación:

+ superior Utilización de la forma extraordinaria - mente bien desarrollada y articulada de tal modo que la calidad del percepto resulta enriquecida sin sacrificar la exactitud de la forma. La respuesta + no se refiere a un percepto original necesariamente siendo su característica fundamental el modo en que la forma es utilizada y especificada.

O	ordinario	Utilización obvia de la forma en que el contenido y el área de la mancha resultan congruentes. La respuesta es generalmente muy común, fácilmente visible y no hay un enriquecimiento especial de la calidad por el modo en que se especifica la forma.
W	Débil	Utilización poco convincente y deficiente de la forma, manifestándose un alejamiento de la congruencia entre el área de la mancha y el contenido. La adecuación de la forma no está groseramente distorsionada, aunque no se ajusta al criterio de ser fácilmente percibida.
-	Negativa	Utilización distorsionada, arbitraria y no realista de la forma. Una respuesta se impone a un área de la mancha con independencia de la estructura de dicha área.

"La calidad formal de las respuestas de Rorschach indica, en microcosmos, la actitud de una persona frente a su mundo objetal".

Por otra parte, Exner presenta unas tablas donde figuran las respuestas y clases de respuestas de forma buena y deficiente que, refiriéndose a cada lámina y área de localización, pueden servir de pauta a los clasificadores según el Sistema Comprensivo[28].

Como Exner refleja en el Sistema Comprensivo el F+% representa la proporción de respuestas de forma pura que han sido calificadas + u 0 en el protocolo total. Según Molish (1967) el F+% variará según los estados intelectuales y emocionales del sujeto. Beck (1932) demostró la existencia de una correlación relativamente elevada entre un F+% bajo y una dotación intelectual limitada. Klopfer y Kelley (1942) observaron una correlación significativa entre el F+% bajo y el retraso mental. Parafraseando a Exner los datos más sorprendentes en cuanto a la calidad formal se encuentran en estudios de pacientes psiquiátricos más perturbados, se refiere a los esquizofrénicos. Como señala Weiner (1966) "virtualmente, todos los estudios de F+% en esquizofrenia y grupos de control han confirmado los resultados presentados por Beck y Rickers-Ovsiankina en su significativa e histórica contribución de 1938". Los esquizofrénicos alcanzaron en todos ellos un F+% de alrededor de 60, mientras que los controles dieron una media de F+% de 87.3 en el grupo de Rickers y 83.9 en el de Beck [12]. Los mismos resultados o parecidos encontraron Friedman, ya mencionado y Levine (1953), Knop (1956) y Molish y Beck en 1958 [61]. De ahí que concluya Beck, parafraseando a Exner [28] que cuando la calidad formal buena para las respuestas de forma pura es 60% o menos, puede considerarse la existencia de severa patología, una seria limitación intelectual o una disfunción cerebral.

Exner en su Comprehensive System comparando los grupos no psiquiátricos (N=200) y esquizofrénicos (N=125), muestra una diferencia claramente significativa. Los sujetos no psiquiátricos alcanzan un promedio de F+%=91 frente al F+% de los esquizofrénicos de 62%. A partir de ahí

Exner formula la hipótesis de que, cuando el F+% es inferior a 70%, debe considerarse seriamente la posibilidad de una patología grave, de organicidad o de limitación intelectual [28].

El X+% se deriva del F+% ampliado, que recomendó Rapaport (1946) y elaboró Schafer (1954). Según Weiner (1966) este índice puede ser una representación más fiable del control de la realidad del sujeto, en cuanto que refleja mayor número de respuestas que el F+%. Weiner señala también que, en el protocolo breve o en los que contienen pocas respuestas de Forma Pura, el X+% puede ser el único dato útil sobre la exactitud perceptiva. La correlación entre el F+% y el X+% para los 200 sujetos no psiquiátricos de la muestra de referencia del sistema comprensivo es de .78, mientras que para los esquizofrénicos son casi indénticos: F+%= 80; X+%= 81 [28, 69. 85].

Sigue diciendo Exner en su obra: Al presentar estos 70 protocolos un F+% extremadamente alto (100%) y el X+% inferior a 50% esto podría representar una muestra de cómo la disfunción afectiva puede interferir en las operaciones del control de la realidad.

Cuando el X+% es bajo, inferior al nivel del 70% ha de prestarse atención a las limitaciones en la exactitud perceptiva o en las operaciones de control de la realidad. Como señala Schafer (1954), la interpretación de que existe un control de la realidad deficiente cuando el F+% es 60 y el X+% de 85 parece inadecuado y al contrario, sucedería que las operaciones del control de la realidad serían inadecuadas bajo determinadas condiciones [28, 79].

La distribución de las valoraciones de calidad formal es epecialmente útil para evaluar el significado del F+% y del X+%. Mayman (1970) sobre la base de un grupo de casos extraídos de un trabajo de Schafer, ha demostrado que la diferenciación de los valores de calidad formal añade una dimensión interpretativa importante [79, 51, 28, 59].

3.4 EL DETERMINANTE M

La persona psicológicamente sana es capaz de mantener relaciones satisfactorias con las demás personas. La esquizofrenia está caracterizada por una retirada de la relación de objeto.

Según Will (1961), la persona que como resultado del aprendizaje de experiencias desafortunadas fracasa en desarrollar los canales adecuados para la relación interpersonal vivencia una cantidad excesiva de ansiedad en sus interacciones con los demás y probablemente se retirará al protegerse de esta misma interrelación. Se trataría de una retirada emocional más que una retirada física (Weiner). Algunos esquizofrénicos se aíslan físicamente, en un intento de escapar de la frustración y rechazo que podrían experimentar en sus relaciones sociales; otros, por el contrario, se relacionan de manera muy activa con otras personas en un deseo de huir de la soledad y el aislamiento. Sin embargo,este segundo tipo de esquizofrénicos, aunque intentando mantener una apariencia de compromiso social, se protegen de estas mismas relaciones evitando cualquier tipo de implicación emocional. De esta manera, el déficit de la habilidad social limitada y, por tanto, la relación interpersonal podrían cosntituirse en índices vinculados con el trastorno esquizofrénico [85].

Whiteman (1954, 1956) demostró que las tareas orientadas socialmente pueden discriminar sensiblemente a los sujetos esquizofrénicos de los no esquizofrénicos. Davis y Harrington (1957) y otros Moriarity y Kates (1962) siguieron en una línea de investigación con parecidos re

sultados sobre la diferenciación de grupos esquizofrénico y de control.

No obstante, a pesar de que las habilidades sociales deficientes suelen estar acompañadas de retraimiento en el comportamiento, pueden o no estar asociadas con una baja motivación social.

Los índices de capacidad empática pobre y una susceptibilidad particular en el funcionamiento deteriorado de las situaciones interpersonales pueden facilitar el diagnóstico de esquizofrenia (Weiner). El bajo nivel de M y H ayudarían a reconocer su existencia en el test de Rorschach. La respuesta M, de movimiento humano ha sido investigada ampliamente. Klopfer, Ainarvorth y Holt (1954), introducen la hipótesis de relacionar M tanto con la empatía como con la inteligencia, estabilidad interior, sistema de valores y autoaceptación[51].

Rorschach sugirió que M representa una internalización, noción según la cual M manifiesta la experiencia interior deliberada de manera que resulta afectivamente adaptativa. Beck considera las respuestas M como indicativas de la conciencia del mundo exterior, en que la energía se utiliza para desarrollar una fantasía particular a través de la cual se permite el desplazamiento de necesidades perentorias.[11, 74]

Beck, Klopfer y Hertz (1954, 1951) han sugerido que M tendría que interpretarse como un proceso psicológico en el que se da una relación funcional entre la vida de la fantasía del sujeto y sus orientaciones externas hacia la realidad y hacia las relaciones de objeto[28, 51, 14].

Piotrowski (1960), arguye que el énfasis en M está asociado con una preferencia por lo ideacional como opuesto a la actividad motora y añade que M y su contenido están relacionados con el manejo de las relaciones interpersonales. Las respuestas M significan interés en las necesidades y actitudes hacia los demás. Los sujetos que dan pocas M frecuentemente presentan habilidades empáticas deficientes. Si pocas M pueden indicar un deterioro de la capacidad para establecer y mantener buenas relaciones objetales, es importante considerar que un gran número de M no significa necesariamente una conducta interpersonal adaptativa. Tanto buenas relaciones objetales como habilidades sociales efectivas se hallan lejos de indicar esquizofrenia. La abundancia de respuestas M en un protocolo no garantiza una buena capacidad empática. Muchas M sólo indican que el sujeto intenta comprender los motivos de otra persona. Sin embargo, pocas M sugieren deficiente capacidad empática. Según Weiner, el sujeto con muchas M puede o no tener buenas habilidades sociales y puede ser o no esquizofrénico [67, 85].

Si la formulación anterior es correcta, debería ser cierto que:

1/ La retirada social puede estar acompañada por pocas o muchas M.

2/ Que algunos esquizofrénicos dan pocas respuestas M y otros dan muchas.

3/ Que los esfuerzos para separar esquizofrénicos de grupos normales en base al número de respuestas M dan resultados inconsistentes, hecho que depende de la composición de la muestra esquizofrénica [85].

De hecho se han demostrado las tres hipótesis y deducciones anteriores.

Respecto a 1/, Beck ha observado que el retraimiento asociado con alteración esquizofrénica puede tomar la forma de un retraimiento en una fantasía autista, con muchas M o puede dar lugar a un estrechamiento del interés, sin M. En un trabajo posterior (1960), Beck indica que tales personas esquizofrénicas están caracterizadas tanto por "relaciones objetales quebradas" como por retraimiento hacia la actividad ideacional M.[11,13,85]

En cuanto al punto 2/, los clínicos desde Rorschach han observado que algunos esquizofrénicos dan pocas M, mientras que otros esquizofrénicos dan muchas y parecen coincidir con el mismo Rorschach en el hecho de que es probable que la emisión de M coincida con los esquizofrénicos que presentan síntomas ideacionales prominentes particularmente aquéllos con tendencias paranoides (Bohm, 1958, Rapaport, Gill y Schafer, 1946)[18, 69, 13].

En un estudio experimental relacionado, Kimg (1960) comparó los protocolos Rorschach de 14 pares emparejados de sujetos esquizofrénicos paranoides, la mitad de los cuales con delirios interpersonales y la otra mitad con delirios somáticos. Encontró significativamente más respuestas M entre los sujetos con delirios interpersonales que entre los somáticos. De la misma manera, el estudio de Brecher (1956) resulta relevante entre esquizofrénicos varones sobreprotegidos por la madre y esquizofrénicos rechazados por la madre, en cuyos resultados aparecieron dos veces más M en los sobreprotegidos (promedio 5.4 M) que en los rechazados (promedio de 2.1 M).

En el tercer punto 3/ las comparaciones entre grupos de control y esquizofrénicos en cuanto a promedio de M han sido inconsistentes. Beck (1938), (1954), Sherman (1952), Knop (1956) [12]. Hallazgos que, al relacionar M y capacidad empática, revelarían que, a pesar de que la presencia de muchas M no elimina la esquizofrenia, pocas M pueden constituir un dato importante en cuanto a habilidades sociales deficientes que caracterizan el trastorno esquizofrénico.

Weiner señala unos datos normativos para las respuestas M [85]. Brockway y cols. (1954) y Caso y Mc.Reynolds (1951) obtienen valores M medios de 2.0 para muestras de 151 y 104 adultos normales. El percentil 80 señala M de 3.4 y 5 respectivamente y el percentil 20, indica 0.9 y 1.0 . Una M de cero caía en el percentil 10 de la muestra de Cass y Mc.Reynolds. Beck y cols. (1950) encontraron una media de M de 3.50 para 157 adultos normales pero Fiske y Baughman (1953) al analizar los datos de Beck y cols. revelaron que este valor de media está inflado por el gran número de M dadas por sujetos que dieron protocolos largos. Fiske y Baughman encontraron una correlación de 0.41 entre M y R para la muestra de Beck y cols. e informaron de las siguientes frecuencias medias de M dentro de cierta distribución de R: Para protocolos de 30-40 respuestas, 3M; para 25-29 R. 2.7 M; para 20-24 R, 2.1 M; y para 15-19 R. y 10-14 R. 0.7M [12, 85].

Weiner considera que estos datos normativos indican que los sujetos normales que dan protocolos de extensión media y especialmente por debajo de la extensión promedio, producen, a menudo, pocas respuestas M. De ahí, continúa Weiner que el único criterio cuantitativo de M probable, con alguna consistencia para distinguir esqui-

zofrénicos de sujetos normales es la ausencia total de M que cae en el percentil 10 de personas normales. Rickers -Ousiankine (1938) no encontró diferencia en la media de M entre esquizofrénicos y normales pero observó que 15 de sus 37 sujetos esquizofrénicos y sólo 4 de los 20 sujetos normales carecían de M[73, 12].

De este criterio de M baja no puede esperarse la diferenciación de todos los grupos de esquizofrénicos de los sujetos normales. Los esquizofrénicos paranoides, probablemente no omitirán respuestas M y Rapaport y cols. (1946) y Piotrowski (1945) (1960) detectan que la ausencia de M está asociada con desorden esquizofrénico crónico más que con desorden esquizofrénico agudo[13, 69, 67, 85].

Según Fiske y Baughman una o dos M en un protocolo muy largo puede ser tan significativo como la falta de M en un protocolo promedio.

Desde el punto de vista cualitativo, la persona cuyo interés en los atributos humanos está asociada a una visión despreciativa de la gente o centrada en objetos no humanos es improbable que posea habilidades sociales adecuadas para el mantenimiento de buenas relaciones interpersonales. En el Rorschach, por tanto, las respuestas M referidas a (H), Hd, (Hd), A, (A), Ad y (Ad) en el contenido son menos significativas para la capacidad empática limitada que la completa ausencia de M.

Los resultados de Klopfer y cols. (1954) son relevantes respecto a esto. "Los sujetos que carecen de cercanía hacia otras personas pueden volver las figuras

humanas comunes en animales y dan respuestas M con un contenido (A)"[51]. Contenidos Hd, (H), o (Hd) indican hostilidad y tendencias críticas, que podrían obstruir la libre fluidez de la empatía, e indican autopreocupación que interfiere en las relaciones interpersonales cálidas. La persona cuyos intereses en los atributos humanos están centrados en la gente pero que es propenso a interpretaciones inexactas y no realistas de las relaciones interpersonales tampoco es empática[28].

Las respuestas M con nivel formal (-) probablemente están asociadas con habilidades deficientes y pobres relaciones interpersonales de manera parecida al fracaso obtenido al no producir Ms.

Estas respuestas M- merecen énfasis especial, con valor diferente al expresado en F+% y X+%. Philips y Smith (1953) hacen las siguientes observaciones de 1.500 protocolos de adultos.

"Empíricamente, la inadecuación de la forma es de mucha mayor significación clínica en las respuestas de Movimiento que en respuestas en las que la forma es el único determinante. F- indica juicio inadecuado pero cuando tiene lugar en una respuesta de Movimiento, sugiere una valoración defectuosa de las realidades sociales. Así, la presencia de dos o más M- en un protocolo de extensión normal sugiere que los roles sociales son actuados sobre una base de percepción distorsionada de las relaciones interpersonales y serán probablemente, muy inadecuadas"[28, 66, 85].

Weiner concluye que la ausencia de M con conte

nido H o M+ o incluso, la presencia de más de una M con otro contenido o nivel formal (-), indica M baja y sugiere capacidad deteriorada para relaciones interpersonales efectivas [85]. Todo ello explicaría por qué un gran número de respuestas M no descarta necesariamente la posibilidad de habilidades sociales deficientes. Una puntuación de M alta basada en movimientos de forma (-) o en contenidos sin H señalan unas relaciones objetales alteradas más que adaptadas. Es por lo que Philips y Smith (1953) proponen como un índice cuantitativo de la adecuación de respuestas M, que, en cualquier protocolo en el que las respuestas M- constituyen 1/4 o más de todas las respuestas M dadas, debe ser considerado indicativo de psicosis [66, 85].

Piotrowski (1960) indica que la producción de respuestas M requiere tanto un cierto nivel de actividad ideacional como un cierto grado de interés en las necesidades y actitudes hacia otra gente y a estos dos requisitos Klopfer y cols. (1954) añaden un tercero, la capacidad de percibir de una forma bien integrada y diferenciada [51, 67]. La correlación de M baja con esquizofrenia procede en primer lugar de aquellos aspectos de la producción de M vinculados a las relaciones interpersonales. Por otro lado, apunta Weiner el hecho de que tres condiciones no esquizofrénicas, desorden depresivo, estilo defensivo-represivo y enfermedad cerebral orgánica, pueden caracterizarse por la emisión de M bajas en los protocolos de los sujetos bajo estas condiciones, es atribuíble a los otros dos elementos de la producción de M, actividad ideacional y percepción diferenciada [85].

Las expectativas normativas para la distribución de M ha sido observada por Philips y Smith y Rapaport y cols. (1946). Sobre la base de 250 protocolos normales Philips y Smith observan que las respuestas M tienen lugar más frecuentemente en la lámina III, seguida de la lámina II y de las láminas VII y IX. Las láminas que dan menos respuests M, según datos obtenidos por Philips y Smith y Rapaport, son las láminas VI y VIII [66,69].

Por tanto, señala Weiner, la M baja indica más claramente un deterioro esquizofrénico cuando, a través de otros datos, se ha descartado la presencia de depresión, estilo defensivo-represivo y daño cerebral, unido a que la presencia de unas pocas M se dan en láminas que no las sugieren con mayor facilidad [85].

La presencia de respuestas M de buena calidad formal, se ha considerado como un indicador de pronóstico favorable, especialmente en los pacientes seriamente perturbados, factor que recibe una gran consideración tanto en la Escala de Pronóstico del Rorschach (Klopfer, Kirkner, Wisham y Baker, 1951) como en el índice de pronóstico de Piotrowski (Piotrowski y Bricklin, 1958,1961).

El análisis de los protocolos de admisión y de alta de 71 esquizofrénicos seguidos en un estudio de recaídas no revela un aumento significativo en la frecuencia de M, aunque la calidad de las M sea superior. Sin embargo, al comparar los protocolos de 19 sujetos que recayeron durante el primer año después de haber sido dados de alta, con los de 52 sujetos que no recayeron, Exner observó que este último grupo dió un número superior de M tanto en los protocolos de ingreso como al ser dados de alta [28].

3.5 SU RELACION CON EL CONTENIDO HUMANO

En las muestras de referencia de Exner y otros, los no pacientes obtienen como promedio el 19% para H+Hd, mientras que este promedio es sólo el de aproximadamente el 13% para los pacientes externos y esquizofrénicos. El grupo de referencia no esquizofrénico da el promedio más elevado para H%, alcanzando el 23%. Beck (1961) señala un H% medio aproxiamdo del 17% para sus sujetos adultos [28, 14].

Según Weiner, la respuesta H del Rorschach, como la respuesta M, refleja interés en la gente. Un número elevado de respuestas H no significa buenas relaciones interpersonales, los intereses manifestados a través de las respuestas H pueden ser expresados en la propia fantasía más que ser el exponente de un buen contacto social, pudiendo comprender al mismo tiempo una actitud negativa, crítica y distorsionada respecto de los otros, en lugar de traducir actitudes positivas y adaptadas. De acuerdo con esta formulación, no se han encontrado diferencias entre grupos esquizofrénicos y no esquizofrénicos respecto al promedio de H [85].

Wishner (1959) expone que M y H están altamente correlacionadas, pero en aquellos casos en los que las respuestas M se dan en contenidos Hd y A, la ausencia de H podría ser el índice cuantitativo más útil del retraimiento social y puesto que la producción de H requiere menos actividad que la producción de M, la ausencia de H en un protocolo con M=0 puede ayudar a diferenciar la esquizofrenia de la depresión, la histeria y da-

ño cerebral[85].

En función de los datos normativos Beck y cols. obtuvieron una media de 4.02 H en su muestra normal pero un nuevo análisis de estos datos (1953) por Fiske y Baughman revelaron una correlación de 0.49 entre H y el total de R y las siguientes puntuaciones medias de H en protocolos medios y por debajo del promedio. Obtuvieron para 30-40 respuestas 3.4 H; para 25-29 R. 3.6 H; para 20-24 R. 2.6 H; para 15-19 r. 1.4 H y para 10-14 R. 0.8 H.

Weiner mantiene que estos datos indican que H se da con mayor frecuencia que M y normalmente está presente en un protocolo normal. Por lo que la ausencia de H, más que la omisión de M indicaría una deficiencia patológica de la capacidad empática[85].

Rapaport y cols. sugieren que la H baja es particularmente probable que caracterice y diferencia el trastorno esquizofrénico crónico como opuesto al agudo[69].

Los datos de Exner[28] en el Sistema Comprensivo Tomo II serían para H+Hd:

CATEGORIA	NO PACIENTES		EXTERNOS NO PSICOTICOS		INTERNOS PROBLEMAS CARACTER		INTERNOS DEPRESIVOS		INTERNOS ESQUIZOFR.	
	N= 325		N= 185		N= 90		N= 155		N= 210	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
H+Hd	4.74	1.4	3.93	1.6	3.77	1.4	2.96	0.92	3.14	1.1

3.6 EL DETERMINANTE COLOR - C

Rorschach especifica que la respuesta de una persona al color tiene una gran relación con la forma en que ésta maneja sus experiencias afectivas [74].

Autores como Klopfer, Ainsworth y Holt (1954) sostienen la hipótesis de que "La forma en que el sujeto maneja el color da una inclinación de su modo de reaccionar a una demanda emocional de su ambiente que evalúa su habilidad en integrar una influencia externa con su vivencia emocional" [51].

Según los autores, hay dos indicadores diagnósticos Rorschach que diferencian, bien por el grado de integración del color con las cualidades de forma de la mancha, bien por el fracaso de esta integración, a los sujetos esquizofrénicos de los que no lo son.

Klopfer y otros (1954) describen tres categorías principales para las respuestas de color en Rorschach. FC es puntuada para objetos coloreados de forma definida. CF es puntuada para objetos coloreados de forma indefinida. La valoración C se aplica a respuestas en las que se usa el color pero la forma no existe [51].

Del estudio de Beck efectuado por Fiske y Baughman en 1953, C correlacionaba significativamente con las respuestas totales para aquellos protocolos con más de 50 respuestas, cuya C era mayor de 1.0. Para sujetos de 30-40 respuestas C era de 0.5. Concluye que es casi infrecuente la presencia de una C pura y su presencia indicaría un empeoramiento de la capacidad en la integración

del estímulo afectivo [12,85].

Weiner (1964), revisando los protocolos de 172 pacientes psiquiátricos, la mayoría de ambulatorio, encontró que sólo 21 dieron respuestas de C pura. De ellos, 21 pacientes eran esquizofrénicos discriminando la C pura significativamente a los esquizofrénicos de los no esquizofrénicos. A iguales conclusiones llega Rapaport (1946) [85, 69].

Exner (1974) indica que las respuestas de color "pueden ser demoradas y organizadas, como en el caso de las respuestas FC, o pueden tener una implicación más abiertamente emocional, como en el caso de las respuestas CF, C y Cn".[28]

Estas son las medias y desviaciones tipo de las respuestas de color para un grupo de no pacientes y cuatro grupos psquiátricos, descritas en el Sistema Comprensivo:

	NO PACIENTES		EXTERNOS NO PSICOTICOS		INTERNOS PROBLEMAS CARACTER		INTERNOS DEPRESIVOS		INTERNOS ESQUIZOFR.	
	N= 325		N= 185		N= 90		N= 155		N= 210	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
FC	3.56	1.2	1.72	1.3	1.41	1.2	0.87	1.1	1.87	1.3
CF	1.23	0.9	2.81	1.4	3.22	1.8	1.93	1.2	3.31	1.6
C+Cn	0.84	0.6	1.13	1.1	1.50	1.3	0.56	0.8	1.56	0.9

Los adultos no pacientes dan sobre dos veces y media más respuestas de FC que CF y sobre siete veces más respuestas de FC que de C o Cn. Los esquizofrénicos tienden a dar casi tantas respuestas de C pura como de FC y, aproximadamente el doble de respuestas de CF que de FC.

Volviendo a los resultados del Sistema Comprensivo. En los grupos de pacientes CF+C es mayor que FC, de lo que se deduce que los pacientes parece que tienen mayor dificultad en modular sus demostraciones de afecto que los no pacientes. Respecto a la C pura, la muestra de no pacientes de 325 sujetos registró un total de 156 respuestas de C pura entre 7.069 respuestas, aproximadamente el 2% del total de respuestas. El grupo de esquizofrénicos dió 328 respuestas de C pura en 5.082 respuestas, algo más del 6% del total de respuestas. La C pura apareció en 149 de los 210 protocolos de esquizofrénicos [28].

Weiner señala que un número alto de C puras podría indicar un deterioro esquizofrénico por el fracaso de las operaciones defensivas [85].

Datos normativos de Philips y Smith (1953) indican que las láminas VIII y X normalmente son las que proporcionan en primer lugar respuestas FC en personas normales que dan C principalmente en la lámina IX y en menor proporción en la II. Una respuesta de C pura en las láminas VIII o X o múltiples C, sin que ninguna de las cuales se haya dado en las láminas II o IX,sugiere esquizofrenia, ya que es probable que se dé en personas normales [66].

3.7 MECANISMOS DE DEFENSA

Weiner considera que las operaciones defensivas, orientadas al control de la ideación y la integración de las experiencias afectivas del sujeto, no son fenómenos patológicos sino que define el compromiso particular del sujeto entre sus necesidades y limitaciones. Cuando estas operaciones vacilan, la persona es incapaz de integrar sus reacciones emocionales y producir un estilo de respuesta consistente.

Las defensas inadecuadas se manifiestan a través del fracaso de la represión y de la inestabilidad emocional.

Parafraseando a Weiner, el concepto de represión fue elaborado por primera vez hacia 1915 por Freud "la esencia de la represión reside simplemente en la función de rechazar y retener algo fuera de la conciencia" sin embargo en esta obra, Freud usa represión como sinónimo de defensa, término empleado en la descripción del proceso que había observado en pacientes, en los que "el yo había sido confrontado por una experiencia,una idea, un sentimiento que despertaba un afecto tan doloroso que la persona decidía olvidarlo, no sintiéndose capaz de resolver la incompatibilidad entre la idea intolerable y su YO por medio de un proceso mental" (1894). En el problema de la ansiedad (1926), Freud distinguió entre defensa y represión, proponiendo defensa como la designación general para todas aquellas técnicas empleadas por el YO para tratar con conflictos y represión para designar una forma particular de defensa ...A. Freud (1936) definió la represión como

"la retención o expulsión de una idea o afecto de la conciencia del yo" trabajando y argumentando los otros mecanismos de defensa: Regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección y sublimación [36, 37, 38, 85].

3.7.1 La negación

La negación de hechos y sentimientos, que sería penoso conocer conscientmente, fue referida como una etapa preliminar de defensa en el desarrollo normal del niño. La fórmula básica para la negación es secillamente: "No hay dolor, no hay anticipación del dolor, no hay peligro". La negación (R.Shafer) se aplica para alejarse de la realidad dolorosa en el pasado, presente y/o futuro [79].

La negación se completa y confirma por la transformación en lo contrario de los hechos dolorosos en la fantasía. En la fantasía, la debilidad puede ser transformada en fuerza; el miedo en coraje, y la pasividad en actividad. La negación en la fantasía, es, a menudo, un aspecto relevante de la ensoñación diurna esquizoide.

La negación puede ser vista en el funcionamiento diario, en la ignorancia inconsciente de los detalles molestos, ideas de referencia e implicaciones de omnipotencia y omnisciencia. Las tendencias inaceptables, amenazantes y culpables son proyectadas y estas proyecciones, negadas. Cuando las negaciones son inestables, las proyecciones tienden a emerger más o menos claramente.

3.7.2 La Proyección

La proyección es un proceso por el cual se atribuye una tendencia interna objetable a otra persona o a otros objetos circundantes en lugar de ser reconocida como parte de uno mismo.

La tendencia objetable, que es proyectada, puede ser tanto un impulso del ello y cualquiera de sus derivados o una actitud del superyó y cualquiera de sus derivaciones.

La proyección de los impulsos del ello o actitudes del superyó sustituyen la ansiedad o la culpa asociada al conflicto intrapsíquico por un miedo aparentemente objetivo externo.

La proyección puede implicar una tranformación en lo contrario, cambiando el énfasis en el amor por odio; desplazamiento, cambiando el objeto de la proyección del hombre a la mujer; negación, comportándose como si el peligro proyectado no existiera. La proyección implica un emborronamiento de la frontera entre la fantasía y la realidad externa.

Puede reconocerse un continuum de proyecciones. En el polo positivo, las proyecciones son ocasionales, moderadas, racionalizadas, subordinadas a los requisitos de una adaptación social afectiva. Estas formas encubren la expresión externalizada de nuestro mundo interno a través de la percepción y organización selectiva del mundo externo.

A la defensiva, pero manteniendo un notable potencial adaptativo cosistiría en la constante búsqueda de defectos y pistas falsas. Expresaría tanto la desconfianza paranoide en los otros como podría contribuir también al esfuerzo o a la inconsistencia lógica operacional o emocional [79].

En el extremo patológico, las objeciones se hacen más frecuentes, crudas, arbitrarias y/o rígidas "El círculo comunista de espías está tratando de matarme" es una forma extrema de proyección.

Siguiendo, otra vez, a Shaffer, la escala diagnóstica dentro del análisis cualitativo, obtenido a partir de las verbalizaciones de los sujetos, en respuesta a las láminas Rorschach iría de "tendencia paranoide" a "estado paranoide" y de "carácter paranoide" hasta "paranoia" o "esquizofrenia paranoide" [79].

Desde el punto de vista de la localización, el número de respuestas globales (W), puede ser muy alto. Más de 10 W pueden sugerir altas ambiciones, más de 15 o 20, fantasías o presunciones grandiosas. Sin embargo, aunque W sea muy alto, la patología puede no ser de naturaleza psicótica [79].

Cuando la desconfianza paranoide es destacada, el número de respuestas de detalle pequeño (Dd) puede ser muy alto (20%). Entre las localizaciones, podría destacarse un alto número de respuestas W, con alto Dr% (detalle raro) y alto número de S.

En cuanto a los determinantes aparece un alto F% y F+%, aparece la respuesta M, cuya aparición está justificada por la forma y poco énfasis en el determinante color.

Para los contenidos, la constricción cautelosa puede incrementar el A% así como el exceso de atención desconfiada hacia los pequeños detalles puede aumentar Ad y Hd. El número de respuestas Anatómicas (An) puede aumentar como expresión, dirá Shaffer, de una expectación autista de que deben ser láminas con un significado médico especial. Igualmente las tendencias hipocondríacas. Si las ideas paranoides en torno al sexo son relevantes podrían aumentar las respuestas sexuales, aunque ninguna de ellas por sí mismas van a revelar una patología paranoide.

Entre sus respuestas, el paciente paranoide encontrará en las láminas formas geométricas, letras del alfabeto, signos de puntuación y otras figuras abstractas o simbólicas. El paranoide puede sentirse aterrorizado de ser descubierto, malinterpretado. La desconfianza puede tomar diferentes formas específicas:

a/ Intenso interés en lo que registra el entrevistador
b/ Ansiedad por el registro de las verbalizaciones como comentarios al margen etc.
c/ Respuestas evasivas, defensivas frente al interrogador
d/ Mayor demanda de explicitación en las instrucciones para la prueba
e/ Enfasis en las diferencias y semejanzas entre las láminas y respecto a la simetría, entre ambos lados de cada lámina
f/ Evaluación crítica de cada respuesta
g/ Preocupación por lo que el entrevistador verdaderamente persigue.

El temor estaría basado en que todo lo que diga puede ser utilizado en su contra, por lo que deberá tener sumo cuidado. Por otro lado, se le ha colocado ante una situación de desventaja y posiblemente se le despiste y engañe, por lo que no deberá caer en todo ello.

La proyección del superyó suele ser expresada como temor a estar expuesto a una discriminación hostil. Su consecuencia es la aparición en el contenido de sus respuestas, de ojos, huellas digitales o plantares, policías o detectives. La proyección de la hostilidad es vivida como temor a ser asaltado, mal influenciado, engañado o dominado. En consecuencia, aparecen figuras amenazantes, dañinas, siniestras, así como rostros amenazadores o figuras encubiertas, trampas, veneno, casi todos ellos relacionados con la vivencia de peligro exterior.

De todo ello, el paranoide habrá de defenderse, apareciendo imágenes de armaduras, máscaras, figuras agachadas o de forma expansiva, utilizando armaduras, emblemas, ídolos, dioses, reyes y reinas, Cristo, la Virgen, Buda, etc. ...

Toda esta manifestación puede aparecer unida a la manifestación de impulsos pregenitales orales, anales, fálicos, homosexuales, agresivos, etc. ..., por la regresión psíquica subyacente, variando esta manifestación según cada persona [79, 85].

3.7.3 Spaltung

La Spaltung se diferencia de nociones tales como la disociación y la desintegración. Según Minkowski,

lo que caracteriza en primer lugar a la Spaltung es "esa fisura que rompe todo vínculo,que en la vida necesariamente ata, efectiva o sólo virtualmente, los objetos unos a otros" ...[60]

La Spaltung es para Bleuler una manifestación secundaria de la esquizofrenia. "La Spaltung es la condición previa de la mayoría de las manifestaciones complejas de la afección; confiere a toda la sintomatología su sello particular. Pero detrás de esta Spaltung sistemática en complejos determinados de ideas, hemos encontrado anteriormente un relajamiento primitivo de la armadura de las asociaciones, que puede llegar hasta una disgregación ("Zerspaltung") no ordenada de productos tan fijos como lo son los conceptos concretos. Al servirme del término "esquizofrenia , quiero alcanzar estos dos modos de Spaltung que, en sus efectos, se confunden a menudo" [17] .

En el esquizofrénico todo se separa, se dispersa, se desintegra y, en ocasiones, se racionaliza. De este modo, se puede comprobar en los tests de los esquizofrénicos la frecuencia de expresiones tales como: " Cortado, separado, partido, dividido en dos, fragmentado, mellado, despedazado, roído, disuelto".

Expresiones que, como respuestas dadas a las impresiones de la mancha, en el test de Rorschach, corresponderían al mecanismo de la Spaltung.

3.7.4 El fracaso defensivo

3.7.4.1 Respuestas sexuales

Weiner (1960), Kant (1940) y Hartman (1950), inciden en la importancia del fracaso de las operaciones de represión en el diagnóstico de la esquizofrenia, fracaso que se manifiesta por la entrada en la conciencia de pensamientos sexuales y agresivos que violan las normas individuales y sociales [85].

Según Holt y Havel (1960) el dominio de los impulsos sobre la actividad ideacional representa el fracaso represivo.

Para estos autores, las respuestas que reflejan objetivos libidinales incluyen las siguientes áreas de contenidos:

ORAL: Boca, labios, lengua, tetas de vaca.
ANAL: Nalgas vistas solas o alguna referencia a los órganos excretores, defecación o excrementos.
SEXUAL: (Fálico-genital) Genitales vistos solos o como parte de una persona o animal, referencias indirectas a los órganos genitales.
EXHIBICIONISTA-VOYERISTA: Alguna referencia espontánea a la desnudez.
HOMSEXUAL: (Ambigüedad sexual) Duda, ambigüedad, o cambio de opinión sobre el sexo de los genitales.

Levine y Spivack Han desarrollado un esquema de puntuación muy elaborado para identificar el grado en el

que la respuesta al estímulo de las manchas en el Rorschach expresa las operaciones defensivas represivas basando su puntuación en: especificidad, elaboración, respuestas de impulso, proceso de pensamiento primario, autorreferencias, movimiento y organización.

Estos autores señalan que cualquier referencia directa a la sexualidad, hostilidad, analidad o dependencia obtenidas en una respuesta Rorschach manifiestan un bajo funcionamiento represivo. Su criterio de puntuación para los 4 tipos de respuesta de impulso es:

Sexo: Cualquier referencia a un contenido sexual como pene, vagina, o contenido de sexo, como masturbar.

Dependencia: Referencias orales directas: comida, boca, pecho, o contenido de dependencia en un verbo como succionar, comer.

Anal: Referencias anales directas: Ano, heces y respuestas como sucio, barro.

Hostilidad: Cualquier referencia a ataque, pelea, sangre, escenas de guerra, etc. [78, 85]

Beck (1954) (1965), Knop (1956), Orme (1962), Vinson (1960), Weiner (1966), coinciden en que las respuestas de sexo, incluso cuando ocurren individualmente se dan más frecuentemente en protocolos de pacientes esquizofrénicos que en los de no esquizofrénicos. La presencia de una única respuesta de sexo es un criterio válido de diagnóstico de preocupación sexual [14, 85].

Weiner señala que, aunque la presencia de una o más respuestas de Sexo sean válidas para discriminar sujetos esquizofrénicos de sujetos no esquizofrénicos, una interpretación diagnóstica eficiente de las respuestas de sexo, requiere una consideración adecuada de la forma en que son dadas, así como de las localizaciones en las que tienen lugar. Cuando las respuestas de sexo irrumpen en un protocolo constreñido sugieren psicopatología, especialmente cuando presentan cualquiera de las siguientes características:

Vagas: "Las partes bajas de una mujer, eh, sus partes privadas".

Terminología incorrecta: Matriz donde significa claramente vagina.

Fabulaciones o elaboraciones raras: "Un pene en estado" "Una vagina de señora".

Referencias a actos sexuales: "Coito" más que Anatomía sexual.[85]

Aquellos pocos sujetos no esquizofrénicos que dan respuestas de Sexo es probable que lo hagan casi exclusivamente en aquellas áreas que estimulan más frecuentemente las asociaciones sexuales.

El estudio normativo de dichas áreas así como las respuestas que aquellas sugieren ha sido efectuado por Shaw (1948) y posteriormente por Pascal, Ruesch y otros (1950). Shaw le pidió a 50 colegas, hombres que estudiaran las láminas Rorschach y señalaran cualquier área que les pareciera apropiada para reconocer en ella sexo, órganos

sexuales, o acto sexual. Pascal y otros repitieron este método iniciado por Shaw, utilizando 237 sujetos, incluyendo personas normales, neuróticos y psicóticos de ambos sexos. Del resultado de estos estudios proceden las 10 respuestas siguientes de sexo, que fueron indicadas por el 20% o más de los sujetos en ambas muestras y que pueden ser consideradas como populares de sexo.

Lámina I .- Pecho o vagina en lo combado, redondo de arriba. (Dd 22)

Lámina II .- Vagina para el detalle rojo de abajo (D_3), pene para el detalle como cono, en la parte media de arriba (D_4).

Lámina III .- Pene en la proyección común del detalle pierna(Dd 26). Pecho, seno, en la proyección del detalle común de pecho.(Dd 27)

Lámina IV .- Vagina para el detalle central de arriba. (Dd 30)

Lámina VI .- Pene para la parte de arriba de la columna negra central. (D_7)

Lámina VII .- Vagina para el área obscura del centro, abajo. (D_6) (Dd_{26})

Lámina VIII .- Vagina para las partes más claras rosa y naranja, en la parte de abajo, en centro.

Lámina X .- Pene para la columna gris superior, con o sin detalles de los lados. (D_{14})

Aunque estas 10 respuestas son "populares" entre posibles respuestas de sexo, se debe tener presente que fueron logradas bajo instrucciones específicas de encontrar sexo y no en condiciones normales de examen. Según Rapaport y cols. (1946), en condicones normales, sólo cinco de estas respuestas, las de las láminas II, IV, VI, y VII probablemente, las daran otros sujetos no enfermos. Sin embargo, cualquier otra respuesta de sexo dada espon-

táneamnete, incluso, alguna no incluída entre las 10 "populares" enumeradas anteriormente, sugieren fracaso represivo y probable trastorno esquizofrénico[69, 78, 85].

3.7.4.2 Respuestas de agresividad

Para Weiner, la preocupación agresiva, es decir darse cuenta de la presión de fantasías y urgencias agresivas primitivas, indican el fracaso de las defensas represivas y sugieren el trastorno esquizofrénico.

Según Weiner y otros no hay puntuación para el contenido Ag. específico y la mayoría de los sistemas de puntuación empleados para valorar este contenido se basa en tal cantidad de respuestas que dificultan las diferencias entre grupos diagnósticos.

Weiner habla de dos tipos de manifestaciones de la agresividad en el Rorschach: Las respuestas cuya tonalidad agresiva sugiere que el sujeto experimenta una pérdida del control ideacional y las respuestas anatómicas.

Respuestas como "matándose uno a otro" "Mujer atada a un poste ... y que va a ser torturada y quemada con carbones calientes" reflejan gran inhabilidad para impedir que impulsos agresivos primitivos lleguen a un nivel consciente. Todo ello cambiará según se vivencie la situación de test[85]. Actualmente (Exner 1983) ha añadido otro Fenómeno especial (Ag), el componente agresivo. El criterio para clasificar Ag es doble:

1/ Cualquier respuesta de movimiento sea M, FM o m, en la que la acción sea claramente agresiva, como rompiendo, rasgando, explotando, acechando, enfadado, etc.

2/ Cualquier objeto que se describe clara e inequívocamente como agresivo, tal como con aspecto de maldad, mortífero, vicioso, amenazador, etc. Incluso si no hay movimiento.

Exner ha estudiado las correlaciones de este fenómeno especial con las conductas abiertamente agresivas - sobre todo entre adolescentes y presos - y con formas más sutiles de agresividad, como resistencia o pasividad - no prestar atención en clase, olvidarse de hacer los deberes etc.

La correlación con la agresividad manifiesta es mucho mayor (r= .39). Hay una correlación positiva y significativa entre S y Ag (r= .47). Parece que cuantas más veces se dé este contenido, tanto más potencial digno de consideración hay, dato por el que Exner lo ha añadido al resumen estructural [31].

3.7.4.3 Respuestas Anatómicas

La 2ª manifestación de preocupación agresiva en el Rorschach es la respuesta anatómica (An). Según hipótesis de Philips y Smith indicaría la extensión en que una persona teme la pérdida de control de sus impulsos hostiles y de qué manera está comprometida en impedirlo [66]. En un estudio factorial de categorías de contenido Rorschach,

y escalas de clasificación psiquiátricas, Sandler y Ackner (1951), encontraron el polo positivo de uno de los cuatro factores separados que emergían para ser definidos primariamente por la percepción de objetos anatómicos internos y correlacionar con tendencias agresivas marcadas, clasificadas psiquiátricamente. La relación entre las respuestas An y la preocupación agresiva sugiere que la acumulación de estas respuestas An. puede indicar preocupación agresiva.

Weiner sugiere que las relaciones hipotéticas entre esquizofrenia y preocupación agresiva por una parte, y preocupación agresiva y respuestas An. por la otra son consistentes debido a la evidencia de que una puntuación An. alta está asociada con esquizofrenia. Las investigaciones de Knop (1956), Sheresherski-Shere y otros (1953) sugieren que la presencia en un protocolo de tres o más respuestas An. podría ser asociado con esquizofrenia, teniendo en cuenta la extensión del protocolo así como la posibilidad de que un alto número de respuestas An. pudiera darse en condiciones no esquizofrénicas.[85]

Muchas respuestas An. se dan en sujetos preocupados por órganos corporales y esto puede coincidir tanto en esquizofrénicos como en personas con defectos físicos, psicosomáticos, o post- operados, o médicos y biólogos, aunque en los casos de profesionales las respuestas An. sean percibidas con exactitud.

Respecto a la agrupación de respuestas An y Sx. en una misma respuesta reflejaría la preocupación anatómica y sexual del sujeto. De Vos (1952) desarrolla una escala en la que intenta valorar la preocupación por el cuer-

po, basándose en las siguientes órdenes de respuestas: Anatomía ósea, anatomía de carne, anatomía sexual interna, órganos sexuales y coito, respuestas anales o fecales, enfermedades, nacimiento de niño o embarazo. Weiner mantiene que algunas de estas respuestas podrían relacionarse con preocupación corporal más que con sus operaciones de defensa. Basándose en el número de respuestas Sx. y An. en un protocolo, Thiesen (1952) desarrolló diversos patrones Rorschach para diagnosticar esquizofrenia. La puntuación se obtiene cuando se dan dos, tres o más respuestas An. y una o más respuestas Sx. Esfuerzo que apoyado por Beck y cols. (1950, 1954, 1965) culminó con el resultado de que la coincidencia Sex-An. se daba en uno de 157 sujetos normales [14, 85].

Estos datos sugieren que el agrupamiento Sex-An. cuando se da en un protocolo, indica casi siempre esquizofrenia. Hecho que ha sido corroborado por investigadores como Taulbe y Sisson (1954) [85].

4- CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA

4 CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia, tiene lugar en tres fases: Incipiente, manifiesta y que remite.

La fase incipiente de la esquizofrenia es un período de descompensación temprana caracterizado por el aumento de desintegración de la personalidad y el movimiento hacia una psicosis inminente. Se trata de una etapa del trastorno en la que un diagnóstico inequívoco es, a menudo difícil, pero que, si se detecta temprano, se pueden tomar medidas preventivas destinadas a alejar una descompensación futura [85].

Tanto en los estados incipientes como en aquellos que remiten hay movimiento y lucha para retener la integración de la personalidad en la superficie de influencias desorganizadoras poderosas, así como para volver a ganar la integración de la personalidad en el campo que queda después de un episodio psicótico manifiesto.

El esquizofrénico incipiente, que está perdiendo su control interno, es capaz de actuar adaptativamente en situaciones definidas claramente que le proveen de directivas externas específicas. Mientras más ambiguas son sus circunstancias y cuanto más sea forzado a buscar su dirección, más probable es que sus palabras y acciones revelen su trastorno en desarrollo.

La persona esquizofrénica incipiente es probable que evidencie su trastorno de personalidad en las pruebas proyectivas de una batería de test. La naturaleza no

estructurada del Rorschach, con sus instrucciones especificadas vagamente y falta de standars correcto-incorrecto, dejan al esquizofrénico incipiente con sus recursos internos inadecuados y porque ninguno de los tests le provee de útiles en los que sujetar sus controles que se están derrumbando, por lo que sus pensamientos y sentimientos tendrán muy pronto acceso a la expresión manifiesta.

Arietti designa con este término - de esquizofrenia incipiente - a aquellos casos caracterizados por un notable grado, que contiene, al menos, varios aspectos del siguiente síndrome: Aumento del aislamiento, interpretaciones fantásticas de la propia conducta y de la conducta de los otros e incluso de los objetos inanimados, nociones fantásticas de la valoración de uno mismo hecha por los otros, creencia en la lectura de la mente y de la posibilidad de control por otros, ideas hipocondríacas, implicando extrañamiento del cuerpo y sentimientos incipientes de despersonalización, grandiosa autovaloración o autodepreciación depresiva, pensamientos obsesivos peculiares, crónicamente bajo de humor, en el cual todo se ve como malo, así como remedios fantásticos y explicaciones anticipadas, contradicciones, frecuentes ilusiones, tendencia a focalizar sobre aspectos insignificantes de los sucesos con razonamientos subsiguientes, ataques de pánico y perceptos distorsionados. Toda esta sintomatología indica la presencia de una escisión psicótica inminente [8, 9].

Es dificil distinguir los resultados del test de algunos de estos casos de aquellos de neuróticos obsesivos, personalidades esquizoides graves, que no están en un proceso de desorganización o esquizofrénicos agudos de

clarados. Por lo general, el examinador espera evidencias dramáticas, aunque relativamente pocas y aisladas, de conceptos y asociaciones vagos, repentinos, aislados e indicaciones de retirada y ligera inadecuación del afecto, en un marco donde el pensamiento, generalmente, está bien ordenado.

El registro de la mayoría de estos casos produce la impresión de rompimietnos esporádicos e incisivos con la realidad pero no de desorganización profunda. Algunos de estos casos presentan un patrón diferente de resultados, parecen haberse retirado a un intenso mundo de fantasía patológicamente autístico.

Piotrowski desarrolló y refinó una formulación Rorschach, llamada Alpha, que pretende diferenciar entre neurosis y formas de la esquizofrenia temprana, leve, incipiente y pseudoneurótica (Piotrowski y Lewis, 1950; Piotrowski y Bergo, 1955; Piotrowski y Levine, 1959). La fórmula alpha está basada en un sistema elaborado de pesos de puntuación, cuya esencia es que, los pacientes que presentan problemas serios de diagnóstico clínico, cuyos protocolos Rorschach están caracterizados por pocas W, pocas respuestas de color y un remanente de respuestas de sombreado (Ft, TF y T) por encima del color cromático, es probable que estén alterados esquizofrénicamente más que neuróticamente, especialmente si su F+% cae por debajo de .70.

Sin embargo, a pesar de que Piotrowski y sus colaboradores han tenido cierto éxito en la validación cruzada de la fórmula alpha, un trabajo reciente de Abrams (1964) sugiere que Alpha puede tener lugar con igual fre-

cuencia entre pacientes esquizofrénicos tempranos, avanzados, crónicos hospitalizados y pueden medir una forma más que un estado del trastorno. Parece, por tanto, que, a pesar de que Alpha pueda diferenciar claramente la esquizofrenia de la neurosis, se necesita todo un trabajo posterior para determinar si se trata de un trastorno esquizofrénico incipiente.

La esquizofrenia que remite es una fase de recuperación de la esquizofrenia manifiesta marcada por los esfuerzos restitutivos así como por una progresiva reintegración de la personalidad. Es la etapa del trastorno en la que caben medidas terapéuticas importantes, tales como disminución de la supervisión, alta en el hospital y vuelta al trabajo y pueden ser cumplidas con mayor efectividad.

La noción de fase se aplica primariamente sólo a condiciones agudas. A pesar de que las personas esquizofrénicas crónicas puedan vivenciar períodos de relativa exacerbación y reposo del síntoma, su desorden esquizofrénico básico no pasa a través de fases incipientes y de remisión [26, 85].

Los esquizofrénicos crónicos manifiestan muy tempranamente signos de trastorno y continúan durante períodos de restitución social. La esquizofrenia crónica podría manifestarse en otras formas no manifiestas, definidas típicamente como borderline o desórdenes psiconeuróticos.

Los esquizofrénicos que remiten es probable que manifiesten pocos trastornos en los tests proyectivos, pe

ro dan indicaciones claras en el Wais de la psicosis manifiesta de la que se están recuperando[85]. El esquizofrénico que remite utiliza su libertad y autodeterminación de las situaciones del Rorschach para imponer en sus respuestas de test cualquier técnica y método de control que ha sido capaz de restablecer.

Cleveland (1960) encontró una relación significativa entre el declinar en la puntuación de penetración y la probabilidad de dar de alta del hospital a través de un estudio inicial de sujetos esquizofrénicos. En una muestra de validación cruzada obtuvo los siguientes resultados adicionales:

De 45 pacientes esquizofrénicos a los que pasó el test de Rorschach al ingresar y al ser dado de alta, 33 que eran vistos como mejorados demostraron una reducción en la media de respuestas de penetración significativa, de 3.97 a 1.97; 12 que estaban clasificados como no mejorados no tuvieron reducción significativa en las respuestas de penetración y 14 de los pacientes mejorados que estaban catalogados de "marcadamente mejorados" también obtuvieron un incremento de media significativo en la puntuación de Barrera, de 1.32 a 3.35.[85]

Estos datos confirman que la esquizofrenia que remite está en parte caracterizada por una relativa ausencia en el protocolo de Rorschach de indicadores de contenido de fronteras de esquema corporal alterado.

Un estudio de Rickers-Ovisiankina (1954), confirma, posteriormente la probabilidad de obtener un Rorschach convencional pero estereotipado y sobrecontrolado en una esquizofrenia que remite.

La diferencia entre la esquizofrenia que remite y la ausencia de trastorno mental requiere, según DSM.III, la consideración del período de tiempo transcurrido desde el último episodio de la alteración, su duración total y la necesidad de evaluación continuada o de tratamiento profiláctico [26].

La esquizofrenia que no remite, esquizofrenia crónica o procesual, según diferentes criterios, comienza más temprano y dura más tiempo. Son enfermos más retraí - dos, con rasgos de identificación más manifiestos, que responden a la existencia de un Yo dañado. Los crónicos se desvían más que las personas normales en su capacidad de mantener la centración cognitiva, razonamiento lógico, formación de conceptos en niveles de abstracción apropia- dos, con una percepción realista,empleando defensas adap- tativas.

El esquizofrénico crónico puede estar ansioso por circunstancias externas, reales o imaginarias, pero se preocupa poco por aquellos rasgos de su conducta que le identifican como esquizofrénico y muy pocas veces re- conoce que alguna de sus dificultades tienen relación con su enfermedad. El esquizofrénico crónico vive sus fenóme- nos de una manera ego-sintónica.

El curso de la enfermedad del esquizofrénico crónico abarca dos años como mínimo. En este tiempo, el sujeto empieza a mostrar signos de la enfermedad compren- diendo los síntomas de las fases prodrómica y residual de forma continuadamente. Siendo estos:

Aislamiento o retraimiento social; notable deterioro en sus actividades; conducta peculiar llamativa; notable deterioro en el aseo o higiene personal; afectividad inapropiada o aplanada; lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado o metafórico; ideación extraña o pensamiento mágico, ideas sobrevaloradas o autorreferenciales; experiencias perceptivas inhabituales [26].

4.1 TIPOLOGIA

Los tipos reflejan el perfil de los síndromes clínicos. Algunos son menos estables que otros y las implicaciones del pronóstico y tratamiento son variables. El diagnóstico de cada tipo particular deberá basarse en la evaluación del cuadro clínico predominante en el momento preciso de la valoración clínica.

Tipo desorganizado o hebefrenia
Tipo Catatónico
Tipo Paranoide
Tipo indiferenciado
Tipo residual

El tipo desorganizado o Hebefrenia se acompaña habitualmente de un deterioro social extremo y otras conductas raras, muecas, quejas hipocondríacas. Esto va unido normalmente a una personalidad premórbida pobre, un inicio temprano y un curso crónico, sin remisiones significativas.

La sintomatología central del tipo catatónico comprende una alteración notable de la psicomotricidad que

comprende estupor negativismo, rigidez, excitación o actitud característica. La sintomatología acompañante incluye estereotipias, manierismos. El mutismo es especialmente frecuente [26].

El esquizofrénico paranoide es una persona alerta, vigilante, muy sensible a la referencia personal, con un funcionamiento intelectual que puede concentrar sus energías en proteger su personalidad de las irrupciones de su ambiente. Dirige sus experiencias con rigidez, imponiendo límites exactos a sus percepciones y criticándolo de manera severa y cuidadosa (Shakow).

Los datos obtenidos por Weiner (1966) del diagnóstico diferencial de esquizofrenia paranoide ofrecen una marcada elevación del Dd%. Esta preferencia por las localizaciones Dd puede traducirse en términos de precaución, sensibilidad y preocupación por la auto-protección. Esta categoría Dd incluye tres tipos de respuesta de detalle inusual: Pequeños detalles, detalles grandes arbitrarios que violan las demarcaciones naturales de la mancha y detalles de espacio blanco. Cada uno de estos tres tipos de respuestas se acomodan a las necesidades exageradas del sujeto paranoide para examinar cuidadosamente su ambiente y mantener su autonomía dentro de la aparente amenaza percibida [28, 51, 85].

Como señala Schafer (1954), el estilo defensivo-paranoide es de naturaleza ideacional y gira alrededor de la observación cuidadosa y reflexión ordenada en base a los acontecimientos ambientales. Un foco de atención de la persona paranoide es la gente, la otra gente. Estas dos características del estilo defensivo paranoide, la activi

dad ideacional, y la preocupación por los demás contribuyen al énfasis de respuestas M en el Rorschach.[54]

La aversión al color de las personas paranoides podría ser debida (Weiner) a la frecuencia con la que proyectan impulsos hostiles y a la desconfianza consiguiente. Al estar vinculada la respuesta de color (CF y C) con la expresión espontánea de sentimientos y afectos, se entiende que los sujetos paranoides tiendan a evitar los determinantes de color en el Rorschach y a rehuir especialmente las respuestas CF y C, dando unas pocas FC, que resumiría su respuesta controlada al estímulo afectivo.[85]

Debido a que los protocolos de los esquizofrénicos paranoides crónicos no son marcadamente distintos en estructura de los de los otros esquizofrénicos, el diagnóstico diferencial de tendencias paranoides, en caso de trastorno crónico, se apoya fundamentalmente en las variables del comportamiento y contenido (Weiner, 1966).

Las personas fóbicas emplean un estilo de respuesta histérico (Schafer, 1954), represivo, que rara vez conduce al énfasis en Dd, al estilo vivencial introversivo así como a la actividad ideacional y al control emocional.[79]

Respecto al Contenido de las respuestas, la abundancia de la respuesta de ojos sugiere siempre una suspicacia asociada a los estados paranoides y/o al uso de las defensas proyectivas[79, 85].

Para Arietti, la esquizofrenia paranoide designa a aquellos casos que no son, por lo regular, bizarros

pero que han desarrollado una clara incisión con delusiones paranoides de naturaleza grandiosa o persecutoria y que, a menudo, son confusos, apáticos y/o retardados.

En el registro de los casos agudos, R (número de respuestas) está usualmente por debajo de 25 y, a menudo, por debejo de 15; posee quizás 2 o 3 Ms y prácticamente ningún color (C). El F% es alto y el F+% adecuado a menos que estén presentes perseveraciones de bloqueo, anatómicas u otras; el A% y P% son altos; el Dr% es alto para un registro comprimido (5Dr's o varias respuestas de espacio blanco (S), con una R de 20. Son probables 2 o 3 desviaciones verbales en forma de Confabulaciones, contaminaciones, verbalizaciones peculiares o extrañas. También alguna M-. El cuadro indicado es un cuadro de bloqueo, inhibición y precaución, el juicio de realidad defectuoso tras una buena fachada, con tendencia a agarrarse a pequeños e inusuales detalles abstractos así como a sobrevalorar sus significados y entre los contenidos más usuales pueden verse, letras del alfabeto, formas geométricas, notas de música, ojos, cosas escondidas detrás de otras cosas. Las ideas de referencia, en el curso del test, son típicamente paranoides.

La presencia de C' pura, mucho uso del sombreado, F+% baja y muchas verbalizaciones consideradas típicas de esquizofrénicos, indicaría cronicidad [9].

Los síntomas esenciales del tipo indiferenciado son síntomas psicóticos predominantes que no pueden ser clasificados en ninguna de las categorías señaladas previamente o que cumplen los criterios para más de un tipo.

La categoría residual debe usarse cuando ha habido, como mínimo, un episodio de esquizofrenia, aunque en el momento de la evaluación no haya síntomas psicóticos predominantes, aunque persistan síntomas de la enfermedad.

El curso de este tipo de esquizofrenia es crónico o subcrónico al no implicar síntomas psicóticos llamativos.

Coincide con la esquizofrenia que remite de Weiner[85].

4.2 LA PERSONALIDAD BORDERLINE

Bleuler la llamó esquizofrenia latente (1911). Zilboorg (1941), introdujo el término esquizofrenia ambulatoria y Schafer (1948), carácter esquizofrénico.[17,79] Desde los trabajos de Knight (1953), la esquizofrenia borderline representa una mezcla de mecanismos neuróticos y psicóticos donde :

1/ La relación con la realidad puede pasar por varios estados de torsión sin ruptura.

2/ Los mecanismos neuróticos y psicóticos se pueden desarrollar dentro del mismo individuo

3/ El cuadro clínico de un desorden psicológico es determinado no por el estadio de la regresión yoica sino por la naturaleza de las defensas particulares que una persona erige para mantener una relación adaptativa con su ambiente. En ella, las funciones yoicas se hallan dañadas diferencial más que globalmente.

De la misma manera, el juicio, la capacidad integradora, la formación de conceptos, la planificación realista y el control represivo sobre la fantasía del proceso primario, habitualmente se hallan severamente dañadas, mientras que, la adaptación convencional al medio ambiente y relaciones objetales superficiales permanecen relativamente intactos.

Knight señala el recurso a varias defensas neuróticas, el hecho de que las quejas del sujeto se refieren a estos síntomas neuróticos y no a sus tendencias esquizofrénicas y observa que en situaciones inestructuradas es donde aparecen los indicios del trastorno esquizo-

frénico subyacente, cuando el sujeto se halla abandonado a sus propias fantasías. Weiner resume que se caracteriza este diagnóstico diferencial por:

a/ Un disturbio primario asociativo, demostrable, a menudo, sólo en una situación de entrevista libre o en los tests psicodiagnósticos.

b/ La existencia de mecanismos neuróticos compensatorios marcados.

c/ Conducta social superficialmente adecuada.

d/ Una falta de inclinación a considerar los síntomas como poco usuales o raros.[85]

Lo que diferencia la esquizofrenia pseudoneurótica (Weiner) es el recurso a patrones defensivos mixtos y polifacéticos (neuróticos), como una subclase de la esquizofrenia borderline en que sólo una u otra defensa neurótica es empleada. Los índices diagnósticos de ambos cuadros se basan en:

a/ Una combinación del trastorno esquizofrénico subyacente con manifestaciones observables de un trastorno neurótico de carácter.

b/ La particular susceptibilidad de estos mecanismos superficiales a la disolución en situaciones inestructuradas

c/ Un curso estable ego- sintónico en el que no es aparente ni la preocupación ni la lucha contra los fenómenos esquizofrénicos.

Liebowitz (1979) sugiere que el "borderline" es una entidad clínica diferente que puede o no separarse del viejo concepto de esquizofrenia borderline. Spistzer y Endicott (1979) ofrecen un argumento para diferenciar un borderline esquizofrénico de un desorden de personalidad borderline y la Asociación Americana de psiquiatría en nomenclatura y estadística sigue este punto de vista.

El DSM II, en 1980 reserva la categoría de Desorden típico de la personalidad esquizofrénica para aquellos rasgos comunmente asociados en el pasado con el concepto de "borderline esquizofrenia", intentando definir el desorden de la personalidad borderline para diferenciar de manera más precisa entre desórdenes esquizofrénicos y esquizofreniformes.

El hecho de que existieran coincidencias en los resultados de ambos grupos estudiados: CF+C más bajo, mayor frecuencia de contenido humano y contenido animal, sangre y anatómicas, respuestas vagas, llevó a Exner y colaboradores a la realización de un muestreo más amplio.

Del estudio de 120 sujetos son seleccionados en base a los criterios de DSM-III y RDC para esquizofrenia, desórdenes de personalidad psicótica y desórdenes de personalidad "borderline" [26, 68].

En Junio de 1980 son seleccionados 50 sujetos, de los que 22 son considerados esquizofrénicos; 15 sujetos presentan un diagnóstico de desórdenes esquizotípicos de personalidad y 19 sujetos ofrecen un diagnóstico de desórdenes de personalidad "borderline".

El grupo borderline se diferencia significativamente del grupo esquizotípico por la textura, las respuestas de espacio blanco, que es mayor para los borderlines; el índice de egocentrismo, 3R+(2)/R, significativamente mayor para los borderlines y el grado de afectividad (Afr) significativamente más elevado en los borderlines.

Esta nueva investigación refuerza lo indicado por el autor en 1978 sobre el grupo "borderline" y sugiere que se trata de entidades clínicas diferentes de esquizofrénicos y otras entidades caracterizadas por una severa inmadurez, que se traduce por serias dificultades en el manejo del stress, en el control de las emociones así como establecer y mantener relaciones interpersonales afectivas.

El "desorden de la personalidad esquizofrénica", según el DSM III, está marcado por un pensamiento mágico, ideas de referencias, aislamiento social, ilusiones recurrentes, lenguaje extraño, relación inapropiada, una ansiedad social inadecuada, mientras que el diagnóstico de "Desorden de la personalidad borderline" generalmente, no revela un pensamiento peculiar[26].

Mientras que el diagnóstico de "Borderline" incluye impulsividad e impredictibilidad del comportamiento, relaciones personales intensas e inestables, falta de control emocional, marcada alteración de la identidad, intolerancia al aislamiento, sentimientos crónicos de vacío y/o aburrimiento y un alto potencial para actos de daño físico. Serán necesarias otras evaluaciones para diferenciar o no a los borderlines de otros grupos psicóticos (Kolb, 1978; Spitzer y Endicott, 1979).[26]

Exner en 1978, establece una comparación entre 21 casos "borderlines", seleccionados por cuatro entrevistadores, utilizando los criterios de búsqueda de diagnóstico, con 25 pacientes esquizofrénicos. Los pacientes "borderlines" dieron significativamente menos respuestas M-, menos fenómenos especiales, más respuestas populares, más tendencia hacia la "subincorporación", más respuestas de textura, índices de egocentrismo más elevados, más respuestas de espacio blanco, mayor frecuencia de ep y a su vez significativamente mayor que EA y así como ambos grupos presentaron X+% más bajos que el promedio, los "borderlines" dieron más respuestas débiles (w), mientras que el grupo esquizofrénico dio una frecuencia más alta de respuestas negativas (-) [30].

Según Carlos Paz, los fronterizos se caracterizan por: El temor al descontrol o a la desorganización (W% muy alto). Incapacidad de insight respecto de necesidades afectivas que son negadas. Excesivas aspiraciones intelectuales, compensadas por intelectualización. Control racional rígido, rigidez y constricción. Dificultad en el contacto con la realidad (F+% disminuído), inmadurez, dificultad en el control de impulsos (M menor o igual a FM), angustia en el área de la dependencia. A+Ad% aumentado,H% normal o algo disminuído, p normal o bajo. Tendencia a la introversión pero no siempre. Respuestas de color mayor que el nº de respuestas de C'. FC menor o igual a CF+C. D variable. Dds dsiminuído o normal, Contenidos de:

L II "sangre"
L VII R, de simbiosis
L IV R. de defecto
L X R. confabuladas o contaminadas

Contenidos de partos o abortos, respuestas sexuales confusas, sadomasoquistas, con dificultades a nivel

de esquema corporal[65].

El tercer grupo de sujetos del estudio de Exner de 1980 sobre la comparación de esquizofrénicos y borderlines, lo constituyen los esquizotípicos, que en este mismo estudio difiere significativamente del grupo "borderline" solamente en 5 de las 28 variables analizadas, caracterizándose por menos respuestas de espacio y textura, bajo índice de egocentricidad y proporción afectiva así como una mayor elevada frecuencia de introversión.

Al comparar al grupo esquizotípico con los esquizofrénicos, Exner observa que los esquizotípicos difieren significativamente sólo en 7 variables; ep suele ser, en una mayoría de casos, superior a EA, hecho que sugiere no sólo menor tolerancia al stress sino menor estabilidad en los rasgos de su personalidad. Ofrecen menos respuestas negativas en su nivel formal, lo que indica que su distorsión de la realidad es menos severa; presentan menos fenómenos especiales de los más graves y menos respuestas M-, lo que refleja menor trastorno de pensamiento y/o grado de su perturbación cognitiva. La proporción afectiva es más baja, refiriéndonos que su respuesta a los estímulos emocionales es menor. Su Lambda es más bajo lo que indicaría una mayor posibilidad de retroceder ante la complejidad del estímulo.

A pesar de que se trata del estudio de pequeñas muestras para llegar a conclusiones definitivas y de que los grupos esquizotípicos y esquizofrénicos son parecidos coincidiendo en algunos de sus ítems, la diferencia entre ambos respecto a la distorsión de la percepción y los indicadores de serios desvíos cognitivos, señala Exner, su-

giere que el esquizotípico es diferente del esquizofrénico.

Del mismo modo, las diferencias señaladas entre el grupo esquizotípico y el "borderline" parecen indicar que se trata de entidades diferentes en numerosos aspectos básicos y que merecen por tanto ser considerados como una forma distinta de organización de la personalidad [30].

5- M E T O D O L O G I A

5 METODOLOGIA

5.1 INSTRUMENTOS

a/ El diagnóstico psiquiátrico hospitalario se ha obtenido aplicando los criterios establecidos para el diagnóstico de esquizofrenia incluídos en el R.D.C. (Research Diagnostic Criteria for Schizophrenia ... Spitzer, Endicott y Robins, 1977).

b/ La prueba de Psicodiagnóstico del Rorschach ha sido utilizada para comprobar qué nuevos aspectos detectará esta prueba en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente esquizofrénico "agudo".

5.2 DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Se trata de 30 pacientes varones esquizofrénicos, cuya edad oscila entre 19 y 44 años. Pertenecen a un medio socio-económico bajo. Salvo tres, que poseen estudios superiores, 26 tienen estudios primarios y uno es analfabeto. Excepto dos, todos son solteros. Para siete de estos sujetos se trata del primer brote, siendo atendidos por primera vez. El resto de los pacientes cuenta con más de un brote, hecho que nos indica el número de ingresos. Todos los sujetos fueron entrevistados durante la primera semana de admisión. Posteriormente, se les aplicó los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia, trabajo que fue llevado a cabo por un "juez".

La prueba del Rorschach se pasó entre los 10 y 15 días de su estancia en la clínica. La examinadora y "jueces" de Rorschach han registrado y clasificado estos 30 protocolos siguiendo las normas utilizadas en "The Rorschach: A Comprehensive System, J.Exner, 1974".

5.3 PROTOCOLOS DE 30 PACIENTES INTERNOS DIAGNOSTICADOS POR RDC, DE ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS".

5.3.1 Secuencia de las valoraciones

5.3.2 Resumen estructural

5.3.3. Medias de localizaciones, determinantes y contenidos así como de los valores del resumen estructural (de la prueba del psicodiagnóstico del Rorschach), desviaciones tipo y frecuencias para un grupo de 30 pacientes, seleccionados y considerados esquizofrénicos con exacerbación aguda, en base a los criterios establecidos en el RDC.

TABLA - 1

ITEM	M	SD	FREQ	MAX	MIN	ITEM	M	SD	FREQ	MAX	MIN
R	16.60	4.80	30	27.00	11.00	Art	0.50	1.41	6	7.00	0.00
W	6.57	2.90	30	12.00	1.00	Ay	0.00	0.00	0	0.00	0.00
D	7.80	4.99	29	20.00	0.00	Bl	0.23	0.57	5	2.00	0.00
Dd	2.07	1.78	22	6.00	0.00	Bt	0.67	1.15	11	4.00	0.00
S	1.57	1.36	24	6.00	0.00	Cs	0.13	0.35	4	1.00	0.00
DQ:+	2.13	2.33	21	9.00	0.00	Cl	0.27	0.64	6	3.00	0.00
DQ:o	7.90	4.11	30	18.00	1.00	Ex	0.00	0.00	0	0.00	0.00
DQ:v	2.50	2.19	28	10.00	0.00	Fi	0.00	0.00	0	0.00	0.00
DQ:-	3.90	2.68	28	10.00	0.00	Fd	0.17	0.46	4	2.00	0.00
	0.00	0.00	0	0.00	0.00	Ge	0.30	0.88	4	4.00	0.00
	0.00	0.00	0	0.00	0.00	Hh	0.00	0.00	0	0.00	0.00
FQx:+	0.00	0.00	0	0.00	0.00	Ls	0.13	0.43	3	2.00	0.00
FQx:o	8.57	3.76	30	18.00	2.00	Na	0.23	0.57	5	2.00	0.00
FQx:w	3.07	1.84	28	9.00	0.00	Sx	0.40	1.07	5	4.00	0.00
FQx:-	3.97	2.62	28	10.00	0.00	Xy	0.03	0.18	1	1.00	0.00
FQxno	1.00	1.20	16	4.00	0.00	Idio	2.00	2.17	22	9.00	0.00
FQf:+	0.00	0.00	0	0.00	0.00	Sui-C	4.37	1.85	30	7.00	1.00
FQf:o	5.20	3.39	30	14.00	1.00	P	4.03	2.16	30	9.00	1.00
FQf:w	2.13	1.87	24	9.00	0.00	Zf	8.37	3.74	30	16.00	1.00
FQf:-	2.63	1.94	26	9.00	0.00	ZSum	25.00	13.25	30	52.00	1.00
MQu:+	0.00	0.00	0	0.00	0.00	Zd	-0.30	3.70	29	6.50	-8.50
MQu:o	1.03	1.13	18	4.00	0.00	EA	3.65	2.93	27	13.50	0.00
MQu:w	0.17	0.38	5	1.00	0.00	ep	3.73	2.95	26	12.00	0.00
MQu:-	0.40	0.77	8	3.00	0.00	Blend	1.03	1.35	16	4.00	0.00
MQnon	0.07	0.25	2	1.00	0.00	ColSh	0.23	0.50	6	2.00	0.00
M	1.67	1.90	21	7.00	0.00	activ	2.57	2.65	23	10.00	0.00
FM	1.33	1.54	18	6.00	0.00	passv	0.97	1.61	15	8.00	0.00
m	0.57	0.77	12	2.00	0.00	Mact	1.23	1.59	18	7.00	0.00
FM+m	1.90	1.94	22	8.00	0.00	Mpass	0.43	0.73	10	3.00	0.00
FC	0.70	1.18	12	5.00	0.00	L	2.42	2.47	30	9.99	0.22
CF	0.73	1.11	12	4.00	0.00	F+	0.52	0.18	30	1.00	0.18
C+Cn	0.60	0.93	12	3.00	0.00	X+	0.51	0.14	30	0.86	0.17
SumC	2.03	1.90	23	7.00	0.00	A%	0.38	0.15	30	0.69	0.08
WSumC	1.98	2.07	23	8.50	0.00	Afr	0.47	0.19	30	1.00	0.20
SumC'	1.10	1.32	16	4.00	0.00	Eso	0.30	0.16	29	0.65	0.00
Sum T	0.07	0.25	2	1.00	0.00	Cont	6.40	2.81	30	14.00	3.00
Sum V	0.03	0.18	1	1.00	0.00	H+Hd	3.53	2.70	26	9.00	0.00
Sum Y	0.63	1.13	9	4.00	0.00	A+Ad	6.33	2.81	30	12.00	1.00
S.Shd	1.83	1.82	21	7.00	0.00	(HHd)	0.67	0.92	12	3.00	0.00

TABLA - 1

ITEM	M	SD	FREQ	MAX	MIN	ITEM	M	SD	FREQ	MAX	MIN
Fr+rF	0.03	0.18	1	1.00	0.00	(AAd)	0.10	0.31	3	1.00	0.00
FD	0.10	0.40	2	2.00	0.00	H+A	7.40	3.35	30	15.00	2.00
F	9.97	4.94	30	24.00	2.00	Hd+Ad	2.47	2.69	24	10.00	0.00
Pair	5.37	3.35	29	13.00	0.00	XRTCh	9.37	8.07	30	35.40	1.80
PureH	1.53	1.50	20	5.00	0.00	XRTAc	8.11	6.56	30	32.00	3.00
(H)	0.53	0.78	11	2.00	0.00	S.5SS	6.30	5.27	27	23.00	0.00
Hd	1.33	1.75	18	8.00	0.00	PER	1.00	1.36	16	5.00	0.00
(Hd)	0.13	0.35	4	1.00	0.00	PSV	0.50	1.28	6	6.00	0.00
A	5.23	2.30	30	10.00	1.00	DV	3.63	3.61	24 -	15.00	0.00
(A)	0.10	0.31	3	1.00	0.00	INCOM	1.13	1.50	14 -	5.00	0.00
Ad	1.00	1.44	16	6.00	0.00	FABCM	0.73	1.11	12 -	4.00	0.00
(Ad)	0.00	0.00	0	0.00	0.00	CONTM	0.37	0.93	6 -	4.00	0.00
Ab	0.07	0.37	1	2.00	0.00	ALOG	0.43	0.97	7	4.00	0.00
Al	0.00	0.00	0	0.00	0.00	B	0.00	0.00	0	0.00	0.00
An	1.43	1.87	21	8.00	0.00	P	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Art	0.50	1.41	6	7.00	0.00	MOR	0.20	0.61	4	3.00	0.00

6.1 ANALISIS DISCRIMINANTE

Se trata de comprobar cuántos sujetos de esta muestra-sondeo cumplen las características descritas y obtenidas por J. Exner en 1980 y consideradas como las más adecuadas para estudiar el síndrome de la esquizofrenia (página 2).

Criterios que se han centrado en torno a:

- La presencia de trastornos de pensamiento en nº de 4 o más .
- FABCOM+ALOG+CONTAM mayor que DV+INCOM
- X+% inferior a .70
- Número de respuestas menos (-) superior al número de respuestas débiles (W).
- La presencia de M-

Cualquiera de estos criterios en número de tres van a determinar si el sujeto seleccionado previamente por otros procedimientos (entrevista psiquiátrica, RDC), va a ser confirmado como esquizofrénico.

En la tabla 1, se recogen las medias y desviaciones tipo para esta categoría de 30 pacientes esquizofrénicos agudos, procedentes del mismo medio socio-económico y hospitalario.

6.2 RESULTADOS OBTENIDOS

1º Clasificados y basados en el grupo de medias y desviaciones tipo, el pronóstico para 26 de estos sujetos tiene un .90 de probabilidades de que sea correcto. Según esto, cabría admitir que el diagnóstico de esquizofrenia, en base a los criterios establecidos en el RDC y a los obtenidos por el psicodiagnóstico de Rorschach y según este porcentaje, discriminarían correctamente la esquizofrenia.

2º Partiendo de una combinación de tres criterios, 17 sujetos son considerados esquizofrénicos. Habrían sido

diferenciados por RDC y Rorschach.

3º Basándonos en una combinación de tres criterios seis sujetos son considerados "ambiguos" para el diagnóstico de la esquizofrenia.

4º Según esta misma combinación, dos sujetos no son esquizofrénicos.

5º En base a esta combinación de tres criterios no es posible tomar una decisión para cinco sujetos a causa de no poseer sus protocolos el suficiente número de respuestas que permita la aplicación de un análisis nomotético. En otras palabras, cuando el número de respuestas es inferior a 14 y el X+% es superior a .50, resulta imposible una valoración adecuada del síndrome.

6.2.1 Análisis de los sujetos de diagnóstico "ambiguo"

Volviendo a los sujetos del grupo 3º, considerados "ambiguos" para el diagnóstico de la esquizofrenia, pensamos que esta ambigüedad podría deberse:

a/ Falta de fiabilidad de los criterios incluídos en el RDC, poco probable.

b/ Falta de fiabilidad de la clasificación, considerada correcta por los "jueces" del RDC y del Rorschach. Este hecho nos llevaría a plantear y profundizar en la efectividad de los "jueces", tanto en la aplicación de los criterios para una correcta selección y clasificación de los sujetos, como en ampliar el número de jueces. In-

cluiríamos, por tanto, la variable "juez" y su pericia.

c/ Otro factor consistiría en plantearnos las hipótesis a investigar de los factores "encubridores" de la esquizofrenia o la presencia de otros elementos que nos permitieran, concretamente en alguno de estos seis casos, dudar de su existencia, aclarando, en consecuencia, su definición. Análisis que nos permitiría los siguientes planteamientos:

1- Se trata de sujetos "Borderlines"
2- Son sujetos con signos claros de psicosis
3- Presentan signos de depresión

Elaborados de nuevo estos seis protocolos llegamos a los resultados siguientes:

a/ Desde el punto de vista del análisis cuantitativo y basados en una combinación de tres criterios (*a), tres de estos protocolos corresponden al de un esquizofrénico.

b/1- Tomando como punto de referencia un estudio Exner (1978) sobre la personalidad "borderline" (*b), y comparándolo con los suyos, dos de estos seis protocolos podrían enmarcarse en la clasificación de "personalidad borderline"(*c).

*a - 1º/X+%, 2º/Más de 4 Fenómenos especiales, 3º/ Respuestas menos(-) mayor que el número de respuestas débiles (W) ...

*b - En contraposición a la clasificación de personalidad esquizofrénica presentada en el DSM III, el diagnóstico de "Desorden de la personalidad borderline" incluye como rasgos de mayor relevancia: Impulsividad e impredictibilidad del comportamiento, relaciones personales intensas e inestables, falta de control emocional.. así como un alto potencial de daño físico.

*c - Aparte de las dificultades en la percepción de la realidad y en el pensamiento, las investigaciones actuales sobre el tema "borderline" se caracterizan (Exner,1978) por la inmadurez, que lleva consigo dificultades en el control del stress y de las emociones, deficiencias en el control interpersonal así como una relación poco estable y afectiva.

c/2- Respecto de si se trata de sujetos con signos de psicosis (*d), los cuatro rasgos básicos detectados por el Rorschach, para el diagnóstico de la psicosis son los siguientes:

1- Intolerancia al stress, apreciado en el Rorschach por un ep (experiencia potencial) mayor que EA (experiencia actual).

2- Control emocional inadecuado, reflejado en el Rorschach a través de CF+C mayor que FC o por la presencia de C pura (color-forma; forma-color).

3- Evidencia de una percepción inexacta en el criterio de la realidad, expresado en el test por un X+% inferior a .70.

4- Rigidez ideacional, con la relación a:p (activa-pasiva).

Según esto, solamente cuatro de estos seis pacientes presentan rasgos de psicosis en el test, aunque no en número suficiente como para pensar que "están" psicóticos.

d/3- Partiendo de los elementos nucleares y críticos de predisposición a la depresión en Rorschach investigado por Exner y otros, sólo uno de estos seis sujetos posee dos de los cuatro criterios determinantes de la misma (*e). Sin

*d - No entramos aquí en la diferenciación planteada entre psicosis esquizofrénica y esquizofrenia no psicótica (Exner, dos últimos cursos dictados en la S.E. del Rorschach y Métodos Proyectivos de Cataluña y Baleares, Barcelona, 1980, 1981).

*e - Respuestas de vista (V); Mezcla de color(C y C'); índice de egocentricidad bajo; lado derecho del eb (experiencia base) alto; respuestas MOR (de contenido mórbido) en número de 4 o más.

embargo, todo ello no sería suficiente para constatar, desde aquí, por el psicodiagnóstico del Rorschach, la influencia y/o interferencia de la depresión en base a enmascarar con sus síntomas, confundiendolos, una esquizofrenia.

6.2.2 Análisis de los sujetos del grupo 5º

No obstante la decisión de la computadora, hemos revisado y analizado estos cinco protocolos en base a un diagnóstico diferencial.

- Según esto, dos de estos sujetos son esquizo - frénicos.
- Dos son esquizofrénicos presentando núcleos psicóticos.
- Uno de estos sujetos, probablemente es esquizofrénico.

Coincidencia Diagnóstica	RDC+ RO+	RDC+ RO-	Revisión Análisis RDC+ RO Ambiguo			Revisión Análisis Imposibilidad Diagnóstica	
			Border.	Esquiz.	Esqui depres.	Esquiz.	Probab.Esquiz.
90%	17	2	2	3	1	4	1

7- HOJA DE RESUMEN ESTRUCTURAL

7- Hoja del resumen estructural que, al agrupar las medias de localizaciones, determinantes, contenidos y los valores del resumen estructural de este grupo de 30 pacientes, considerados esquizofrénicos agudos, intenta reflejar más claramente estas proporciones para un análisis cuantitativo-cualitativo.

R = 16.60 Zf = 8.37 ZSum = 25 P = 4.03 (2) = 5.37

Location Features

W	= 6.57	DQ	
D	= 7.80	+	= 2.13
Dd	= 2.07	o	= 7.90
S	= 1.57	v	= 2.50
DW	=	—	= 3.90

Form Quality

FQx		FQf	
+	=	+	=
o	= 8.57	o	= 5.20
w	= 3.07	w	= 2.18
—	= 3.97	—	= 2.63

M Quality

+	= 0.00
o	= 1.03
w	= 0.17
—	= 0.40

Determinants (Blends First)

M	= 1.67
FM	= 1.33
m	= 0.57
C	= 0.60
CF	= 0.73
FC	= 0.70
C'	=
C' F	= 1.98
FC'	=
T	=
TF	= 0.07
FT	=
V	=
VF	= 0.03
FV	=
Y	=
YF	= 0.63
FY	=
rF	= 0.03
Fr	=
FD	= 0.10
F	= 9.97

Contents

H	= 1.53	Bl	= 0.23
(H)	= 0.53	Bt	= 0.67
Hd	= 1.33	Cg	= 0.13
(Hd)	= 0.18	Cl	= 0.27
A	= 5.23	Ex	= 0.00
(A)	= 0.10	Fi	= 0.00
Ad	= 1.00	Fd	= 0.17
(Ad)	= 0.00	Ge	= 0.30
Ab	= 0.07	Hh	= 0.00
Al	= 0.00	Ls	= 0.13
An	= 1.43	Na	= 0.23
Art	= 0.50	Sx	= 0.40
Ay	= 0.00	Xy	= 0.03

Contents (Idiographic)

..... 2.00 =
..... =
..... =
..... =
..... =
..... =
..... =
..... =

S-CONSTELLATION

....FV+VF+V+FD > 2	> 2
....Col-Shd Bl > 0	> 0
....3r+(2)/R < .30	< 35
....Zd > ± 3.5	> ± 4
....ep > EA	
....CF+C > FC	
....X+% < .70	< 70
....S > 3	
....P < 3 or > 8	
....H < 2	= 0
....R < 17	Afr < 40
.....TOTAL	L = < 35 o > 12

Special Scorings

PSV	= 0.50	=
DV	= 3.63	=
INCOM	= 1.13	=
FABCOM	= 0.73	—
CONTAM	= 0-37	=
ALOG	= 0.43	=
PER	= 1.00	
CP		=
MOR	= 0.20	

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

ZSum-Zest	=	FC:CF+C	= 0.70:1.33	Afr	= .47
Zd	= -0.30	W:M	= 6.57:1.67	3r+(2)/R	= .30
EB	= 1.67:1.98 EA = 3.65	W:D	= 6.57:7.80	Cont:R	= 6.40:16
eb	= 1.90:1.83 ep = 3.73	L	= 2.42	H+Hd:A+Ad	= 3.53:6.33
Blends:R	= 1.03:16	F+%	= 52%	H+A:Hd+Ad	= 7.40:2.47
				(H)+(Hd):(A)+(Ad)	= 0.67:0.10
d.p	= 2,57:0.97	X+%	= 51%	XRT Achrom	=
Ma:Mp	= 1.23:0.43	A%	= 38%	XRT Chrom	=

7.1 ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL

7.1.1 Actividad organizativa (Zf; Zd)

Son sujetos que tratan de organizar su entorno, que no siempre consiguen, bien por falta de interés en aclarar la complejidad del estímulo (Zf. bajo) bien a causa de un esfuerzo intelectual y/o reflejo de un estilo paranoide (Zf. alto).

Sólo uno de los sujetos de esta muestra presenta una Zd normal. Los 29 restantes dan una Zd mayor que ± 3.0; 17 de estos 29 presentan Zd mayor que +3.0, lo que indicaría que se trata de personas sobre-incorporadoras, es decir cautelosas, rumiativas, que dedican el tiempo suficiente para evaluar el estímulo antes de dar una respuesta. Los otros 13 son infra-incorporadoras, ya que se trata de personas que estarían más predispuestas a correr riesgos, por lo que pueden dar más respuestas inapropiadas al darlas sin reflexionar, hecho que significaría pérdida de información e ineficacia en los resultados.

7.1.2 EB y Relación EA:ep

Se trata de sujetos coartativos, sin un estilo definido por el que decidirse, son sujetos ambiguales que disponen de recursos organizados de acuerdo con este tipo de respuesta. No obstante, la muestra cuenta con 7 extratensivos (Suma C supera a M en dos puntos como mínimo) y 4 introversivos (M es mayor que Suma C en dos puntos como mínimo).

El conjunto de datos muestra que en 11 de los casos EA es superior a ep, mientras que 19 de los 30 da un ep mayor que EA.

Esto implicaría que en un 63% de los casos se trata de sujetos con menor tolerancia a la frustración, son personas más impulsivas y con pocas posibilidades para controlarse. El 37%, con EA mayor que ep, indicaría que se trata de sujetos con posibilidades para usar sus recursos de forma deliberada y estabilizada. Revisando estos 11 protocolos con un EA mayor que ep, constatamos que 5 de ellos presentan M- (45%); 9 tienen CF+C mayor que FC (82%), 4 de los cuales ofrece al mismo tiempo descontrol y/o afectividad controlada (CF+C mayor que FC) y M- relacionada con serias dificultades en el pensamiento.

7.1.3 Experiencia Base eb=FM+m : C'+T+V+Y

En esta muestra, al ser la frecuencia de claro-oscuro (C', T, V e Y) mayor que FM+m en 18 de los casos nos hace suponer que el 60% de estos sujetos responden a estímulos dolorosos antes que a necesidades básicas y/o de tensión. En este grupo, un 40% de los sujetos da respuestas a experiencias de tensión.

7.1.4 Componentes de claro-obscuro

Este componente es superior a FM+m en un 60% de nuestros casos. De ellos, la frecuencia más alta corresponde al determinante C' (Color acromático, Suma C'=1.98) seguido de Suma Y (indefensión). Un 76.6% da respuestas relacionadas con rasgos de constrición afectiva (C').

El determinante vista (V), presenta la frecuencia media más baja en cuanto a la experiencia emocional de tipo interno introspectivo y negativo. Las respuestas de textura (T) aparecen por debajo de la variable Y, pero con frecuencias más altas que el determinante vista (V). Sólo uno de los sujetos ofrece este tipo de respuesta. El 30% da respuestas de sombreado difuso (Y), indicándonos que, en ellos, existen sentimientos de indefensión, com - probada a su vez por otros datos.

7.1.5 La proporción FC:CF+C

El componente $CF+C+C_n$ es mayor que FC en un 50% de los sujetos descritos. Los determinantes CF y C/C_n no presentan la misma frecuencia en esta muestra como en o - tros grupos de esquizofrénicos, sin embargo, nos indica que se trata de pacientes que presentan dificultades en el manejo de sus afectos ya que, cuando interviene éste como respuesta al estímulo externo, lo controlan muy poco.

7.1.6 Lambda

Su media expresa una constricción emocional excesiva ($\bar{x}$=2.42) y, al ser tan alta, apunta hacia una actuación imprevista y descontrolada. Proporción que, unida a FC:CF+C y a ep mayor que EA, nos hablaría del descontrol emocional del grupo, al tratarse de personas que no sólo no quieren verse envueltas en el estímulo evitando su complejidad (blends), sino que lo disocian, pudiéndolo actuar, especialmente si a L (Lambda) alto se añaden m e Y.

7.1.7 W:M (Respuestas globales a respuestas de movimiento humano).

La relación 6:1 nos indicaría que el grupo tiene aspiraciones que están muy por encima de sus posibilidades reales.

7.1.8 W:D (Respuestas globales, respuestas de Detalle)

No son económicos, la D no cumple con las normas esperadas de los no pacientes, no ven lo obvio, se esfuerzan más en las globales (W), en tener aspiraciones demasiado altas, dejando lo concreto y obvio, sus conceptos son más vagos de lo que correspondería (v en DQ).

7.1.9 La proporción afectiva (Afr.)

Representa una receptividad psicológica a estímulos emocionales. La $\bar{x}$ de esta proporción es .47, indicándonos que intentan retraerse de los estímulos afectivos ante el temor de sus efectos, que no pueden ni saben dominar.

7.1.10 Indice de egocentricidad (3R+2/R)

Al hallarse la $\bar{x}$=.30 en el límite inferior de la $\bar{x}$ normal nos planteamos si los aspectos depresivos u otros no habrían hecho bajar este índice, que, en otros grupos esquizofrénicos (Exner 1974) está bastante más alto y lo mismo podría decirse de los obtenidos en otra muestra americana en 1980. Al ser una $\bar{x}$ más cercana a la obtenida

por una muestra de sujetos no pacientes ($\bar{x}$=.37;DT=0.06) nos planteamos si estaría relacionado con el ambiente tolerante y de libertad de este medio hospitalario, diferente probablemente del que gozaban en su propio domicilio.

7.1.11 P

El número de respuestas populares (p) es relativamente inferior a la $\bar{x}$ obtenida por una muestra americana de sujetos normales. Podrá deducirse que estos sujetos tienden a eludir lo convencional. Sin embargo, se trataría de una valoración de p alta dentro de un protocolo medio de 16 respuestas.

7.1.12 A%

Correlacionaría con baja D y p, conectando con desorganización y dispersión defensiva.

Se trata de sujetos infantiles e inmaduros (V en Dq; CF+C mayor que FC; ep ligeramente más alto que EA; respuestas PER).

Las puntuaciones de F+% y X+% bajos nos indican la existencia de una severa patología. Al coincidir ambos resultados nos planteamos, desde un principio, la evidencia de un control de la realidad deficiente con serias distorsiones.

7.2 RESUMEN Y CONCLUSIONES

Al plantearnos el diagnóstico diferencial de esquizofrenia,para este grupo de 30 pacientes, observamos en primer lugar el trastorno de pensamiento con su proporción de respuestas M- y Mw (débiles).

Tiene ocho valoraciones especiales: DV(Verbalización desviada, 22%), INCOM(Combinación incongruente, 7%), PER(4,3%), FABCOM(Combinación fabulada, 4.3%), PSV (Perseveración, 3%), ALOG (Lógica autista, 2.5%), CONTAM (Contaminación, 2.2%), MOR(Contenido Mórbido, 1.2%).

La evidencia de serias limitaciones en el control de la realidad es clara (F%=0.52;X+%=o.51, bajos), con cuatro respuestas negativas (-) y tres respuestas débiles (w).

El número de respuestas menos es mayor que el número de respuestas débiles (w).

La proporción afectiva (FC:CF+C) tiende a ser inversa a la proporción esperada en un adulto, dando C pura, circunstancia que delataría sus difiultades en mantener un adecuado control sobre sus emociones.

Tienen pocos contenidos humanos que sugiere la posibilidad de una problemática en la relación interpersonal.

Todas estas variables nos conducen a plantearnos para este grupo, con las salvedades hechas en los diferentes apartados y a través de diferentes análisis, la existencia de esquizofrenia.

Pensamos que se trata de pacientes esquizofrénicos, sin embargo, se trataría de sujetos con una marcada disminución de los fenómenos especiales, especialmente al compararlos con una muestra americana de semejantes características. Este hecho sugiere que la aparente disminución de estos Fenómenos especiales podría estar relacionado con los efectos de la medicación antipsicótica.

CONCLUSIONES

Al preguntarnos si la técnica del Psicodiagnóstico del Rorschach puede corroborar el diagnóstico psiquiátrico efectuado por RDC, el análisis cuantitativo nos daría la respuesta. De los 30 protocolos trabajados, 26 de ellos cuenta con un .90 de probabilidades de que el diagnóstico sea correcto, es decir, el Rorschach habría discriminado acertadamente a 26 de los 30 sujetos, previamente diagnosticados de esquizofrénicos por el RDC.

Sin embargo, al analizar detenidamente los seis protocolos considerados de diagnóstico ambiguo constatamos que:

- Dos son confirmados en la condición de esquizofrénicos.
- Otros dos aportan pocos datos, al presentar sus Rorschach resultados tan coartados que resulta difícil dar una respuesta válida para un diagnóstico diferencial de esquizofrenia.
- Finalmente, dos pueden ser considerados "Borderline", hecho que precisaría el diagnóstico aclarándolo y constituyendo el punto de partida de otras investigaciones. Su importancia radicaría en la posibilidad de diferenciar más claramente a la esquizofrenia de otras enfermedades mentales.

Independientemente y completando la exposición anterior, comprobamos que el Rorschach aporta al diagnóstico psiquiátrico efectuado por RDC, por lo menos 125 nuevos ítems, datos que han sido comentados en pág. 175 y siguientes.

Estos nuevos datos nos aclaran no sólo la personalidad del paciente esquizofrénico "agudo" sino que abren la posibilidad de perfilar su comportamiento y encauzar su tratamiento.

7.3 CONTINUA LA INVESTIGACION

Revisando esta primera investigación-sondeo hemos detectado:

1/ La importancia del Psicodiagnóstico del Rorschach en el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia.

2/ Su intervención en la precisión de este diagnóstico hasta diferenciarlo de otras enfermedades mentales (Borderline, Psicosis maníaco-depresivas etc.)

3/ Su aportación al diagnóstico diferencial de esquizofrenia de, al menos, 125 nuevos ítems en base a una mayor comprensión de la persona del enfermo y a plantear su posible tratamiento.

Sin embargo, y desde el punto de vista de la metodología, hemos apreciado en la realización de este trabajo, algunas deficiencias y la necesidad de paliarlas. Como son:

a/ La conveniencia de ampliar el número de "jueces" tanto en el momento de la selección de los sujetos (RDC) como para su clasificación y diagnóstico diferencial (Rorschach).

b/ Para una valoración adecuada del síndrome, es conveniente que los protocolos posean más de 10 respuestas. En el caso de que el número de respuestas sea inferior a 14, su X+% no deberá ser superior al 50%.

c/ Intensificar el cuidado y la precisión en la selección de los sujetos para conseguir una mayor validez de la

muestra de esquizofrénicos "agudos"

d/ La aplicación de un análisis cualitativo en el que pudiera apreciarse más detenidamente:

1- La calidad de los trastornos de pensamiento

2- Los mecanismos de defensa más utilizados

3- La inclusión de su agresividad

4- Estudio de las respuestas An, Sx y su coincidencia en la misma respuesta

5- Análisis y distribución del determinante M

6- Análisis y distribución del determinante Color

7- Análisis y distribución de las respuestas de Contenido humano (H,Hd, (H),(Hd) ..)

e/ Comparar esta nueva muestra obtenida de esquizofrénicos "agudos" con otra muestra de esquizofrénicos "crónicos", con los consiguientes análisis estadísticos, observando la existencia o no, de diferencias significativas.

f/ Profundizar en el diagnóstico diferencial precisando,a partir de un análisis individual llevado a cabo por tres jueces, la confirmación del diagnóstico efectuado.

Una vez seleccionadas y confeccionadas las muestras de esquizofrénicos "agudos" y "crónicos", intentando mejorar los procedimientos de selección comentados en los apartados anteriores:(a,b,c,d,e,y f) nos planteamos, para este nuevo estudio, las siguientes hipótesis: