UNIVERSIDAD DE BARCELONA FACULTAD DE PSICOLOGIA

# INDICES DE RORSCHACH EN ESQUIZOFRENICOS CRONICOS VERSUS ESQUIZOFRENICOS AGUDOS:

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

SEGUNDA PARTE

PRESENTADA PARA ASPIRAR AL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGIA

POR MARÍA VIVES GOMILA

DIRECTOR: DR. MIGUEL SIGUAN SOLER

BARCELONA, ABRIL DE 1984

# 8- METODOLOGIA

## 7.4 HIPOTESIS

1/ Los valores obtenidos por un grupo de esquizofrénicos "agudos", ¿difieren significativamente de los valores obtenidos por un grupo de esquizofrénicos "crónicos", al aplicárseles a ambos la prueba del psicodiagnóstico de Rorschach?.

2/ Verificar si, a través de la prueba del psicodiagnóstico de Rorschach, aplicada a sujetos diagnosticados de esquizofrénia, puede corroborarse el diagnóstico psiquiátrico efectuado por medio del RDC. (Research Diagnostic Criteria for Schizophrenia).

Aunque el planteamiento de esta segunda hipótesis se haya verificado en la muestra-sondeo o estudio piloto, se ha mantenido en esta segunda investigación como segunda hipótesis, dada la posibilidad de aprovechar estos elementos en base a un diagnóstico diferencial de esquizofrenia y su comparación con el RDC.

# 8- METODOLOGIA

## 8.1 PRUEBAS UTILIZADAS

8.1.1. El diagnóstico psiquiátrico hospitalario se ha obtenido aplicando los criteriors establecidos para el diagnóstico de esquizofrenia incluídos en el RDC, llevado a cabo por dos diagnosticadores, uno de ellos psiquiatra, el otro psicólogo a partir del diagnóstico previo efectuado por los médicos psiquiatras de guardia. Serán citados con el nombre de "Jueces del RDC".

8.1.2. La prueba de psicodiagnóstico del Rorschach ha sido administrada fundamentalmente por una diagnosticadora. En la muestra de pacientes esquizofrénicos crónicos ha colaborado en la pasación otra psicóloga en un 27% de casos.

En tres casos de la muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" se aprovechó la pasación del psicólogo del hospital, formado en la escuela de Exner y estudioso de la prueba del Rorschach.

8.1.3. La aplicación del "Kas Behavior inventories". Puesto que ya se usa el RDC como medio para determinar qué sujetos son considerados esquizofrénicos, el uso de este cuestionario está en función del índice de severidad de la patología. Los items del Kas siguen el principio de que cuanto más trastornado esté un sujeto más alto saldrá el ítem, determinándose por ello el grado de severidad de la enfermedad.

### 8.1.1. Definiciones de los criterios

#### I- Selección de subtipos de trastorno de pensamiento formal

No existe una definición de trastorno de pensamiento formal generalmente aceptada. El término (según RDC) se utiliza para describir diversas formas de trastorno tanto en el discurso como en el pensamiento, fácilmente identificables pero que no se excluyen mutuamente. Las alteraciones en el habla o en el pensamiento no deben ser tomadas como evidencia de un transtorno de pensamiento formal si se pueden explicar en base a un afecto pasajero, abrumador como miedo, rabia, según el humor, el sarcasmo, en base a una inteligencia limitada o a una educación limitada como a diferencias culturales o del lenguaje. El bloqueo, frecuentemente tomado como indicativo de trastorno de pensamiento formal, no se incluye debido a la poca fiabilidad de los juicios clínicos de éste fenomeno y porque es poco probable que se presente como la única manifestación del trastorno de pensamiento formal.

Existe una tendencia a sobrevalorar el trastorno de pensamiento cuando el sujeto no se muestra eminentemente claro, conciso y lógico.

A/ La comprensión deteriorada del discurso debido a causas psicopatológicas puede ser debido a cualquier combinación de los siguientes factores: Falta de lógica o de conexiones significativas entre las palabras, frases u oraciones; uso excesivo de oraciones incompletas que no puedan justificarse en base a un retraso psicomotor; un exceso de palabras superfluas o desatinadas o cambios abruptos en el tema del discurso; alteraciones de las construcciones grama-

ticales o sintácticas; uso de palabras singulares (idiosincráticas); uso de frases vacías, repetitivas, estereotipadas u obscuras.

No se incluyen las alteraciones por falta de educación, por causa de dialectos, por afasias o por cualquier otra causa que no sea psicopatológica. La mayoría de los sujetos pueden describir delirios de forma que el que escucha comprende el contenido, aun cuando sea totalmente falso. De igual forma un exceso de detalles en el discurso no interfiere en la comprensión del mismo.

Anteriormente se llamaba a este fenómeno incoherencia, término que generalmente se reservaba para la clasificación más severa del deterioro. Tal como se define en la escala ahora, apenas corresponde a una evaluación superficial de la gravedad del "trastorno de pensamiento formal".

B/ Pérdida de las asociaciones consiste en decir cosas de forma repetitiva en yuxtaposición careciendo de una relación fácilmente comprensible, o cambiar de forma singular, idiosincrática, de un marco de referencia a otro.

C/ Pensamiento ilógico (Fuera del registrado en los delirios, alucinaciones, incoherencias, pérdida de las asociaciones, fobias, y compulsiones). Es un tipo de pensamiento en el que los hechos son obscuros, alterados, o excluídos o un pensamiento que contiene claras contradicciones internas o en el que una premisa no sigue a la otra. Se trata de un juicio complejo y sutil que por regla general requiere un conocimiento del proceso de razonamiento del sujeto.

D/ En la pobreza en el contenido del discurso, éste es adecuado en cantidad pero da poca información por su vaguedad, por repeticiones vacías o por el uso de frases obscuras o estereotipadas. No se incluye pobreza en la cantidad de lo expresado. Como Wing ha señalado: "Este síntoma puede ser fácilmente reconocible en alguno de nuestros colegas ... por lo que sólo hay que valorarlo cuando es realmente patológico".

E/ Neologismos.- Constituye una alteración de palabras, palabras nuevas que inventa el sujeto, o palabras normales a las que el sujeto da un significado peculiar (idiosincrático). Se pueden también inventar para designar o describir una experiencia que está fuera de cualquier experiencia normal. Este juicio debe hacerse con cautela, teniendo en cuenta la educación del sujeto así como su entorno cultural ambiental.

II- Emisión de pensamiento (Sonorización del pensamiento)

Consiste en creer o experimentar que los pensamientos del sujeto, a medida que se dan, son emitidos desde su cabeza al mundo exterior de forma que las personas pueden oírlos. Este fenómeno se puede dar como delirio y/o alucinación. Cuando se trata de una alucinación, el sujeto oye sus propios pensamientos desde el exterior, no dentro de él.

III- Inserción de pensamientos (Pensamiento impuesto)

Se trata de experimentar que los pensamientos que

no pertenecen al sujeto, los insertan en su mente. Este síntoma, que equivocadamente se clasifica con frecuencia como presente, no debe confundirse con la creencia de que a uno se le ha hecho tener pensamientos poco frecuentes, extraños, por ejemplo, pensamientos demoníacos, provocados por el demonio, los cuales, a pesar de todo, son pensamientos del sujeto. No se incluyen a los sujetos exaltados que hablan como si sus pensamientos vinieran de Dios. En este caso, el sujeto sabe que son sus pensamientos.

IV- Sustracción de pensamientos (Robo de pensamientos)

Se trataría de creer que a uno le sacan los pensamientos de la mente y, como resultado, se queda con un número de pensamientos dsiminuído. Es un extremo raro y no debe ser clasificado a menos que el examinador esté convencido de que existen.

V- Delirio de ser controlado (De influencia)

En este delirio, el sujeto experimenta que los sentimientos, impulsos, pensamientos o acciones no son las propias sino que cree que le son impuestas por alguna fuerza externa. No se incluye la mera convicción de que el sujeto actúa como agente de Dios o de que está maldito o de que es víctima del destino, o de que no es lo suficiente seguro o de que alguien intenta controlarle. Este síntoma se clasifica, con frecuencia, como presente cuando el requerimiento básico de que el sujeto siente que su voluntad, pensamientos, sentimientos son reemplazados por otra fuerza, está, de hecho ausente [68].

VI - Otros delirios bizarros

Los delirios bizarros, aparte de los ya señala - dos, en ausencia de un síndrome maníaco o depresivo, sugieren esquizofrenia aunque los delirios sean de corta duración. Al juzgar si un delirio es bizarro hay que considerar hasta qué punto la creencia es realmente absurda, fantástica o no plausible. No hay que incluir como bizarros los delirios, que son el producto de una elaboración de ideas comunes poco probables o de creencias subculturales, tales como comunicarse con Dios o con el Demonio, con fantasmas o antepasados, o estar bajo la influencia de maldiciones, encantos, Vudú, o hipnosis.

VII - Delirios múltiples

Los delirios múltiples se toman como presentes cuando existen, como mínimo, dos pensamientos delirantes separados, que no son producto de la elaboración de un solo tema. Los delirios múltiples pueden ser del mismo tipo, como por ejemplo la paranoia. Los delirios múltiples, en ausencia de un síndrome maníaco o depresivo, sugieren esquizofrenia, aún cuando los delirios sean de corta duración.

VIII - Fuga de ideas

Es un discurso acelerado con cambios abruptos en los temas; generalmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen al sujeto o en juegos de palabras. En caso de gravedad, las asociaciones pueden ser difíciles de comprender, pudiendo aparecer pérdida de asociaciones o incoherencia. (La medicación puede descender el

ritmo del discurso).

IX - Alucinaciones no afectivas de cualquier tipo

Corresponde a cualquier modalidad de alucinación en la que el contenido no tenga una aparente relación con la depresión o con la elación. No debe considerarse presente si se limita a voces que dicen sólo una o dos palabras, como el nombre del sujeto.

X - Alucinaciones auditivas de alguien que habla al sujeto, no afectivas

El sujeto oye una voz o voces que le hablan directamente, no estando el contenido relacionado con estados depresivos o de elación. No hay que clasificarla como presente si se limita a voces que sólo dicen una o dos palabras, como el nombre del sujeto.

8.1.1a Criterios para el Diagnóstico de la esquizofrenia

Existen diferentes aproximaciones en el diagnóstico de la esquizofrenia. La aproximación que hemos tomado, siguiendo rigurosamente el RDC, evita limitar el diagnóstico a los casos crónicos o en curso de deterioro. Incluye a los sujetos que no serían considerados esquizofrénicos por muchos, particularmente los del tipo "agudo". Sin embargo, se designan los criterios para detectar a los sujetos que frecuentemente reciben un diagnóstico de : esquizofrenia borderline, histerias breves o psicosis situacional y estados paranoides. Los sujetos con un síndrome completo depresivo o maníaco, que se solapa con síntomas psicóticos activos, se descartan y se diagnostican como trastornos esquizo-afectivos, trastornos depresivos importantes o trastornos maníacos. Si estos síntomas (descritos en A), se dan únicamente en los períodos etílicos o de droga, o en períodos de deshabituación, el diagnóstico debe ser "otros trastornos psiquiátricos" debido a la probable etiología orgánica de los síntomas.

Para considerar el período de enfermedad se necesita ir de A a C.

A/ Durante una fase activa de la enfermedad, que puede estar o no presente, se necesitan, como mínimo, dos de los siguientes puntos para definido y un punto para probable:

(1) Emisión, inserción o sustracción de pensmientos, según se definen en el RDC, criterios especificados en pág.189 y siguientes.

(2) Delirios de ser controlado o influenciado, otros

delirios bizarros, o delirios múltiples, criterios señalados en pag. 190 correspondientes al RDC.

(3) Delirios somáticos, grandiosos, religiosos, nihilistas u otros delirios sin contenidos persecutorios o de celos, con una duración mínima de una semana.

(4) Cualquier tipo de delirios si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones con una duración mínima de una semana.

(5) Alucinaciones auditivas en las que una voz comenta continuamente los pensamientos o comportamientos del sujeto a medida que suceden, o bien dos o más voces conversan entre sí.

(6) Alucinaciones verbales de alguien que habla al sujeto no afectivas (comentadas ya anteriormente).

(7) Cualquier tipo de alucinación a lo largo del día, durante varios días, o intermitentemente, durante un mes como mínimo.

(8) Casos definidos de notorio trastorno de pensamiento formal, descrito en página 187, acompañado por afectos inapropiados o embotados, delirios o alucinaciones de cualquier tipo o conductas fuertemente desorganizadas.

B/ Síntomas de enfermedad con una duración mínima de dos semanas, desde la aparición de un cambio notable en la actitud habitual del paciente. Los síntomas habituales de la enfermedad puede que no encajen con los criterios de A y quizás se trate únicamente de síntomas residuales, tales como un aislamiento social extremo, afectos

inapropiados o embotados, trastorno de pensamiento formal no demasiado grave, pensamientos infrecuentes o sensaciones perceptivas.

C/ En ningún momento, durante el período activo de la enfermedad que se considera, la conducta del sujeto coincide por completo con los criterios tanto de probable como de definido del síndrome maníaco-depresivo (criterios A y B de los grandes trastornos maníaco-depresivos) hasta tal punto que era una parte prominente de la enfermedad.

Debido a que muchos pacientes esquizofrénicos pasan por períodos activos de la enfermedad (delirios, alucinaciones, trastorno de pensamiento notorio, conductas bizarras, etc.) precedidos o seguidos por indicios residuales menos dramáticos de la enfermedad (aislamiento social extremo, comportamiento excéntrico, afectos embotados o inapropiados, trastorno de pensamiento no demasiado grave, pensamientos infrecuentes o sensaciones perceptivas), es con frecuencia difícil poder diferenciar entre "episodios" de la enfermedad seguidos de remisión y exacerbaciones repetidas de la enfermedad esparcidas con obvio deterioro residual. Por tanto, si en el pasado el sujeto ha coincidido por completo con los criterios y ha registrado indicios residuales de forma más o menos contínua desde esa época, entonces hay que codificarlo como Enfermedad presente (actual) y la duración debe incluir el tiempo total durante el cual el sujeto ha sufrido el trastorno con más probabilidad. Por otra parte, si un sujeto coincide con el criterio de esquizofrenia sólo en el pasado, seguido de un pe -

ríodo de remisión con señales mínimas o inexistentes de la enfermedad, debe ser codificado entonces como No enfermedad Presente y Probable o definido en Período previo seguido de una remisión total. De igual forma, si coincide con los criterios en el pasado, se recuperó por completo y normalmente coincide con los criterios, entonces la duración de la enfermedad debe limitarse únicamente a la duración de la actual condición[68].

8.1.1b Subtipos de períodos de esquizofrenias presentes

Las cuatro categorías de subtipos, basados en el curso del período actual esquizofrénico: Agudo, Subagudo, Subcrónico o Crónico, y mutuamente exclusivas, deben considerarse para cada sujeto que normalmente coincide con los criterios de esquizofrenia Probable o Definido. Algunos sujetos inicialmente diagnosticados como Agudos pueden más tarde presentar un curso subagudo, Subcrónico e incluso Crónico.

(a) Esquizofrenia Aguda

A/ Inicio repentino - Menos de tres meses desde los primeros indicios del aumento de la psicopatología de cualquiera de los síntomas básicos.

B/ Curso breve - Enfermo continuamente con indicios importantes de esquizofrenia durante menos de tres meses.

C/ Recuperación completa de cualquiera de los anteriores episodios.

Se requiere ir de A a C.

(b) Esquizofrenia subaguda

Su curso está más próximo al de la esquizofrenia aguda que al de la crónica [68].

Ejemplo: El primer episodio con un inicio bastante rápido y una duración de cinco meses.

Ejemplo: Segundo apisodio con un inicio del episodio de más de seis meses y recuperación total del primer episodio.

(c) Esquizofrenia Subcrónica

Su curso está más próximo al de la esquizofrenia crónica que al de la aguda [68].

Ejemplo: Indicios importantes de esquizofrenia de forma más o menos contínua, presentes como mínimo durante el año anterior.

Ejemplo: El segundo período siguió al anterior sin recuperación completa.

(d) Esquizofrenia Crónica

Requiere indicios importantes de esquizofrenia, presentes de forma más o menos contínua durante los dos últimos años como mínimo [68].

### 8.1.1c Fenomenología del Período Actual esquizofrénico

Los subtipos basados en la fenomenología del período actual esquizofrénico son:

(1) Paranoide
(2) Desorganizado
(3) Catatónico
(4) Indiferenciado
(5) Residual

Estos subtipos mutuamente excluyentes deben considerarse en cada sujeto que normalmente coincida con los criterios de Probable o Definido de esquizofrenia para describir la condición actual del sujeto.

(1) Paranoide

El cuadro clínico que domina durante el período activo del episodio es el de la persistencia relativa, o preocupación de uno o más de los siguientes temas:

-1. Delirio de persecución
-2. Delirios de grandeza
-3. Delirios de celos (celotipia)
-4. Alucinaciones con contenidos persecutorios o de grandeza.

(2) Desorganizado (hebefrénica)

A/ Trastorno formal de pensamiento notorio, descrito ya en página 187.

B/ Tanto 1. Afectos que son incongruentes, tontos o superficiales,

como 2. Delirios fragmentados o alucinaciones con contenidos que no se organizan dentro de un tema coherente.

C/ No asociado con torbellinos emocionales importantes excepto durante momentos de exacerbación.

Se precisa ir de A a C.

(3) Catatónico

El cuadro clínico que domina durante el período activo del episodio está marcado por cualquiera de los siguientes síntomas catatónicos:

1. Estupor catatónico (disminución notable de la reacción al entorno así como una disminución en los movimientos espontáneos y actividad).
1. Rigidez catatónica: El paciente mantiene una posición rígida a pesar de los esfuerzos para hacerle cambiar de postura para moverle.
3. Flexibilidad de cera: El sujeto mantiene posiciones en las que se coloca, por lo menos durante 15 segundos.
4. Excitación catatónica: Actividad motora excitada aparentemente sin motivo alguno y de forma estereotipada sin influencia de estímulos externos.
5. Posturas catatónicas: Asunción voluntaria de posturas inapropiadas o bizarras.

(4) Indiferenciado o mixto

El período de la enfermedad coincide con los criterios de más de uno de los subtipos anteriores o con ninguno de ellos.

(5) Residual

Debe utilizarse esta categoría, cuando un sujeto ha sufrido un período de enfermedad, en el pasado, que coincide con los criterios A para esquizofrenia pero que en el cuadro actual no presenta ningún síntoma psicótico prominente, aunque persistan señales residuales de la enfermedad, tales como embotamiento, retraimiento social extremo, conducta excéntrica o transtorno de pensamiento formal moderado. Pueden darse delirios o alucinaciones pero no son prominentes.

Si un sujeto, que coincide con los criterios para esquizofrenia, desarrolla un síndrome depresivo completo, sin que sus síntomàs esquizofrénicos se exacerben, se le debe dar el diagnóstico adicional de Síndrome Depresivo superimpuesto a una esquizofrenia residual. Si existe una afloración de los síntomas psicóticos, se le puede dar el diagnóstico de transtorno esquizo-afectivo, tipo depresivo y el subtipo en el eje de cronicidad debe reflejar la duración de los síntomas probablemente esquizofrénicos.

Para que se considere el período de enfermedad, se precisa de A a C.

A/ Ha existido un período activo de enfermedad que coincidió con los criterios para esquizofrenia.

B/ El cuadro clínico normal no presenta ningún síntoma psicótico prominente, aunque el sujeto pueda tener algunos delirios o alucinaciones.

C/ Han persistido señales de la enfermedad (como por ejemplo afectos inapropiados o embotados, retraimiento social, conducta excéntrica, sensaciones perceptivas extrañas o poco frecuentes, transtorno formal de pensamiento moderado) desde el último período activo [68].

8.1.2 La prueba del Psicodiagnóstico del Rorschach

La prueba que ha sido utilizada para constatar la necesidad de otras vías tanto en el Diagnóstico, pronóstico y Tratamiento del paciente esquizofrénico agudo y crónico y verificar si puede corroborarse el diagnóstico psiquiátrico realizado por RDC, es la del Psicodiagnóstico del Rorschach.

El Rorschach es uno de los mejores métodos de que disponemos para obtener una descripción útil de la personalidad individual (Exner, 1979). Sólo en los EEUU. se han desarrollado cinco de los métodos mas conocidos. Son los trabajados por Beck, Hertz, Klopfer, Piotrowski y Rapaport-Shafer ampliamente estudiados por Exner Jr. y punto de partida de su sistema comprensivo. "The Comprehensive System" [28].

El motivo por el que se ha empleado esta prueba se debe al hecho de que a través de la pasación del Rorschach se puede diferenciar al paciente esquizofrénico del que no lo es sin necesidad, como ocurre en el RDC, de contar con un determinado período de tiempo, en el que se haya manifestado la enfermedad.

Siguiendo "The Rorschach: A Comprehensive System", la consigna empleada y aplicada a cada uno de los sujetos de nuestra muestra consiste en entregar la primera lámina y preguntar "¿Qué podría ser esto?". El apoyo o refuerzo para la colaboración de los sujetos en el desarrollo de la prueba depende, en algunos casos, de la posibilidad de fracaso en una lámina concreta (Exner), o cuando en la lámina

I, el sujeto sólo dé una respuesta, en cuyo caso el examinador añadirá: "La mayoría de personas ve más de una cosa" (Klopfer). A lo largo de las 10 láminas y durante el período de la asociación libre, el entrevistador anota el tiempo de reacción a cada lámina así como todas las respuestas a ser posible de manera rápida y eficaz, incluso, en ocasiones, animará al sujeto a proseguir en su tarea de forma no directiva. El silencio del examinador resulta primordial en este caso, no debiendo ser interrumpido de no ser absolutamente necesario.

Referente a la postura y situación externa, la posición utilizada ha sido la misma durante la pasación de los 60 casos. El examinador, en este caso se ha situado al mismo nivel, al lado del sujeto (Klopfer, Hertz y Exner) pudiendo ver, desde este mismo ángulo, gestos, movimientos, expresiones visuales, permitiendo, tolerando y hasta favoreciendo su emisión para una posterior evaluación. No resulta conveniente que el examinador altere la posición en el curso de una sesión (Exner, C.System, op.cit.), hecho que, por otra parte, no se ha dado en ninguno de los casos.

Al tratarse de pacientes internados, sujetos por tanto, a revisiones médicas periódicas, trabajamos de acuerdo con sus responsables médicos. Complementariamente y teniendo en cuenta que, en este caso concreto, el Test de Rorschach no se utilizaba como parte de una batería de Tests, antes de efectuar la pasación y aplicar la consigna, se les preparaba con la siguiente expresión:"No sé si su médico ya le ha comentado que le iba a pasar una prueba para conocer algo más sobre Ud. y de esta manera podamos ayudarle mejor...". Luego, se les pedía su consentimiento para iniciar la prueba. Normalmente estaban de acuerdo y se

preparaban para llevarla a cabo, a veces incluso, gestualmente. Cuando preguntaban se les contestaba.. sobre la técnica, construcción de láminas, siempre en la medida de su propia demanda. En cualquier caso, se les informaba que, con el test, intentábamos estudiar su personalidad (Shafer, 1954) [79].

Después de la Asociación Libre pasamos a la Encuesta: que según el Sistema Comprensivo consiste en "proporcionar toda la información necesaria para valorar la respuesta correctamente" sin olvidar que:

1º La encuesta sólo será válida cuando el examinador formule las preguntas adecuadas.

2º Las preguntas de la Encuesta no deben tender a descubrir la existencia de todo determinante posible.

3º La brevedad debe tenerse por norma.

4º Debe ser siempre no directiva.

Para evitar cualquier insistencia, el examinador puede aprovechar la respuesta dada por el sujeto a la lámina. No obstante, antes de empezar debe aclarar la intención de la encuesta por ejemplo: "Quisiera ver de nuevo las láminas con Ud. Ahora quiero asegurarme de que entiendo en qué parte de la lámina ve Ud. algo y quisiera verlo con Ud. " [28].

Al mismo tiempo que empezamos la Encuesta, disponíamos de una Hoja de Localización, con el fin de poder señalar adecuadamente las áreas utilizadas por el sujeto. La encuesta a cada respuesta comenzó con una repetición de la respuesta que dió el sujeto y tal como él la formuló. Si

esto no era suficiente añadíamos: ¿Podría mostrarme dónde lo vió? En algún caso, especialmente cuando así aún no quedaba claro, decíamos: "No estoy seguro de verlo como Ud.".

Una vez acabada la Encuesta procedímos al examen de Límites. La Prueba de Límites ha sido especialmente aplicada en aquellos casos donde han faltado las respuestas populares más elementales, como en las láminas I, V u VIII, o cuando las respuestas a la precisión del uso del claro-obscuro, no fueron suficientemente aclaratorias [28].

En esta segunda muestra de esquizofrénicos "agudos" y desde el punto de vista de la metodología:

Se ha ampliado el número de "jueces", trabajando dos "jueces" en la selección de los sujetos, al aplicar los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, según el RDC.

En la clasificación de las respuestas de Rorschach actuaron tres"jueces", dos de ellos en clasificación de las respuestas en las que los dos primeros "jueces" obtuvieron alguna discrepancia, diferencia referida a cualquiera de los elementos de áreas, determinantes, contenidos y/o fenómenos especiales. En cuanto al diagnóstico diferencial de esquizofrenia o no esquizofrenia intervinieron tres "jueces" para todos los casos.

No aparece ningún protocolo de 10 respuestas o inferior, que haya requerido tener en cuenta un X+% inferior a .50.

Hemos aplicado un análisis cualitativo de aquellos determinantes que por su importancia para el diagnós-

tico pudieran requerirlo, como ha sido el caso de los determinantes M, Y, y C. Los contenidos H, An y Sx, así como los fenómenos especiales.

Por todo lo cual, creemos que, acentuando el cuidado y la precisión no sólo en la selección de los sujetos sino en la aplicación de las normas del Sistema Comprensivo, tanto para la clasificación como para el diagnóstico diferencial, habremos conseguido una mayor validez de esta muestra de esquizofrénicos "agudos".

8.1.3 La aplicación del "Kas Behavior Inventories"

Los formularios del KAS han sido diseñados para asesorar sobre diferentes aspectos del funcionamiento del paciente dentro de la comunidad desde dos puntos de vista, el de un familiar próximo y el del propio paciente. En nuestro caso, sólo hemos pasado el formulario a rellenar por el familiar, libreto R.

Según comentaba anteriormente, el uso de este cuestionario está en función de determinar el grado de severidad de la patología. Puesto que trabajamos con dos muestras diferentes de pacientes con un diagnóstico común de esquizofrenia, para poder llegar a una comparación de ambas, decidimos sustituir "el familiar" por el A.T.S., la misma persona que conoce la conducta del enfermo a lo largo del día y durante el período de tiempo que permanece en la clínica.

Estos inventarios implican información sobre los síntomas del paciente, comportamiento social, actividades de tiempo libre. Las clasificaciones derivadas permiten estimaciones del ajuste del paciente tanto en el área clínica, como en la social y personal.

El libreto R- diseñado para que lo rellene un familiar próximo al paciente, o por alguien que haya estado en contacto con el paciente durante un período mínimo de dos a tres semanas. La regla general es que la persona que corresponda, tanto si es un familiar como un amigo cercano, (en nuestro caso, el enfermero de cada pabellón, cuando se trate de los pacientes crónicos; o el A.T.S. del ambulatorio en el caso de los "agudos" o pacientes de ambulatorio) debe estar lo suficiente implicado con el paciente pa -

ra poder informar sobre el comportamiento reciente del mismo en casa (clínica) y sobre las actividades del sujeto fuera del ámbito diario, en el caso de que salga fuera del recinto hospitalario.

Cada uno de los inventarios sólo precisa de una marca en la respuesta. Los cuestionarios serán rellenados en este caso por el enfermero o/y por el A.T.S. correspondientes y no por el entrevistador. Se sobreentiende que la habilidad en la lectura diferirá entre los que responden (El hecho de que sea la misma persona, enfermero/a o ATS evita esta divergencia, eliminando esta variable, controlando los resultados (Variable controlada).

Se ha intentado mantener el lenguaje lo más simple posible para que su lectura no ofrezca dificultad.

Las instrucciones para la administración del cuestionario R-(ATS) en este caso, serán leídas y contestadas por el correspondiente enfermero que leerá lo siguiente y/o lo oirá: "Se encontrará con un número de definiciones en esta lista que describen diferentes tipos de comportamiento y de humor. Incluyen los síntomas que, algunas veces, muestran las personas que han estado en el hospital. Por favor, fíjese en cada una de ellas e indique cómo piensa Usted que se ha comportado el paciente en las últimas semanas. Hay 4 respuestas posibles para cada definición:

a- Si, en su opinión, el paciente nunca hace esto o únicamente en contadas ocasiones, entonces marque la casilla (1).

b- Si el paciente algunas veces se comporta así pero no con demasiada frecuencia, marque la casilla (2).

c- Si el paciente lo hace con frecuencia, marque la casilla (3).

d- Marque la casilla (4) si la definición describiera _____ o su comportamiento siempre o prácticamente, siempre.
Por ejemplo, en la definición que dice "duerme mal", si algunas veces le preocupa, entonces marque la casilla (2).
Si, dentro de lo que usted sabe, el paciente nunca o casi nunca tiene dificultades en conciliar el sueño, entonces marque la casilla (1).
No invierta demasiado tiempo en cada una de estas definiciones pero compruebe de que se fija en cada pregunta". [92]

Se ha comprobado, al devolver el cuestionario el ATS o enfermero, que todos los ítems hayan sido cumplimentados.

## 8.2 DESCRIPCION DE CADA UNA DE LAS MUESTRAS DE LA POBLACION ESQUIZOFRENICA DE BARCELONA

La realización de este trabajo, que pretende considerar fundamentalmente si, a través de la prueba de psicodiagnóstico del Rorschach, aplicada a sujetos diagnosticados de esquizofrenia, puede corroborarse el diagnóstico psiquiátrico efectuado por RDC, requiere la utilización de diferentes muestras.

8.2.1 Una muestra formada por 30 pacientes, considerados en su día esquizofrénicos y ahora, diagnosticados según los criterios del RDC, confirmados en esta condición.

Se trata de enfermos de larga estancia en el hospital, con indicios importantes de esquizofrenia, presentes de forma más o menos contínua durante los dos últimos años como mínimo. Esta sintomatología coincide con los criterios establecidos en el RDC para la definición de esquizofrenia crónica. Van a ser citados como crónicos.

8.2.2 Una nuestra constituída por 30 pacientes esquizofrénicos durante una fase activa de le enfermedad que, normalmente coincide con los criterios de enfermedad presente y definida de esquizofrenia establecidos en el RDC.

Se trata de enfermos de corta estancia en el hospital, sin tener en cuenta la evolución de la enfermedad que, en esta muestra, corresponde a diferentes subtipos de períodos de esquizofrenia presentes con exacerbación aguda.

Los síntomas que han determinado la selección de este grupo de pacientes coinciden con los criterios establecidos en el RDC para la definición de esquizofrenia aguda: Enfermos con indicios importantes de esquizofrenia durante menos de tres meses. Serán citados como "agudos".

A principios de 1980 se forjó este proyecto, fraguado en el Sede de la Sociedad E. del Rorschach y M. Proyectivos, a raíz de los cursos impartidos por el profesor Exner Jr. en Barcelona. Esta muestra incluye a 60 pacientes adultos 30 crónicos y 30 agudos procedentes de 3 clínicas de la provincia de Barcelona, que por dos vías diferentes, más que independientes complementarias, han sido considerados esquizofrénicos. Sus edades están comprendidas entre 18 y 44 años, sin lobotomías. No intoxicados por anfetaminas u otras drogas; de un nivel cultural medio-bajo; cuyo nivel de aprendizaje abarca en su mayoría los estudios primarios y con un diagnóstico clínico de esquizofrenia.

Todo lo referente al tiempo de estancia, hasta la aplicación del test, depende de cada muestra y se especificará más adelante así como el tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento farmacológico y antecendentes psiquiátricos familiares.

8.2.1 La muestra de esquizofrénicos "crónicos" está formada por 30 pacientes considerados en su día esquizofrénicos y que ahora han sido diagnosticados en base a los criterios establecidos en el RDC para el diagnóstico de Desórdenes de esquizofrenia y, por tanto, confirmados en esta condición[68].

Basándonos en el criterio que para el diagnóstico de esquizofrenia ofrece el RDC, estos 30 sujetos han sido seleccionados por poseer indicios importantes del síndrome, presentes durante los dos últimos años como mínimo, especialmente los que cita el manual del RDC, en el apartado -8- de criterios para el diagnóstico: "Casos definidos de notorio transtorno de pensamiento formal acompañado por afectos inapropiados o embotados, delirios o alucinaciones de cualquier tipo o conductas fuertemente desorganizadas".[68]

De este grupo de 30 pacientes diagnosticados de esquizofrenia en un curso crónico, 20 pertenecen al subtipo Paranoide; 4 al Hebefrénico; 5 al subtipo de esquizofrenia Residual y 1 al de Esquizofrenia Simple.

El tiempo de evolución de estos sujetos abarca un período de tres hasta treinta años. El tiempo transcurrido hasta el momento de la pasación de la prueba comprende un período que va desde los cinco meses de estancia en la clínica hasta los veintiún años de residencia en la misma. El nivel cultural de los sujetos es variado, diecinueve de ellos posee estudios primarios; tres, sólo cursos de Primaria; tres son analfabetos; otros tres llegaron a COU, y dos de ellos, además de los primarios tienen estudios técnicos de electrónica y contabilidad. Los treinta son solteros y sin esperanzas de relación de pareja. Dieciocho

son oriundos de quince provincias españolas, correspondiendo doce a Barcelona y su provincia, dos a cada una de las provincias de: Lérida, Zaragoza, Badajoz y Sevilla y uno a cada una de las siguientes: Teruel, Huesca, Valencia, Burgos, Segovia, Toledo, Granada, Málaga, Cádiz y Córdoba. Poseen antecendentes familiares conocidos, quince de ellos, tres no poseen antecedentes de ningún tipo y para 10 de ellos no se puede hablar con seguridad de estos datos.

8.2.2 La muestra de esquizofrénicos "agudos" está constituída por 30 pacientes durante una fase activa de la enfermedad, que normalmente coincide con los criterios de Esquizofrenia Definida o Presente del RDC [68].

Durante esta fase activa de enfermedad, presente en todos ellos, han acusado síntomas psicóticos destacables. Revisando el diagnóstico de esquizofrenia presentado en el Manual RDC los síntomas predominantes han sido los siguientes:

1- Básicamnente los que comprende el apartado -8- de la clasificación, que engloba a varios de ellos: En un 100%
   -8- Casos definidos de notorio trastorno de pensamiento formal acompañado por afectos inapropiados o embotados, delirios o alucinaciones de cualquier tipo o conductas fuertemente desorganizadas.
   -2- Delirios de ser controlado, otros delirios bizarros o delirios múltiples en un 93%.
   -3- Delirios somáticos, grandiosos, religiosos, nihilistas u otros delirios sin contenidos persecutorios o de celos con una duración mínima de una semana, en un 33,33% de los casos.
   -4- Cualquier tipo de delirios si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones con una duración mínima de una semana, en un 13.33%.
   -5- Alucinaciones auditivas.. 6.66%
   -6- Alucinaciones verbales.. 10%.
   -7- Cualquier tipo de alucinación a lo largo del día 100%.

Según los subtipos basados en la fenomenología del período actual esquizofrénico: Paranoide, Desorganizado, Catatónico, Indiferenciado y Residual, 28 de estos sujetos están diagnosticados de Esquizofrenia paranoide, con predominio de: a/ Delirios de persecución, seguido de b/ Alucinaciones con contenidos persecutorios, o de grandeza, seguidos por c/ Delirios de celos y d/ Delirios de grandeza.

Según esta última fenomenología del período actual, uno de ellos pertenece al subtipo de: Esquizofrenia Catatónica Subaguda, y otro al de: Esquizofrenia Hebefrénica Crónica.

De los 28 sujetos diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide, 16 lo son de Esquizofrenia Aguda y correlacionan especialmente con los sujetos que padecen los primeros brotes, por tanto los primeros síntomas del síndrome. Dos, esquizofrenia Paranoide Subaguda, tres, Esquizofrenia Paranoide Subcrónica y nueve de ellos, Esquizofrenia Paranoide Crónica.

Todos los sujetos de esta muestra pertenecen a un medio socio-económico bajo. Diecinueve tiene estudios primarios; cinco, ha cursado, además, desde dos años de Bachillerato hasta el Bachillerato Elemental completo, uno ha llegado hasta COU, otro es maestro de EGB, dos son empleados de banco y dos son analfabetos.

Respecto a su estado civil, veinticuatro de ellos son solteros, cuatro casados, uno divorciado y otro separado.

En cuanto a su procedencia, ocho son naturales de Barcelona capital y dos de la provincia. Los diecinueve restantes son oriundos de trece provincias españolas aun - que ellos o sus familias vivan en Barcelona o alrededores.

Poseen antecedentes familiares cinco de ellos (padres y tíos), tres son hijos de padres separados o desconocidos, 8 de ellos no tienen ningún familiar enfermo. El resto no tiene o ha sido difícil, imposible, obtener más datos al respecto.

Se trata de 30 sujetos varones, cuya [illegible] edad oscila entre 19 y 44 años. El hecho de que las edades se sitúen entre estos límites se debe a la creencia, com - probada por algunos, de que la mayoría de los primeros brotes y siguientes, salvo algunas excepciones ( en niños de 3-4 años o 12 ), se dan hacia los 18 años ( H.Ey y otros ) [33]. El tope de edad de 44 años pretende evitar las conse - cuencias inherentes al decrecer de las facultades y/o la interferencia de otros cuadros o tipos de dolencia que podría repercutir en la validez de este estudio. El intervalo es suficientemente grande como para abarcar un abanico de posibilidades que, justificadas desde el punto de vista clínico y del Rorschach, no restringe las posibilidades de estudio del mismo.

Todos los sujetos fueron entrevistados durante la primera semana de admisión, concediéndoles un primer diagnóstico. Posteriormente, se les aplicó los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia incluídos en el RDC.

La prueba del Rorschach se pasó entre los 10 y 20 días de su estancia en la clínica. La examinadora y "jueces" del Rorschach han registrado y clasificado estos 60 protocolos siguiendo las normas utilizadas en "The Rorschach: A Comprehensive System, J.Exner Jr. 1974"[28].

8.2.3 Selección de los enfermos

La muestra se ha seleccionado teniendo como punto de partida la sintomatología del paciente esquizofrénico agudo y crónico.

Para la selección del grupo de pacientes "agudos" y "crónicos" los síntomas que han determinado su selección coinciden con los requeridos para el criterio establecido en el RDC de esquizofrenia[35, 68].

La muestra de "agudos" se ha escogido según han llegado los enfermos a la consulta con estas características ya descritas hasta que hemos obtenido un grupo de 30 sujetos. Se inició a finales del 80 recogiéndose el protocolo nº 30 en Mayo de 1982.

Una variable no relevante sería el número de recaídas (importante como factor de sesgo), no influyente en la determinación del objetivo.

El uso de tres vías para la realización de este estudio: RDC, Rorschach y KAS asegura y favorece el diagnóstico diferencial de esquizofrenia y/o su diferenciación de otros cuadros diagnósticos. Aún así, pensamos que no ha habido efectos reactivos.

El RDC se aplicó sobre entrevistas ya realizadas. Sólo el Rorschach y el KAS han supuesto la intervención directa del sujeto, pudiéndonos referir a aspectos observados en Rorschach y corroborados en la conducta observable.

De acuerdo con un argumento de Weiner (1966,1971), ~~según el cual~~, el uso más adecuado del Rorschach para la diferenciación de la esquizofrenia procede de un modelo conceptual (Exner, 1974, 1978..), la utilización del Rorschach sugiere que antes hayan sido confirmados los sujetos en esta condición , teniendo en cuenta cuáles de sus elementos representan mejor estas características [28] .

Según esto, antes de la pasación del Rorschach, todos los sujetos fueron seleccionados según los criterios establecidos para este fin en el RDC.

## 9- RESUMEN DE LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LOS 30 PACIENTES CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS"

# 9. RESUMEN DE LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LOS 30 PACIENTES SELECCIONADOS Y CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS" SEGUN LOS CRITERIOS DEL R.D.C.

## 9.1 INFORME CLINICO Y SOCIAL

## 9.2 SECUENCIA DE LAS VALORACIONES

## 9.3 RESUMEN ESTRUCTURAL

10.A MEDIAS DE LOCALIZACIONES, DETERMINANTES Y CONTENIDOS ASI COMO DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL (DE LA PRUEBA DEL PSICODIAGNOSTICO DEL RORSCHACH), DES - VIACIONES TIPO, Y FRECUENCIAS PARA UN GRUPO DE 30 SUJETOS SELECCIONADOS Y CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS CRONICOS, EN BASE A LOS CRITERIOS DEL R.D.C.

TABLA 2.

| ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN | ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R | 17.47 | 8.70 | 30 | 46.00 | 10.00 | Art | 0.30 | 0.70 | 6 | 3.00 | 0.00 |
| W | 6.70 | 3.25 | 30 | 15.00 | 2.00 | Ay | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| D | 8.93 | 7.24 | 28 | 29.00 | 0.00 | Bl | 0.20 | 0.76 | 3 | 4.00 | 0.00 |
| Dd | 1.77 | 2.65 | 19 | 13.00 | 0.00 | Bt | 0.70 | 1.39 | 11 | 7.00 | 0.00 |
| S | 1.43 | 1.61 | 21 | 7.00 | 0.00 | Cs | 0.40 | 0.86 | 8 | 4.00 | 0.00 |
| DQ:+ | 1.80 | 2.01 | 21 | 7.00 | 0.00 | Cl | 0.23 | 0.50 | 6 | 2.00 | 0.00 |
| DQ:o | 7.10 | 6.53 | 29 | 30.00 | 0.00 | Ex | 0.07 | 0.25 | 2 | 1.00 | 0.00 |
| DQ:v | 2.43 | 2.60 | 22 | 9.00 | 0.00 | Fi | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| DQ:- | 6.03 | 3.44 | 30 | 16.00 | 1.00 | Fd | 0.13 | 0.35 | 4 | 1.00 | 0.00 |
| DQ:/ | 0.13 | 0.43 | 3 | 2.00 | 0.00 | Ge | 0.60 | 1.10 | 9 | 4.00 | 0.00 |
| DQ:* | 0.70 | 1.37 | 9 | 5.00 | 0.00 | Hh | 0.07 | 0.25 | 2 | 1.00 | 0.00 |
| FQx:+ | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | Ls | 0.30 | 0.88 | 4 | 4.00 | 0.00 |
| FQx:o | 7.83 | 5.61 | 28 | 25.00 | 0.00 | Na | 0.13 | 0.35 | 4 | 1.00 | 0.00 |
| FQx:w | 2.43 | 3.02 | 24 | 15.00 | 0.00 | Sx | 0.63 | 1.10 | 11 | 4.00 | 0.00 |
| FQx:- | 6.43 | 3.47 | 30 | 17.00 | 1.00 | Xy | 0.03 | 0.18 | 1 | 1.00 | 0.00 |
| FQxno | 0.77 | 1.41 | 12 | 5.00 | 0.00 | Idio | 1.70 | 3.02 | 17 | 14.00 | 0.00 |
| FQf:+ | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | Sui-C | 4.40 | 1.52 | 30 | 8.00 | 1.00 |
| FQf:o | 5.00 | 3.70 | 27 | 18.00 | 0.00 | P | 3.40 | 2.14 | 28 | 8.00 | 0.00 |
| FQf:w | 1.80 | 2.31 | 22 | 12.00 | 0.00 | Zf | 8.37 | 3.61 | 30 | 20.00 | 3.00 |
| FQf:- | 4.60 | 3.16 | 30 | 17.00 | 1.00 | ZSum | 24.32 | 12.64 | 30 | 65.00 | 4.50 |
| MQu:+ | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | Zd | -0.97 | 3.43 | 29 | 5.50 | -9.00 |
| MQu:o | 1.07 | 1.28 | 19 | 5.00 | 0.00 | EA | 3.65 | 3.81 | 25 | 19.50 | 0.00 |
| MQu:w | 0.20 | 0.48 | 5 | 2.00 | 0.00 | ep | 3.30 | 3.73 | 27 | 18.00 | 0.00 |
| MQu:- | 0.63 | 1.52 | 8* | 7.00 | 0.00 | Blend | 0.83 | 1.60 | 12 | 8.00 | 0.00 |
| MQnon | 0.03 | 0.18 | 1 | 1.00 | 0.00 | ColSh | 0.27 | 0.94 | 4 | 5.00 | 0.00 |
| M | 1.93 | 2.32 | 21 | 10.00 | 0.00 | activ | 2.53 | 3.21 | 21 | 15.00 | 0.00 |
| FM | 1.33 | 1.79 | 18 | 6.00 | 0.00 | Passv | 1.20 | 1.97 | 16 | 10.00 | 0.00 |
| m | 0.47 | 0.78 | 10 | 3.00 | 0.00 | Mact | 1.30 | 1.76 | 17 | 8.00 | 0.00 |
| FM+m | 1.80 | 2.30 | 21 | 8.00 | 0.00 | Mpass | 0.63 | 1.07 | 10 | 4.00 | 0.00 |
| FC | 0.60 | 0.81 | 13 | 3.00 | 0.00 | L | 3.64* | 3.93 | 30 | 18.00 | 0.37 |
| CF | 0.47 | 0.97 | 8 | 4.00 | 0.00 | F+ | 0.43 | 0.21 | 27 | 0.82 | 0.00 |
| C+Cn | 0.63 | 1.22 | 9 | 5.00 | 0.00 | X+ | 0.43 | 0.20 | 28 | 0.74 | 0.00 |
| SumC | 1.70 | 2.04 | 20 | 9.00 | 0.00 | A% | 0.40 | 0.23 | 29 | 1.00 | 0.00 |
| WSumC | 1.72 | 2.36 | 20 | 9.50 | 0.00 | Afr | 0.47 | 0.14 | 30 | 0.90 | 0.25 |
| SumC´ | 0.67 | 1.09 | 11* | 4.00 | 0.00 | Eso | 0.24 | 0.16 | 29 | 0.62 | 0.00 |
| Sum T | 0.17 | 0.59 | 3 | 3.00 | 0.00 | Cont | 6.53 | 4.28 | 30 | 22.00 | 1.00 |
| Sum V | 0.03 | 0.18 | 1 | 1.00 | 0.00 | H+Hd | 3.20 | 2.14 | 27 | 7.00 | 0.00 |
| Sum Y | 0.63 | 1.22 | 11 | 6.00 | 0.00 | A+Ad | 7.20 | 5.10 | 29 | 20.00 | 0.00 |
| S.Shd | 1.50 | 2.11 | 20 | 10.00 | 0.00 | (HHd) | 0.87 | 1.04 | 15 | 3.00 | 0.00 |

| ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN | ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fr+rf | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | (AAd) | 0.10 | 0.40 | 2 | 2.00 | 0.00 |
| FD | 0.03 | 0.18 | 1 | 1.00 | 0.00 | H+A | 7.87 | 5.21 | 29 | 22.00 | 0.00 |
| F | 11.40 | 6.06 | 30 | 35.00 | 4.00 | Hd+Ad | 2.53 | 1.96 | 25 | 6.00 | 0.00 |
| Pair | 4.60 | 4.12 | 29 | 16.00 | 0.00 | XRTCh | 0.31 | 1.17 | 2 | 4.80 | 0.00 |
| PureH | 1.37 | 1.35 | 19 | 4.00 | 0.00 | XRTAc | 0.28 | 1.08 | 2 | 4.80 | 0.00 |
| (H) | 0.77 | 0.97 | 14 | 3.00 | 0.00 | S.5SS | 9.00 | 6.75 | 30 | 34.00 | 1.00 |
| Hd | 0.97 | 1.03 | 19 | 4.00 | 0.00 | PER | 0.90 | 1.18 | 14 | 4.00 | 0.00 |
| (Hd) | 0.10 | 0.40 | 2 | 2.00 | 0.00 | PSV | 0.23 | 0.57 | 5 | 2.00 | 0.00 |
| A | 5.70 | 4.28 | 28 | 18.00 | 0.00 | DV | 3.90 | 3.35 | 25 | 14.00 | 0.00 |
| (A) | 0.03 | 0.18 | 1 | 1.00 | 0.00 | INCOM | 1.83 | 1.53 | 23 | 7.00 | 0.00 |
| Ad | 1.40 | 1.63 | 18 | 5.00 | 0.00 | FABCM | 1.63 | 2.17 | 18 | 9.00 | 0.00 |
| (Ad) | 0.07 | 0.37 | 1 | 2.00 | 0.00 | CONTM | 0.67 | 1.40 | 9 | 6.00 | 0.00 |
| Ab | 0.07 | 0.25 | 2 | 1.00 | 0.00 | ALOG | 0.97 | 1.45 | 12 | 5.00 | 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 | 2.11 | 16 | 9.00 | 0.00 | VU | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| Art | 0.30 | 0.70 | 6 | 3.00 | 0.00 | MOR | 1.33 | 2.07 | 12* | 7.00 | 0.00 |

10.B HOJA DEL RESUMEN ESTRUCTURAL QUE CONTIENE LAS MEDIAS DE LOCALIZACIONES, DETERMINANTES, CONTENIDOS ASI COMO DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL DE ESTE GRUPO DE PACIENTES CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS".

Se intenta, con ello, reflejar más claramente estas proporciones para un análisis cuantitativo-cualitativo.

# STRUCTURAL SUMMARY

R = 17.47 Zf = 8.37 ZSum = P = 3.40 (2) = 4.60

**Location Features**

| | | DQ | |
|---|---|---|---|
| W | = 6.70 | + | = 1.80 |
| D | = 8.93 | o | = 7.10 |
| Dd | = 1.77 | v | = 2.43 |
| S | = 1.43 | — | = 6.03 |
| DW | = | | |

**Form Quality**

| FQx | | FQf | |
|---|---|---|---|
| + | = 0.00 | + | = 0.00 |
| o | = 7.83 | o | = 5.00 |
| w | = 2,43 | w | = 1.80 |
| — | = 6.43 | — | = 4.60 |

**M Quality**

| | |
|---|---|
| + | = 0.00 |
| o | = 1.07 |
| w | = 0.20 |
| — | = 0.63 |

**Determinants (Blends First)**

| | |
|---|---|
| M | =1.93 |
| FM | =1.33 |
| m | =0.47 |
| $CF_n$ | =0.63 |
| CF | =0.47 |
| FC | =0.60 |
| C' | =0.67 |
| C' F | = |
| FC' | = |
| T | =0.17 |
| TF | = |
| FT | = |
| V | =0.03 |
| VF | = |
| FV | = |
| Y | =0.63 |
| YF | = |
| FY | = |
| rF | = |
| Fr | =0.00 |
| FD | =0.03 |
| F | =11.40 |

**Contents**

| | | | |
|---|---|---|---|
| H | =1.37 | Bl | =0.20 |
| (H) | =0.77 | Bt | =0.70 |
| Hd | =0.97 | Cg | =0.40 |
| (Hd) | =0.10 | Cl | =0.23 |
| A | =5.70 | Ex | =0.07 |
| (A) | =0.03 | Fi | =0.00 |
| Ad | =1.40 | Fd | =0.13 |
| (Ad) | =0.07 | Go | =0.60 |
| Ab | =0.07 | Hh | =0.07 |
| Al | =0.00 | Ls | =0.30 |
| An | =1.43 | Na | =0.13 |
| Art | =0.30 | Sx | =0.63 |
| Ay | =0.00 | Xy | =0.03 |

**Contents (Idiographic)**

.....
.....70
.....
.....✓
.....
.....
.....
.....
.....

**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 4.40 | L = <35 o' > 12 | |

**Special Scorings**

| | |
|---|---|
| PER | =0.90 |
| PSV | =0.23 |
| DV | =3.90 |
| INCOM | =1.83 |
| FABCOM | =1.63 |
| CONTAM | =0.67 |
| ALOG | =0.97 |
| MOR | =1.33 |

## RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ZSum-Zest | = 24.32-25.29 | FC:CF+C | =0.60:1.10 | Afr | =.47 |
| Zd | = -0.97 | W:M | =6.70:1.93 | 3r+(2)/R | = .24 |
| EB | = 1.93:1.72 EA = 3.65 | W:D | =6.70:8.93 | Cont:R | =6.53:17.4 |
| eb | = 1.80:1.50 ep = 3.30 | L | = 3.64 | H+Hd:A+Ad | =3.20:7.2( |
| Blend:R | = 0.83:17.47 | F+% | = 43% | H+A:Hd+Ad | =7.87:2.5 |
| | | | | (H)+(Hd):(A)+(Ad) | =0.87:0.1( |
| a:p | = 2.53:1.20 | X+% | = 43% | XRT Achrom | =0.28 |
| Ma:Mp | = 1.30:0.63 | A% | = 40% | XRT Chrom | =0.31 |

## 11- ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL EN LA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS"

## 11- ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL, EN LA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS"

### 11.1 ACTIVIDAD ORGANIZATIVA: (Zf) (Zd)

La $\bar{x}$ de Zf se sitúa dentro de la media esperada, sin embargo, revisando las Zf de los 30 sujetos de esta muestra, observamos que el 36% obtiene una Zf dentro de la norma. Un aproximadamente 17% una Zf alta; alrededor del 47% ofrece una Zf baja, pudiéndose relacionar con limitaciones intelectuales o con la dificultad o la falta de precisión para organizar su campo de estímulos. Una Zf alta puede ser el resultado de un esfuerzo intelectual y/o podría traducir la necesidad de organizar el campo de estímulos con gran cuidado y precisión.

Zd como grupo obtiene una $\bar{x}$= -0.97 que cae dentro de los valores registrados por los adultos no pacientes, y analizando los resultados individuales comprobamos que el aproximadamente 67% obtiene valores que van de +3.0 a -3.0; el casi 7% registra una Zd que sobrepasa +3.0 coincidiendo con los resultados de niños y adultos que presentan rasgos obsesivos (Exner, 1976), el 30% obtiene puntuaciones Zd que exceden -3.0 indicándonos la existencia de alguna disfunción cognitiva o la existencia de ansiedad, depresión y regresión conceptual.

### 11.2 FENOMENOS ESPECIALES

La media ($\bar{x}$) del grupo ofrece más de 4 fenómenos

especiales, hecho que nos indicaría la existencia de trastornos de pensamiento y cumple uno de los 5 signos Exner de esquizofrenia. Revisando la distribución (véase en pag.527 ), observamos que 9 de los 30 protocolos presentan, al menos, una CONTAM; 18 cuenta con una FABCOM por lo menos; 13 tiene ALOG; 21 sujetos poseen DV+INCOM; 25 sujetos poseen DV; 12 de estos protocolos contienen MOR.

Salvo el paciente nº9 que posee 4 fenómenos especiales (1 DV, 2 INCOM y 1 ALOG), el paciente nº13 que tiene 3 (2 PSV y 1 CONTAM) y el nº 21 casi 4 fenómenos especiales ( 3 DV y una tendencia a FABCOM), el resto presentan como mínimo desde 5 hasta un total de 41 fenómenos especiales, lo que de nuevo refuerza la validez de este signo del Sistema Comprensivo.

## 11.3 EB Y LA RELACION EA:ep

En base a esta proporción, 6 sujetos son extratensivos; 7 son intratensivos y 19 son ambiguales de los que 5 presentan cero a ambos lados de la proporción.

Del casi 64% pensamos que son sujetos coartaticos, sin un estilo definido de respuesta.

Una revisión de los datos del cuadrilátero refleja que, en el casi 47% de los casos, EA es superior a ep, pudiendo estos sujetos utilizar sus recursos de forma deliberada, sin que ello signifique un determinado "ajuste psicológico". Además este hecho señala la "estabilización" de su situación psicológica.

* El subrayado es mío.

El 30% de los sujetos posee ep mayor que EA, sugiriéndonos que tienen menor tolerancia a la frustración así como comportamientos posiblemente más impulsivos o inmaduros.

Aproximadamente, el 27% presenta un ep=EA y de estos, un 25% ep y EA son iguales a cero, tendiendo todo el protocolo a ofrecernos una muestra de su constricción.

11.4 EXPERIENCIA BASE eb= FM+m : C'+T+V+Y

En general, responden a necesidades básicas y/o de tensión antes que a estímulos dolorosos. FM+m es mayor que la Suma de claroscuro en casi un 47%. La suma de claroscuro es mayor que FM+m aproximadamente en un 27% y ambas proporciones son iguales en casi el 27%, de donde el 50% se trata de sujetos con un FM+m: Suma de claroscuro de 0=0, que reflejaría una extinción de sus necesidades. Del 47%, donde FM+m es mayor que la suma de claroscuro, apreciamos un aumento de FM, o FM como único término de la proporción en todas las respuestas de estos 14 protocolos, frente a sólo un casi 36% donde parece que m tuviese primacía.

En el primer caso (preponderancia de FM) estaría relacionado con una sobrecarga de estados de necesidad y con el deseo de una pronta gratificación de necesidades básicas.

En el caso de que predomine m en la proporción (36%), reflejaría la tensión y malestar producidos por la

imposibilidad de conseguir una relación estable con su medio así como la posibilidad de llevar al sujeto a la desorganización y desintegración. Si el lado izquierdo del eb es igual a cero o muy bajo, nos indicaría su falta de adaptación y/o una casi extinción de las necesidades del sujeto.

Referente a la suma de claroscuro, la frecuencia más alta corresponde al determinante C' ($\bar{x}$=0.67), que traduciría el grado de su constricción emocional; seguido muy de cerca por el determinante y ($\bar{x}$=0.63), índice de su indefensión. A mucha mayor distancia se encuentra la suma T ($\bar{x}$=0.17), reflejo de su necesidad de contacto afectivo, así como de dificultades en torno al contacto afectivo o a la privación del afecto. Finalmente, el determinante vista, ($\bar{x}$ de V=0.03) nos indica la experiencia emocional de tipo interno, introspectivo,negativo, doloroso y asociado a la depresión.

De aquí deducimos la preponderancia de sufrimiento, indefensión y/o inhibición que puede ir acompañada de ansiedad, índice de experiencias emocionales penosas. La búsqueda de necesidades afectivas y un tipo de introspección dolorosa aparece más en segundo término.

## 11.5 LA PROPORCION FC:CF+C

En esta proporción CF+C es mayor que FC en un casi 37% de los casos. En un casi 24% FC es mayor que CF+C. En el 40% FC=CF+C y de estos, 12 casos, en el 84%, la proporción es igual a cero. No obstante, aún en los protocolos donde FC > CF+C o ambos iguales, reflejan Lambda alto o

muy alto, A% alto o muy bajo, presencia de An, y en menor proporción: FM+m > que M y ep > EA

| | CF+C > FC | FC > CF+C | CF+C=FC |
|---|---|---|---|
| Lambda alto o muy alto | 82% | 84% | 100% |
| ep > EA | 18% | 30% | 50% |
| FM+ m > M | 46% | 34% | 34% |
| A% alto | 55% | 64% | 75% |
| Presencia de An. | 36% | 50% | 50% |

Del análisis de estos datos deducimos que se trata de sujetos descontrolados. Incluso, cuando aparentemente reflejan mayor control emocional (FC > CF+C), comprobamos que no es así, puesto que este "control" aparece disociado, negado o camuflado. Lo mismo ocurre en la proporción CF+C=FC, donde la falta de control es todavía mayor.

## 11.6 LAMBDA

La $\bar{x}$=3.64 nos indica la tendencia del grupo a simplificar sus experiencias, a distanciarse y a disociar o negar. Hecho que además indica la posibilidad de actuación.

De estos 30 sujetos, 25 (84%), presentan un Lambda alto o muy alto, sugiriéndonos una actitud insegura y temerosa ante la posibilidad de verse envuelto en estímulos excesivos. Alrededor del 14% tiene un Lambda bajo que representaría la posibilidad de quedar atrapado por la complejidad del estímulo. Sólo un sujeto (→4%) ofrece un Lambda dentro de la norma .

En esta muestra, a un Lambda alto se ha unido m en un 17%; m e y, en el mismo protocolo. Podemos decir que m está relacionada con el aspecto ideacional provocado por el stress e y está vinculada con la parte afectiva paralizada por los efectos del stress.

Si a la posibilidad de actuación que representa Lambda se unen m e Y, el sujeto siente que no tiene ningún control sobre la situación, pudiendo dar en este caso, una respuesta descontrolada al medio.

11.7 W:M

La $\bar{x}$ de este grupo sobrepasa la proporción 5:1, hecho que sugiere que las aspiraciones del grupo exceden, en gran manera, a su posibilidad de realizarlas y a sus posibilidades creativas, además de indicarnos su omnipotencia.

11.8 W:D

La $\bar{x}$ obtenida por este grupo de pacientes no alcanza la proporción 1:2. Sin embargo, aún cuando tiende al crecimiento del lado derecho, es decir hacia un aumento de

respuestas D, no ven facilmente lo obvio y tienden más a esforzarse en las respuestas globales.

11.9 X+%

La $\bar{x}$ de respuestas F+ y X+% es 43%. Resultados inferiores a .70, que indican la presencia de patología grave, traducida en una distorsión de la realidad, en la que tanto el juicio del sujeto como su control de la realidad serían dudosos (Fiske y Baughman). Es otro de los 5 signos de esquizofrenia según Exner. Se ha perdido la precisión perceptual y su consecuencia es la falta de control y contacto con la realidad.

11.10 LA CALIDAD FORMAL: F Qx-> F Qxw

En esta muestra, el número de respuestas de nivel formal menos (FQx-) es mayor que el número de respuestas de nivel formal débil (FQxw) en un →84%, otra de las variables relacionadas con la esquizofrenia, según Exner. Este hecho nos sugiere la pérdida de precisión perceptiva y su relación con el descontrol y contacto con la realidad.

11.11 A%

Los resultados entran dentro de la $\bar{x}$ esperada, centrada entre 35% y 45%. Sin embargo, revisando cada caso individual, observamos un A% elevado o muy elevado en el 50% de los protocolos. En un 20%, sus resultados estarían ubicados dentro de la $\bar{x}$ de no pacientes y un A% bajo o muy bajo en el aproximadamente 37% de los casos, indicando una personalidad más idiográfica, que percibe el mundo de una

* El subrayado es mío.

forma más personal (Draguns, Haley y Philips, 1967). En el caso de A% elevado reflejaría, según Klopfer y Beck, limitaciones intelectuales o perturbaciones emocionales, además de estereotipia del pensamiento, o confusión, cuando la información procedente del medio es variada (Draguns y otros).

## 11.12 LA PROPORCION AFECTIVA (AFR)

La $\bar{x}$ es .47 y como primer dato interesante, mostraría la tendencia de no querer enterarse de los estímulos con carga emocional, así como de una baja responsividad ante ellos. No desean enterarse de los afectos, que podrían descontrolarlo (CF+C > que FC). En este caso, tanto AFR bajo como Lambda alto coincidirían con el deseo de evitar las complejidades del estímulo.

Relacionando AFR con Lambda y la proporción Afectiva, según la distribución obtenida en la muestra:

| AFR bajo o muy bajo | Lambda alto o muy alto | Lambda bajo | FC>CF+C | CF+C>FC | FC=CF+C |
|---|---|---|---|---|---|
| 84% | 64% | 7% | 24% | 30% | 30% |
| AFR alto | Lambda alto | | | CF+C>FC | |
| 4% | 4% | | | 4% | |
| AFR normal | Lambda alto | | | CF+C>FC | FC=CF+C |
| 14% | 17% | | | 7% | 7% |

Observando este cuadro vemos que 25 casos (→84%) con un AFR por debajo de .61 (2), .60 (2) y muy bajos, correlacionan con un Lambda alto o muy alto en 19 de los casos (→ 64%) y con un Lambda bajo en 2 de los casos ( →7%).

A su vez AFR bajo o muy bajo (84%) correlaciona con una proporción afectiva de la siguiente forma: De estos 25 casos, 9 (30%) poseen un CF+C > FC; y 9 (30%),FC=CF+C; mientras que en 7 de los casos, (→ 24%) FC > CF+C.

Un caso de AFR alto correlaciona com Lambda alto y CF+C > que FC.

Y para los sujetos que presentan AFR normal, dentro de los márgenes, $\bar{x}$= .82 y un DT=0.3, que constituyen alrededor del 14% poseen todos ellos Lambda alto y una proporción FC:CF+C, con dos sujetos cuyo CF+C > FC y otros dos cuyos términos son iguales.

Esto nos indicaría, en el caso de AFR alto, con Lambda alto y FC > CF+C, la tendencia a procesar estímulos emocionales. Hecho que puede generar una sobrecarga, de la que se defenderían con un excesivo control.

Si, en lugar del control emocional anterior, nos encontramos en idénticas circusntancias pero con CF+C > FC, pensaríamos que se trata de sujetos que tienden a ser receptivos a pesar de la posibilidad de quedar envueltos en su propio descontrol.

Cuando a AFR bajo se unen Lambda bajo y FC > CF+C significa el intento de evitar estímulos con connotaciones

emocionales, no pudiéndose permitir una buena interacción con su medio ambiente, del que probablemente se han aislado.

11.13 INDICE DE EGOCENTRICIDAD: 3R+(2)/R

La $\bar{x}$= .24. Tampoco en esta proporción aparecen respuestas de reflejo (Fr o rF), sin embargo, nos ofrece datos sobre la baja auto-evaluación de este grupo.

De los 30 sujetos de esta muestra, 19 (→64%) tiene un índice de egocentricidad inferior a .30; 6 (20%) superior a .40 y el resto (→17%) obtienen resultados entre .30 y .40. Cuando la proporción es muy alta, superior al 40% representa una valoración excesiva de sí mismo,usualmente a expensas de los demás y/o de los valores del mundo exterior. Si la proporción es inferior al 30% refleja una baja autoevaluación [28].

Respecto a los 11 índices de la constelación de suicidio, sólo uno de los sujetos llega a obtener puntuación en 7 de los signos, los restantes, 6 signos y menos.

De los elementos nucleares y críticos, que indicarían una predisposición a la depresión: Respuestas de vista (V); mezcla de color (C y C'); índice de egocentricidad bajo; lado derecho del eb, alto; respuestas MOR; y más de 2 C', comprobamos que 10 de estos 19 sujetos con índice de egocentricidad bajo o muy bajo, poseen estos signos, por lo que podemos deducir que están deprimidos; 8 de ellos presentan algunos índices pero no, en número suficiente, para confirmar su depresión, otros 3 sujetos, por la mayoría de

signos presentados, nos hacen pensar que se hallan muy cerca de una depresión.

## 11.14 LA PROPORCION a:p ; $M^a$:$M^p$

De este conjunto de 30 pacientes internados, el 60% presenta "flexibilidad" en su ideación; aproximadamente, el 24% ofrece rigidez cognitiva y en un casi 17%, la proporción es igual a cero. De este 60% con aparente "flexibilidad", el 20% tiende a la pasividad.

Manipulando las m, obtenemos que el 57% de estos 7 protocolos que contienen, al menos, una m, continúan siendo rígidos después de dicha manipulación; el 43% permanecería "flexible", sólo el 15% pasaría a constituir una proporción de cero en la proporción a:p. Con lo cual, sería esta la última la única variación propiamente dicha después de esta operación. Habríamos reducido la ansiedad situacional no demasiado alta en esta muestra.

Revisando la proporción $M^a$:$M^p$, aproximadamente el 47% tiene $M^a$ mayor que $M^p$; M está ausente del protocolo en un 30%, mientras que $M^p$ supera a $M^a$ en un 20%. Según esta última proporción, estos sujetos responden más a actividades que inician otras personas que a las que podría iniciar por sí mismo. Es la característica de "Blancanieves" [28].

De los 8 protocolos que contienen m (sea activa o pasiva), sólo el 25% aparecen al principio del protocolo, coincidiendo cuando el sujeto se siente más inseguro y/o ante situaciones nuevas para él.

## 11.15 DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE M

El determinante M aparece en 22 de los 30 protocolos, pero Mo en H pura en 6 de ellos, con lo que sólo para estos pocos casos podemos considerar que las operaciones de la fantasía que se manifiestan en M son adaptativas y esto dentro del contexto general del protocolo, vinculado, por tanto a lo deducido por otros índices.

El resto de Mo en H pura va con contenidos Hd, A o (H), (6 sujetos), o junto a otras M- (5 sujetos). En 5 protocolos aparece M- en contenido H pura. En cuyo caso, se consideran mucho menos o nada adaptativas o efectivas que las Mo con un contenido de H pura.

La presencia de M- es otro signo de esquizofrenia según Exner.

## 11.16 DISTRIBUCION DEL CONTENIDO HUMANO, H

H pura aparece en 18 de los 30 protocolos como primer contenido y en dos como segundo contenido, Se presenta en número de 2 o inferior a 2 en 14 de estos 20 protocolos con H pura. En los 6 restantes, H es superior a 2.

De los 10 protocolos donde H pura no figura, aparece el contenido Hd y (H).

Si H pura representa interés por la gente y posibilidad de una buena relación interpersonal, la ausencia de H podría ser el índice de una deficiencia patológica de la capacidad empática (pág. 523 ).

* El subrayado es mío.

Sólo 6 de estos 30 protocolos poseen más de 2 contenidos humanos y para 4 de ellos, además de este contenido H, aparece (H) y Hd, con lo que el número de sujetos que, al parecer mantiene unas relaciones "adecuadas" con otras personas, quedaría sensiblemente reducido.

Como grupo, la proporción H+Hd:A+Ad estaría dentro de los límites esperados en una muestra normal, aún cuando roce el límite superior de la norma para A+Ad. Este hecho sugeriría la tendencia a desentenderse de los demás.

## 11.17 CONCLUSIONES

1- Resumiendo:

- Tienden a ser infra-incorporadores, es decir personas que, al responder sin reflexionar, lo hacen de manera ineficaz al perder la información que necesitarían para una respuesta adecuada.

- Son personas que carecen de un estilo definido de respuesta, con tendencia a la constricción y/o extinción de su capacidad de respuesta a necesidades básicas, de tensión y/o a estímulos dolorosos.

- Son sujetos que han perdido su precisión perceptual, cuya consecuencia es la falta de control y distorsión de la realidad. No pudiendo mantener relaciones estables y adecuadas con las otras personas.

- Se trata de sujetos descontrolados y con posibilidades de actuación.

- Poseen una baja autoevaluación.

2- Partiendo del examen de estas valoraciones, procedentes de la aplicación del Psicodiagnóstico del Rorschach, en base a la hipótesis de si se trata de sujetos esquizofrénicos crónicos, observamos:

1º/ La presencia, como $\bar{x}$ de grupo de más de 4 Fenómenos especiales, que apuntaría la existencia de trastornos de pensamiento. Analizando cada protocolo, vemos que el paciente nº 13 presenta 3 Fenómenos especiales, (uno de

ellos CONTAM, y 2 PSV), otros dos, los pacientes nº 9 (2 INCOM, 1 ALOG, 1 DV) y el nº 21 (3 DV y 1 - FABCOM) tienen 4 Fenómenos Especiales y el resto hasta 51 Fenómenos Especiales, según la distribución que aparece en la página 527.

El casi 84% cuenta con DV en su protocolo. Una nueva revisión de estas DV ha proporcionado los siguientes datos: Constituyen DV delirantes muchos más graves que las clasificadas hasta ahora como DV. Representarían más que una pérdida de objetividad, una pérdida de las asociaciones o incoherencia en las mismas. Dentro de un lenguaje delirante y confuso.

El 80% da INCOM; 19 de estos sujetos, el aproximadamente 64%, responde, al menos con una FABCOM; reflejan CONTAM, en un 30% y ALOG, en un casi 47%. En un 40% ofrecen respuestas MOR.

2º/ FABCOM+ALOG+CONTAM es mayor que DV+INCOM en dos de los casos. En los 28 restantes, DV+INCOM es mayor que FABCOM+ +ALOG+CONTAM. Nos encontramos con una variable que no parece diferenciar suficientmente este grupo de pacientes psiquiátricos.

La dificultad de detectar los Fenómenos Especiales más graves, en nuestra muestra, podría deberse a los efectos de la medicación antipsicótica, y en este grupo concreto, incluso a los efectos de la "cronicidad", enmascarando la presencia de los trastornos de pensamiento.

3º/ De la muestra, 27 sujetos ofrece un X+% inferior a .70, 26 de los cuales presenta un X+% por debajo de 63%.

Revisando los tres protocolos que superan el 70%, uno es el de un esquizofrénico (con 3 signos y suma pesada de 30, formada por Fenómenos Especiales de los más graves); otro es una esquizofrenia que remite. El tercer protocolo es el de una esquizofrenia no detectada por Rorscnach.

4º/ Las respuestas menos (-) superan a las respuestas débiles en 25 de los casos (el 84%); para tres de ellos (10%) las respuestas menos (-) y débiles (w) son iguales; y en dos de ellos ( aproximadamente el 7%) las respuestas débiles (w) superan a las respuestas menos (-).

5º/ En cuanto a la presencia de M-, el 50% de los sujetos presentan, al menos, una M- en su protocolo. Otros 2 sujetos cuentan con 1 Mw (débil) entre sus respuestas.

6º/ Respecto al estudio de las variables consideradas complementarias en el diagnóstico de la esquizofrenia según Exner e incluídas en el estudio de Weiner (1966) FC:CF+C ; y H tenemos:

a/ En un 37% de los casos, CF+C > FC; véase más ampliamente en la página 522 y en el cuadro nº 22.1.2.

b/ En cuanto a la distribución del determinante H, observamos su presencia en el 60% de los protocolos. H < 2 en el casi 54% de los casos; H=2, en el casi 27% y en el 20% H es superior a 2. En el 37%, el determinante H está ausente.

* Todo este subrayado es mío.

## 12- ANALISIS DEL DIAGNOSTICO INDIVIDUAL. MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS".

### 12.1 ANALISIS INDIVIDUAL EN BASE AL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ESQUIZOFRENIA

El análisis individual de los 30 protocolos Rorschach, pertenecientes a esta segunda muestra, en base al diagnóstico diferencial de esquizofrenia nos ha llevado a establecer los siguientes apartados:

1- 3Protocolos que cumplen los 5 signos
(X+% < .70; FQx - > w; Suma de los 5 Fenómenos especiales críticos > 4; FABCOM+ALOG+CONTAM > DV+INCOM; M- > 0), números: 17, 26 y 30.

2- 5 Protocolos que cumplen los 4 signos
(X+% < .70; FQx- > w; Suma de los 5 Fenómenos especiales críticos > 4; M- > 0). El único criterio que no se confirma es el de FABCOM+ALOG+CONTAM > DV+INCOM. No obstante éste no ha sido en ninguna de nuestras dos muestras, significativo, y, pese a su ausencia, podemos afirmar que son esquizofrénicos. Corresponde a los números: 4, 5, 18, 24 y 27.

3- Protocolos con tres signos
Donde se incluye un grupo de 14 sujetos, que subdividimos de la siguiente forma:

- 12 protocolos con X+% < .70; FQx- > w; y con más de 5 Fenómenos especiales, para 11 de ellos de los más graves, con una WSUM5, entre 14 y 39, para 10 de ellos; 6 protocolos carecen de M; los restantes con una o

## 12- ANALISIS DEL DIAGNOSTICO INDIVIDUAL. MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "CRONICOS"

dos Mo; otros 7 protocolos no tienen contenido humano - H -; nos referimos a los números: 2, 3, 6, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 22, 25 y 29.
Todos ellos son esquizofrénicos.

- Un protocolo con X+% > .70; FQx-> w; M-; Suma de los 5 Fenómenos especiales críticos superior a 4 y de los más graves (2 CONTAM), con una suma ponderada = 30.
A pesar de su alto X+% es esquizofrénico. Se trata del protocolo número 10.

- Un protocolo con X+% inferior a .70; FQx-> w; M-; con pocos Fenómenos especiales, la suma de los 5 críticos es igual a 4, pero WSUM = 14
(An, MOR, lo depresivo podría enmascarar lo esquizo - frénico).
Pensamos que se trata de una esquizofrenia. Es el protocolo nº 16.

4- Los protocolos más difíciles de clasificar han sido a - quellos <u>con pocos signos</u>, que hemos agrupado así:

- 3 de ellos se caracterizan por ser protocolos con pocas respuestas (10, 11); poseen X+% < .70; FQx-> w; pocos Fenómenos especiales, aunque en dos de estos protocolos hayan sido de los más graves (FABCOM y CONTAM) con una WSUM5 < 10; Lambda alta o muy alta; acusan los efectos de la cronicidad (ausencia de color (13 y 23), y ep=1 (23 y 28) con 7 MOR (28).
También son considerados por Rorschach esquizofréni - cos.

- 2 Protocolos con X+% < .70; muy bajos; con más de 5 Fe nómenos especiales, algunos de los más graves y con u

na WSUM5=30, con un lenguaje (DV delirantes) que confirmaría el diagnóstico de esquizofrenia. Protocolos: 1 y 14.

- 2 esquizofrenias posibles, aunque aparezcan signos de cronicidad (sin color; eb=0; sólo cuenta con 4 Fenómenos especiales (4 DV y una tendencia a FABCOM) y WSUM 5 =4 (protocolo número 7 y 21).

- Esquizofrenias no detectadas por Rorschach. Protocolo número 9

## 12.2 FENOMENOLOGIA DEL PERIODO ACTUAL ESQUIZOFRENICO

Basándonos en la fenomenología del período actual esquizofrénico, la clasificación es la siguiente:

- Esquizofrenias paranoides: 17
- Esquizofrenias paranoides probables: 9
- Esquizofrenias sin clasificar: 1
- Esquizofrenia residual: 2
- Esquizofrenia no detectada por Rorschach: 1

La clasificación de Esquizofrenia paranoide posible en Rorschach se debe a:

- La ausencia del contenido humano - H -
- La ausencia de M.

Porque, desde Rorschach, ya Beck, Bohm, Rapaport-Gill-Schafer y Weiner coinciden con el hecho de que la emisión del determinante de movimiento humano, M estaría relacionado con la esquizofrenia paranoide. Al mismo tiempo, se esperan localizaciones W y S y contenidos H, Hd entre otros.

12.3 TABLA 3. RELACION DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR RDC Y POR RORSCHACH Y SU COINCIDENCIA DIAGNOSTICA.

| Paciente nº | Diagnóstico por RDC | Diagnóstico por RORSCHACH |
|---|---|---|
| 1 | Esquizofrenia hebefrénica | Esquizofrenia paranoide |
| 2 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 3 | Esquizofrenia residual | Esquizofrenia residual |
| 4 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 5 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 6 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide probable |
| 7 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide probable |
| 8 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 9 | Esquizofrenia residual | Esquizofrenia no detectada por RO. |
| 10 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 11 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide probable |
| 12 | Esquizofrenia p. residual | Esquizofrenia paranoide |
| 13 | Esquizofrenia simple | Esquizofrenia paranoide probable |
| 14 | Esquizofrenia hebefrénica | Esquizofrenia residual |
| 15 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 16 | Esquizofrenia hebefrénica | Esquizofrenia paranoide probable |
| 17 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 18 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 19 | Esquizofrenia residual | Esquizofrenia paranoide probable |
| 20 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide probable |
| 21 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia sin clasificar |
| 22 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide probable |
| 23 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide probable |
| 24 | Esquizofrenia hebefrénica | Esquizofrenia paranoide |
| 25 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 26 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |
| 27 | Esquizofrenia residual | Esquizofrenia paranoide |
| 28 | Esquizofrenia p. residual | Esquizofrenia paranoide |
| 29 | Esquizofrenia p. residual | Esquizofrenia paranoide |
| 30 | Esquizofrenia paranoide | Esquizofrenia paranoide |

Los esquizofrénicos detectados más facilmente lo han sido gracias a que han cumplido la mayoría de las variables críticas: X+% < .70; FQx- > FQxw; Fenómenos especiales > 4; M- > 0 y en muy pocos casos FABCOM+ALOG+CONTAM > DV+ +INCOM. El registro de este número de variables que aparecen en un protocolo constituye el índice de esquizofrenia: Sczi.

Sin embargo, junto a ellos aparece un buen número de protocolos que han sido diagnosticados de esquizofrénicos con ayuda de una nueva técnica puesta en práctica por Exner (1983), consistente en dar una puntuación pesada a los 5 Fenómenos especiales críticos y utilizados con gran ventaja para la precisión del diagnóstico, en aquellos casos que poseen menor número de variables.

En nuestra muestra, el diagnóstico de esquizofrenia se ha visto favorecido con la ayuda de los puntajes pesados, al no aparecer M-; cuando ha habido pocos Fenómenos especiales, e incluso, en el caso de que FQx- = FQx w.

Los puntajes pesados, actualmente empleados por Exner son:

DV = 1
INCOM = 2
FABCOM = 4
ALOG = 5
CONTAM = 8

El índice de esquizofrenia (Sczi) y la suma ponderada (WSUM5) han ayudado bastante a la obtención del diagnóstico de esquizofrenia.

Sin embargo, este diagnóstico ha sido mucho más difícil:

1/ En los protocolos con un bajo número de respuestas, 10 o 11.

2/ Al no tener M-, especialmente si era un protocolo con pocos o ningún Fenómeno especial de los más críticos. (CONTAM, FABCOM o ALOG).

3/ Respecto a los Fenómenos especiales hemos establecido dos subdivisiones:

3.1/ Protocolos con un número suficiente de Fenómenos especiales pero ninguno de los más graves.

3,2/ Protocolos con pocos Fenómenos especiales.

La dificultad mayor se ha dado al no cumplir los criterios de esquizofrenia, puesto que rigurosamente no podían llamarse esquizofrénicos, aunque su tónica general sí lo fuera.

# 13- RESUMEN DE LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LOS 30 PACIENTES SELECCIONADOS Y CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS", SEGUN LOS CRITERIOS DEL R.D.C.

## 13.1 INFORME CLINICO Y SOCIAL

## 13.2 SECUENCIA DE LAS VALORACIONES

## 13.3 RESUMEN ESTRUCTURAL

## 14.1 MEDIAS DE LOCALIZACIONES, DETERMINANTES Y CONTENIDOS ASI COMO DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL (DE LA PRUEBA DEL PSICODIAGNOSTICO DEL RORSCHACH), DES - VIACIONES TIPO Y FRECUENCIAS PARA UN GRUPO DE 30 SUJETOS SELECCIONADOS Y CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" EN BASE A LOS CRITERIOS DEL RDC.

| ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN | ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R | 17.97 | 6.59 | 30 | 43.00 | 11.00 | Art | 0.20 | 0.61 | 4 | 3.00 | 0.00 |
| W | 7.53 | 2.85 | 30 | 14.00 | 2.00 | Ay | 0.07 | 0.25 | 2 | 1.00 | 0.00 |
| D | 7.63 | 6.18 | 29 | 27.00 | 0.00 | Bl | 0.17 | 0.46 | 4 | 2.00 | 0.00 |
| Dd | 2.80 | 2.25 | 25 | 8.00 | 0.00 | Bt | 0.90 | 1.52 | 12 | 6.00 | 0.00 |
| S | 2.23 | 1.50 | 27 | 6.00 | 0.00 | Cs | 0.17 | 0.46 | 4 | 2.00 | 0.00 |
| DQ:+ | 2.27 | 2.24 | 23 | 8.00 | 0.00 | Cl | 0.33 | 0.76 | 6 | 3.00 | 0.00 |
| DQ:o | 7.63 | 5.13 | 30 | 28.00 | 1.00 | Ex | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| DQ:v | 2.17 | 2.36 | 26 | 10.00 | 0.00 | Fi | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| DQ:- | 5.90 | 2.40 | 30 | 11.00 | 1.00 | Fd | 0.23 | 0.50 | 6 | 2.00 | 0.00 |
| DQ:/ | 0.13 | 0.35 | 4 | 1.00 | 0.00 | Ge | 0.33 | 0.88 | 5 | 4.00 | 0.00 |
| DQ:* | 0.93 | 1.28 | 13 | 5.00 | 0.00 | Hh | 0.17 | 0.46 | 4 | 2.00 | 0.00 |
| FQx:+ | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | Ls | 0.40 | 0.72 | 8 | 2.00 | 0.00 |
| FQx:o | 8.30 | 4.71 | 30 | 26.00 | 2.00 | Na | 0.37 | 0.72 | 8 | 3.00 | 0.00 |
| FQx:v | 3.13 | 2.30 | 29 | 13.00 | 0.00 | Sx | 0.87 | 1.91 | 9 | 9.00 | 0.00 |
| FQx:- | 6.00 | 2.49 | 30 | 11.00 | 1.00 | Xy | 0.03 | 0.18 | 1 | 1.00 | 0.00 |
| FQxno | 0.53 | 0.82 | 12 | 3.00 | 0.00 | Idio | 1.37 | 1.38 | 20 | 5.00 | 0.00 |
| FQf:+ | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | Sui-C | 4.57 | 1.85 | 30 | 7.00 | 1.00 |
| FQf:o | 4.73 | 3.68 | 29 | 19.00 | 0.00 | P | 4.07 | 1.86 | 30 | 7.00 | 1.00 |
| FQf:w | 1.90 | 1.71 | 25 | 9.00 | 0.00 | Zf | 9.77 | 3.26 | 30 | 16.00 | 3.00 |
| FQf:- | 3.33 | 1.99 | 30 | 9.00 | 1.00 | ZSum | 29.87 | 11.87 | 30 | 52.00 | 6.00 |
| MQu:+ | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | Zd | -0.37 | 3.82 | 29 | 6.50 | -8.50 |
| MQu:o | 1.17 | 1.23 | 19 | 5.00 | 0.00 | EA | 4.62 | 2.80 | 30 | 13.50 | 1.00 |
| MQu:w | 0.23 | 0.43 | 7 | 1.00 | 0.00 | ep | 4.90 | 3.55 | 28 | 14.00 | 0.00 |
| MQu:- | 0.97 | 1.16 | 17 | 4.00 | 0.00 | Blend | 1.67* | 1.63 | 22 | 6.00 | 0.00 |
| MQnon | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | ColSh | 0.30 | 0.53 | 8 | 2.00 | 0.00 |
| M | 2.37 | 1.99 | 25 | 7.00 | 0.00 | activ | 3.60 | 2.71 | 28 | 10.00 | 0.00 |
| FM | 1.77 | 1.59 | 23 | 6.00 | 0.00 | passv | 1.60 | 1.65 | 24 | 8.00 | 0.00 |
| m | 1.07 | 1.14 | 19* | 5.00 | 0.00 | Mact | 1.63 | 1.63 | 22 | 7.00 | 0.00 |
| FM+m | 2.83 | 2.13 | 27 | 8.00 | 0.00 | Mpass | 0.73 | 1.05 | 14 | 4.00 | 0.00 |
| FC | 0.83 | 1.18 | 15 | 5.00 | 0.00 | L | 1.87 | 2.19 | 30 | 11.00 | 0.27 |
| CF | 0.93 | 1.26 | 16 | 5.00 | 0.00 | F+ | 0.45 | 0.14 | 29 | 0.64 | 0.00 |
| C+Cn | 0.60 | 0.93 | 12 | 3.00 | 0.00 | X+ | 0.44 | 0.12 | 30 | 0.67 | 0.17 |
| SumC | 2.37 | 1.90 | 26 | 8.00 | 0.00 | A% | 0.38 | 0.16 | 30 | 0.69 | 0.08 |
| WSumC | 2.25 | 2.12 | 26 | 9.50 | 0.00 | Afr | 0.45 | 0.18 | 30 | 0.88 | 0.20 |
| SumC´ | 1.47 | 1.61 | 19 | 6.00 | 0.00 | Eso | 0.26 | 0.14 | 30 | 0.65 | 0.06 |
| Sum T | 0.20 | 0.55 | 4 | 2.00 | 0.00 | Cont | 6.43 | 2.71 | 30 | 14.00 | 3.00 |
| Sum V | 0.03 | 0.18 | 1 | 1.00 | 0.00 | H+Hd | 3.80 | 2.59 | 27 | 9.00 | 0.00 |
| Sum Y | 0.37 | 0.81 | 7 | 3.00 | 0.00 | A+Ad | 6.67 | 2.80 | 30 | 11.00 | 1.00 |
| S.Shd | 2.07 | 2.12 | 22 | 8.00 | 0.00 | (HHd) | 0.87 | 0.97 | 16 | 3.00 | 0.00 |

| ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN | ITEM | M | SD | FREQ | MAX | MIN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fr+rF | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | (AAd) | 0.07 | 0.25 | 2 | 1.00 | 0.00 |
| FD | 0.17 | 0.46 | 4 | 2.00 | 0.00 | H+A | 8.33 | 3.41 | 30 | 16.00 | 2.00 |
| F | 9.97 | 5.58 | 30 | 31.00 | 3.00 | Hd+Ad | 2.13 | 2.03 | 22 | 6.00 | 0.00 |
| Pair | 4.77 | 3.08 | 30 | 13.00 | 1.00 | XRTCh | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| PureH | 1.83 | 1.49 | 23 | 5.00 | 0.00 | XRTAc | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| (H) | 0.77 | 0.90 | 15 | 3.00 | 0.00 | S5SS | 10.63 | 6.63 | 30 | 31.00 | 2.00 |
| Hd | 1.10 | 1.45 | 15 | 5.00 | 0.00 | PER | 1.53 | 1.96 | 18 | 8.00 | 0.00 |
| (Hd) | 0.10 | 0.31 | 3 | 1.00 | 0.00 | PSV | 0.33 | 0.55 | 9 | 2.00 | 0.00 |
| A | 5.67 | 2.51 | 30 | 10.00 | 1.00 | DV | 5.10 | 3.80 | 28 | 15.00 | 0.00 |
| (A) | 0.07 | 0.25 | 2 | 1.00 | 0.00 | INCOM | 2.27 | 1.95 | 23 | 6.00 | 0.00 |
| Ad | 0.93 | 1.28 | 16 | 6.00 | 0.00 | FABCM | 1.97 | 2.27 | 24 | 11.00 | 0.00 |
| (Ad) | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | CONTM | 0.57 | 1.07 | 9 | 4.00 | 0.00 |
| Ab | 0.07 | 0.25 | 2 | 1.00 | 0.00 | ALOG | 0.73 | 1.05 | 13 | 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 | 1.83 | 2.15 | 20 | 8.00 | 0.00 | VU | 0.00 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| Art | 0.20 | 0.61 | 4 | 3.00 | 0.00 | MOR | 0.27 | 0.91 | 3 | 4.00 | 0.00 |

14.2 HOJA DEL RESUMEN ESTRUCTURAL QUE CONTIENE LAS MEDIAS DE LOCALIZACIONES, DETERMINANTES, CONTENIDOS ASI COMO DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL DE ESTE GRUPO DE PACIENTES CONSIDERADOS ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS".

Se intenta, con ello, reflejar más claramente estas proporciones para un análisis cuantitativo-cualitativo.

R = 17.97 Zt = 9.77 ZSum = 29.87 P = 4.07 (2) = 4.77

**Location Features**

| | | DQ | |
|---|---|---|---|
| W | = 7.53 | | |
| D | = 7.63 | + | = 2.27 |
| Dd | = 2.80 | o | = 7.63 |
| S | = 2.23 | v | = 2.17 |
| DW | = | — | = 5.90 |

**Form Quality**

| FQx | | FQf | |
|---|---|---|---|
| + | = | + | = |
| o | = 8.30 | o | = 4.73 |
| w | = 3.13 | w | = 1.90 |
| — | = 6.00 | — | = 3.33 |

**M Quality**

| | |
|---|---|
| + | = |
| o | = 1.17 |
| w | = 0.23 |
| — | = 0.97 |

**Determinants (Blends First)**

| | |
|---|---|
| M | = 2.37 |
| FM | = 1.77 |
| m | = 1.07 |
| C | = 0.60 |
| CF | = 0.93 |
| FC | = 0.83 |
| C' | = |
| C'F | = 1.47 |
| FC' | = |
| T | = |
| TF | = 0.20 |
| FT | = |
| V | = |
| VF | = 0.03 |
| FV | = |
| Y | = |
| YF | = 0.37 |
| FY | = |
| rF | = |
| Fr | = |
| FD | = 0.17 |
| F | = 9.97 |

**Contents**

| | | | |
|---|---|---|---|
| H | = 1.83 | Bl | = 0.17 |
| (H) | = 0.77 | Bt | = 0.90 |
| Hd | = 1.10 | Cg | = 0.17 |
| (Hd) | = 0.10 | Cl | = 0.33 |
| A | = 5.67 | Ex | = |
| (A) | = 0.07 | Fi | = |
| Ad | = 0.93 | Fd | = 0.23 |
| (Ad) | = | Ge | = 0.33 |
| Ab | = 0.07 | Hh | = 0.17 |
| Al | = | Ls | = 0.40 |
| An | = 1.83 | Na | = 0.37 |
| Art | = 0.20 | Sx | = 0.87 |
| Ay | = 0.07 | Xy | = 0.03 |

**Contents (Idiographic)**

1.37

**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 | |
| 4.57 TOTAL | L = < 35 o > 12 | |

**Special Scorings**

| | | |
|---|---|---|
| PER | = 1.53 | |
| PSV | = 0.33 | = |
| DV | = 5.10 | = |
| INCOM | = 2.27 | = |
| FABCOM | = 1.97 | — |
| CONTAM | = 0.57 | = |
| ALOG | = 0.73 | = |
| MOR | = 0.27 | = |

## RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ZSum-Zest | = 29.87-30.24 | FC:CF+C | = 0.83:1.53 | Afr | = .45 |
| Zd | = -0.37 | W:M | = 7.53:2.37 | 3r+(2)/R | = .26 |
| EB | = 2.37:2.25 EA = 4.62 | W:D | = 7.53: 7.63 | Cont:R | = 64.3:17.9 |
| eb | = 2.83:2.07 ep = 4.50 | L | = 1.87 | H+Hd:A+Ad | = 3.80:6. |
| Blend:R | = 1.67:17.97 | F+% | = 45% | H+A:Hd+Ad | = 8.33:2.1 |
| | | | | (H)+(Hd):(A)+(Ad) | = 0.87:0.0 |
| e:p | = 3.60:1.60 | X+% | = 44% | XRT Achrom | = |
| Ma:Mp | = 1.63:0.73 | A% | = 38% | XRT Chrom | = |

## 15- ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL EN LA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS"

## 15- ANALISIS DE ALGUNOS DE LOS VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL, EN LA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS".

### 15.1 ACTIVIDAD ORGANIZATIVA (Zf), (Zd)

Zf "representa el esfuerzo o iniciativa del sujeto. Esta frecuencia de la actividad organizativa muestra hasta qué punto un sujeto trata de aferrarse al campo de estímulos" [28].

Globalmente, la $\bar{x}$ de Zf se sitúa dentro de la media esperada para sujetos normales, no obstante, revisando las Zf de los 30 protocolos de esta muestra, observamos que el casi 47% obtiene resultados Zf dentro de la norma; el aproximadamente 34% ofrece resultados Zf inferiores a la media ($\bar{x}$). En el primer caso, una Zf alta nos indica el esfuerzo intelectual o la necesidad del sujeto de tratar su campo de estímulos con más cuidado y precisión. En el caso contrario, cuando la Zf es baja, podría estar relacionada con limitaciones intelectuales y/o con una falta de predisposición para intentar aunar la complejidad del campo de estímulos.

La valoración Zd es la que facilita datos sobre la eficiencia del esfuerzo organizativo global. En nuestra muestra de "agudos", 19 de estos pacientes han obtenido una Zd entre +3 y -3, es decir que casi el 64% de sujetos de esta muestra obtiene resultados que se aproximan a los obtenidos por los adultos normales. El aproximadamente 14% de sujetos de esta muestra ofrece una Zd superior a +3.0, caracterizándose por el cuidado y precisión con que tratan su campo de estímulos. Se trata de personas sobre-incorpo-

radoras, es decir cautelosas, rumiativas, que dedican el tiempo suficiente para evaluar el estímulo antes de dar una respuesta. el 23% restante registran valoraciones Zd mayores que -3.0. Son infra-incorporadores, al tratarse de personas que estarían más predispuestas a correr riesgos, por lo que, por lo mismo, pueden dar más respuestas inapropiadas al darlas sin reflexionar, lo que significaría pérdida de información e ineficacia en los resultados.

## 15.2 FENOMENOS ESPECIALES

Como grupo, poseen más de 4 fenómenos especiales, por lo tanto, cumplen uno de los signos de los esquizofrénicos. Si examinamos esta distribución, a lo largo de los 30 protocolos, (pág. 535 ), observamos que 9 de ellos con - tienen, al menos una CONTAM; 2, una tendencia a CONTAM; 15, al menos una FABCOM; 3 de estos 15 poseen más de 3 FABCOM; otros 17 ALOG y 27 de estos 30 cuentan, al menos, con 3 DV. Sólo dos protocolos poseen 4 DV, uno de ellos y 4 DV y 2 INCOM, el otro.

## 15.3 EB Y LA RELACION EA:ep

Los resultados obtenidos reflejan que de los 30 pacientes "agudos" de la muestra de esquizofrénicos, 5 sujetos son extratensivos, donde la Suma C supera a M en dos puntos; 6 sujetos son introversivos, en este caso, la M es mayor que la Suma C, en dos puntos; los 19 restantes son ambiguales. Se trata de pacientes coartativos, sin un estilo definido de respuesta, son sujetos que disponen de re - cursos organizados según este tipo de respuesta.

* El subrayado es mío.

La valoración de los datos muestra que en 13 de los casos EA es superior a ep, mientras que 17 de estos 30 da un ep mayor que EA. Es decir que en un 43% se trata de sujetos que tienen posibilidades de utilizar sus recursos de forma deliberada y estabilizada. El casi 57%, con ep mayor que EA, son sujetos con menor tolerancia a la frustración, por lo que se trataría de personas más impulsivas y con pocas posibilidades para controlarse.

## 15.4 EXPERIENCIA BASE eb= FM+m : C'+T+V+Y

Globalmente, se trata de sujetos que responden a necesidades básicas y/o de tensión antes que a estímulos dolorosos.

FM+ m es menor que suma de claroscuro en 9 de los casos, un 30%; en 14 de ellos, FM+m es mayor que suma de claroscuro, casi un 47%, y FM+m= a la suma de claroscuro en 7 de los 30 casos, casi un 24% del conjunto de los 30 sujetos.

La frecuencia más alta corresponde al determinante C', que indicaría el grado de su constricción emocional; suma C'=1.47 (18 sujetos), seguido de suma Y=0.37 índice de su indefensión. En tercer lugar, suma T=0.20 (4 sujetos) que reflejaría la necesidad de contacto afectivo y/o dificultades en torno al contacto afectivo o a la privación de afecto. La frecuencia media más baja corresponde al determinante vista (V), suma V=0.03 que nos refiere la experiencia emocional de tipo interno, introspectivo, negativo, doloroso y asociado a la depresión.

## 15.5 LA PROPORCION FC:CF+C

CF+C+Cn es mayor que FC en 17 de los casos, alrededor de un 57%. En otros 7, FC es mayor que CF+C, corresponde casi al 24%; los 6 restantes, el 20%, CF+C=FC.

Sin embargo, incluso, en los casos donde FC es mayor que CF+C y en aquellos en los que CF+C=FC, observamos otros indicios de descontrol: Lambda alto o muy alto, ep mayor que EA, FM+m mayor que M, A% alto y presencia de una An como mínimo.

| | CF+C > FC (17) | FC > CF+C (7) | CF+C = FC (6) |
|---|---|---|---|
| Lambda elevado | = 71% | 86% | 100% |
| ep EA | = 47% | 72% | 50% |
| FM+m M | = 59% | 15% | 50% |
| A% | = 41% | 57% | 50% |
| An | = 65% | 72% | 17% |

De todo ello, podemos concluir que se trata de sujetos descontrolados. Incluso, en el caso de los que reflejan mayor control emocional (7 sujetos), comprobamos, por otros ítems, que éste es sólo aparente. Igualmente, para los 6 protocolos, marcados por la igualdad en ambos tér

minos de la proporción CF+C y FC, el descontrol se mantiene.

De lo que podemos deducir, como grupo, que se trata de pacientes que presentan dificultades en el manejo de sus afectos puesto que, cuando aparece éste, como respuesta al estímulo externo, lo controlan muy poco.

## 15.6 LAMBDA L

Lambda representa la proporción de respuestas de F pura en el protocolo. Difiere del F%, en que refleja la proporción de respuestas de F pura a F no pura [28].

La media es alta $\bar{x}=1.87$, expresando una constricción emocional demasiado grande hecho que apuntaría la posibilidad de actuaciones imprevistas y descontroladas. Esto unido a otros índices (CF+C > FC; ep > EA; A% elevado), indicarían que se trata de personas descontroladas que no sólo quieren evitar la complejidad del estímulo (blend), sino que podrían actuarlo. Revisando si a L alto se añaden m e y, hemos hallado, en la muestra de "Agudos", un protocolo con m e y en la misma respuesta, paciente suicidado recientemente (2 años después de la pasación del Rorschach), y 5 protocolos con m e y a lo largo del protocolo, y en diferentes láminas.

## 15.7 W:M

En este caso la proporción sobrepasa ligeramen-

te la proporción 3:1 y aunque sólo sea ligeramente, parece evidente que se trata de sujetos cuyas aspiraciones sobrepasan su nivel operativo (7.53:2.37). Si relacionamos ésto con DQ y F+ y X+%, observamos que si bien en un 58.8% (DQ+ y 0) pueden ser efectivos psicológicamente, también es cierto que la $\bar{x}$ de su F+ y X+% es inferior al .70, siendo de 44% y 45% respectivamente, resultando inadecuadas sus operaciones de control de la realidad.

15.8 W:D

La proporción media de estos sujetos se aproxima a la alcanzada por la mayoría de los sujetos no pacientes: 1:2. D sobrepasa ligeramente a W, si bien hay una tendencia a obtener proporciones más próximas a 1:1, típica de internos no esquizofrénicos, según datos de la muestra americana (Exner, 1974 ). Sería interesante un análisis exhaustivo de este tipo de respuestas, que no verifico en este estudio.

15.9 X+%

En nuestra muestra, la $\bar{x}$ de F+%= 45% y la $\bar{x}$ de X+%= 44%. Ambos promedios, claramente inferiores a .70 y sin diferencias significativas importantes entre ambas proporciones, muestran la existencia de patología grave, expresada a través de la distorisón del sentido de la realidad, otro de los 5 signos de esquizofrenia según Exner.

* El subrayado es mío.

## 15.10 LA CALIDAD FORMAL: FQx - FQx w

"Esta distribución de las calificaciones de calidad formal en las respuestas de F pura (FQf) y en la totalidad del protocolo (FQx), nos proporciona otra perspectiva sobre la orientación hacia la realidad de sus procesos cognitivos " [28] ... facilitándonos información sobre el grado en que esta exactitud perceptiva ha sido transgredida y/o abandonada [28] .

En la muestra, el número de respuestas de nivel formal menos (FQx-) es mayor que el número de respuestas de nivel formal débil, (FQx w), otra de las variables relacionadas con la esquizofrenia según Exner. Esto nos indica que la calidad formal es mala en gran parte de sus respuestas, sugiriéndonos la pérdida de precisión perceptual y su relación con el descontrol y contacto con la realidad.

## 15. 11 A%

Como grupo, los resultados obtenidos caen dentro de la $\bar{x}$ esperada para sujetos no pacientes, entre 35% y 45%.

Pero, analizando cada protocolo, observamos que en el 67% de los casos, obtienen en A% resultados por encima o por debajo de los valores medios esperados en un protocolo considerado "normal". Sólo en 10 protocolos (casi un 34%) presentan valores A% dentro de los márgenes 35 y 45%. En al caso de A% elevado indicaría la capacidad de reaccionar de una manera rutinaria, limitaciones intelectuales, perturbaciones emocionales, estereotipia del pensa

* El subrayado es mío.

miento etc.

Cuando el A% está por debajo de la media refleja una personalidad más idiográfica que percibe el mundo de un modo más personal.

## 15.12 PROPORCION AFECTIVA (AFR)

La proporción afectiva (AFR), refleja la tendencia para procesar los estímulos emocionales en las operaciones cognitivas y el procesamiento se convierte en una forma de respuesta, que parece servir de estímulo a otras respuestas [28].

En nuestra muestra, la media $\bar{x}$= .45. Al ser inferior a .55, podría indicarnos la tendencia de estos sujetos a retraerse de los estímulos afectivos, no pudiendo permitirse una interacción con su mundo.

El control supone una modulación cognitiva de la respuesta emocional, cuya expresión más directa se reflejaría en la fórmula FC:CF+C. Al ser más alto CF+C, como grupo, que FC, podríamos pensar en un retraimiento como forma de evitar la sobrecarga de operaciones afectivas.

Pensaríamos en un bajo índice del proceso de estímulos emocionales y/o una baja receptividad ante ellos. Este hecho unido a un Lambda alto o muy alto, como ocurre en esta muestra, nos indicaría que estos sujetos mantienen como a presión toda esta sobrecarga de estímulos afectivos, que podrían determinar una actuación descontrolada.

15.13 INDICE DE EGOCENTRISMO 3r+(2)/R

Esta proporción ponderada ofrece algunas indicaciones relativas al egocentrismo y/o autoestima.

En este caso, la proporción es inferior al 30%, hecho que refleja una baja autoevaluación. Los índices de egocentricidad bajos, inferiores a .30 han representado en esta muestra el aproximadamente 64% frente al casi 17% superior a .40%.

Observando con más detalle estos protocolos, cuyo índice de egocentrismo es inferior a .30, nos encontramos que de los 19 casos que lo constituyen, el casi 27% de ellos cuenta con 7 signos de la constelación de suicidio; otros 27%, 6 signos; el 13% posee 5 de estos signos y el resto tiene menos de 5 signos.

De este mismo grupo de 19 sujetos, con índice de egocentrismo bajo o muy bajo, un 58% contiene respuestas anatómicas (An), un 5% respuestas de vista (V), el 21% respuestas de mezcla de color y el 37% presenta respuestas MOR. El único sujeto que consumó el suicidio presentaba un índice de egocentricidad muy bajo (.10), 6 signos de la constelación de suicidio, 4 C'; 2 respuestas MOR, y S unido a m, y, C' en la misma respuesta (véase protocolo nº7 de la muestra de pacientes "agudos").

Al aplicarles el índice de depresión y comprobar si cumplen las 5 variables estudiadas por Exner (Indice de depresión), observamos que sólo 4 de estos pacientes cumplen 4 de los 5 criterios y otros 8 pacientes, con el

índice de egocentricidad bajo o muy bajo, presentan un eb con el lado derecho igual a cero o muy bajo. Con lo que también podríamos suponer una tendencia a la depresión y/o la paralización de la expresión interna y externa de afectos.

No obstante, para apoyar la hipótesis, hasta aquí parece que teórica, de la presencia de la depresión como defensa frente a una esquizofrenia, necesitaríamos otra investigación y/o la revisión, con mayor detenimiento de todos estos casos con un bajo índice de egocentricidad y potencial de suicidio ya desde su selección por la aparición del RDC [28, 68, 87].

## 15.14 LA PROPORCION a:p, $M^a:M^p$

La proporción a:p ofrece información sobre la rigidez o la flexibilidad de las operaciones cognitivas, y cuando p es mayor que a en más de un punto, existe una fuerte posibilidad de algún tipo de conducta pasiva. También parece que este rasgo de flexibilidad-rigidez se manifiesta en la proporción $M^a:M^p$. No obstante, cuando $M^p$ excede $M^a$ en más de un punto, existe una probabilidad muy alta de que las fantasías del sujeto posean la característica de "Blancanieves" [28].

De estos 30 sujetos, casi el 74% tiende a la flexibilidad ideacional; aproximadamente el 24% presenta "rigidez" cognitiva o ideacional y casi el 4% no presenta esta proporción al no presentar movimiento en sus protocolos. De estos 30 sujetos, casi el 14% tiende a la pasividad.

Si tenemos en cuenta las ms y manipulamos el protocolo, considerando que, por ser ms situacionales y variables, pueden desaparecer, nos encontramos que, en un 34% su desaparición aumentaría la rigidez y en un 28% habría rigidez donde antes se diera flexibilidad aparente.

Respecto a la proporción $M^a:M^p$, un 57% tiene $M^a$ mayor que $M^p$; un 10% presenta $M^a=M^p$; M no aparece en el protocolo en un 17% y $M^p$ supera a $M^a$ en más de un punto en aproxiamdamente el 17%, por lo que existe una probabilidad muy alta de que las fantasías del sujeto remitan a las características de "Blancanieves", es decir, fantasías en las que el sujeto responde más a actividades que inician otras personas que a las que podría iniciar por sí mismo, tal como lo relata el cuento, en el que Blancanieves se caracteriza por la pasividad de su conducta en lugar de decidir por sí misma, se deja proteger y cuidar, es envenenada etc.

Sólo un 30% de las ms se dan al principio del protocolo, lo que sugiere que ocurre cuando el sujeto no se siente seguro, y/o ante situaciones nuevas para él.

## 15.15 DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE M

De los 30 protocolos, 25 presentan M; 17 de ellos ofrecen al menos una M- y 5 contienen sólo M-. La presencia de M- es otro signo de esquizofrenia según Exner.

Entre estos 25 protocolos, 20 contienen, al menos, una M en H pura.

* El subrayado es mío.

Sin embargo, al profundizar un poco más, sólo 3 de estos 25 presentan Mo (ordinaria) en H pura y para dos de ellos se trata de la única M dada en el protocolo. Para estos pocos casos, las operaciones de la fantasía, que se manifiestan en M, pueden considerarse adaptativas o efectivas.

El resto de Mo en H pura van acompañadas de otras M- en el mismo protocolo y/o con un contenido Hd, (H), A o Ad, con lo que se consideran mucho menos adaptativas o efectivas que las M con un contenido H.

## 15.16 DISTRIBUCION DEL CONTENIDO H

La presencia de H pura se da en 23 de los 30 protocolos, siendo igual o inferior a 2, en 12 de estos 23, (véase cuadro en pág. 531 ). En los 11 restantes, H es superior a 2. De los 7 protocolos donde H pura está ausente, 3 poseen Hd y (H). Uno de estos 23 tiene H pura como segundo determinante. Sólo 15 de estos 30 sujetos, según el significado de este contenido humano, pueden relacionarse más o menos adecuadamente con las otras personas, sin embargo, 6 de estos 15 sujetos poseen, junto a estas aparentes buenas H, contenidos (H) y Hd, con lo que la proposición anterior quedaría bastante reducida, ya que sería muy dudoso creer en la existencia de un potencial adecuado para establecer contactos sociales efectivos.

## 15.17 CONCLUSIONES

1/ Resumiendo:

- Son sujetos que tienden a la infra-incorporación, pudiendo dar respuestas sin reflexionar, lo que indicaría pérdida de información e ineficacia en los resultados.

- Se trata de sujetos sin un estilo definido de respuesta.

- Se caracterizan por la pérdida de sus asociaciones, usando un leguaje delirante, incongruente e incomprensible.

- Han perdido su precisión perceptual distorsionando la realidad, no pudiendo permitirse una interacción adecuada con su mundo.

- Son descontrolados, con dificultades en el manejo de sus afectos que, en ocasiones y dada la fuerte sobrecarga, llegan a actuar.

- Sus aspiraciones sobrepasan a sus posibilidades operativas.

- Su autoestima es muy baja.

2/ Al preguntarnos si este grupo de 30 pacientes psiquiá - tricos pueden ser considerados esquizofrénicos con exacerbación aguda, pregunta que se apoya en el análisis de medias de localizaciones, determinantes y valores del resumen estructural obtenidos por el Psicodiagnóstico del Rorschach, observamos:

1º Como grupo, posee más de 4 Fenómenos especiales. Trabajando cada protocolo, sólo el paciente nº28 presenta 2 Fenómenos especiales (INCOM y ALOG); otro, el paciente nº20, 4 Fenómenos especiales (2DV y 2 INCOM), el resto, hasta 34 Fenómenos especiales por protocolo. El 90% presenta DV en su protocolo, aun - que esto merecería un trato especial, dada la irregularidad del valor de este Fenómeno especial, puesto que hay DV, que podríamos considerar graves junto a otras más típicas (véase pág. 535 ).
El aproximadamente 77% dan INCOM; el 80% responden, al menos,con una FABCOM; contienen CONTAM en un 40% y ALOG en casi un 54%.

2º FABCOM+ALOG+CONTAM es mayor que DV+INCOM en tres de los casos. En dos de los protocolos FABCOM+ALOG+CONTAM =DV+INCOM. En los 25 restantes, el 84%, DV+INCOM es mayor que FABCOM+ALOG+CONTAM.
Esta variable, al menos en nuestra muestra, no parece discriminar significativamente al paciente esquizofrénico "agudo" del que no lo es.Este criterio, juntamente con los otros 4 se encuentran en casi el 75% de todos los esquizofrénicos de la muestra americana (Exner, 1983). Una de las diferencias fundamentales de esta muestra respecto de la muestra americana, es que se trata de sujetos medicados desde antes

de su ingreso, mientras los sujetos de la muestra de Exner eran testados en el momento de su ingreso y sin medicación, variable que en su caso pudo ser controlada.
La dificultad de detectar los Fenómenos especiales más graves en la muestra española podría deberse a los efectos de la medicación antipsicótica, enmascarando la presencia de los trastornos de pensamiento.

3º Los 30 sujetos de esta muestra ofrecen un X+% inferior a .70.
21 de los cuales cuenta con un X+% inferior al 51% y 26 de ellos, inferior a 61%. Sólo 4 sujetos dan un X+% entre 60 y 66%.

4º En 25 de los sujetos (84%), las respuestas menos (-) son superiores a las respuestas débiles (w); en dos de los sujetos (→ 7%), las respuestas menos y débiles son iguales y en tres de ellos (10%), las respuestas débiles sobrepasan a las respuestas menos. Dos de estos sujetos con respuestas w superiores a respuestas menos, coinciden con los dos protocolos que por Rorschach no son esquizofrénicos.

5º Respecto a la presencia de M-, el 50% de los sujetos contiene, al menos, una M- en su protocolo.

* Todo este subrayado es mío.

En cuanto al estudio de las dos variables, consideradas complementarias en eldiagnóstico de la esquizo - frenia: FC:CF+C y H, trabajadas por Weiner en 1966, observamos:

a/ Que se trata de sujetos descontrolados, CF+C es mayor que FC en un 57% de los casos, incluso cuando aparentan mayor control emocional, FC > CF+C, el descontrol se mantiene (Véase pág. 530 ).

b/ Referente a la distribución del contenido H, observamos que de los 15 protocolos que poseen H en número adecuado, sólo 9 pueden relacionarse más o menos adecuadamente con otras personas, relaciones que estarán teñidas po el descontrol, inmadurez y/o inhibición.

## 16- ANALISIS DEL DIAGNOSTICO INDIVIDUAL. MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS"

# 16- ANALISIS DEL DIAGNOSTICO INDIVIDUAL. MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS"

## 16.1 ANALISIS INDIVIDUAL EN BASE AL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ESQUIZOFRENIA

El análisis individual de estos 30 protocolos Rorschach, en base al diagnóstico diferencial de esquizofrenia ha conducido a la siguiente división:

- 2 protocolos que cumplen todos los signos, que indicarían claramente la existencia de esquizofrenia -X+% <.70; FQx-> w; Suma de los 5 Fenómenos especiales críticos > 4; FABCOM +ALOG+CONTAM > DV+INCOM; M-> 0; A esto se añade una suma de los puntajes pesados WSUM5 alta o muy alta. Son los números: 1 y 6.

- 15 Protocolos que cumplen los 4 signos -X+% <.70; FQx-> w; Suma de los 5 Fenómenos especiales críticos> 4; M-> 0; De la misma manera, los puntajes pesados son altos o muy altos. Pese a que FABCOM+ALOG+CONTAM > DV+INCOM no se cumple, son esquizofrénicos. Son los números: 3, 4, 11, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 24 26, 27, 29 y 30.

- 7 Protocolos que poseen tres signos: -X+% <.70; FQx-> w; y Fenómenos especiales en número suficiente, con una WSUM5 alta o muy alta (sólo uno tiene como tercer signo en vez de FQx-> w, M-) para deducir por ellos la presencia de esquizofrenia. Además de poseer An, Lambda alto o muy alto y DV delirantes. Son los números: 2, 5, 7, 8, 9, 10 y 17.

- 1 Protocolo con 3 signos: X+% < .70; FQx-> w y Fenómenos especiales > 4, aunque no de las + graves. El protocolo número 25.

- 3 Protocolos con pocos signos y pocos Fenómenos especiales, (3, carecen de M y en 3, la WSUM5 es inferior a 10; en uno, H=0). Ha sido necesario un fino análisis de las verbalizaciones y de la secuencia así como de la lectura de los Fenómenos especiales y del contenido de sus respuestas, para decidir su diagnóstico.

La presencia de DV delirantes, respuestas Anatómicas, An, así como la coincidencia de An y Sx en la misma respuesta y la fuerte disociación habida en todos ellos ha sido de gran ayuda para considerarlos esquizofrénicos. Son los números: 12, 13 y 28.

- 1 Protocolo borderline. Es el número 19

- 1 Protocolo que por Rorschach no es el de un esquizofrenico. Es el número 20.

## 16.2 FENOMENOLOGIA DEL PERIODO ACTUAL ESQUIZOFRENICO

Basándonos en la fenomenología del período actual esquizofrénico:

| | |
|---|---|
| . Esquizofrenias paranoides | 19 |
| . Esquizofrenias paranoides posibles | 6 |
| . Esquizofrenias sin clasificar | 3 |
| . No esquizofrenias | 2 |

Aquellos sujetos cuya clasificación es Posible esquizofrenia paranoide, se debe a:

. La ausencia del contenido humano H=0

. Al ser un protocolo muy defendido evita que F+ y X+% sean lo suficiente bajos, como sucede en otros esquizofréni - cos.

. Al estar deprimidos bajan los fenómenos especiales aunque continúan siendo esquizofrénicos.

En los esquizofrénicos sin clasificar, influye:

. La cronificación

. La pobreza

16.3 TABLA 4.- RELACION DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR R.D.C. Y POR RORSCHACH Y SU COINCIDENCIA DIAGNOSTICA

| Nº Paciente | Diagnóstico por RDC | Diagnóstico por RORSCHACH |
|---|---|---|
| 1 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 2 | Esquizofrenia Catatónica | Esquizofrenia sin clasificar |
| 3 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 4 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 5 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 6 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide posible |
| 7 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia sin clasificar |
| 8 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia sin clasificar |
| 9 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 10 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 11 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 12 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide probable |
| 13 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 14 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 15 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 16 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 17 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 18 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 19 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Borderline |
| 20 | Esquizofrenia Paranoide | Obsesivo.Paranoide.No esquizofr. |
| 21 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide posible |
| 22 | Esquizofrenia Hebefrénica | Esquizofrenia Paranoide |
| 23 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide probable |
| 24 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 25 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide probable |
| 26 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 27 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 28 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide |
| 29 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia Paranoide probable |
| 30 | Esquizofrenia Paranoide | Esquizofrenia paranoide |

## 17.1- PROCEDIMIENTO T DE STUDENT-FISCHER

## 17.1 PROCEDIMIENTO T DE STUDENT-FISCHER

Una vez obtenidos para los dos grupos de esquizofrénicos agudos y crónicos, las medias, desviaciones tipo y frecuencias, nos planteamos si los valores obtenidos por la muestra de "agudos" (valores procedentes de la aplicación del Psicodiagnóstico del Rorschach), difiere significativamente de los valores obtenidos por la muestra de "crónicos" (valores procedentes de la misma prueba).

El procedimiento empleado es la "T" de Student-Fisher [27].

$$t = \frac{(X_1 - X_2)}{\sqrt{\left(\frac{N_1\sigma^2 + N_2\sigma^2}{N_1^{\ 2} + N_2 - 2}\right)\left(\frac{N_1 + N_2}{N_1 N_2}\right)}}$$

Donde $\bar{x}$ = Corresponde a la media de la muestra

$\sigma$ = a la Desviación tipo de dicha media ($\bar{x}$)

N = hace referencia a una u otra muestra

$N_1+N_2-2$ = Se refieren, en este caso, a los grados de libertad de "t".

Aplicando esta fórmula para cada uno de los valores medios de las muestras se han obtenido los siguientes resultados:

| ITEM | T.STUD-FISHER | G.L | N.SIGNIF. |
|---|---|---|---|
| R | .246706234 | 58 | .801342918 |
| W | 1.03402382 | 58 | .306057324 |
| D | -.89974778 | 58 | .624640028 |
| DD | 1.5955591 | 58 | .112143777 |
| S | 1.95781706 | 58 | .0520889821 * |
| DQ | .840984306 | 58 | .591400333 |
| DQO | .343702879 | 58 | .732081359 |
| DQV | -.398747389 | 58 | .693950079 |
| DQ- | -.166903326 | 58 | .862350544 |
| DQ:/ | 0 | 58 | 1 |
| DQ:* | .660610752 | 58 | .518489795 |
| FQX | .345530906 | 58 | .730805898 |
| FQX:W | .993022344 | 58 | .674260581 |
| FQX:- | -.542179552 | 58 | .596328625 |
| FQXNO | -.792371067 | 58 | .562811285 |
| FQFO | -.280513639 | 58 | .77676638 |
| FQF:W | .18737158 | 58 | .846222555 |
| FQF:- | -1.83139726 | 58 | .0687241638 |
| MQUO | .3o3357072 | 58 | .760457668 |
| MQUW | .250691314 | 58 | .798414103 |
| MQU:- | .95757946 | 58 | .655859439 |
| M | .775211349 | 58 | .552506571 |
| FM | .989671374 | 58 | .672544218 |
| MP | 2.33916612 | 58 | .0214913247 * |
| FM+MP | 1.76940787 | 58 | .0784457353 |
| FC | .865383978 | 58 | .605384329 |
| CF | 1.55784897 | 58 | .120845813 |
| C+CN | -.105312908 | 58 | .912987079 |
| SUMC | 1.29425121 | 58 | .197912807 |
| WSUMC | .899683082 | 58 | .624604265 |

... $p \leq 0.001$

.. $p \leq 0.01$

. $p \leq 0.05$

| ITEM | T.STUD-FISHER | G.L. | N.SIGNIF. |
|---|---|---|---|
| SUMC´ | 2.2158053 | 58 | .0288146767 * |
| SUM T | .200291825 | 58 | .83622474 |
| SUM Y | -.956113217 | 58 | .655086325 |
| S.SHD | 1.02623606 | 58 | .309829211 |
| FD | 1.52627265 | 58 | .128548398 |
| PUREH | 1.23204464 | 58 | .220675423 |
| (H) | 0 | 58 | 1 |
| F | -1.02232827 | 58 | .311733792 |
| PAIR | .17796985 | 58 | .853585631 |
| HD | .39360925 | 58 | .697489237 |
| (HD) | 0 | 58 | 1 |
| A | -.0325603789 | 58 | .972785356 |
| (A) | .699239388 | 58 | .505827865 |
| AD | -1.22123743 | 58 | .224822229 |
| AB | 0 | 58 | 1 |
| AN | .715064543 | 58 | .515666307 |
| ART | -.579989561 | 58 | .571070534 |
| BL | -.181855615 | 58 | .850533281 |
| BT | .52289931 | 58 | .609307894 |
| CS | -1.26996255 | 58 | .206578259 |
| CL | 1.76512715 | 58 | .0791584949 |
| FD | .882339781 | 58 | .614950546 |
| GE | -1.03216268 | 58 | .306955864 |
| HH | 1.02859517 | 58 | .308683274 |
| LS | .473623592 | 58 | .642706657 |
| NA | 1.6144147 | 58 | .107989441 |
| SX | .586377118 | 58 | .566834046 |
| IDIO | -.53521414 | 58 | .601010893 |
| SUI-C | .382349685 | 58 | .705257459 |
| P | 1.27252811 | 58 | .205649606 |
| ZF | 1.54996688 | 58 | .122732482 |
| ZSUM | 1.7236515 | 58 | .0863546037 |
| ZD | .629360945 | 58 | .538616284 |

| ITEM | T.STUD-FISHER | G.L. | N.SIGNIF. |
|---|---|---|---|
| EA | 1.10477213 | 58 | .273238386 |
| EP | 1.67328489 | 58 | .0958293186 |
| BLEND | 1.98048715 | 58 | .0495149837 * |
| COLSH | .149709896 | 58 | .876181375 |
| ACTIV | 1.37161608 | 58 | .172153474 |
| PASSV | .838253137 | 58 | .589819355 |
| MACT | .740813932 | 58 | .531559993 |
| MPASS | .359218595 | 58 | .72127848 |
| L | -2.11863568 | 58 | .0361477334 * |
| F+ | .426735994 | 58 | .674727135 |
| X+ | .230887036 | 58 | .813064917 |
| A% | -.384409548 | 58 | .703834956 |
| AFR | -.472310198 | 58 | .643600621 |
| ESO | .50659369 | 58 | .620326991 |
| CONT | -.106303978 | 58 | .912152158 |
| H+HD | .961717502 | 58 | .658036203 |
| A+AD | -.49056384 | 58 | .631192542 |
| (HHD) | 0 | 58 | 1 |
| (AAD) | -.342495797 | 58 | .732923991 |
| H+A | .397829158 | 58 | .694582307 |
| HD+AD | -.763368556 | 58 | .545336203 |
| S.SSS | .927743718 | 58 | .639939632 |
| PER | 1.48293696 | 58 | .139759865 |
| PSV | .679871352 | 58 | .50628479 |
| DV | 1.27564774 | 58 | .204524658 |
| INCOMM | .955976639 | 58 | .655014262 |
| FABCM | .583041973 | 58 | .569044818 |
| CONTM | -.305615369 | 58 | .758856165 |
| ALOG | -.721931885 | 58 | .519920336 |
| MOR | -2.52445113 | 58 | .0137139004 ** |

## 17.2- ANALISIS Y DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DOS MUESTRAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AGUDOS Y CRONICOS

## 17.2 ANALISIS Y DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DOS MUESTRAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS" Y "CRONICOS"

1/ Los valores F+% y X+% son similares para ambos grupos, sin embargo, los esquizofrénicos "crónicos" obtienen más respuestas de calidad formal menos (-) que los esquizofrénicos "agudos", diferencia estadísticamente significativa al nivel de confianza del 6%.

Son sujetos muchos más defendidos y mucho más limitados en su percepción de la realidad.

2/ La presencia de M- se da en el 57% de la muestra de "agudos" y en el 50% de la muestra de "crónicos", dándose mayor frecuencia de M y M- entre los "agudos". Estaría vinculado a unas relaciones interpersonales pobres, incluso deficientes o muy deficientes. En cada una de las muestras 17 sujetos obtienen Mo en H pura, sin embargo en muy pocos casos podríamos hablar de relaciones interpersonales adecuadas y/o efectivas ya que esta Mo en H pura va acompañada de otras Mo en Hd, (H) o A y/o junto a M-.

3/ Los esquizofrénicos "agudos" ofrecen una $\bar{x}$ de Fenómenos especiales superior a la $\bar{x}$ obtenida por los "crónicos", dando y en este orden preferencia a las respuestas: DV, INCOM, FABCOM, PER, ALOG, CONTAM, PSV y MOR. Para la muestra de esquizofrénicos "crónicos" el orden es: DV, INCOM, FABCOM, MOR, ALOG y CONTAM.

La respuesta MOR constituye una diferencia estadísticamente significativa al nivel de confianza del 1%, que ofrecen los "crónicos" respecto de los "agudos", sugiriéndonos además que, en ellos los aspectos depresivos han invadido la personalidad pasando a un nivel más ideativo.

4/ La proporción FM+m ha sido mayor en "agudos" que en "crónicos", siendo estadísticamente significativa (nivel de confianza del 2%) la presencia de m; la implicación que esto puede tener en las relaciones interpersonales es que puede provocar una tensión excesiva; junto a la presencia de impulsos no satisfechos, su incidencia sobre los aspectos más organizados del sujeto parece evidente.

Si a todo esto, unimos el aumento estadísticamente significativo (nivel de confianza del 5%) de las respuestas S, añadiremos que, además, están enfadados y pueden ser agresivos. Esto estaría relacionado con su dificultad de expresar afecto, concretamente con su retención (Suma C' difiere significativamente al nivel de confianza del 2% en la muestra de "agudos"). Es el morderse la lengua de Exner que también genera irritación, (m+S+C').

5/ Esta preponderancia de Suma C' se destaca en ambos grupos, pero de manera significativa (nivel de confianza del 2%) en "agudos". Los "crónicos" han arrojado como segundo determinante del lado derecho del eb, después de C', el determinante Y, que se halla relacionado con sentimientos de indefensión. Podría esto estar relacio

nado con su "restricción" emocional y más aún, con el hecho de que al estar, algunos de ellos, bastantes internados, estén "resignados" con su situación (Elstein, 1965; Exner, 1974, 1976).

6/ Respecto a la expresión de la afectividad, en ambas muestras CF+C es mayor que FC, pero mientras la muestra de "agudos" ofrece un mayor número de respuestas CF más que FC y C, en "crónicos", la respuesta al estímulo afectivo que predomina es $C+C_n$.

Este hecho nos indicaría la dificultad de ambos grupos para integrar el estímulo afectivo, señalándonos un deterioro mayòr en los crónicos, debido al fracaso de las operaciones defensivas.

7/ Las respuestas populares han sido bajas en ambas muestras, con una diferencia de 0.67, inferior aún en los "crónicos". Un número bajo de respuestas populares en láminas significativas (I, III, V y VIII) constituye un índice de falta de conformidad y, en este caso, confirmaría la existencia de seria patología, que ha sido comprobada además por otros índices: F+%; X+%; DQ (-) y Z.

8/ La experiencia potencial (ep) es sensiblemente mayor en la muestra de "agudos" y ofrece una diferencia estadísticamente significativa, al nivel de confianza del 9% respecto de la muestra de "crónicos". Esto indica -

ría que se trata de pacientes que poseen suficientes recursos no organizados y a los que no tienen fácil acceso. Predominan los sujetos con menor tolerancia a la frustración, por lo que se trataría de personas más impulsivas y con pocas posibilidades para controlarse.

9/ Lambda es significativamente superior, al nivel de confianza del 3%, en la muestra de "crónicos". La mayoría de estos sujetos responden al estímulo afectivo y, en general a todo estímulo externo, aislándose, disociándose, poniendo distancia y simplificando su campo de estímulos, defendiéndose así de un cúmulo quizás excesivo de acontecimientos externos que despiertan actitudes internas de defensa.

10/ Los determinantes múltiples constituyen otra diferencia significativa, al nivel de confianza del 4% que presentan los pacientes "agudos" respecto de los "crónicos". En algunos casos reflejan una forma de ambivalencia, pero globalmente traducen un estado afectivo, doloroso que acompaña a la experiencia interna.

11/ La $\bar{x}$ obtenida en ambas muestras respecto del índice de egocentricidad es baja y estaría más relacionada con las medias obtenidas por sujetos depresivos o deprimidos.

Contrariamente a las predicciones y a las respuestas dadas por este tipo de sujetos en muestras ame

ricanas (Exner, 1979), en los dos grupos de esquizofrénicos, es de destacar la ausencia de respuestas de reflejo (rF y Fr). En este caso, la ausencia de respuestas de reflejo no impide que se trate de sujetos que distorsionan seriamente la realidad. Son egocéntricos pero con un egocentrismo insuficiente para mantener su nivel de autoestima.

Sin embargo, para tratar de ver si realmente este índice aparece influenciado por la depresión y/o el potencial de suicidio, sería necesario otra investigación en la que pudiéramos comparar estos sujetos con otro grupo compuesto por sujetos diagnosticados por RDC como deprimidos y/o con posibilidades suicidas.

El único paciente de la muestra de "agudos" que se suicidó dos años después de la pasación del Rorschach reflejaba un índice de egocentricidad alto. (Ver paciente nº7 de la muestra de "agudos").

## 18- ASPECTOS CUALITATIVOS VINCULADOS A LA PASACION DEL TEST: EXPERIMENTADOR Y EXPERIMENTADO

# 18- ASPECTOS CUALITATIVOS VINCULADOS A LA PASACION DEL TEST: EXPERIMENTADOR Y EXPERIMENTADO

## 18.1 EXPERIMENTADOR

El observador-investigador está formado en la prueba de psicodiagnóstico del RORSCHACH tanto en lo que se refiere a su aplicación y posibles dificultades en sujetos de este medio (pacientes esquizofrénicos) como en los procesos teóricos en general.

En nuestro medio y con varios sujetos de esta muestra 5%, a causa de que debían ser retestados de nuevo, al serlo por un testador hombre, sin cambiar esencialmente los resultados, se observó una reducción notable del número de respuestas, así como el de contenidos y determinantes, pudiéndonos plantear la hipótesis de que:

Los experimentadores masculinos y femeninos obtienen en esta muestra y con esta prueba sobre probandos masculinos, variaciones en las respuestas de sus sujetos (Rosenthal, 1966)[77]. A partir de ahí decidimos que los experimentadores para este diseño concreto de investigación fueran mujeres.

Es evidente que esta característica no ha constituído un hecho primordial en el planteamiento de este diseño experimental, aunque sí nos percatamos de su influencia a lo largo de nuestro trabajo, especialmente con la muestra procedente de los tres hospitales de la provincia de Barcelona, constituídos integramente por sujetos varones y siendo la entrevistadora y testadora mujer.

No ha sido excesivamente difícil liberarnos, a pesar de su influencia, de lo esperable en la conducta manifiesta y observable y/o fundamentalmente en las respuestas al estímulo desencadenado por la presentación de las láminas del test de RORSCHACH, al contar de antemano con la posible aparición de falsos negativos, obtenidos ya en la muestra americana [28].

No obstante, y en relación con la respuesta esperada (Schafer), no eran de esperar en la muestra psiquiátrica demasiadas respuestas al tratarse de pacientes esquizofrénicos, con lo cual quedaba reducida, por un conocimiento de lo "probable", la ansiedad vinculada a la improductividad y al posible resentimiento que esto pudiera crear, repercutiendo en la ansiedad del paciente.

Todo ello ha favorecido el manejo de la situación de test, incluso el conocimiento de las defensas implícitas en un protocolo corto, pudiéndose reducir la ansiedad, el resentimiento y la exigencia derivadas de ello. La ansiedad predominante del examinador estuvo vinculada a la espectativa del "valor" de la prueba del Rorschach en base a corroborar o a aportar nuevos datos a los obtenidos por otras pruebas (RDC [68] y KAS[89]). Otro aspecto, posiblemente ansiógeno hasta su control, lo constituyó el hecho de que bastantes de los pacientes requerían el tiempo dedicado a la pasación de la prueba, para "salirse" de la situación de test transformándola en situación terapéutica, constituyendo ésta su demanda principal. Esto, que hubiera podido favorecer un cambio de actitud respecto a la buena marcha de la administración del test, requirió del examinador expresiones como: "Después me contará Ud. todo esto y hablaremos un rato" registradas en cada caso

tras cuyo comentario, pudimos, con mayor tranquilidad, continuar la prueba.

Por otro lado, la actitud del observador-investigador ha podido ser, de alguna manera, excéptica en cuanto a la coincidencia de resultados con la muestra americana: Número elevado de Fenómenos especiales fundamentalmente. Sin embargo, en este caso, aún cuando partimos de una serie de presupuestos teóricos (Weiner)[85] y prácticos (Exner)[28], no podíamos presuponer que las características halladas tuvieran forzosamente que repetirse en la muestra de estudio española. Habida cuenta de que, en un primer sondeo, Giralt en 1979 obtuvo en sujetos diagnosticados de esquizofrenia, resultados no equivalentes, en su mayoría, a los 4 criterios trabajados por Exner en la primera de sus muestras. Antecedentes que pudieron conferir al experimentador de este proyecto de cierta dosis de excepticismo por tal divergencia en algunos de los datos anteriormente comentados. Creemos que estos presupuestos no han influído decisivamente en los resultados de este experimento, aunque no negamos que pudiera investir el trabajo de cierta ansiedad (Alvira y otros. Efecto de experimentador)[4], especialmente en el momento de colaborar los enfermos y aceptar la pasación de la prueba.

Para controlar en lo posible la fatiga del examinador, se han obtenido las pruebas durante la mañana y en las primeras horas, de forma tal que, al suponer que la pasación del siguiente protocolo pudiera suponer fatiga en cualquier grado, con todo lo que ello significa en cuanto a pérdida de atención y concentración necesarias al investigador para la buena marcha de la observación, ésta se evitaba. La media de protocolos obtenidos por maña-

na se redujo a tres, y/o a cuatro, en el caso de que al - guno se acortara más de lo previsto.

Tanto el procedimiento como el rigor científico inherente a la pasación de la prueba hace que la conducta del experimentador en esta situación de test, haya sido la misma, salvo posibles excepciones para todos los sujetos de ambas muestras.

Hemos procurado mantener para cada sujeto, dentro de unos márgenes posibles y controlados, una actitud alerta, interesada y de actividad interna. Ello coincide con la conveniencia de pasar desapercibido (Rorschach, Beck, Klopfer y Hertz) [12, 27, 45, 51] y sin llamar la a - tención puesto que lo importante, interfiriendo lo menos posible, es mantener una actitud de "escuchar y oir ...de ver y percibir" (Anguera, Arnau) para recoger lo más fielmente el "ser y estar" del probando [6, 7]. Todo ello estaría relacionado con el hecho de escoger las posiciones ventajosas para una mayor y mejor participación ... aprovechando el "olfato" y aplicarlo para establecer hipóte - sis de trabajo, pudiendo verificarlas gracias a haber hecho cálculos razonables, lo más exactos posibles sin ayuda aún de instrumentos de medida [6, 7].

Tanto las actitudes conscientes como el esfuerzo del entrevistador estuvieron orientados a conseguir las condiciones que garantizasen "a priori" la validez del experimento, incluyendo todo protocolo perteneciente al del paciente seleccionado previamente por RDC, aún cuando posteriormente comprobáramos que no correspondía al de un esquizofrénico.

## 18.2 EXPERIMENTADO

Analizando, si cabe, los efectos de experimentador de nuestros sujetos ante la aplicación del test de Rorschach y consignas previas, comprobamos:

1º En algunos de los casos no era la primera vez que se les pasaba la prueba del Rorschach, aúnque hacía ya más de un año desde la última pasación.

2º Para todos los sujetos, las consignas previas a la prueba y a la preparación de la misma, eran idénticas.

3º El apoyo o reforzamiento para la colaboración de los sujetos en el desarrollo de la misma, dependía, en algunos casos, del fracaso en una lámina o cuando en la lámina I sólo daban una respuesta, en cuyo caso el examinador añadía "La mayoría de personas ve más de una cosa ...".

4º La colaboración o falta de ella, en el sentido de resistencia, en ocasiones fracaso, pudo ocasionar al entrevistador una serie de respuestas no verbales (gestos involuntarios, tono de voz, ligeros cambios de postura) que ha podido incidir en el probando, aunque no hasta el extremo, creemos, de impedir la valoración de las clasificaciones obtenidas y considerar "nulo" el protocolo.

Creemos que el sesgo producido por tal efecto no influye señaladamente en los resultados de este traba-

jo. Aúnque sí haya influído de manera inmediata en las expectativas del entrevistador sobre la valoración de su propio trabajo.

Hay que añadir que, salvo excepciones, como la de aquellos sujetos en los que aparecía un cuadro marcadamente depresivo, la casi totalidad de las respuestas dadas por los sujetos contenían, y me refiero a la situación de test como expectativa de trabajo, Fenómenos especiales y respuestas clasificadas "a priori" de signo menos (-), previo a un riguroso análisis de datos.

En cuanto a la influencia en el examinado del rol del investigador, no podemos negar que la situación de test implicó, e igualmente en nuestro caso, ansiedades, expectativas que serán o no comunicadas verbalmente.

Frente a la situación de test:

- Casi todos quedaron y colaboraron .
- Algunos colaboraron parcialmente, en dos sesiones (Paciente nº12 de la muestra de "agudos")
- Uno se negó a la colaboración (tuvo que ser sustituído por otro en la muestra de "crónicos")
- Algunos se escaparon en el día previsto para el examen, perdiéndose en el mismo recinto ajardinado o en los pabellones.

Respecto a la conducta experimentada durante la prueba era frecuente el temblor de manos, movimientos de la pierna, gestos y cambios contínuos de postura. Algunos empezaban a fumar al principio, otros en medio, otros al

final. La mayoría de veces se experimentaba un cambio en su conducta, hacia las Láminas III o IV. En la medida de la intervención del examinador (Schafer) se obtienen mejoras importantes relacionadas con la producción de las respuestas, gracias a que el sujeto experimenta un control de la situación con lo que suele disminuir la ansiedad y la tensión[79].

No siempre el examinador pudo desprenderse de cierto aspecto "voyeurista" aunque intentase manejarlo en base a mantenerse en un término medio entre su necesidad de "saber" y la respuesta que esta necesidad pudiera provocar en el probando.

Junto al compromiso que adquiere el observador desapasionado y personal de este papel social determinado por los requerimietnos del diseño de la investigación (Anguera)[6], recordamos las referencias de Schafer en su obra: Interpretaciones psicoanalíticas en el test de Rorschach. "La situación de test tiene una estructura psicológica compleja, no es una entrevista impersonal de dos personas donde una de ellas con la ayuda de un rapport puede obtener de la otra algunas respuestas objetivas del test" "El paciente psiquiátrico responde intensamente tanto a los atributos reales como fantaseados de dicha situación. Expectativas que también trae el entrevistador especialmente relacionadas con la ansiedad y conducta que puede despertar la prueba"[79]. La responsabilidad del entrevistador consiste no en eliminar variables sino en detectar su presencia, controlándolas, interpretándolas y tratando de ver cómo han influído en la producción del paciente.

## 19. TRASTORNOS DE PENSAMIENTO APLICADOS A LA CLASIFICACION RORSCHACH

## 19.1 TRASTORNOS DE PENSAMIENTO APLICADOS A LA CLASIFICACION RORSCHACH DE ALGUNOS PACIENTES DE LA MUESTRA DE "CRONICOS"

19.1.1 FABCOM= La combinación fabulada (FABCOM), se clasifica cuando se adjudica una relación inadmisible a dos o más objetos percibidos en la mancha. Este tipo de respuesta incluye siempre dos o más detalles de la mancha [28].

Paciente nº2- L.VIII. Respuesta nº12

"Dos ratones, una rata y un ratón cogiendo las mariposas..."

L.IX. Respuesta nº13

"Dos mariposas haciendo el amor, sacando sangre..."

Paciente nº5- L.II Respuesta nº3

"Dos monos ... dos monos grandes enganchados con un cuchillo..."

Paciente nº8- L.III. Respuesta nº5

"...Como si fuesen dos esqueletos con vida y prácticamente estuviesen hablando entre ellos"

Paciente nº14- L.IV. Respuesta nº14

"Un murciélago y dos personas acogidas o arropadas con las alas del murciélago ... el murciélago que extiende las alas llevándose dos cuerpos..."

Paciente nº17- L.VIII. Respuesta nº9

"Una tela de araña, representa como proyectiles metidos en la tela de araña y unos hombres intentando unirla como podría ser Europa y parte de la anatomía corporal ..."

Paciente nº18- L.VII. Respuesta nº 22

"Dos ositos apoyados en un abdomen, que sonríen con sus moños, apoyados sobre el culo y el intestino de un miembro viril o femenino, lo que conduce desde el vientre al exterior.."

19.1.2 INCOM= La combinación incongruente (INCOM) se clasifica cuando la condensación de detalles de la mancha se efectúa de forma inadecuada en un sólo objeto. Lo incongruente puede manifestarse en la combinación inapropiada del color con la forma [28].

Paciente nº2- L.I. Respuesta nº2

"Una codorniz, un águila...el cuerpo, el cuerno como lo que llevan los soldados..."

L.IV. Respuesta nº6

"Ursus...(Enc,)..los pies, el cuerpo de Ursus, la matriz de Ursus"

L.V. Respuesta nº6

"Unos cuernos de toro...no hay cabeza ni pies, es un toro(W)..,cuernos (D10), cuernos (D3)..cuernos (D1 y Dd22) y cuernos"

Paciente nº10-L.I. Respuesta nº1

"Un angel sin cabeza y con tres alas ...(Enc.)...tres pares de alas..."

Paciente nº14-L.IV. Respuesta nº13

"Con espinas por aquí, un caracol..."

Paciente nº24-L.III.Respuesta nº3

"Dos personas, una mujer y un hombre pero la cabeza parece que la tienen de pájaro..."

Paciente nº28-L.VIII. Respuesta nº8

"Otro cuerpo...(Encuesta)..de otro animal, no tiene patas ni cabeza, es colorado y azul"

Paciente nº29-L.V. Respuesta nº9

"Una paloma..La boca, las dos alas, la mano derecha, la mano izquierda, el rabo"

Paciente nº30-L.I. Respuesta nº1

"La cara de una mujer disfrazada o de un hombre. Una cara con dos ojos y dos bocas.."

19.1.3 CONTAM= Se clasifica CONTAM en las respuestas más extrañas y bizarras de combinaciones inapropiadas. La CONTAM representa dos o más impresiones que se han fundido en una sóla área de la mancha de forma tal que claramente viola la realidad. En este proceso de fusión, lo adecuado de cada una de las impresiones está deteriorado. A menudo, las Contaminaciones se distinguen por el uso de neologismos o de otra verbalización peculiar en la descripción del objeto percibido. A todas las respuestas CONTAM se les asigna

siempre una calidad formal de menos (-), mientras que las respuestas INCOM y FABCOM pueden encajar dentro de una forma buena [28].

Paciente nº10-L.IV. Respuesta nº6

"Podría ser un monstruo vegetal... Parece un conjunto de hojas (D2) como replegadas, plantas vegetales que estuviesen plegadas hacia dentro..."

Paciente nº17-L.II. Respuesta nº3

"Un tórax del pecho de la parte de abajo con disminución del mapa de Varsovia, porque es la Europa comunitaria, la derecha y la izquierda, América pasando por el arco de triunfo ...Unido y enlazado el pecho entre América y Europa"

Paciente nº18-L.VI. Respuesta nº20

"Un ángel y un demonio, el bien triunfa sobre el mal...Un ángel y un demonio en el mismo cuerpo..."

Paciente nº22-L.VII. Respuesta nº9

"Plantas de árboles...esto parece como nieve..(Enc.)..Parece árboles pero parece nieve, esto es planta pero es nieve..."

Paciente nº24-L.III. Respuesta nº6

"Esto es un lazo de sangre..."

Paciente nº26-L.VIII. Respuesta nº12

"Un cuadro de Van Gogh..(Enc)y parece una pintura de máquina, un hemisferio cerebral y otro partido por la mitad.."

Paciente nº27-L.VIII. Respuesta nº10

"La vida en rosa, alegrías de la vida (D1), el demonio de la vida (D1)..(Enc) al revés como ratas (D1) y vuelve a empezar"

Paciente nº30-L.VI. Respuesta nº8

"La cabeza de un gato..(Enc). La gata está abierta,estaría dentro el gatito..el gato está dentro del cuerpo de la gata..."

19.1.4 ALOG= Se clasifica ALOG cuando el sujeto, utiliza razonamientos excesivos para justificar su respuesta, siendo la lógica implicada claramente arbitraria, con un tipo de pensamiento circunstancial y vago. Generalmente el ALOG se reconoce fácilmente porque el sujeto centra su atención en las características de las medidas, la forma, o de los elementos espaciales de la mancha [28].

Paciente nº1-L.IV. Respuesta nº17

"Huesos...porque parece que están entrelazados"

L.V. Respuesta nº21

"Un hueso...porque está en medio de la mariposa.."

Paciente nº6-L.II. Respuesta nº3

"Dos ositos ahí, juntitos...que están en la nieve..(Enc) parece pintado están en la nieve porque parece pintado..."

Pacietne nº8-L.II. Respuesta nº3

"Dos animales capiculados..(Enc). es pacífico poque soy optimista".

Paciente nº9-L.III. Respuesta nº3

"Dos monigotes, están agachados.. (Enc).Porque están agachados (Son monigotes porque están agachados)"

Paciente nº15-L.IX. Respuesta nº12

"Una operación de cuerpo humano abierto...abierto como un cerdo...abiertos como cerdos porque llevan la vida como cerdos..."

Paciente nº16-L.IX. Respuesta nº12

"Esto del medio debe ser como un cuerpo porque el medio hay como una espina dorsal"

Paciente nº 25-L.III. Respuesta nº3

"Lo de dentro es una persona... porque está rojo..."

Paciente nº29-L.VII. Respuesta nº13

"Una montaña...porque pasan los aviones y esto"

Paciente nº30-L.VI. Respuesta nº8

"La cabeza de un gato...esto parece que sea lo de la boca...sobre todo por los bigotes por esto me parece que el gato está dentro del cuerpo de la gata"

19.1.5 Verbalizaciones Desviadas DV

La valoración DV se aplica a aquellas respues - tas caracterizadas por el uso de un lenguaje distorsionado o por formas de expresión idiosincráticas, que hacen que el sujeto no se comunique con claridad[28]. Puede aparecer de cuatro formas diferentes, dando una impresión de rareza a la respuesta:

1er. grupo- Por un comentario en la respuesta que resulta inapropiado.

2º grupo- Una segunda forma es la utilizada cuando el sujeto parece perder la objetividad al describir lo percibido.

3er. grupo- En esta tercera forma, la respuesta DV se caracteriza por el uso de un lenguaje bizarro, no justificado por un fenómeno subcultural o por un vocabulario limitado. Constituye una respuesta altisonante o redundante:

Paciente nº1-L.X. Respuesta nº43
"Sostenes de mujer"

Paciente nº4-L.III. Respuesta nº6
"Un cangrejo de estos mariscos"

Paciente nº10-L.IX. Respuesta nº14
"Una especie de arborescencia verde"

Paciente nº11-L.III. Respuesta nº5
"Dos figuras de hombre y dos cestas cogidas por las manos de hombre"

Paciente nº17-L.I. Respuesta nº1
"Una coraza, como unas aletas para volar"

Paciente nº27-L.I. Respuesta nº1
"Un escudo de águila, un escudo de estado..(Enc) escudo de todos los estados."

4º grupo- Constituye la DV más obvia, al implicar el uso de una palabra incorrecta o de un neologismo en lugar de la palabra adecuada y esperada.

Paciente nº8-L.II.Respuesta nº3

"Dos animales capiculados...uno de cabeza, otro al revés."

Paciente nº8-L.V.Respuesta nº5

"Una mariposa...(Enc.). Por las aletas."

Paciente nº10-L.V.Respuesta nº8

"...como una hoja de árbol...disformado"

Paciente nº23-L.I.Respuesta nº1

"...la plantilla de las mujeres, por donde echan hijos al mundo"

Paciente nº25-L.VII.Respuesta nº7

"Aquí veo una cosa más normal... puede venir de ...nervioso..."

Paciente nº30-L.IV.Respuesta nº5

"...La vesícula, donde nacen las personas"

19.1.5 Respuestas clasificadas DV "graves" en "Crónicos"

Constituyen DV delirantes, mucho más graves que las clasificadas hasta ahora en el Sistema Comprensivo. Representan algo más que una pérdida de objetividad. Hay una pérdida de las asociaciones que son difíciles de comprender. Dentro de un lenguaje incoherente, delirante y confuso.

Paciente nº2-L.III. Respuesta nº5

"Dos mujeres cazando mariposas, el motivo es el siguiente, como aquél que amó la gloria interna"

Paciente nº5-L.III. Respuesta nº4

"El cuerpo del tío, el cuerpo en los rayos X... un hombre y una mujer"

Paciente nº2-L.IV. Respuesta nº7

"Una rana...Un hombre y una mujer, amiga mía han de hacer el amor"

L.IV.

"Aquí hay dos agujeros que están en el centro de los cuerpos, estos que podrían formar luego una bombilla y luego, en el centro, el eje de los filamentos...."

L.V.

"Mirando al revés, sería la cabeza, el cuerpo

sentado, dos personas, dos cuerpos, que es - tán al revés, mirando de otra forma, o podría ser de pie, de pie, se nota la cabeza".

L.V.

"Podría ser la columna vertebral del cuerpo, aquí estaría rodeado por la parte más blanca, menos obscura. Aquí, hay una parte obscura y una clara, debe ser lo que mantiene el cuerpo de las personas o el cuerpo del bacalao..."

Paciente nº14-L.VI. Respuesta nº16

"Un estandarte que mantiene en el aire estas banderas, símbolos, serían banderines, estandarte de ideas"

-L.VII. Respuesta nº19

"Dos gestos con cara de mujer...gestos determinados en la postura de cara...un gesto de dialogar"

Paciente nº3-L.VIII. Respuesta nº16

"Unas hojas, parecen hojas, no como camello, esqueleto de camello"

La gravedad de estas DV procedentes de la muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos" difiere de la observada en la muestra de pacientes esquizofrénicos agudos. Se trata de respuestas dadas por sujetos ya acostumbrados a su enfermedad, habituados a su vida de internados en un hospital psiquiátrico. Hay una ausencia, en general, de la exacerbación aguda que caracteriza a la muestra de "agudos".

* El subrayado es mío.

## 19.2 TRASTORNOS DE PENSAMIENTO DE ALGUNOS PACIENTES DE LA MUESTRA DE ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS"

### 19.2.1 FABCOM

Paciente nº2-L.III. Respuesta nº4

"Dos hombres trabajando, un hombre y una mujer trabajando en los riñones de otra persona"

Paciente nº3-L.II.Respuesta nº4

"Parecen dos animalitos...están unidos por esto de aquí, un cerebro que los domina"

-L.III.Respuesta nº6

"Veo una persona, otra persona, al lado puede ser un niño antes de nacer...(Enc.) Son dos mujeres, dos madres unidas por algo (D3), por un hijo que tienen dentro"

Paciente nº5-L.VII.Respuesta nº14

"Parece un silo y las dos pelotas que lo aguantan, tiene cara de hipocresía, se parece al bobo de Coria"

Paciente nº11-L.VI.Respuesta nº12

"Una persona que tiene sus ideales metidos en la niñez, pero aquí se está complicando por el tabaco...(Enc) aquí como unas pulgas (D3), algo que le está cogiendo la cabeza".

Paciente nº11-L.X.Respuesta nº21

"Un cangrejo...(Enc.) Unas telarañas que van a comerse la langosta para comer"

Paciente nº22-L.IV.Respuesta nº6

"Un monstruo, parece....veo una vela quemándose y ... el monstruo encima, apoyándose en la vela"

Paciente nº24-L.X.Respuesta nº20

"Aquí veo eso que es de río...un escarabajo... no, un cangrejo(Enc.) Un cangrejo (D1) con sus tentáculos queriendo llegar a la isla esta (D9) para su subsistencia"

Paciente nº26-L.II.Respuesta nº3

"Un perro con una perra coqueteando..."

Paciente nº27-L.X.Respuesta nº15

"Como si fuese el esquema del cuerpo humano y que se quieren apoderar de él unos bichos, unos insectos"

19.2.2 INCOM

Paciente nº3-L.VI.Respuesta nº11

"Un árbol así. Tronco, garganta, boca y venas..."

Paciente nº5-L.II.Respuesta nº7

"Los osos con cabeza de cerdo, dos guerrillas haciendo el facha..."

Paciente nº8-L.IX.Respuesta nº11

"Un hongo....(Enc.) Es un hongo de mar (D3) es colorado y tiene como ojos (Dd22) y huecos"

Paciente nº10-L.VI.Respuesta nº8

"Esta es la parte del hombre, la parte de su parte (D7), esto el hueso, esto donde recoge el semen que es la leche" (D11)

Paciente nº18-L.VIII.Respuesta nº29

"Veo como los dos camaleones se sujetan. Los camaleones tienen cara de oso"

Paciente nº21-L.I.Respuesta nº1

"Una mariposa.La he visto así, las alas, los dos pies de abajo (Dd31) como mariposa y sus dos manicas (D1) pequeñas"

Paciente nº22-L.VIII.Respuesta nº11

"Un animal muerto con dos osos que se lo quieren comer...(Enc.)..los dos osos blancos y el

cuerpo de distinto color, gris, azul, rojo y amarillo y los osos son de color rosa"

Paciente nº24-L.V.Respuesta nº14

"Una mariposa con sus tentáculos y eso..."

Paciente nº27-L.V.Respuesta nº8

"...Una persona que puede volar...(Enc.)La cabeza, cuerpo, y las piernas y aquí como si fuesen las alas.."

Paciente nº30-L.V.Respuesta nº12

"Una mariposa, los cuernos, las alas...(Enc.) ..la cabeza, la columna vertebral.."

19.2.3 CONTAM

Paciente nº2-L.IX.Respuesta nº15

"Muchas manchas del tabaco (W) y se van corriendo para el estómago, que hay quien fuma mucho y manchas de sangre (señala mismo lugar).El tubo de la comida...si viene mi mamá y me voy con ella...aquí la sangre, que va bajando (centro de D8) y la vía láctea del cuerpo (centro de D8) y mira cómo está el estómago"

Paciente nº3-L.X.Respuesta nº16

"Al mismo tiempo, parece otra cosa (hojas y animalitos corriendo) de la respuesta 17, una boca (D5), un ojo (D6)...otra cabeza (D11), un espacio en blanco y un espacio de color, que sería un cerebro más grande (DdS29, D11).."

Paciente nº4-L.IV.Respuesta nº5

"Un árbol con el tronco, le sobran las dos raíces y tiene manos y brazos; los brazos son las hojas (D4) y lo de abajo, las cachas que son las ramas (D6)

L.VI.Respuesta nº8

"Esto es otro árbol, tiene hojas finas, al lado tiene brazos (D4), abajo tiene brazos y cachas, un árbol que parece que es un pulmón... son pulmones del árbol, sólo le falta hablar"

Paciente nº6-L.II.Respuesta nº

"Una mariposa que está hecha con varias mariposas más grandes (D1) y mas chiquitas (D2 y D3). Esto sería la cabeza (D3), esto los puntos (D2), esto las alas (D1)"

Paciente nº8-L.IV.Respuesta nº6 DV-CONTAM

"Parece como si fuese una palomita del mar, una mariposa del mar...(Enc.)..porque tiene las antenas y las alas y esto de aquí debajo (D1)"

Paciente nº14-L.V.Respuesta nº7

"La cabra ¿No?...Más la cabra pero también el coyote (D1), brazos del coyote, piernas, cola de cabra (coincidencia en (D1))"

Paciente nº27-L.II.Respuesta nº4

"Dos elefantes que han nacido mal, que están unidos...por el ombligo (D3), una mancha sangre que puede ser una mariposa que está con los elefantes (D3)..."

-L.VIII.Respuesta nº12

"..Animales que están como si fueran plantas (D2), animales, plantas con vida"

-L.IX.Respuesta nº13

"Como si en la tierra hubiese un monstruo y este monstruo fuese un volcán, como si fuese que en la tierra despegase un cohete...es un monstruo pero es un volcán, es un cohete.."

19.2.4 ALOG

Paciente nº3-L.X.Respuesta nº17

"Algo que domina a todo esto, las hojas, los animales corriendo...Porque está más alto"

Paciente nº5 -L.I.Respuesta nº3

"Una mariposa nocturna...abiertos los ojos, el eje de la columna, todo radica en el sistema Nervioso...Tiene el color negro y de día no cuadra bien...Hay que dormir con la luz apagada, por esto cuando se apaga hacen el amor.."

Paciente nº7-L.I.Respuesta nº2

"El cielo tiene nubes que tienen esta forma, puede ser un tipo de cielo que tenga esta forma...nubes porque anuncian la caída del agua"

Paciente nº12-L.III.Respuesta nº6

"Dos hombres cogiendo una cosa, sangre, seguramente sangre porque parece que cae para abajo"

Paciente nº14-L.VI.Respuesta nº9

"Se puede juntar un cuchillo con sangre o pintura...esto sería la espalda, el cuchillo estaría clavado en la espalda..sangre porque Satán manda sobre muertos y vivos"

Paciente nº17-L.II.Respuesta nº2

"Dos personas discutiendo, esto son la cabeza (D2), como están rojo, lo de abajo los pies (Dd22) se están dando una patada"

Paciente nº18-L.I.Respuesta nº2

"Una mariposa...normalmente son negras, podría ser una mariposa negra, se ve el desprendimiento de aquí (D2) y de aquí (D3), lo negro no me gusta"

Paciente nº22-L.X.Respuesta nº14

"Un centollo...parece que está disecado...me hace pensar al estar azul que están disecados"

Paciente nº23.L.III.Respuesta nº4

"Dos hombres peleándose, puede ser por una mujer y claro, una mariposa al lado"

-L.X.Respuesta nº15

"Dos nubes que chocan entre sí...he dicho nubes pero lo más lógico es que si hay arañas esto sea la tela"

Paciente nº24-L.I.Respuesta nº2

"Es como una hoja de higuera...Como la leche que suelta la higuera me dio esta sensación... el color blanco con la leche de higuera"

Paciente nº27-L.III.Respuesta nº5

"Un monstruo que se deshace y va perdiendo lo bueno que tenía de ese ser...No ve que se deshace y se convierte en polvo...y desaparece"

19.2.5 VERBALIZACIONES DESVIADAS (DV)

La valoración desviada 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 [28] .Fenómeno que puede aparecer de cuatro formas diferentes, dando una impresión de rareza a la respuesta:

1- Por un comentario en la respuesta que resulta inapropiado: "Esto es un murciélago pero esperaba ver una mariposa"

2- Una segunda forma de DV es la utilizada cuando el sujeto parece perder la objetividad al describir lo visto.

Paciente nº19-L.IV.Respuesta nº16

"Un bicho...un bicho prehistórico, inaudito, nunca visto"

3- En la tercera forma, la respuesta DV se caracteriza por un uso del lenguaje bizarro, que no puede justificarse en base a fenómeno subcultural o a una limitación en el conocimiento del vocabulario. En este caso, la respuesta es redundante o altisonante, como en:

Paciente nº13-L.IV.Respuesta nº4

"Un águila del rey, un águila bicéfala...el día de las fuerzas armadas que ha salido"

Paciente nº15-L.I.Respuesta nº1

"Parece la parte de los pulmones...es el cuello, la parte de los riñones con la vía tercera"

Paciente nº23-L.VII.Respuesta nº10

"Podría verse la vagina de mujer..."

Paciente nº29-L.I.Respuesta nº2

"Aquí se ven una manos, podrían ser de persona"

4- La DV más obvia es la que pertenece al 4º tipo, al implicar el uso de una palabra incorrecta o de un neologismo en lugar de la palabra adecuada y esperada.

Paciente nº1-L.IX.Respuesta nº21

"Dos hombres que se quieren matar, están embarricados en una esquina y en otra"

Paciente nº11-L.IV.Respuesta nº10

"Como una persona que está muy achicada... estará enguantado de llevar la ropa puesta"

Paciente nº13-L.I.Respuesta nº1

"Un murciélago replegado (se dobla la mancha y puede ser un murciélago), doblado..."

Paciente nº27-L.X.Respuesta nº15

"Como si fuese el esquema de cuerpo humano y que se quieren apoderar de él unos bichos, unos insectos....Cuello, tráquea, cuerpo, cintura, paletilla..."

5- DV graves

Este tipo de respuestas DV las he llamado así por no poder darles otro nombre, si bien no pertenecen claramente a las DV clasificadas hasta ahora en el Sistema Comprensivo.

Constituirían un tipo de DV delirantes, mucho más graves que las respuestas clasificadas, hasta ahora como DV. Representan algo más que una pérdida de objetividad.

Estaría relacionado con la pérdida de las asociaciones. Asociaciones difíciles de comprender, apareciendo, en algunos casos, pérdida de las mismas o incoherencia. Todo ello, dentro de un lenguaje delirante y confuso.

L.I- "Una mariposa nocturna...abiertos los ojos, el eje de la columna, todo radica en el Sistema Nervioso..... hay que dormir con la luz apagada.."

L.II-"Los osos con cabeza de cerdo, dos guerrillas haciendo el facha, antes eran rojos, los comunistas se han vuelto fascistas..."

L.II-"Pulmones reventados....en mí..."

L.III-"Dos camareros sacando la pizza, preparando el menú, los suministros en la película le llamaban Trinidad.."

L.V- "Una mariposa, parece la cabeza de Marylin Monroe, tomó una dosis de barbitúricos..."

L.V- "David y Goliat tumbado, el arbol y la providencia, la ley de la gravedad, no le gustan las cerezas, y su madre le dió una buena paliza.."

L.X- "Esto es el cuerpo de Cristo, cuando levanta el cáliz el cura, en la iglesia, es un poco fino, como de la copa, primero beben ellos y luego sacan otra del sagrario.....o los protestantes partiendo el pan o los testigos de Jehová, cuando cogen la canción de la música.

# 20- MECANISMOS DE DEFENSA

# 20- MECANISMOS DE DEFENSA

## 20.1 NEGACION

### 20.1.1. Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos"

#### 20.1.1.1. Negación de una respuesta en la encuesta

Se trata de una respuesta negada en la encuesta cuando el sujeto la ha reconocido como tal en la asociación libre.

Paciente nº1 "Yo no he dicho esto..."

Paciente nº2 "Yo no he visto esto...Esto es una..."

Paciente nº3 -L.I. Respuesta nº4
"El corazón parece...(Enc.) No es corazón" (devuelve lámina)

Paciente nº4 -L.III.Respuesta nº7
"Como dos serpientes de ahí, cobras de éstas ...(D2). (Enc.)No, aquí no se ven...aquí se ven dos águilas (Ad).

#### 20.1.1.2. Aspectos negados

Ocurre cuando, al hacerse la defensa inestable, en las psicosis y en hipomaníacos , así como los impulsos y sentimientos orales hostiles y narcisistas, surgen a cada paso[79]. Imágenes de alegría y esperanza

Paciente nº7 -L. V.Respuesta nº12
"La punta de arriba (D8), el signo de la victoria como dijo Churchill, pero nada más (Ríe)...

Paciente nº10-L.I.Respuesta nº1

"Un ángel sin cabeza y con tres alas..."

Paciente nº15-L.VI.Respuesta nº8

"Esto representará el sagrado Jesús, la cruz bendita con una llama cuando lo clavaron y le pegaron fuego. Esto no es un monstruo ni nada, una fotografía representando el sagrado Jesús"

20.1.1.3 Reflejo de la inestabilidad defensiva

Lo negado puede invadir las negaciones y éstas, a su vez, pueden ser utilizadas para rechazar lo negado

Paciente nº27-L.II.Respuesta nº3

"Dos enamorados y sangre, dos juntados y sangre (D2 y D3 y manchas en D1)...(Enc.)Están juntos como si rezasen una plegaria..."

20.1.1.4 Desplazamiento

Paciente nº27-L.VIII.Respuesta nº10

"La vida en rosa, alegrías de la vida...aquí solo hay una pena y es que mi hermana vive con un hombre pero no es su marido...(Enc.) Alegrías de la vida, el trabajo (D1), el demonio de la vida (D4)....luego empieza otra vez todo, como ratas (D1), iguales a los demonios de la vida"

20.1.2. Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos"

20.1.2.1 Negación de una respuesta en la encuesta

Negación de una respuesta en la encuesta cuando se había dado, verbalizándola como tal, en la asociación libre. Veamos los siguientes ejemplos:

Paciente nº1 -L.I.Respuesta nº3

"...Enc.:No, esto no es un avión, yo no he dicho esto"

Paciente nº7 -L.VII.Respuesta nº12

"Estas nubes que están entre sierras de 2.400-3.000 mts. de altura ...Enc.:No, en ésta no, en ésta no es, es en la otra..."

Paciente nº25-L.VIII.Respuesta nº10 (negación e inhibición en la asociación libre)

"Bah, un dibujo cualquiera puede ser..."

20.1.2.2 Aspectos negados

a) Imágenes de culpa: Diablo, demonio, fuego, azufre

b) Contenidos orales: Comida y objetos para comer: Bocas abiertas, dientes, cocodrilos, cerdos.

c) Imágenes agresivas: Bombas, explosiones, fuegos, nubes, tormentas.

Paciente nº2-L.I.Respuesta nº2

"Un personaje por las nubes, un sueño se puede ver, parece un dios, un diablo enmascarado. Enc. :Un demonio embrujado que va volando muy alto y va bajando poquito a poco"

-L.IV.Respuesta nº5

"Un hombre gigante de aquellos de las películas, lleva los brazos así y quiere comerse el mundo...Enc.:Los brazos en forma de demonio, pegando, saltando por la tierra, va a caer del cielo"

20.1.2.3 Reflejo de la inestabilidad defensiva

Lo negado puede invadir las negaciones y éstas, a su vez, pueden ser utilizadas para rechazo de lo negado.

a) Uso mágico del color

Paciente nº19-L.I.Respuesta nº4

"Esto blanco que está dentro, como una ventana que da paso a otro mundo...Enc.:Una ventana porque es como un sueño, parece la entrada a un sueño"

## 20.2 SPALTUNG

### 20.2.1 Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos"

Paciente nº8 -L.III.Respuesta nº5

"Dos esqueletos con vida...Enc.:Como si se abriesen..."

Paciente nº -L.VII.Respuesta nº9

"Las boires, como se separan...Enc.:Como unas nieblas partidas..."

Paciente nº15-L.IX.Respuesta nº12

"Una operación de cuerpo humano abierto... abierto como un cerdo..."

Paciente nº16-L.I.Respuesta nº1

"Una mariposa...Enc.:Elcuerpo abierto, chafado, (dividido en dos)..."

Paciente nº17-L.V.Respuesta nº6

"La India...está divida por dos partes...Enc.: La India lo divide en el medio...se querían unir a la India las dos partes"

Paciente nº28-L.II.Respuesta nº2

"Otro cuerpo...Enc.:Es un cerdo que lo han abierto y lo han matado...lo han rajado..."

20.2.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos "

Paciente nº3 -L.I.Respuesta nº1

"Un borrón negro, tiene ojos, orejas y la boca la tiene partida, no tiene cerebro o lo tiene muy poco...Enc.:Aquí hay un hueco pero la cabeza puede ser ésta...partida?-Por la línea del medio...es de color gris con manchas negras".

Respuesta nº2

"Una cara sin facciones pero le falta esto, sería la cabeza pero tiene naríz, la tiene partida..."

Paciente nº4 -L.IV.Respuesta nº10

"Una nuez partida por la mitad, áspera, no lo he probado pero es áspera, como si comieras una hoja de árbol...Enc.:Doblada o sin doblar porque una nuez, la mitad es oscuro"

Paciente nº6 -L.VI.Respuesta nº11

"Parece un pedazo de carne abierto (D1), rajado ...Enc.:Abierto?- Quizás, el contraste de sombras que hay aquí. En el fondo hay más claridad y es más obscuro intenso"

Paciente nº17-L.III.Respuesta nº4

"Dos mujeres agarrando, esto lo he visto yo antes, están con un cesto de la compra o algo así, partidas por la cintura, está en blanco...Enc.:Partida?-No sigue el contorno, queda un blanco ahí en el medio".

Paciente nº22-L.VI.Respuesta nº8

"Aquí separado, abierto, sin columna vertebral, sin cabeza..."

Paciente nº23-L.VI.Respuesta nº9

"Un mango (D4+mitad de D2), no esto es cosa del cuerpo...Enc.:Podría ser un mango por todo partido...se nota que es una mancha abierta"

## 21- FRACASO DEFENSIVO

# 21- FRACASO DEFENSIVO

## 21.1 RESPUESTAS DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA Y SUBYACENTE

### 21.1.1 Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos"

Revisando las respuestas dadas a las 10 láminas por los 30 pacientes de esta muestra, observamos:

1- La presencia de agresividad manifiesta en 9 de los 30 casos (30%). Para 8 de ellos se trata de respuestas que reflejan la irrupción de fuertes impulsos agresivos. Esta agresión al ser expresada directamente y de forma muy primitiva, podría indicarnos un fracaso y/o un empeoramiento de las operaciones defensivas.

2- La presencia de agresividad subyacente en 21 de estos sujetos (70%)

3- Coincidencia en ambos tipos de agresividad manifiesta y subyacente, en 6 de los 30 sujetos (20%).

4- La presencia de respuestas anatómicas (An), en un 50%. Esta relación entre las respuestas anatómicas y la dificultad en el manejo de la agresividad reflejaría una preocupación menos directa por lo agresivo.

#### 21.1.1 1/Respuestas de agresividad manifiesta

Paciente nº5 -L.II.respuesta nº3

"Dos monos grandes enganchados con un cuchillo..."

Paciente nº14-L.X.Respuesta nº31

"Dos animales mordiendo un cuerpo..."

Paciente nº15-L.II.Respuesta nº3

"Aguila con sangre, dehuello en sangre fría... la cola ensangrentada...y muerta.Se le pega un tiro al águila y los dos mueren..."

Paciente nº17-L.VI.Respuesta nº7

"Canadá crucificada, la lucha internacional en el Canadá...La cruz como queriendo rajar de arriba a abajo, como destruir Canadá...lo destruyen por la lucha"

Paciente nº18-L.III.Respuesta nº11

"Dos hombres, como de la prehistoria, para matarse el uno al otro..."

Paciente nº28-L.I.Respuesta nº1

"Un cuerpo abierto...lo han matado, lo han rajado..."

Paciente nº22-L.II.Respuesta nº3

"...sangre de esos animales peleándose..."

21.1.1 2/ Respuestas que expresan agresividad subyacente

Paciente nº2-L.IX.Respuesta nº13

"Dos mariposas haciendo el amor, sacando sangre roja"

Paciente nº3-L.II.Respuesta nº5

"...un tigre...con manchas de sangre..."

Paciente nº4-L.II.Respuesta nº3

"Un tipo de perro cazador...la sangre..."

Paciente nº15-L.IX.Respuesta nº12

"Un cuerpo humano abierto como un cerdo... porque llevan la vida como cerdos..."

Paciente nº16-L.III.Respuesta nº4

"Un dibujo sin acabar y sangre...Como una operación, como manchas de sangre..."

Paciente nº23-L.X.Respuesta nº11

"Un cuerpo hecho trozos..."

Paciente nº24-L.III.respuesta nº6

"Esto es un lazo de sangre..."

Paciente nº27-L.II.Respuesta nº3

"Dos enamorados y sangre..la sangre de la cabeza cae"

## 21.1.2 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS "AGUDOS"

La revisión de las respuestas de los 30 pacientes esquizofrénicos "agudos" revela:

1- La presencia de respuestas de agresividad manifiesta en 13 de los casos (→44%), de los cuales 11 (85%) muestran fuertes impulsos agresivos, de forma no equiparable a la expresada por sujetos normales. Se trata de sujetos que fracasan en sus posibilidades de reprimir los impulsos agresivos. Sólo en un 16% (2 sujetos) pueden expresar "normalmente" su agresividad.

2- Respuestas de agresividad subyacente en 24 sujetos (80%)

3- Coincidencia de respuestas de agresividad manifiesta y subyacente para 12 sujetos (40%)

4- Respuestas anatómicas en un aproximadamente 67% de los casos. La relación existente entre las respuestas anatómicas y la dificultad en el manejo de la agresividad se cumple en un 67%. Se trata de una manifestación menos directa de la preocupación por lo agresivo.

21.1.2.1/ Respuestas de agresividad manifiesta

Paciente nº1 -L.IX.Respuesta nº21

"...Dos hombres que se quieren matar...están embarricados en una esquina y en otra"

Paciente nº11-L.IX.Respuesta nº18

"Alguien que se está enfrentando con otro..."

Paciente nº14-L.II.Respuesta nº3

"Dos monos que se pelean y hacen el triunfo"

Paciente nº17-L.III.Respuesta nº6

"Dos hombres juntos que se destruyen a sí mismos"

-L.III.Respuesta nº7

"Dos hombres que destruyen a un chaval"

Paciente nº23.L.III.Respuesta nº4

"Dos hombres peleándose...puede ser por una mujer"

21.1.2 2/ Respuestas que expresan agresividad subyacente

Paciente nº1-L.II.Respuesta nº5

"Hojas manchadas en sangre...Sangre de un animal o de un pájaro, que le han tirado un perdigón"

Paciente nº2-L.III.Respuesta nº4

"Dos hombres trabajando en los riñones de una persona...y esto, manchas de sangre"

Paciente nº5-L.III.Respuesta nº9

"Dos gallos de pelea que se han picado en la mierda del camarero..."

Paciente nº7-L.II.Respuesta nº3

"La impresión de cataclismo...Como cuando un insecto se estrella en un cristal..."

Paciente nº11-L.II.Respuesta nº5

"Una especie de derrame de alguna cosa...La mas turbación o una herida o una hemorragia"

Paciente nº12-L.II.Respuesta nº3

"Dos hombres cogiendo una cosa...Están recogiendo sangre porque parece que cae hacia abajo"

Paciente nº21-L.X.Respuesta nº15

"Como dos nubes...Dos arañas pinchando a las nubes"

Paciente nº22-L.II.Respuesta nº4

"Dos elefantes...Esta mancha de sangre, una mariposa que se ha estrellado con los elefantes y se ha muerto"

## 21.2 RESPUESTAS ANATOMICAS (An) Y SEXUALES (Sx)

### 21.2.1 Muestra de paciente esquizofrénicos "crónicos"

En esta muestra de esquizofrénicos "crónicos", constituída por 30 sujetos, el 50% dan respuestas Anatómicas; el casi 47% presentan respuestas Sexuales y sólo dos sujetos, el casi 7% coinciden An y Sx en la misma respuesta.

Analizando la distribución de estas respuestas, emitidas por estos sujetos a lo largo de las 10 láminas, observamos que el mayor número de anatómicas se concentra en las láminas X (9 sujetos), I (7 sujetos), III (6 sujetos), IX (5 sujetos), II, III y VIII (4 sujetos) (Véase pag. 524 )

En esta muestra, la lámina VI recibe una sola respuesta de este tipo y las láminas V y VIII, dos.

En cuanto a las respuestas sexuales (Sx) por lámina, las que concentran mayor número de respuestas Sx son las láminas: VII (7 sujetos), II, VI, VIII, y IX (4 sujetos), las láminas III y IV reciben una única respuesta. La lámina V no obtiene ninguna respuesta Sx.

Los sujetos 18 y 30 podrían considerarse esquizofrénicos a causa del fracaso de las defensas y la coincidencia de las respuestas anatómicas y sexuales en una misma respuesta [85].

21.2.1.1 Respuestas Anatómicas (An)

En 14 de los 30 protocolos de la muestra de esquizofrénicos "crónicos" se reflejan respuestas anatómicas (An), cuya frecuencia oscila entre 1 y 8 por protocolo.

Paciente nº1 -L.V.Respuesta nº21

"Un hueso...está en medio de la mariposa, no la mariposa es invertebrado, un hueso largo...

Paciente nº2 -L.I.Respuesta nº1

"Aquí veo como un esqueleto... de rinoceronte, parece de águila"

Paciente nº14-L.X.Respuesta nº29

"Aquí la columna vertebral y las costillas... se notarían las costillas, el centro de la columna, pues se ven desgarrando los huesos y sólo la columna aguantando las costillas"

Paciente nº15-L.VII.Respuesta nº9

"Esto es una roca, no, un cuerpo humano y un culo como otro, respetándola a Ud. un culo como otro.¿Lo ve Ud.?¿Qué asco,no?"

Paciente nº17-L.II.Respuesta nº3

"Esto me da de sí un tórax del pecho de la parte de abajo con disminución del mapa de Varsovia, porque es la Europa comunitaria, la derecha y la izquierda de América pasando por el arco de triunfo o el puente de Londing.."

Paciente nº25-L.III.Respuesta nº3

"Lo de dentro de una persona, se debe ver si está normal o no, lo he visto en revistas... Esto está rojo, el pulmón cuando se acaba de curar, porque veo una cosa así,una señal"

Paciente nº27-L.X.Respuesta nº12

"Los huesos del cuerpo humano, espalda, espina dorsal, los pies, inicio de piernas, los brazos y todo el cuello y la cabeza, el pensamiento..."

21.2.1.2 Respuestas sexuales (Sx)

Paciente nº2-L.VII.Respuesta nº10

"Veo gestos, siendo animal tiene fin...Una mujer, que puede estar embarazada, ambos conductos principales...Vagina y ano"

Paciente nº5-L.VII.Respuesta nº8

"Esto, aquí, se ve todo una mujer con deformación física, enseñando...la parte de abajo, esto es de la mujer, de dentro..."

Paciente nº8-L.VI.Respuesta nº8

"Aquí veo una cosa que ve en las revistas como en Interviu, aquí se lo diré en confianza, porque no se dice, una cosa como la matriz de una mujer..."

Paciente nº10-L.II.Respuesta nº4

"Algo semejante al sexo de la mujer, también ...esto de abajo, su fisura central, su en - torno, más o menos..."

Paciente nº15-L.VII.Respuesta nº9

"Esto es una roca, no un cuerpo humano y un culo como otro, respetándola a Ud.¿Qué asco, no?

Paciente nº18-L.IX.Respuesta nº29

"Un miembro viril pasivo, los testículos, los ovarios de una mujer..."

Paciente nº20-L.II.Respuesta nº3

"La cuenca del culo, pero tampoco sería..."

Paciente nº 23-L.I.Respuesta nº1

"La plantilla de las mujeres...por donde echan los hijos al mundo..."

Paciente nº24-L.II.Respuesta nº3

"Como una mujer o algo así, un poco de sangre, no sé qué será, no lo sé del todo, como una puntita, me acabo de levantar ahora y ...es como una cosa que hay aquí, lo de la mujer, pintado..."

Paciente nº30L.II.Respuesta nº3

"Lo que tiene una mujer cuando va a tener un

hijo .Veo la imagen de un niño cuando nace... Esto, la imagen del hijo cuando nace...cuando se está haciendo esto...el sexo de la mujer"

Paciente nº30-L.VII.Respuesta nº9

"Esto, lo que veo es la vida de un ser que va a nacer en el cuerpo de una mujer, de un ser cuando tiene un mes o dos, en vez de estar todo bien hecho le falta un poco...Veo más que nada la sexualidad de la mujer, cuando va a nacer algún hijo..."

21.2.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos"
Respuestas Anatómicas (An) y Sexuales (Sx)

De los 30 pacientes de esta muestra, el aproximadamente 67% obtienen respuestas anatómicas (An).

El 10% ofrecen coincidencia entre An y Sx por lo que sólo por esta causa y siguiendo el criterio de Weiner ya podrían ser considerados esquizofrénicos [85].

Revisando la distribución de estas respuestas, dadas por estos sujetos a lo largo de las 10 láminas, observamos que el mayor número de anatómicas se dan en las láminas: IX (12 sujetos), II y III (10 sujetos), X(9 sujetos), seguidos de la lámina VIII (8 sujetos) y I (7 sujetos). La lámina V obtiene una sola respuesta An (véase pag, 532 )

Respecto a las respuestas sexuales (Sx), el 37% de estos sujetos dan este tipo de respuesta, cuya distribución puede observarse en el cuadro nº22.2.5, página 533.

La lámina II es la que obtiene preferencia, al reunir mayor número de respuestas (5.4%), seguida de la VI (4.1%). En la misma proporción, lo obtienen las láminas VII, III y V con 2.3; 2.2; 2.1 y 2 respectivamente.

Los pacientes números: 4, 16 y 20 podrían considerarse esquizofrénicos por el fracaso de las defensas y la coincidencia de las respuestas anatómicas y sexuales en una misma respuesta. Mientras que, las respuestas Sx a las láminas: II, IV, VI y VII podrían darse en sujetos no pacientes.

21.2.2.1 Respuestas Anatómicas (An)

En 20 de los protocolos de la muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" aparecen respuestas anatómicas (An), cuyas frecuencias oscilan entre 1 y 8 por protocolo.

Paciente nº2-L.III.Respuesta nº4

"Dos hombres trabajando...en los riñones, en el cuerpo de una persona"

Paciente nº3-L.II.Respuesta nº13

"Un cerebro...un pulmón, otro pulmón....los tiene un poco desgarrados..."

Paciente nº3-L.IX.Respuesta nº16

"Un cerebro grande...y dentro de éste otro más grande"

Paciente nº6-L.X.Respuesta nº16

"Es como un cuerpo visto por dentro y caca"

Paciente nº10-L.I.respuesta nº2

"Se ve aquí el estómago, una pequeña cosa parecida a la que he tenido y tengo si no tomo unas medicinas con mis criterios...."

Paciente nº11-L.X.Respuesta nº26

"Algo mostoso, como si fuera el tórax..."

Paciente nº12-L.IX.Respuesta nº15

"Los cuatro estómagos de la vaca..."

Paciente nº24-L.I.Respuesta nº3

"El intestino de una persona..."

-L.VIII.Respuesta nº16

"Estas dos caras de dos mujeres mirándose de frente, con un moño y las vértebras"

Paciente nº25-L.X.Respuesta nº

"El cuerpo humano pero en separaciones"

Paciente nº30-L.VI.Respuesta nº14

"Una tráquea...El agujero en el tubo"

21.2.2.2 Respuestas Sexuales (Sx)

Paciente nº4-L.II.Respuesta nº5

"Un corazón con los pulmones y abajo el culo con las aletas y con agujero, con perdón de la palabra...Con vagina y el pene...abajo de todo tiene dos rayas que sería el final de la columna vertebral..."

Paciente nº10-L.IV.Respuesta nº5

"El chocho de las mujeres y la raya del culo ...los labios"

Paciente nº11-L.II.respuesta nº5

"Una especie de derrame de alguna cosa...La masturbación puede ser o una herida o una hemorragia...La salida de como más ale..."

Paciente nº16-L.I.Respuesta nº4

"Los huevos de producción se están tocando con la mar...se les puede ver bien..."

Paciente nº23-L.II.Respuesta nº3

"...Esto podría ser la matriz de una mujer... por el agujero y las manchas...esto por donde penetra...puede ser sangre"

Paciente nº24-L.II.Respuesta nº6

"El pene masculino...Elcaño de orina y aquí los testículos"

Paciente nº29-L.II.Respuesta nº5

"Como la vagina y aquí, la menstruación.... no se puede decir que es un pene"

## 21.3 DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE COLOR

### 21.3.1 Muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos"

De la observación de las respuestas del determinante color, en la muestra de "crónicos", obtenemos que 20 de estos 30 pacientes dan respuestas de color.

Para 11 de estos sujetos CF+C es mayor que FC; 7 de ellos obtienen FC mayor que CF+C; los dos restantes consiguen la igualdad en ambas proporciones, FC=CF+C.

Un análisis de la distribución por categorías de las respuestas de color revela las siguientes frecuencias:

Respuestas FC = 18

Respuestas CF = 13

Respuestas $C+C_n$ = 19

Comprobamos el aumento de las respuestas $C+C_n$ así como el predominio de $C+C_n$ sobre CF.

A través de la distribución de las respuestas de color a lo largo de las 10 láminas, vemos que el mayor número de respuestas de este determinante corresponde a las láminas II, IX, VIII y X, con la misma proporción de respuestas y la lámina III, con menor proporción.

Revisando cada una de las tres categorías de color, observamos que la respuesta FC aparece con mayor frecuencia en la L.II (6 sujetos), seguida de la L.X (4 sujetos), IX, III (3 sujetos) y VIII (2 sujetos). La respuesta

CF se da con la misma frecuencia en las láminas: II, IX, VIII y X (3 sujetos) seguida de la III (1 sujeto). La respuesta C aparece preferentemente en la lámina VIII (5 sujetos) y con igual frecuencia en las láminas: II, IX, X y III (3 sujetos).

En cuanto al valor de este índice CF+C > FC, considerado actualmente complementario para el diagnóstico diferencial de esquizofrenia, comprobamos claramente su aparición en 11 de los 20 sujetos, en cuyos protocolos aparece el determinante color. Para 7 de estos 20 sujetos no se cumple CF+C > FC. En uno de estos 20, ambas proporciones CF+C y FC son iguales. Los 10 restantes no presentan color en ninguna de las tres categorías. Su registro queda reflejado en la correspondiente columna CF+C > FC:"iguales a cero".

Igualmente, para los pacientes de esta muestra de "crónicos", podríamos deducir la dificultad que presentan estos pacientes en el manejo de los afectos y que en un casi 34%, la restricción de los mismos es total . Véase en el cuadro correspondiente a la muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos", página 517 .

21.3.2 Muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos"

Revisando las respuestas del determinante color en esta muestra de "agudos", observamos que de estos 30 pacientes sólo 26 obtienen respuestas de color.

En 17 sujetos, la proporción CF+C es mayor que FC; para 7 de ellos FC es mayor que CF+C y en dos de estos sujetos ambas proporciones son iguales, FC=CF+C.

La distribución de las respuestas de color para las tres categorías: FC, CF y C ha sido la siguiente:

Respuestas FC = 24

Respuestas CF = 28

Respuestas C = 15

Aparece un aumento de la respuesta CF y se confirma como grupo la proporción CF+C > FC.

Analizando la distribución de las respuestas de color, a lo largo de las 10 láminas, observamos que son las láminas II y VIII, las que obtienen globalmente mayor número de respuestas de color (FC, CF y C).

Revisando cada una de las tres categorías de color, apreciamos que la respuesta FC aparece con mayor frecuencia en la lámina X (8 sujetos), seguida de las láminas II, VII y IX (6.5 y 4 sujetos respectivamente) y, en menor proporción, por la lámina III (1 sujeto). La respuesta CF se da con mayor frecuencia en la lámina II (9 sujetos),

VIII y IX (7 sujetos), seguidas por la lámina X (4 sujetos) y III (1 sujeto). La respuesta C aparece en la lámina VIII (6 sujetos) y III (4 sujetos) seguidas por las láminas II, X (3 sujetos) y IX (2 sujetos).

En cuanto al valor de este indice CF+C > FC, considerado actualmente complementario para el diagnóstico diferencial de esquizofrenia, comprobamos su aparición en 17 de los 26 sujetos (→ 65%) en los que surge el determinante color. Para 7 de los sujetos no se cumple FC > CF+C. Los dos restantes dan el mismo número de respuestas FC y CF+C.

Podemos deducir que estos pacientes esquizofrénicos "agudos" tendrían mayor dificultad para modular sus afectos que los no pacientes de la muestra de Exner. Así mismo, resalta el predominio de respuestas CF sobre C pura. Véase en el cuadro correspondiente a la muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos", página 519 .

## 22- C U A D R O S

## 22.1.1 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS - DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE M

| nº | M | M - | M en H | M en (H) | M en Hd | M en (Hd) | M en A | M en (A) | M en otros contenidos | Enfasis en M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | | 1 | | | | | | | |
| 2 | 2 | | 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | 3 | | | 1 | | | 2 | | | |
| 5 | 3 | 3 | 1 | | 2 | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | 6 | | 1 | 3 | 2 | | | | | 6 |
| 8 | 1 | | | 1 | | | | | | |
| 9 | 1 | | | 1 | | | | | | |
| 10 | 2 | 1 | | | | | 1 | | 1(monstruo vegetal) | |
| 11 | 1 | | 1 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | 7 | | 4 | 2 | 1 | | | | | 7 |
| 15 | 1 | | | 1 | | | | | | |
| 16 | 2 | 1 | | 1 | 1 | | | | An, tela araña | |
| 17 | 4 | 4 | | 1 | | | | | 3 plano mundial | |
| 18 | 10 | 7 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 en Sx | |
| 19 | 2 | | 2 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| 21 | 1 | | 1 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | |
| 23 | 1 | | 1 | | | | | | | |
| 24 | 2 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | |
| 26 | 2 | 1 | | | | 2 | | | | |
| 27 | 3 | 1 | 2 | | | | | | 1 en Ab | |
| 28 | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | 1 en Sx | |
| 30 | 3 | 2 | | 2 | | | | | | |

22.1.2

MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS - DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE COLOR

| nº | FC > CF+C | CF+C > FC | FC | CF | C | Cn | L.II FC | L.II CF | L.II C | L.IX FC | L.IX CF | L.IX C | L.VIII FC | L.VIII CF | L.VIII C | L.X FC | L.X CF | L.X C | L.III FC | L.III CF | L.III C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 1 | 2 | | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | Cn | 1 | | 2 | | | |
| 2 | | 1 | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 3 | | | 1 | | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | |
| 4 | 1 | | 3 | | | | 2 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| 5 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| 11 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | 1 | | 2 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | 1 | |
| 16 | | 1 | | | 2 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| 17 | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | | 1 | 1,Cn | 1 | 1 | | | | Cn | 1 | 1 | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | 1 | | | 5 | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 1 | | 2 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | |
| 25 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | | |
| 26 | | 1 | 1 | 3 | | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | 1 | | |
| 27 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | Cn |
| 28 | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |

22.1.3 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS - DISTRIBUCION DEL CONTENIDO H

| nº | H ≤ 2 | H > 2 | H=0 | H | (H) | Hd | (Hd) | H como 2º contenido | Respuestas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 1 | | 3 | | 1 | | | 46 |
| 2 | | 1 | | 4 | 1 | | | | 16 |
| 3 | 1 | | | 1 | | 1 | | | 19 |
| 4 | | 1 | | 3 | 1 | 1 | | 1 | 29 |
| 5 | 1 | | | 2 | 2 | 3.1 | | | 13 |
| 6 | | | 1 | | | | | | 19 |
| 7 | 1 | | | 1 | 3 | 2 | | | 24 |
| 8 | | | 1 | | 1 | | | | 12 |
| 9 | | | 1 | | 2 | | | | 9 |
| 10 | | | 1 | | 1 | | | | 15 |
| 11 | | 1 | | 4 | | 2 | | | 21 |
| 12 | 1 | | | 2 | | 4 | | | 15 |
| 13 | 1 | | | 2 | | 1 | | | 10 |
| 14 | | 1 | | 4 | 2 | 1 | | | 34 |
| 15 | | | 1 | | 2 | | | | 13 |
| 16 | 1 | | | 1 | | 1 | | | 13 |
| 17 | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | 11 |
| 18 | 1 | | | 2 | 1 | 1 | 1.1 | | 37 |
| 19 | 1 | | | 2 | | | | | 19 |
| 20 | | | 1 | | 1 | 1 | | | 11 |
| 21 | 1 | | | 2 | | | | | 18 |
| 22 | | | 1 | | | 1 | | | 15 |
| 23 | 1 | | | 1 | | 1 | | | 11 |
| 24 | | 1 | | 3 | 1 | 1 | | | 15 |
| 25 | | | 1 | | | | | | 10 |
| 26 | | | 1 | | | 2 | | | 15 |
| 27 | 1 | | | 2 | | 1.1 | | | 12 |
| 28 | | | 1 | | | | | | 10 |
| 29 | 1 | | | 2 | | 3 | | | 19 |
| 30 | 1 | | | | 3.1 | 2.2 | | 1 | 12 |

22.1.4 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS-RESPUESTAS An POR LAMINA

| LAMINAS | L.I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PACIENTE nº 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | | | 2 | 6 |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | 2 | | | | | | | 1 | | | 3 |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | 1 | | | 1 | | | | 1 | 3 |
| 15 | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| 16 | | | | | | | | | 1 | 1 | 2 |
| 17 | | 1 | | | | | | 1 | | | 2 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | 6 |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | 3 |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | 1 | 1 | | | | | | 1 | 1 | 4 |
| 24 | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 8 |
| 26 | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| 28 | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | 1 | | | | | | 1 | 2 |
| | 7 | 4 | 6 | 4 | 2 | 1 | 2 | 4 | 5 | 9 | 44 |

22.1.5 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS - RESPUESTAS Sx POR LAMINA

| LAMINAS | L.I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PACIENTES nº 1 | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| 2 | | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 3 | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 4 | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| 5 | | | | | | 1 | 1 | | | | 2 |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | 1 | | | | | 1 | | | | 2 |
| 11 | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 24 | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | | 4 |
| 25 | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | |
| 30 | | 1 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| | 2 | 4 | 1 | 1 | - | 4 | 7 | 4 | 4 | 3 | 30 |

## 22.1.6 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS

| Paciente nº | Respuestas | An | Respuestas | Sx | An y Sx en la misma Rta. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 6 | | 1 | |
| 2 | | | | 5 | |
| 3 | | 3 | | 1 | |
| 4 | | | | 1 | |
| 5 | | | | 1 | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | 1 | | | |
| 8 | | | | 1 | |
| 9 | | 1 | | | |
| 10 | | | | 2 | |
| 11 | | | | 1 | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | 3 | | | |
| 15 | | 1 | | 1 | |
| 16 | | 2 | | | |
| 17 | | 2 | | | |
| 18 | | 6 | | 4 | 1 |
| 19 | | | | | |
| 20 | | 3 | | 1 | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | 4 | | 1 | |
| 24 | | 1 | | 4 | |
| 25 | | 8 | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | 1 | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | 2 | | 5 | 1 |

22.1.7 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS - DISTRIBUCION DE LOS FENOMENOS ESPECIALES

| nº | PSV | DV | INCOM | FABCOM | CONTAM | ALOG | MOR | PER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 5 | 2 | | | 6 | 3 | |
| 2 | | 9 | 1 | 2 | | 0.1 | | 1 |
| 3 | | 5 | 2 | | | | | 1 |
| 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | | | 3 | |
| 5 | | 5 | 4 | 3 | | | | 1 |
| 6 | 1 | 4 | 0.1 | 1 | | 1 | | 2 |
| 7 | | | | 2 | | | 2 | 2 |
| 8 | | 4 | 2 | 2 | | 1 | | 2 |
| 9 | | 1 | 2 | | | 1 | | |
| 10 | | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | | |
| 11 | | 7 | 2 | | | | | |
| 12 | | 2 | 1 | 1 | | | | 1 |
| 13 | 2 | | | | 1 | | | |
| 14 | | 2 | 2 | 4 | | | 2 | |
| 15 | | 12 | | 3 | | 3 | 3 | 3 |
| 16 | | | 2 | | | 2 | 3 | |
| 17 | | 8 | | 4 | 6 | 2 | 1 | 1 |
| 18 | | 13 | 8 | 10 | 4 | | 3 | 3 |
| 19 | | 2 | 4 | 1 | | | | |
| 20 | | 3 | 3 | 1 | | | | |
| 21 | | 3 | | →1 | | | | |
| 22 | | | 1 | | 1 | 1 | | 4 |
| 23 | | 3 | | 1 | | | 1 | |
| 24 | 1 | 3 | 2 | | 1.1 | | | |
| 25 | | 5 | 2 | 1 | | 3 | 5 | 2 |
| 26 | | 1 | 2 | | 3 | 3 | 7 | |
| 27 | | 4 | 3 | 4 | 1 | | | 1 |
| 28 | | | 1 | | | | 7 | |
| 29 | | 4 | 4 | | | 3 | | 3 |
| 30 | 2 | 5 | 2 | 7 | 1 | 4 | | |

22.1.8

MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS - INDICES DE ESQUIZOFRENIA FUNDAMENTALES Y COMPLEMENTARIOS

| nº | Fenom. especiales | FABCOM+ALOG+CONT> DV+INCOM | X+% inferior 70 | Rtas.-> Rtas.W | M- | CF+C> FC | H<2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 16 | NO | SI 45% | W> - NO | NO | SI | NO |
| 2 | 13.1 | NO | SI 62% | SI | NO | SI | NO |
| 3 | 8 | NO | SI 42% | SI | NO | IGUALES | SI |
| 4 | 13 | NO | SI 48% | SI | NO | NO | NO |
| 5 | 13 | NO | SI 30% | SI | SI | NO | NO |
| 6 | 9.1 | NO | SI 36% | SI | NO | IGUALES a 0 | SI |
| 7 | 6 | NO | SI 66% | SI | NO | IGUALES a 0 | SI |
| 8 | 11 | NO | SI 41% | IGUALES | NO | IGUALES | SI |
| 9 | 4 | NO | NO 77% | IGUALES | NO | IGUALES a 0 | SI |
| 10 | 10 | NO | NO 73% | SI | SI | SI | SI |
| 11 | 10 | NO | SI 52% | SI | NO | NO | NO |
| 12 | 5 | NO | SI 33% | SI | NO | IGUALES a 0 | NO |
| 13 | 3 | NO | SI 60% | SI | NO | IGUALES a 0 | NO |
| 14 | 10 | NO | NO 73% | NO | NO | NO | NO |
| 15 | 24 | NO | SI 53% | SI | NO | SI | SI |
| 16 | 7 | NO | SI 46% | SI | SI | SI | SI |
| 17 | 22 | SI | SI 0% | SI | SI | NO | SI |
| 18 | 41 | NO | SI 27% | SI | SI | SI | NO |
| 19 | 7 | NO | SI 47% | SI | NO | IGUALES a 0 | NO |
| 20 | 7 | NO | SI 36% | SI | NO | IGUALES a 0 | SI |
| 21 | → 4 | NO | SI 55% | IGUALES | NO | IGUALES a 0 | NO |
| 22 | 7 | NO | SI 33% | SI | NO | SI | SI |
| 23 | 5 | NO | SI 63% | SI | NO | IGUALES a 0 | SI |
| 24 | 7.1 | NO | SI 46% | SI | SI | NO | NO |
| 25 | 18 | NO | SI 10% | SI | NO | SI | SI |
| 26 | 16 | SI | SI 46% | SI | SI | SI | SI |
| 27 | 13 | NO | SI 50% | SI | SI | SI | NO |
| 28 | 8 | NO | SI 10% | SI | NO | SI | SI |
| 29 | 14 | NO | SI 0% | SI | NO | IGUALES a 0 | NO |
| 30 | 21 | SI | SI 25% | SI | SI | NO | SI |

22.2.1 MUESTRA DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS - DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE M

| nº | M | M- | M en H | M en (H) | M en Hd | M en (Hd) | M en A | Ad | M en (A) | M en otros cont. | Enfasis en M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 1 | 2 | | | | | | | | |
| 2 | 3 | | 1 | 2 | | | | | | | |
| 3 | 3 | 2 | 2 | | 1 | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | 2 | | 2 | | | | | | | | |
| 6 | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | 7 | 2 | 4 | | 2 | 1 | | | | | 7 |
| 12 | 3 | | 3 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | 1 | 1 | | | | | 1 | | | | |
| 15 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 16 | 5 | 3 | 2 | | 1 | | | 1 | | 1 en Sx | |
| 17 | 6 | 2 | 3 | | | 1 | | | | | |
| 18 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 19 | 1 | | | | | 1 | | | | | |
| 20 | 3 | | 3 | | | | | | | | |
| 21 | 3 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | |
| 22 | 3 | 1 | 1 | 2 | | | | | | | |
| 23 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| 24 | 3 | 1 | | | 2 | | | | | 1 en Sx | |
| 25 | 2 | | 1 | | 1 | | | | | | |
| 26 | 5 | 4 | 3 | | | | 1 | | | 1 en plaza | |
| 27 | 2 | 2 | 1 | | | | | | | 1 en mundo | |
| 28 | 1 | | 1 | | | | | | | | |
| 29 | 6 | 4 | 1 | | 2 | | | | | 3 en Sx | |
| 30 | 2 | 1 | 2 | | | | | | | | |

## 22.2.2 MUESTRA DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS - DISTRIBUCION DEL DETERMINANTE COLOR

| nº | FC>CF+C | CF+C>FC | FC | CF | C | Cn | L.II | | | L.IX | | | L.VIII | | | L.X | | | L.III | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | FC | CF | C | FC | CF | C | FC | CF | C | FC | CF | C | FC | CF | C |
| 1 | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| 3 | | 1 | 1 | 3 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | |
| 4 | 1 | | 3 | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | |
| 5 | 1 | | 2 | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | 1 | |
| 6 | | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| 7 | | 1 | | 4 | 1 | 2 | | 2 | | | 1 | | | | 1 | | 1 | 2 | | | |
| 8 | = | | 1 | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| 9 | 1 | | 5 | | | | 1 | | | | | | 2 | | | 1 | | | 1 | | |
| 10 | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | 1 | | 2 | 2 | 1 | | 1 | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 |
| 12 | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | 1 | 1 | 2 | 1 | | | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | |
| 14 | | 1 | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | |
| 17 | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | |
| 19 | = | | 1 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | |
| 20 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 1 | | 3 | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | | 2 | | | | | |
| 23 | | 1 | | 4 | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | |
| 24 | | 1 | 1 | | 3 | | 1 | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 1 |
| 25 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | 1 | | 2 | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 1 | | 2 | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | | 1 | | | | | |
| | | | 24 | 28 | 15 | 3 | 6 | 9 | 3 | 4 | 7 | 2 | 5 | 7 | 6 | 8 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 |

## 22.2.3 MUESTRA DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS - DISTRIBUCION DEL CONTENIDO H

| nº | H ≤ 2 | H > 2 | H=0 | H | (H) | Hd | (Hd) | H como 2º contenido | Rtas. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | | | 2 | | | | | 27 |
| 2 | | 1 | | 4 | 1 | | | | 16 |
| 3 | | 1 | | 4 | | 4.3 | | | 18 |
| 4 | | | 1 | | | 1.3 | | | 12 |
| 5 | | 1 | | 3 | 2 | 0.1 | | | 19 |
| 6 | 1 | | | 0.1 | | 2 | | 1 | 16 |
| 7 | | | 1 | | | | | | 20 |
| 8 | | | 1 | | | | | | 13 |
| 9 | 1 | | | 2 | 1 | 1 | | | 21 |
| 10 | | | 1 | | | 1 | | | 12 |
| 11 | | 1 | | 4 | 1 | 3 | 1 | | 26 |
| 12 | | 1 | | 3 | | | | | 16 |
| 13 | | | 1 | | | | | | 12 |
| 14 | | | 1 | | 5 | | | | 13 |
| 15 | 1 | | | 1 | | 1 | | | 12 |
| 16 | | 1 | | 4 | | 2.1 | | | 18 |
| 17 | | 1 | | 5 | 2 | 1 | 1 | | 20 |
| 18 | 1 | | | 1 | | | | | 19 |
| 19 | 1 | | | 1 | 1 | 3 | 2 | | 43 |
| 20 | | 1 | | 4 | | | | | 18 |
| 21 | 1 | | | 1 | 1 | 1.1 | | | 15 |
| 22 | | 1 | | 3 | 2 | 0.1 | | | 14 |
| 23 | 1 | | | | 1 | 1 | | | 15 |
| 24 | 1 | | 1 | | | 4 | | | 21 |
| 25 | 1 | | | 1 | | 2 | | | 14 |
| 26 | | 1 | | 3.1 | | 0.1 | | 1 | 11 |
| 27 | 1 | | | 2.1 | 2 | 2 | | 1 | 15 |
| 28 | 1 | | | 2 | | | | | 17 |
| 29 | 1 | | | 1 | 1 | 3 | | | 16 |
| 30 | | 1 | | 3 | 3 | 1 | | | 30 |

## 22.2.4 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AGUDOS - RESPUESTAS An POR LAMINAS

| LAMINAS | L.I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PACIENTES nº1 | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 2 | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | 3 |
| 3 | | 1 | | | | | | | 1 | | 2 |
| 4 | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 5 | | | | | | 1 | | 1 | | | 2 |
| 6 | 1 | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 7 | | | 1 | | | 1 | | | | | 2 |
| 8 | | | | | | | | | | | 0 |
| 9 | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 | 2 | 6 |
| 10 | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 11 | 1 | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 12 | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| 13 | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 14 | | | | | | | | | | | 0 |
| 15 | 2 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| 16 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | 3 |
| 17 | | | | | | | | | | | 0 |
| 18 | | 1 | | | 1 | | | | 2 | 1 | 5 |
| 19 | | 1 | 1 | | | | 1 | | | 1 | 4 |
| 20 | | | 1 | | | | | 2 | 1 | | 4 |
| 21 | | | | | | | | | | | 0 |
| 22 | | | | | | | | | | | 0 |
| 23 | | | | | | | | | | | 0 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | | 1 | | 5 |
| 25 | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 26 | | | | | | | | | | | 0 |
| 27 | | | | | | | | | | | 0 |
| 28 | | | | | | | | | | | 0 |
| 29 | | | | | | | | | | | 0 |
| 30 | | 1 | 2 | | | 1 | | 1 | 1 | | 6 |
| | 7 | 10 | 10 | 2 | 1 | 6 | 4 | 8 | 12 | 9 | |

22.2.5 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AGUDOS - RESPUESTAS Sx POR LAMINA

| LAMINAS | L.I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PACIENTES nº1 | 1 | 1 | 0.1 | | | | | | | | 2.1 |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | 0.1 | | | | | 0.1 | | 0.1 | 0.1 | 0.4 |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | 0.1 | | | | 0.1 |
| 10 | | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 4 |
| 11 | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 12 | | | | | | 1 | 0.1 | | | | 1.1 |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | 1 | 1 | | 1 | | 1.1 | | | 0.1 | | 4.2 |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | 0.1 | | | 0.1 |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | 0.1 | | | | | 1 | | | | 1.1 |
| 24 | | 1.1 | 1 | | | | | | | | 2.1 |
| 25 | | | | | | | | | | | |
| 26 | | 0.1 | | | | | | | | | 0.1 |
| 27 | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | |
| 29 | | 1 | 1.1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0.1 | 1 | 9.2 |
| 30 | | | | | | | | | | | |
| | 2 | 6.4 | 2.2 | 3 | 2 | 4.1 | 2.3 | 2.1 | 1.3 | 1.1 | 25.5 |

22.2.6 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AGUDOS

| Paciente nº | Respuestas An | Respuestas Sx | An y Sx en la misma Respuesta |
|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 3 | |
| 2 | 3 | | |
| 3 | 2 | | |
| 4 | 6 | 4 | 3 |
| 5 | 2 | | |
| 6 | 2 | | |
| 7 | 2 | | |
| 8 | | | |
| 9 | 6 | | |
| 10 | 1 | 4 | |
| 11 | 2 | 1 | |
| 12 | 1 | 1 | |
| 13 | 1 | | |
| 14 | | | |
| 15 | 10 | | |
| 16 | 3 | 5 | 2 |
| 17 | | | |
| 18 | 5 | | |
| 19 | 4 | | |
| 20 | 4 | 1 | 1 |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | 2 | |
| 24 | 5 | 2 | |
| 25 | 3 | | |
| 26 | | 1 | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | 11 | |
| 30 | 6 | | |

22.2.7 MUESTRA DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS - DISTRIBUCION DE LOS FENOMENOS ESPECIALES

| nº | PSV | CP | DV | INCOM | FABCOM | CONTAM | ALOG | MOR | PER | AGRES. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | | 3 | | 1 | | 4 | 1 | | |
| 2 | 1 | | 4 | 5 | 2 | 1.2 | 0.1 | | 1 | |
| 3 | | | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | | 1 | |
| 4 | | | 3 | 6 | 7 | 4.1 | | | 1 | |
| 5 | | 1 | 12 | 5 | 1 | | 1 | | 1 | |
| 6 | | | | | 1 | 3 | 1 | | | |
| 7 | | | 8 | | 1 | | 1 | 1 | 4 | |
| 8 | | | 6 | 2 | | | | | 1 | |
| 9 | | | 4 | 2 | 1 | | 1 | | | |
| 10 | | | 4 | 2 | 1 | →1 | | | 4 | |
| 11 | | | 14 | 1 | 5 | 1 | 3 | | 1 | |
| 12 | | | 3 | | 1 | | 1 | | | |
| 13 | | | 4 | | | | | 1 | | |
| 14 | | | 8 | 2 | 3 | 1.1 | 4.1 | | 2 | |
| 15 | | | 5 | | 4 | 0.1 | | | | |
| 16 | | | 11 | 2 | 5 | 1 | | 3 | 5 | |
| 17 | 1 | | 3 | 4.1 | 3 | →3 | 1 | 1 | 2 | |
| 18 | | | 9 | | 1 | | 1 | | 3 | |
| 19 | | | 6 | 1 | 1 | | | | | |
| 20 | | | 2 | 2 | | | | | | |
| 21 | 1 | | 2 | 4 | 2 | | | | | |
| 22 | | | 3 | 6 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | |
| 23 | 1 | | 3 | 4 | 2 | | 2 | | | |
| 24 | | | 10 | 6 | 10 | | 3.1 | 1 | 4 | |
| 25 | | | 1 | 3 | | | 1 | 1 | | |
| 26 | | | 3 | 2 | 1 | | | | 8 | |
| 27 | 1 | | 8 | 1 | 3 | 1.3 | | | 1 | |
| 28 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | |
| 29 | | | 9 | 3 | 4 | | | | 1 | |
| 30 | | | 4 | 5 | 2 | | | | | |

22.2.8 MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AGUDOS - INDICES DE ESQUIZOFRENIA: FUNDAMENTALES Y COMPLEMENTARIOS

| nº | Fenómenos Especiales | FABCOM+ALOG+CONT>DV+INCOM | x+% inferior.70 | Rtas.->Rtas.W | M- | CF+C>FC | H<2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 11 | SI | SI 52% | SI | SI | SI | NO |
| 2 | 14.3 | NO | SI 62% | SI | NO | SI | NO |
| 3 | 13 | NO | SI 39% | SI | SI | SI | NO |
| 4 | 21 | SI | SI 33% | SI | NO | NO | SI |
| 5 | 21 | NO | SI 47% | SI | NO | NO | NO |
| 6 | 5 | SI | SI 50% | SI | SI | SI | SI |
| 7 | 15 | NO | SI 40% | SI | NO | SI | SI |
| 8 | 9 | NO | SI 38% | SI | NO | IGUALES | SI |
| 9 | 8 | NO | SI 61% | SI | NO | NO | NO |
| 10 | 12 | NO | SI 33% | SI | NO | SI | SI |
| 11 | 25 | NO | SI 42% | SI | SI | SI | NO |
| 12 | 5 | NO | SI 56% | NO | NO | SI | NO |
| 13 | 5 | NO | SI 42% | IGUALES | NO | SI | SI |
| 14 | 20 | NO | SI 38% | SI | SI | SI | SI |
| 15 | 9.1 | NO | SI 17% | SI | SI | IGUALES | SI |
| 16 | 27 | NO | SI 39% | SI | SI | SI | NO |
| 17 | 15.3 | NO | SI 55% | IGUALES | SI | SI | NO |
| 18 | 14 | NO | SI 36% | SI | NO | SI | SI |
| 19 | 8 | NO | SI 60% | NO | NO | IGUALES | SI |
| 20 | 4 | NO | SI 66% | NO | NO | NO | NO |
| 21 | 9 | NO | SI 53% | SI | SI | IGUALES a 0 | SI |
| 22 | 26 | IGUALES | SI 28% | SI | SI | NO | NO |
| 23 | 12 | NO | SI 46% | SI | SI | SI | SI |
| 24 | 34.1 | NO | SI 38% | SI | SI | SI | SI |
| 25 | 6 | NO | SI 50% | SI | NO | SI | SI |
| 26 | 14 | NO | SI 27% | SI | NO | IGUALES a 0 | NO |
| 27 | 15.3 | NO | SI 33% | SI | SI | SI | NO |
| 28 | 3 | IGUALES | SI 47% | SI | NO | IGUALES a 0 | NO |
| 29 | 17 | NO | SI 43% | SI | SI | NO | SI |
| 30 | 11 | NO | SI 53% | SI | SI | NO | NO |

## 23- SIMBOLOS Y CRITERIOS PARA LA VALORACION DE LOS DETERMINANTES Y CONTENIDOS DE LAS RESPUESTAS. PROPORCIONES, PORCENTAJES Y OTRAS RELACIONES.

23.1

## SIMBOLOS Y CRITERIOS PARA LA VALORACION DE LOS DETERMINANTES DE LAS RESPUESTAS

### Movimiento

M — Respuesta de movimiento humano. Se utiliza en respuestas que implican una percepción cinestésica y cuyo contenido se refiere al comportamiento estrictamente humano o, en el caso de los animales, que sea semejante al humano.

FM — Respuesta de movimiento animal. Se utiliza para aquellas respuestas que implican una percepción acusadamente cinestésica, llevada a cabo por animales. el movimiento percibido debe ser congruente con las especies identificadas en el contenido. Las respuestas de animales percibidos en un movimiento no congruente con su especie deben ser valoradas M.

m — Respuesta de movimiento inanimado. Se utiliza en aquellas respuestas que implican el movimiento de un objeto inanimado, inorgánico o insensible.

### Color (Cromático)

C — Respuesta de color puro. Se utiliza en aquellas respuestas basadas exclusivamente en los elementos de color de la mancha, sin intervención de la forma.

CF Respuesta de color-forma es aquella formulada sobre rasgos de color de la mancha o de un área dentro de la misma, siendo secundaria la forma en la formación del percepto.

FC Respuesta de forma-color es aquella que se origina en la forma de la mancha, utilizándose el color en forma secundaria, con fines de clarificación y/o elaboración.

$C_n$ Respuesta de nominación de color. Se utiliza cuando los colores de la mancha o, de una parte de ella, son identificados por su nombre, sin utilizar la forma y con la intención de dar una respuesta.

SIMBOLOS Y CRITERIOS PARA LA VALORACION DE LOS DETERMI - NANTES DE LAS RESPUESTAS

Color (Acrom)

C' Respuesta de color acromático puro es aquella que se basa exclusivamente en los elementos grises, negros y blancos de la lámina o de una parte de ella, asignándoles categoría de color. Esta respuesta no implica forma alguna.

C'F Respuesta de color acromático-forma. Esta respuesta se basa primariamente en los rasgos grises, negros y blancos de la mancha o de parte de ella, identificándolos con color; la forma interviene de modo secundario.

FC' Respuesta de forma-color acromático. Se utiliza cuando la respuesta se basa primariamente en la forma, introduciendo la coloración acromática de la mancha o de una parte de ella, con el fin de elaborarla y/o clarificarla.

Textura sombreado

T Respuesta de textura pura es aquella en que los elementos de sombreado de la lámina son interpretados como un fenómeno textural sin ninguna intervención de la forma de la mancha.

TF Respuesta de textura-forma. Se utiliza en aquellas respuestas en que los rasgos de sombreado de la mancha o de una parte de ella son interpretados como textura, implicando la forma de modo secundario para la elaboración y/o clarificación.

FT Respuesta de forma -textura es aquella en que la forma constituye el determinante primario. interpretándose el sombreado como textura con fines de clarificación y/o elaboración.

Dimensionalidad (sombreado)

V Respuesta de perspectiva pura. Se utiliza cuando los elementos de sombreado de la man - cha o de parte de ella son interpretados como profundidad o dimensionalidad, sin implicar forma alguna.

VF Respuesta de perspectiva-forma es aquella en que los elementos de sombreado de la mancha o de parte de ella son interpretados como pro - fundidad o dimensionalidad, utilizando los e- lementos formales únicamente con fines de cla rificación y/o elaboración.

FV Respuesta de forma-perpectiva. Se utiliza en aquellas respuetas en que la forma es el de - terminante primario, introduciéndose secunda- riamente los elementos de sombreado interpre- tados como profundidad o dimensionalidad.

Claroscuro (Sombreado difuso)

Y Respuesta de claroscuro puro es aquella que se basa exclusivamente en los elementos de claroscuro de la mancha, sin implicación algu na de forma y sin referencia a textura o pers pectiva.

YF Respuesta de claroscuro-forma es aquella primariamente basada en los elementos de claroscuro de la lámina o de parte de ella y que recurre a los elementos formales con fines de elaboración y/o clarificación.

FY Respuesta de forma-claroscuro. Se utiliza en las respuestas basadas primariamente en la forma de la mancha o de una parte de ella, recurriendo a los rasgos de sombreado únicamente con fines de elaboración y/o clarificación.

Dimensionalidad (Derivada de la forma)

FD Respuesta con dimensionalidad basada en la forma. Se utiliza en las respuestas en que se percibe la profundidad, basándose en los elementos formales de la mancha o de una parte de ella. No implica ningún tipo de sombreado.

Pares y reflejos

rF Respuesta de reflejo-forma se utiliza en respuestas en que la mancha o parte de ella se percibe como un reflejo (debido a la simetría) y cuando el contenido u objeto reflejado no implica una forma específica.

Fr Respuesta de forma-reflejo es aquella en que la mancha o parte de ella es identificada por su forma, percibiéndola simultáneamente reflejada debida a la simetría.

23.2

SIMBOLOS Y CRITERIOS PARA LA VALORACION DE CONTENIDO

| CATEGORIA | SIMBOLO | CRITERIO |
|---|---|---|
| Figura humana Completa | H | Se refiere a la percepción de una figura humana completa. |
| Figura humana Completa de ficción o mitológica | (H) | Se refiere a la percepción de una figura humana completa perteneciente a la ficción o la mitología, como gnomos, hadas, gigantes, brujas, el rey Midas, Alicia en el país de las Maravillas, monstruos (de forma humana), espectros, enanos, demonios y ángeles. |
| Detalle Humano | Hd | Percepción de una figura humana incompleta, como: una persona, pero le falta la cabeza, un brazo, dedos, dos pies enormes y la parte inferior de una mujer. |
| Detalle Humano (De ficción o mitológico) | (Hd) | Percepción de una figura humana incompleta perteneciente a la ficción o la mitología, como: la mano de Dios, la cabeza del diablo, el pie de un monstruo, la cabeza de una bruja o los ojos de un ángel |
| Animal completo | A | Percepción de una figura animal completa. |

| | | |
|---|---|---|
| Animal completo (De ficción o mitológico) | (A) | Percepción de una figura animal completa perteneciente al mundo de la ficción o la mitología, como: unicornio, Juan Salvador Gaviota, el caballo de Napoleón o una rana mágica. |
| Detalle Animal | Ad | Percepción de una figura animal incompleta, como el casco de un caballo, las pinzas de una langosta, la cabeza de un pez o la cabeza de un conejo. |
| Detalle Animal (De ficción o mitológico) | (Ad) | Percepción de una figura animal incompleta perteneciente al mundo de la ficción o la mitología, como la cabeza de la Ratita Presumida, la cabeza del Oso Yogui, la cabeza de Bambi o las alas de Pegaso. |
| Abstracción | Ab | Percepto que se refiere a un concepto abstracto, como miedo, depresión, júbilo o rabia. Las pinturas abstractas no se incluyen en esta valoración. |
| Alfabeto | Al | Percepción de números arábigos como 2, 4 o 7, o de letras del alfabeto, como A, M, o X. |

| | | |
|---|---|---|
| Anatomía | An | Percepción anatómica (de órganos internos) ya sea de contenido humano o animal como, corazón, pulmones, estómago, la calavera blanquecina de una vaca, el cerebro de un perro o la parte interior del estómago de una persona. |
| Arte | Art | Percepción de pinturas figurativas o abstractas y de otros objetos de arte, como blasón, el sello del presidente o la escultura de un pájaro. |
| Antropología | Ay | Perceptos con una relación cultural específica, como un totem o un casco como los utilizados por los romanos. |
| Sangre | Bl | Percepción de sangre, ya sea humana o animal. |
| Botánica | Bt | Percepción de vida animal, como en flores, árboles, arbustos o algas. |
| Vestido | Cg | Percepción de vestido, generalmente asociado a la persona, como botas, chaquetas, pantalones o corbatas. Los artículos de vestido asociados con seres de ficción o mitoló |

| | | |
|---|---|---|
| | | gicos, como las botas de siete leguas o el gorro de una bruja, también deben valorarse (Cg). |
| Nubes | Cl | Percepción de nubes. Variaciones de esta categoría, como niebla, bruma, etc., deben ser valoradas como Na (Naturaleza) o, incluídas con su propio nombre. |
| Explosión | Ex | Percepción de una explosión, generalmente en la lámina IX, como explosión atómica o estallido. La valoración de movimiento inanimado (m) debe acompañar siempre a esta categoría. La percepción de las "consecuencias" de una explosión debe incluirse en otro contenido o consignarse tal como lo verbaliza el sujeto. |
| Fuego | Fi | Percepción de fuego, humo asociado al fuego, velas encendidas, llama que sale de una antorcha, etc. Estos perceptos implican generalmente el determinante m, que indica el movimiento inanimado de la asociación "fuego", pero, a diferencia de "Explosión" no siempre ocurre así. Es decir, que es po |

| | | |
|---|---|---|
| | | sible percibir fuego sin movimiento inanimado. El ejemplo más común de esto puede encontrarse en la respuesta "fuego" a las áreas rojas superiores de la lámina II, sin que la forma o el movimiento estén implicados. |
| Comida | Fd | Percepción de algo comestible como helado, gamba frita, muslo de pollo o un trozo de filete. el significado de la asociación debe estar claramente vinculado con productos de consumo diario, como en lechuga, repollo, zanahorias, fritos, etc., o debe ser presentado de tal modo que el objeto percibido se identifique con una sustancia alimenticia como "parece un pollo, como el que solíamos tener para cenar los domingos". |
| Geografía | Ge | Percepción de mapas, especificados o no, como en un mapa de Sicilia o un mapa de una isla, península o continente. Esta categoría no incluye la percepción definida o no, de terreno "real". Este tipo de perceptos se valoran con Ls. |

| | | |
|---|---|---|
| | | (Paisaje) o, en algunos casos raros, se transcriben literalmente. |
| Hogar | Hh | Percepciones relacionadas con los artículos del hogar, como sillas, camas, cabeceros de cama, platos, objetos de plata o alfombras. El examinador debe cuidar de no valorar como Hh perceptos "altamente idiográficos", como por ejemplo, "un cuchillo de carnecería"; estos contenidos deben ser literalmente descritos, con el fin de plasmar adecuadamente su significado idiográfico. |
| Paisaje | Ls | Perceptos de paisajes terrestres o marinos, que no encajan en las valoraciones Bt o Ge. Un árbol o un arbusto pueden ser legitimamente valorados Bt, mientras que árboles o "un macizo de arbustos" suelen valorarse Ls. Esta categoría incluye escenas submarinas en que no se identifican animales concretos o, en algunos casos se utiliza como valoración secundaria de la lámina X, cuando se perciben algunos animales específicos, manteniéndose el conjunto del percepto en niveles indefinidos. |

| | | |
|---|---|---|
| Naturaleza | Na | Perceptos de mayor alcance natural que los incluídos en Bt, Ge, o Ls, como cielo, nieve, agua, mar embravecido, tempestad, noche, hielo, arco iris, etc. En algunos casos, la representación idiográfica del contenido es peculiar o intensa, como en "un tornado barriendo todo a su paso". En este caso es legítima la valoración Na, aunque puede resultar más adecuada la transcripción de la palabra "tornado" como categoría de contenido. |
| Sexo | Sx | Percepción de órganos sexuales o de actividades relacionadas con la función sexual, como coito, pene en erección, menstruación, vagina, testículos o pechos. |
| Radiografía | Xy | Percepción de radiografías, la mayor parte de las cuales se refieren a la estructura ósea, como radiografía de la pelvis o de algunos huesos, pero pueden también referirse a distintos tipos de estrucuturas, como radiografía del estómago o de los intestinos. Estos perceptos implican siempre el sombreado. |

| | | |
|---|---|---|
| Vocacional | Vo | Perceptos que pueden relacionarse con la ocupación del sujeto. Esta categoría nunca se utiliza como valoración de contenido primario o principal, pero puede incluirse como elemento secundario o adicional para alertar al interprete sobre la presencia de un percepto vocacional u ocupacional. |
| Ciencia | Sc | Se define como cualquier objeto que sea un producto directo de la innovación científica, como cohetes, misiles, figuras de juegos espaciales de vídeo, señales de TV, etc. También se pueden emplear como contenido secundario en los personajes de ciencia ficción, pero la mayoría o bien la totalidad de ellos tendrá de primer contenido (H) o (A). |

## 23.3
## PROPORCIONES, PORCENTAJES Y OTRAS RELACIONES

EB (Erlebnistypus): Se trata de una proporción básica sugerida por Rorschach (1921), que representa la comparación de la suma de respuestas de movimiento humano con la suma ponderada de las respuestas de color. Se utiliza en todos los sistemas de Rorschach y generalmente se considera como uno de los elementos más importantes de los datos cuantitativos del test. Está formada por Suma M: Suma ponderada de C. La suma ponderada de C se obtiene asignando los siguientes valores a cada determinante de color cromático: FC=0.5, CF=1.0, C o $C_n$=1.5. El Erlebnistypus incluye todas las respuestas de movimiento humano y de color crómático, independientemente de que aparezcan como determinante único de una respuesta o con determinantes múltiples.[28, 74]

EA (Experiencia actual): Es una proporción desarrollada por Beck (1960), que se obtiene de los datos básicos del Erlebnistypus. Está formada por la suma de M y por la suma ponderada de C[13, 28].

eb (Experiencia base): Es una proporción desarrollada a partir de la investigación llevada a cabo a lo largo del desarrollo del Sistema Comprensivo. Se deriva de una proporción semejante sugerida por Klopfer (1954) y representa la comparación de todos los determinantes de movimiento no humano con las respuestas que incluyen el sombreado o el color acromático. Se representa como suma de FM+m: Suma de Y+T+V+C'[28, 51].

ep (Experiencia potencial): Esta puntuación se deriva de los datos de la Experiencia Base, y está formada por la suma Y+T+V+C'. Sostiene la misma relación con la Experiencia Base que la Experiencia Actual con el Erlebnistypus [28, 51].

Nota- Estos símbolos y criterios para la valoración de los determinantes y contenidos, así como las proporciones, porcentajes y otras relaciones que aparecen en estas tablas proceden, algunas del propio H.Rorschach, y otros han surgido a lo largo del desarrollo del "Sistema Comprensivo" de J. Exner Jr, Tomos I y II [28, 74].

dias de localizaciones, determinantes y algunos contenidos, así como varios valores del sumen estructural para un grupo de no pacientes y pacientes internos esquizofrénicos de muestra americana y para un grupo de pacientes esquizofrénicos "agudos y "crónicos" la muestra catalana.

| ESTRA AMERICANA | | | | | MUESTRA CATALANA (Barcelona) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No pacientes | | Internos Esquizofrén. | | Internos Esquizofrén. "crónicos" | | Internos Esquiz. "agudos" | |
| | N=325 | | N=210 | | N=30 | | N=30 | |
| tegoría | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT |
| R | 27.75 | 5.1 | 24.20 | 7.2 | 17.47 | 8.70 | 17.97 | 6.59 |
| ocalizaciones | | | | | | | | |
| W | 7.04 | 2.8 | 7.38 | 3.2 | 6.70 | 3.25 | 7.53 | 2.85 |
| D | 13.50 | 4.7 | 11.49 | 4.1 | 8.93 | 7.24 | 7.63 | 6.18 |
| Dd | 1.21 | 1.1 | 5.33 | 2.7 | 1.77 | 2.65 | 2.80 | 2.25 |
| S | 1.05 | 0.7 | 1.74 | 1.2 | 1.43 | 1.61 | 2.23 | 1.50 |
| terminantes | | | | | | | | |
| M | 3.48 | 1.8 | 3.92 | 1.9 | 1.93 | 2.32 | 2.37 | 1.99 |
| FM | 2.36 | 1.4 | 2.96 | 1.2 | 1.33 | 1.79 | 1.77 | 1.59 |
| m | 0.73 | 0.6 | 1.18 | 0.8 | 0.47 | 0.78 | 1.07 | 1.14 |
| FM+m | 3.09 | 1.5 | 4.14 | 1.9 | 1.80 | 2.30 | 2.83 | 2.13 |
| FC | 3.56 | 1.2 | 1.87 | 1.3 | 0.60 | 0.81 | 0.93 | 1.26 |
| CF | 1.23 | 0.9 | 3.31 | 1.6 | 0.47 | 0.97 | 0.93 | 1.26 |
| $C+C_n$ | 0.48 | 0.6 | 1.56 | 0.9 | 0.63 | 1.22 | 0.60 | 0.93 |
| $Sum^C$ | 5.27 | 2.3 | 6.74 | 2.9 | 1.70 | 2.04 | 2.37 | 1.90 |
| SmCpon | 3.73 | 1.8 | 6.58 | 3.7 | 1.72 | 2.36 | 2.25 | 2.12 |
| SumC' | 0.63 | 0.8 | 1.18 | 1.2 | 0.67 | 1.09 | 1.47 | 1.61 |
| SumT | 1.18 | 0.9 | 2.36 | 1.4 | 0.17 | 0.59 | 0.20 | 0.55 |
| SumY | 1.11 | 0.6 | 0.94 | 0.8 | 0.63 | 1.22 | 0.37 | 0.81 |
| SumV | 0.36 | 0.3 | 0.64 | 0.9 | 0.03 | 0.18 | 0.03 | 0.18 |
| S.clar | 3.28 | 1.8 | 5.12 | 2.6 | 1.50 | 2.11 | 2.07 | 2.12 |
| FD | 0.92 | 0.7 | 0.47 | 0.9 | 0.03 | 0.18 | 0.17 | 0.46 |
| Fr+rF | 0.14 | 0.7 | 1.24 | 0.8 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| F | 9.83 | 3.2 | 7.29 | 3.8 | 11.40 | 6.06 | 9.97 | 5.58 |
| Par | 7.61 | 2.7 | 10.74 | 4.1 | 4.60 | 4.12 | 4.77 | 3.08 |
| oporción. y otras relaciones | | | | | | | | |
| P | 6.45 | 2.7 | 2.48 | 1.8 | 3.40 | 2.14 | 4.07 | 1.86 |
| Lambd | 0.82 | 0.3 | 0.43 | 0.2 | 3.64 | 3.93 | 1.87 | 2.19 |
| X+% | 0.81 | 0.12 | 0.57 | 0.14 | 0.43 | 0.20 | 0.44 | 0.12 |
| F+% | 0.89 | 0.08 | 0.62 | 0.08 | 0.43 | 0.21 | 0.45 | 0.14 |
| Zf | 9.41 | 2.3 | 9.63 | 2.8 | 8.37 | 3.61 | 9.77 | 3.26 |
| A% | 0.39 | 0.08 | 0.31 | 0.10 | 0.40 | 0.23 | 0.38 | 0.16 |
| Afr | 0.09 | 0.06 | 0.95 | 0.12 | 0.47 | 0.14 | 0.45 | 0.18 |
| 3r+(2)/R | 0.37 | 0.06 | 0.59 | 0.16 | 0.24 | 0.16 | 0.26 | 0.14 |

| | MUESTRA AMERICANA | | | | MUESTRA CATALANA (Barcelona) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No pacientes | | Internos Esquizof. | | Internos Esquizof."crónicos" | | Internos Esquizof. "agudos" | |
| Categoría | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT |
| Porporciones y otras relaciones | | | | | | | | |
| H+Hd | 4.74 | 1.4 | 3.14 | 1.1 | 3.20 | 2.14 | 3.80 | 2.59 |
| D.M. | 4.90 | 1.8 | 4.38 | 2.7 | 0.83 | 1.60 | 1.67 | 1.63 |
| DV | 0.18 | 0.1 | 1.01 | 0.9 | 3.90 | 3.35 | 5.10 | 3.80 |
| ALOG | 0.13 | 0.1 | 1.75 | 0.8 | 0.97 | 1.45 | 0.73 | 1.05 |
| INCOM | 0.28 | 0.2 | 1.18 | 0.7 | 1.83 | 1.53 | 2.27 | 1.95 |
| FABCOM | 0.12 | 0.1 | 0.99 | 0.7 | 1.63 | 2.17 | 1.97 | 2.27 |
| CONTAM | 0 | — | 0.14 | 0.08 | 0.67 | 1.40 | 0.57 | 1.07 |
| MOR | | | | | 1.33 | 2.07 | 0.27 | 0.91 |
| PER | | | | | 0.90 | 1.18 | 1.53 | 1.96 |
| PSV | 0.09 | 0.3 | 0.38 | 0.3 | 0.23 | 0.57 | 0.33 | 0.55 |

## 24- CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

1- Ya en la muestra-sondeo comprobamos que el test de Psicodiagnóstico de Rorschach discrimina acertadamente a 26 de los 30 sujetos diagnosticados de esquizofrénicos por el Research Diagostic Criteria for Schizophrenia, RDC. (Hipótesis de la primera investigación).

Un análisis individual de los protocolos de diagnóstico ambiguo constituye el punto de partida de nuevas investigaciones, afinando el diagnóstico diferencial de esquizofrenia frente al diagnóstico de "borderline". Importancia que se centraría en la posibilidad de diferenciar con mayor precisión a la esquizofrenia de otras enfermedades mentales.

2- En la segunda investigación, al preguntarnos si el Psicodiagnóstico de Rorschach puede corroborar el diagnóstico efectuado por RDC. (Research Diagnostic Criteria for Schizophrenia), segunda hipótesis de esta segunda investigación, el análisis cuantitativo-cualitativo nos daría la respuesta. El número de esquizofrénicos diagnosticados por RDC no difiere del número de esquizofrénicos diagnosticados a través del Rorschach, en cuanto al diagnóstico diferencial de esquizofrenia se refiere, con lo que se cumple la capacidad discriminante del test. El Rorschach, en esta segunda investigación, discrimina adecuadamente la enfermedad y coincide con el diagnóstico del RDC en 28 de los 30 pacientes "agudos", el 93%, y en 29 de los 30 pacientes "crónicos", aproximadamente el 97%.

2.1- En la muestra de pacientes esquizofrénicos "agudos" los diagnósticos efectuados por RDC y Rorschach, en base a la tipología del periodo actual de esquizofrenia (paranoide, desorganizado... etc), coinciden en 24 sujetos, en un 80%.

2.2- En la muestra de pacientes esquizofrénicos "crónicos", los diagnósticos efectuados por RDC y Rorschach desde el punto de vista de la tipología del período actual de esquizofrenia, coinciden en 20 sujetos, en un casi 67%.

2.3- El nivel de coincidencia diagnóstica es mayor en los pacientes "agudos" que en los pacientes "crónicos".

2.4- Todo ello nos lleva a plantear y desde un análisis cuantitativo-cualitativo:

A/ La dificultad de un diagnóstico diferencial de esquizofrenia, en base al RDC., en pacientes "crónicos", es decir pacientes con indicios importantes de esquizofrenia, presentes de forma más o menos continua durante los dos últimos años como mínimo.

B/ El valor diagnóstico de la prueba del Rorschach en pacientes diagnosticados de esquizofrenia por RDC.

C/ La precisión diagnóstica de la prueba del Rorschach en pacientes no esquizofrénicos (Borderlines o fronterizos) y considerados como tales por otras pruebas (RDC).

D/ Todos los esquizofrénicos diagnosticados por Rorschach, creemos que lo son (criterio de los 3 "jueces"). El Rorschach no ha dado falsos "positivos". No ha considerado esquizofrénicos pacientes que no lo fueran.

3- El Psicodiagnóstico de Rorschach nos ha permitido establecer diferencias, comprobadas y estadísticamente significativas en algunos de estos ítems entre las dos muestras de esquizofrénicos con exacerbación aguda (a) y esquizofrénicos crónicos (b). Primera hipótesis de la segunda investigación.

Diferencias fundamentalmente relacionadas con:

1- El nivel formal, donde los "crónicos" obtienen más respuestas de nivel formal negativo que los "agudos" y distorsionan su percepción de la realidad.

2- El determinante M-, cuya frecuencia es mayor en la muestra de "agudos".

3- La media ($\bar{x}$) de fenómenos especiales, superior en la muestra de "agudos". Así como el papel de las MOR, preponderante en la muestra de "crónicos".

4- La proporción FM+m que ha sido mayor en la muestra de "agudos", siendo significativa la presencia de m, que, en ocasiones, va unida a las respuestas S.

5- La preponderancia de C', más alta en "agudos".

6- CF+C mayor que FC en las dos muestras, pero, mientras en "agudos" sobresale CF, en "crónicos" predomina $C+C_n$.

7- Las respuestas populares -P-, bajas en las dos muestras, lo han sido más en "crónicos".

8- La experiencia potencial (ep), mayor en la muestra de "agudos".

9- Lambda muy superior en la muestra de "crónicos".

10- El índice de egocentricidad bajo en ambas muestras, aproximándose más a las medias obtenidas por sujetos depresivos.

11- Las diferencias significativas en la proporción FABCOM+ALOG+CONTAM > DV+INCOM, presentes en tres pacientes de cada muestra, quedarían justificadas por el hecho de que se trata de pacientes medicados incluso desde antes de su ingreso, constituyendo una de las diferencias metodológicas importantes respecto de la muestra de Exner.

En esta muestra, los pacientes eran testados en el momento de su ingreso y sin medicación variable que, en nuestro caso (muestra catalana) no pudo ser controlada.

12- Un análisis cualitativo, dado por estos pacientes en las dos muestras de "agudos" y "crónicos", refleja la aparición, a veces coincidente con otros Fenómenos Especiales críticos, de respuestas DV consideradas "graves" por tratarse de respuestas relacionadas con la pérdida de asociaciones y en las que el sujeto utiliza un lenguaje un tanto incomprensible, delirante y confuso.

13- Las respuestas de agresividad manifiesta y/o subyacente presentes en casi todos los sujetos de las dos muestras.

4- El análisis cualitativo de los determinantes de Movimiento humano y Color, así como de los contenidos de H pura, respuestas anatómicas y sexuales, nos conduce a las siguientes apreciaciones.:

4.1- Al revisar el determinante de movimiento humano M, corroboramos la hipótesis de Rapaport y Piotrwski de que la ausencia de M podría estar asociada con desorden esquizofrénico crónico, pero añadimos que la presencia de M-es mayor, en nuestra muestra, en el paciente esquizofrénico "agudo". Coincidimos con I. Weiner en que la ausencia de M con contenido humano H pura o la presencia de más de una M con otro contenido, sea Hd, A, Ad o estos contenidos entre paréntesis, o con nivel formal negativo, sugiere un deterioro en la capacidad para relacionarse adecuadamente con otras personas. Sólo para muy pocos de estos pacientes la presencia de M constituirá probablemente un indicador de pronóstico favorable. Nos referimos a M ordinaria en H pura.

4.2- Respecto al determinante de color cromático, nuestros resultados coinciden, como grupo, con los obtenidos por J. Exner en su Sistema Comprensivo, CF+C mayor que FC. Sin embargo, hemos observado un predominio de respuestas de C pura en la muestra de "crónicos" y de respuestas de CF en la de "agudos". Por otra parte, estamos de acuerdo con I. Weiner en que un alto número de C puras, aunque asociadas a estos índices, considerados fundamentales por Exner para el diagnóstico de la esquizofrenia, podría indicar un deterioro esquizofrénico.

4.3- El hecho de que más de la mitad de la muestra de pacientes "crónicos", un 54%, y casi la mitad de la de pacientes "agudos", un 47%, den respuestas de sexo, (Sx), sería un criterio válido, como apunta Weiner,

de la preocupación sexual de estos sujetos. Más aún, cuando estas respuestas se dan en láminas y áreas donde no es frecuente este tipo de respuesta.

4.4- La gran mayoría de estos sujetos son agresivos, agresión que expresan directa o indirectamente.

Por otro lado el hecho de que el 57% de los pacientes de la muestra de "crónicos" y el 77% de los pacientes de la de "agudos" den respuestas anatómicas, favorece el planteamiento de Weiner sobre la evidencia de que una puntuación alta de respuestas anatómicas esté asociada con esquizofrenia.

De la misma manera, la agrupación de anatómicas y sexuales en un misma respuesta, tesis formulada por Thiesen, Beck, Taube y Sisson, sugiere esquizofrenia.

4.5- La gravedad de las respuestas DV (Verbalizaciones desviadas) aparecidas en las muestras de "crónicos" y "agudos" traducen tanto la pérdida de asociaciones como el uso de un lenguaje incoherente, delirante y confuso. Constituirían un tipo de DV delirantes mucho más graves que las clasificadas hasta ahora en el Sistema Comprensivo.

La obtención de DV graves en los protocolos de los pacientes esquizofrénicos "agudos" y "crónicos" repercutirá sobre el segundo de los cinco criterios descritos y considerados por Exner como los más adecuados para el diagnóstico de la esquizofrenia:

$$\text{FABCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} > \text{DV} + \text{INCOM}$$

de tal manera que muy bien pudiera convertirse en la siguiente proporción:

$$\text{FABCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} + \underline{\text{DV graves}} > \text{DV no graves} + \text{INCOM}$$

Con lo cual todos los esquizofrénicos de la muestra catalana (Barcelona), cumplirían todos los criterios de la muestra americana.

Queda patente el valor de la prueba del Psicodiagnóstico del Rorschach, que en base al diagnóstico de esquizofrenia corrobora el diagnóstico psiquiátrico verificado por RDC. En cuanto a la tipología es más fiable en "agudos" que en "crónicos".

El análisis de los valores del resumen estructural de la prueba de psicodiagnóstico del Rorschach correspondiente a las muestras de pacientes esquizofrénicos "agudos" y "crónicos", así como la revisión de sus verbalizaciones, nos aclaran no sólo la personalidad del paciente esquizofrénico "agudo" y "crónico" sino que se abre la posibilidad de conocer su comportamiento y enfocar su tratamiento. Y lo más importante, que el test de Psicodiagnóstico de Rorschach no precisa de un período de tres meses o de dos años como necesita el RDC para diagnosticar la esquizofrenia, sea de exacerbación aguda o crónica.

No entramos en el estudio, iniciado ya de la variable medicación, que merece una investigación aparte y en el que tiene un papel primordial el médico psiquiatra. Sin embargo, hemos comprobado sus efectos en la misma prueba del Rorschach, al enmascarar la presencia de los trastornos de pensamiento, con la desaparición de los Fenómenos Especiales, debido a los efectos de la medicación antipsicótica.

# 25- INVESTIGACIONES ABIERTAS

## INVESTIGACIONES ABIERTAS

Este trabajo abre una serie de investigaciones que, en algunos aspectos, están a medio camino de concluirse, como son los apartados 2, 3 y 6 de esta lista. El resto de enunciados constituyen sólo el punto de partida de algunas de las hipótesis apenas esbozadas en estas páginas:

1- Diferenciación entre psicosis esquizofrénica y esquizofrenia no psicótica.

2- Comparación de los síntomas de esquizofrenia, detectados por RDC. y por Rorschach, así como de los criterios aplicados para su diagnóstico diferencial.

3- Comparación de los resultados de este estudio, obtenido por RDC. y Rorschach con los obtenidos a través de la aplicación del KAS Behavior Inventories, iniciado y aplicado a todos los sujetos de las tres muestras de este estudio.

4- La depresión utilizada como defensa inconsciente frente a la esquizofrenia.

5- Valoración y su posible puntaje pesado de las DV graves, obtenidas en esta investigación.

6- Estudio y profundización de los protocolos considerados esquizofrénicos y/o esquizofrénicos probables, con pocos signos en el índice de esquizofrenia pero con una

suma pesada de los 5 criterios alta o muy alta.

7- Diferenciación entre una muestra de esquizofrénicos y otra de "borderlines", en una población psiquiátrica de Barcelona y provincia.

8- Estudio de la variable medicación. Su relación con la ausencia de Fenómenos Especiales graves (CONTAM, FABCOM, ALOG).

9- Tratamiento, seguimiento y evaluación de algunos de estos pacientes.

# 26- BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1.- Abt y Bellak.- PSICOLOGIA PROYECTIVA. Paidós, Buenos Aires, 1967.

2.- Alcock, T.- LA PRUEBA DE RORSCHACH EN LA PRACTICA. Fondo de Cultura Económica. México, Buenos Aires, 1965.

3.- Alexander, FR.- PSIQUIATRIA DINAMICA. Paidós, Buenos Aires, 1962.

4.- Alvira, Avia, Calvo.- LOS DOS METODOS DE LAS CIENCIAS SOCIALES. Centro de investigaciones sociológicas, Madrid, 1979.

5.- Ames, L.B., Metraux, R.W., Walker, R.N.- ADOLESCENT RORSCHACH RESPONSES. Hoeber, N. York, 1959.

6.- Anguera Argilaga, Mª T.- METODOLOGIA DE OBSERVACION DE LAS CIENCIAS HUMANAS. Cátedra Madrid, 1976.

7.- Arnau Gras, J.- PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: UN ENFOQUE METODOLOGICO. Trillas, México, 1978.

8.- Arietti, S.- SCHIZOPHRENIA: THE MANIFEST SYNTOMATOLOGY, THE PSYCHODINAMIC AND FORMAL MECHAMISMES. American Hanbook of Psychiatry. Bassic books. N. York, 1959.

9.- Arietti, S. INTERPRETATION OF SCHIZOPHRENIA. Brunner, N. York, 1955.

10.- Basaglia, F.- LA MAYORIA MARGINADA. Laia, Barcelona, 1973.

11.- Beck, S.J.- PSYCODIAGNOSIS IN SCHIZOPHRENIA, J. Wiley. N. York, 1966.

12.- Beck, S.J.- PERSONALITY STRUCTURE IN SCHIZOPHRENIA: NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 1938.

13.- Beck, S.J.- THE RORSCHACH EXPERIMENT: VENTURES IN BLIND DIAGNOSIS. Grune and Stratton. N. York, 1960.

14.- Beck, S.J.- PSICHOLOGICAL PROCESSEN IN THE SCHIZOPHRENIC ADAPTATION: N. York, 1965.

15.- Bell, J.E.- TECNICAS PROYECTIVAS. Paidós, Buenos Aires, 1971.

16.- Berenstein, I.- FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL. Paidós, Buenos Aires, 1978.

17.- Bleuler, E.- DEMENCIA PRAECOX OR THE GROUP OF SCHIZOPHRENIA, 1911, J. Zinkin. (N. York International Universities Press, 1950).

18.- Bhom,E.- MANUAL DE PSICODIAGNOSTICO DEL RORSCHACH. Morata, Madrid, 1973.

19.- Bhom, E.- VADEMECUM DEL TEST DE RORSCHACH. Morata, Madrid 1972.

20.- Book. ASPECTOS GENETICOS DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS: Amorrortu, Buenos Aires, 1960.

21.- Broustra, J.- LA ESQUIZOFRENIA. Herder, Barcelona, 1978.

22.- Bumke, O.- TRATADO DE PSIQUIATRIA. F. Seix, Barcelona, 1946.

23.- Cameron.- THE PSYCHOLOGY OF BEHAVIOR DISORDERS. N. York, 1947.

24.- Campo, V.- ON THE MEANING OF THE INANIMATE MOVEMENT RESPONSE. NINTH INTERNATIONAL RORSCHACH CONGRESS. Fribourg, Switzerland, 1977.

25.- Coderch, J.- PSIQUIATRIA DINAMICA. Herder, Barcelona, 1975.

26.- D.S.M.III. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. American Psychiatric Association, Masson, Barcelona, 1983.

27.- Domenech Massons, J.M..- METODOS ESTADISTICOS PARA LA INVESTIGACION EN CIENCIAS HUMANAS. Herder, Barcelona, 1975.

28.- Exner, J.E.- THE RORSCHACH: A COMPREHENSIVE SYSTEM.- Tomos I y II John Wiley, INC. N. York, 1978.

29.- Exner y Murillo.- EFECTIVENES OF REGRESIVE ECT WITH PROCESS SCHIZOPHRENICS. DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM. N. York, 1983.

30.- Exner, J.E.- ALGUNOS DATOS REFERENTES AL "BORDERLINE" Y ESQUIZOFRENIA. RORSCHACH WORKSHOP. N. York, 1982.

31.- Exner, J.E.- ULTIMAS INVESTIGACIONES. COMUNICACION RESUMIDA A LA SOCIEDAD E. DEL RORSCHACH Y METODOS PROYECTIVOS. Barcelona, 1983.

32.- Exner, J.E.- CURSOS DIDACTICOS EN LA SOCIEDAD E. DEL RORSCHACH Y METODOS PROYECTIVOS. Barcelona durante los años 1979-82.

33.- EY, H.- TRATADO DE PSIQUIATRIA. Toray-Masson, Barcelona, 1971.

34.- EY, H.- TRAITE DES HALLUCINATIONS. Masson et Cie Edit. Paris, 1973.

35.- Fenichel, O.- THE PSYCHOANALYTIC THEORY OF NEUROSIS. Norton, N. York, 1945. (TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS. Paidós, Buenos Aires, 1967.

36.- Freud, A.- EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA. Paidós, Buenos Aires, 1974.

37.- Freud, A.- NORMALIDAD Y PATOLOGIA EN LA NIÑEZ. Paidós, Buenos Aires, 1971.

38.- Freud, S.- LA REPRESION. O. Completas, Tomos V, VI, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

39.- Freud, S.- NEUROSIS Y PSICOSIS. O. Completas, Tomos III, V, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

40.- Freud, S.- OBSERVACIONES PSICOANALITICAS SOBRE UN CASO DE PARANOIA. O. Completas, Tomos IV, V, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

41.- Freud S.- INTRODUCCION AL NARCISISMO. O. Completas, Tomos V, VI, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

42.- Fromm-Reichman.- PSICOTERAPIA INTENSIVA EN LA ESQUIZOFRENIA Y EN LOS MANIACOS-DEPRESIVOS. Hormé, Buenos Aires, 1978.

43.- Friedman, H.- PERCEPTUAL REGRESSION IN SCHIZOPHRENIA. U.S.A. 1952.

44.- Grinspoon, L. y otros.- ESQUIZOFRENIA: FARMACOTERAPIA Y PSICOTERAPIA. Troquel, Buenos Aires, 1977.

45.- Hertz, M.R.- THE ORGANIZATION ACTIVITY. RORSCHACH PSYCOLOGY. J. Wiley, N. York, 1960.

46.- Huber, Gerd.- ESQUIZOFRENIA Y CICLOTIMIA. RESULTADOS Y PROBLEMAS. Morata, Madrid, 1972.

47.- Jackson.- ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA. Amorrortu, Buenos Aires, 1960.

48.- Katz, M, and Lyerly, S.- METHODS OF MEASURING ADJUSTEMENT AND SOCIAL BEHAVIOR IN THE COMMUNITY. Psychological Reports, 13:503-535, 1963.

49.- Kernberg, O.F.- DESORDENES FRONTERIZOS Y NARCISISMO PATOLOGICO. Paidós, Buenos Aires, 1979.

50.- Klein, M.- PRIMEROS ESTADIOS DEL CONFLICTO DE EDIPO Y DE LA FORMACION DEL SUPER-YO. O. Completas, Tomo I, Paidós, Buenos Aires, 1980.

51.- Klopfer, B. y otros.- DEVELOPEMENTS IN THE RORSCHACH TECNIQUE. Yonkers. N. York. World BK. vol. I y II 1954-56, Paidós, Buenos Aires, 1966.

52.- Laplanche y Pontalis.- DICCIONARIO DE PSICOANALISIS. Labor, Barcelona, 1971.

53.- Laing, R.D.- SOIE ET LES AUTRES. Gallimard, Paris, 1969.

54.- Loosli-Usteri.- MANUAL PRACTICO DEL TEST DE RORSCHACH. Rialp, Madrid-México, 1965.

55.- Mayer-Gross.- PSIQUIATRIA CLINICA. Paidós, Buenos Aires, 1958.

56.- Mannoni, M.- EL NIÑO, SU "ENFERMEDAD" Y LOS OTROS. Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.

57.- Mcreynols.- "ANSIEDAD, PERCEPCION Y ESQUIZOFRENIA". Amorrortu, Buenos Aires, 1960.

58.- Materazzi.- PSICOTERAPIA GRUPAL EN LAS PSICOSIS. Paidós, Buenos Aires, 1975.

59.- Mayman.- DIAGNOSTIC PSYCHOLOGICAL TESTING. Vol I, Year Book, Chicago, 1945.

60.- Minkowski.- LA ESQUIZOFRENIA: PSICOPATOLOGICA DE LOS ESQUIZOIDES Y LOS ESQUIZOFRENICOS. Paidós, Buenos Aires, 1980.

61.- Molish, H.B. and Beck, S.J.- FURTHER EXPLORATION OF THE SIX SCHIZOPHRENIAS. American Journal of Orthopsychiatry, 1958.

62.- Noceti y Sorribas.- LA HISTERIA Y SU ESTRUCTURA. Herder, Barcelona, 1982.

63.- Paz, A. y otros.- ANALIZABILIDAD: ALCANCES Y LIMITES. Paidós, Buenos Aires, 1971.

64.- Paz, A. y otros.- ANALIZABILIDAD Y MOMENTOS VITALES. Nau, Llibres, Valencia, 1979.

65.- Paz, C.- ESTRUCTURAS Y ESTADOS FRONTERIZOS, Nueva Visión, vol.III, V., Buenos Aires, 1977.

66.- Philips, L. Smith, J.- RORSCHACH INTERPRETACION ADVENCED TECHNIQUE. Grune-Stratton, N. York, 1953.

67.- Piotrowki, Z.A.- THE MOVEMENT SCORE... Rorschach Psychology, J. Wiley, N. York, 1960.

68.- R.D.C.- RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR SCHIZOPHRENIA. Spitzer, Endicott y Robins, 1977.

69.- Rapaport, D. Gill, M. y Schafer, R.- DIAGNOSTIC PSYCHOLOGICAL TESTING 1946. Year Book Publishers, vol. I y II (TEST DE DIAGNOSTICO PSICOLOGICO. Paidós, Buenos Aires, 1971.

70.- Rapaport, D.- EL MODELO PSICOANALITICO, LA TEORIA DEL PENSAMIENTO Y LAS TECNICAS PROYECTIVAS. Paidós, Buenos Aires, 1979.

71.- Rausch de Traubenberg, N.- LA PRACTIQUE DU RORSCHACH. P.U.F., Paris, 1973.

72.- Reuchlin, M.- LOS METODOS EN PSICOLOGIA. P.U.F., Paris, 1969.

73.- Rickers-Ovsiankina.- THE RORSCHACH TEST APPLIED TO NORMAL AND SCHIZOPHRENICS SUBJETS. Prit. J. Med. Psychol. 17:227-257, 1938.

74.- Rorschach, H.- PSICODIAGNOSTICO. Paidós, Buenos Aires, 1969.

75.- Rosenberg, M.J.- WHEN DISSONANCE FAILS: ON ELIMINATING EVALUATION APPREHENSION FROM ATTITUDE MEASUREMENT. Journal of Personality and Phychology. 1 p. 28-42, 1965.

76.- Rosenfeld, H.A.- ESTADOS PSICOTICOS. Hormé, Paidós, Buenos Aires, 1974.

77.- Rosenthal, R.- EXPERIMENTAL EFFECTS IN BEHAVIORAL RESEARCH. Appleton Century Crofts, N. York, 1966.

78.- Rovira, F.- NUEVAS APORTACIONES DE J. EXNER AL SISTEMA COMPRENSIVO. ESTUDIO SISTEMATICO Y ANALISIS INTERRELACIONADO DE VARIABLES. Siglo XXI, Madrid, 1983.

79.- Schafer, R.- PSYCHOANALYTIC INTERPRETATION IN RORSCHACH TESTING. Grune-Stratton, N. York, 1954.

80.- Schilder, P.- TRATADO DE PSICOTERAPIA. Paidós, Buenos Aires, 1965.

81.- Segal, H.- INTRODUCCION A LA OBRA DE M. KLEIN. Tomo I, O. Completas de M. Klein. Horme, Paidós, Buenos Aires, 1980.

82.- Szass, T.- ESQUIZOFRENIA: EL SIMBOLO SAGRADO DE LA PSIQUIATRIA. Premia, México, 1979.

83.- Szass, T.- EL MITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.

84.- Von Domarus, E.- THE SPECIFIC LAWS OF LOGIC IN SCHIZOPHRENIA. Berkeley, Univers. California Press, 1944.

85.- Weiner, I.- PSYCHODIAGNOSTIC IN SCHIZOPHRENIA. J. Wiley, E.E.U.U., 1966.

86.- Balatti, L.- RELACION ENTRE COMPONENTES MELANCOLICOS Y ESQUIZOIDES A TRAVES DE LOS REGISTROS DEL TEST DE RORSCHACH. Comunicación leída en el VII Congreso Nacional de la Sociedad E. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Barcelona, 1979.

87.- Campo, V.- SOBRE LA IMPORTANCIA DIAGNOSTICA Y PRONOSTICA DEL SEGUNDO RORSCHACH. Comunicación leída en el V Simposium de la Sociedad E. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Madrid, 1977.

88.- Campo, V.- INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA DISOCIACION EN EL RORSCHACH. Estudio presentado en las primeras Jornadas Brasileñas de Psicodiagnóstico de Rorschach. Brasil, Octubre 1966.

89.- Campo, V.- LAS RELACIONES OBJETALES EN EL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH. Comunicación leída en el VII Congreso de la Sociedad E. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Barcelona, 1979.

90.- Campo, V.- RESPUESTAS ANATOMICAS Y DISOCIACION. Comunicación leída en el IX Congreso de la S.E. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Valencia, 1980.

91.- Campo, V. y Rabinovich, D.- RESPUESTAS DE SUPERFICIE Y TEXTURA.VIII Congreso Internac. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Londres, 1968.

92.- Katz, M.- KAS BEHAVIOR INVENTORIES R. FROM E.E.U.U.

93.- Paz, C. y Orozco, R.- ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE DENOMINADAS "PERSONALIDADES NARCISISTAS": UNA INCITACION A LA INVESTIGACION PSICODIAGNOSTICA. Comunicación leída en el IX Simposium de la S.E. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Barcelona, 1979.

94.- Pagola, M.- DOS INDICES DE PRONOSTICO EN RORSCHACH. Estudio presentado en las primeras Jornadas de Rosario, Argentina, 1970.

95.- Pérez, P.- IDENTIDAD Y VIVENCIA DEL ESPACIO EN LAS TECNICAS PROYECTIVAS. SU EXPRESION EN LA PSICOSIS SIMBIOTICA. Comunicación leída en el VI y VII Simposium de la S.E. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Pamplona, 1978.

96.- Slullitel, S.- APORTES A LA DELIMITACION Y COMPRENSION PSICODIAGNOSTICA DE UN TIPO DE ESQUIZOIDIA. Comunicación leída en el VII Simposium de la S.E. del Rorschach y Métodos Proyectivos, Barcelona, Mayo de 1979.