

2022 - Número 35

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL RORSCHACH Y MÉTODOS PROYECTIVOS

35



S • E • R • Y • M • P

SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL RORSCHACH Y MÉTODOS PROYECTIVOS (SERYMP)

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

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

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

Editores:

Antonio Carlos Martín [acm@cop.es]

Mariana Togneri Pastor [mtp@cop.es]

Nuria Vázquez Orellana

Consultores:

Pere Barbosa Colomer

Ana Fernández Manchón García

Ana Tuset Bertrán

Cristina Fernández Belinchón

Yolanda González Rivero

Elisabeth Ballús Barnils

Pedro Pérez García

Concepción Sendín Bande

Belén Charro Baena

© S.E.R.Y.M.P.

www.rorschachspain.org

www.rorschach.com.es

ISSN: 1130-4561

Depósito Legal: M-25565-2017

Impresión y maquetación: info@pardetres.net

Redacción: Correspondencia con los editores vía e-mail

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

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

Números 35. Año 2022

Editado por
Antonio Carlos Martín
Mariana Togneri Pastor
Nuria Vázquez Orellana

ÍNDICE

Editorial	5
<i>Antonio Carlos Martín</i>	
Desde la SERYMP 2020	7
<i>Ana Fernández-Manchón</i>	
Impresiones sobre el congreso centenario del Rorschach (<i>on line</i>)	9
<i>Consuelo Liberal Górriz</i>	
Revisión histórica, clasificación y criterios fundamentales en el diagnóstico de esquizofrenia	11
<i>María Vives Gomila</i>	
Diferencias entre la conversión histérica y los trastornos psicósomáticos	33
<i>Antonio Carlos Martín y Alicia Delgado Campo</i>	
Imagos en quiebra y parentalidad: análisis de un Rorschach de un adolescente	57
<i>Isabel Duarte, Ana Silva, Sabrina Gomes y Teresa Rebelo</i>	
Aportaciones clínicas del autorretrato al H-T-P.	71
<i>Jesús de Felipe Oroquieta y Pilar Pina Peña</i>	
Huellas del trauma en el rorschach de sobrevivientes del holocausto	87
<i>David Ephraim, Tammy Saltzman y Daniela Schmeichler</i>	
Trastorno disociativo. Evidencia de perfil deficitario en el test de Rorschach	113
<i>Yolanda González Rivero y Javier Pamparacuatro Martín</i>	
Transformaciones de la máscara: de lo que se oculta a lo que se revela	129
<i>Isabel Duarte</i>	
La presencia del diablo en el Rorschach: reflexión clínico-diagnóstica	141
<i>Jesús de Felipe Oroquieta y Pilar Pina Peña</i>	
¿Es posible utilizar las técnicas proyectivas en el sistema público de salud?	153
<i>Alicia María Delgado Campos, Patricia Alcindor Huelva y Lourdes Sipos Gálvez</i>	
Reseña bibliográfica	171
Docencia	175

EDITORIAL

ANTONIO CARLOS MARTÍN



En todos los órdenes de la vida se producen cambios, generalmente producto de la evolución natural. A veces son agentes externos los que nos inducen o arrastran inevitablemente a enfrentar situaciones nuevas o no tan nuevas, pero en cualquier caso exigentes, que ponen a prueba nuestras capacidades y resistencia. Los grupos organizados y asociaciones, compuestas necesariamente por personas, están

también sujetos a los mismos avatares, con el añadido de que interviene de forma determinante el factor relacional. En este caso son fundamentales la generosidad, solidaridad, esfuerzo y capacidad de gestión de todos y cada uno de los sujetos que componen el grupo en cuestión.

Nuestra Sociedad no es una excepción. A las consecuencias de la pandemia “covid”, la expansividad de conflictos generados con origen en la terrible y anacrónica guerra en Ucrania y la recesión económica global, tenemos que sumar la dificultad actual interna para la adhesión e inscripción de nuevos socios y el rechazo e indiferencia de poderosos estamentos docentes; sin embargo, en este encuadre de negativos acontecimientos, es donde con mayor fuerza afloran la generosidad y esfuerzo citados. Un ejemplo inmediato es que, ante la necesidad del cambio natural que supone la renovación de la Junta de Gobierno, surgen compañeros dispuestos a dar continuidad, incluso mejorar, el trabajo realizado durante los años anteriores por la Junta cesante.

Quienes ahora ceden sus responsabilidades han tratado —y considero que logrado en buena medida— de reforzar los pilares de la SERYMP: una mayor integración y colaboración entre sus miembros superando barreras y divisiones precedentes, una mayor apertura y proyección internacional, donde cualquier socio, independientemente de su edad o experiencia, pueda participar en actividades de la IRS, desde donde se aprecia también un movimiento de mayor apertura hacia las sociedades de los diferentes países que la conforman; un compromiso y puesta en práctica de investigación tanto dentro de nuestra Sociedad, como colaborando en la Internacional, la apertura a profesionales externos en actividades investigadoras, formativas y también en nuestra revista; la creación y puesta en

funcionamiento de una más atractiva y accesible página web, con la que los socios encontremos una más asequible identificación, que nos invite a visitar e interactuar, además de provocar el intercambio con cualquier persona interesada en los temas que dan fundamento a nuestros objetivos.

Desde la Junta se han intensificado los esfuerzos por hacer de la Revista un estímulo para nuestra inquietud investigadora y un altavoz para transmitirla, mejorando su formato, elevando la exigencia al haber ampliado la Comisión de Revisores, incluyendo profesionales externos de reconocido saber -siendo ésta una norma habitual en otras revistas de prestigio-; se ha logrado un mayor vínculo entre los autores y el Equipo Editor, que ha implementado el estímulo de los primeros y la bondad del resultado final. En la presente edición nuevamente se da cabida a trabajos cuyos autores, sin pertenecer a nuestra Sociedad, enriquecen con sus aportaciones el conocimiento del Rorschach y de los Métodos Proyectivos.

Conscientes de aquellos objetivos que, a pesar de todo, no se han podido alcanzar, han transmitido de forma explícita a la nueva Junta —durante la celebración de la última Asamblea— su deseo de apoyarles en los inicios y hacerles partícipes de la misma vocación de mejorar lo conseguido hasta ahora.

Damos la bienvenida a esta Junta entrante, compuesta por socios de distinta procedencia (Independientes y SCRIMP), como ya sucediera en etapas anteriores, dispuestos a establecer una comunicación dinámica en el marco de una colaboración estrecha y productiva. ¡Toda una garantía de futuro!

DESDE LA SERYMP

ANA FERNÁNDEZ-MANCHÓN

[PRESIDENTE DE LA SERYMP]



Hace seis años inauguramos una etapa nueva en la dirección de la SERYMP, con inseguridad, cautela y asombro por lo que íbamos descubriendo en las entrañas de nuestra Sociedad. Detrás de las publicaciones, los encuentros científicos, las convocatorias, las jornadas y congresos, encontramos un grupo de personas generosas que regalaban su tiempo y su energía para mejorar las técnicas proyectivas en nuestro país. No podíamos menos que arrimar el hombro y participar en esta tarea, así que nos arremangamos y nos pusimos manos a la obra.

Sabíamos que parte del trabajo consistía en organizar congresos y jornadas, administrar los bienes de la Sociedad, publicar la Revista y representar a los socios ante las sociedades internacionales. Nadie nos avisó de que tendríamos que despedir a compañeros queridos y tuvimos que aprender a hacer obituarios, demasiados, y a familiarizarnos con los encuentros virtuales obligados por la pandemia.

Lo que un principio parecía desalentador se convirtió en un estímulo y poco a poco, con las pequeñas aportaciones de cada uno, salieron adelante el Congreso nacional de 2019, las asambleas virtuales, la formación a distancia, los encuentros presenciales, la página web y las sucesivas ediciones de la Revista. Y hoy somos 71 miembros a pesar de las pérdidas y las jubilaciones de nuestros maestros.

El relevo de los nuevos miembros ha traído aire fresco a la SERYMP y su voz empieza a notarse en los proyectos y orientaciones de nuestra Sociedad. El Proyecto Olga dio sus primeros frutos, hallando unos resultados muy similares a los recogidos por Vera Campo y Nancy Vilar en 2007. Esto permitió ratificar la estabilidad del Rorschach y señalar que las diferencias dentro de nuestras fronteras son mínimas comparadas con los resultados obtenidos en otros países.

A nivel internacional, el XXIII Congreso celebrado en Ginebra ha sido el evento más estimulante para las Técnicas Proyectivas. Era la primera vez que se realizaba un congreso híbrido en el que los participantes podían asistir presencialmente o a distancia. Fue precedido de seis interesantes webinarios y se organizaron varios talleres pre-congreso en distintos idiomas. Se presentaron más de

50 pósters y unas 150 comunicaciones, además de la Exposición de las láminas originales de Rorschach y varios eventos audiovisuales relativos al arte y la historia del test para celebrar el centenario de su publicación. Como era de esperar, hubo muchos contenidos, muchas dificultades técnicas que fueron resolviéndose sobre la marcha (en Suiza también se equivocan), mucha información nueva difícil de asimilar en tan poco tiempo y... muy pocos estudiantes.

Lo mejor, indudablemente, fue el encuentro con colegas de otros países, sobre todo de habla hispana. En el congreso se organizaron grupos en las cuatro lenguas oficiales para debatir y pensar juntos sobre el futuro de las técnicas proyectivas y el Rorschach. Tuvimos ocasión de conocer la situación de las sociedades hispanohablantes que nos transmitieron el importante papel que desempeña la SERYMP en muchos países. Nuestra página web y nuestra Revista son consideradas como una referencia principal para sus miembros. Inevitablemente del encuentro han surgido proyectos nuevos: sesiones clínicas conjuntas, supervisiones a mínimo coste para los miembros más jóvenes y propuestas de seminarios.

Por otra parte, se presentó la revisión del Sistema Comprensivo en el Rorschach que ha despertado gran interés en los rorschachistas por lo que esperamos que se realicen talleres de actualización, así como la traducción de los volúmenes publicados por el Instituto Internacional del Rorschach, en los que se encuentran implicados algunos socios de la SERYMP.

Personalmente, mirando hacia atrás, no puedo evitar la satisfacción de haber contribuido en alguna medida a todo esto. El pudor inicial de representar a compañeros que no conocía se ha convertido en el orgullo de pertenecer a un grupo de personas capaces de trabajar juntas, de poner energía, alegría y humor hasta en los momentos más difíciles. Ahora les corresponde a otros disfrutar de esta tarea, una nueva Junta que con su dedicación traiga aires nuevos a la SERYMP. Para ellos mi enhorabuena y mi disponibilidad para acompañarlos en la hermosa tarea que tienen por delante. Y para los lectores y amigos que he ido encontrando en este tiempo de presidencia, toda mi gratitud por el apoyo tan cálido que me han brindado.

IMPRESIONES SOBRE EL CONGRESO CENTENARIO DEL RORSCHACH (ON LINE)



Del 11 al 15 de julio de este 2022 se celebró el Congreso Internacional de Rorschach en Ginebra, homenajeando a H. Rorschach en su país de origen.

Me inscribí para asistir de forma telemática; era mi segunda experiencia virtual de asistencia a congresos y me pareció oportuno este formato, dadas mis dificultades idiomáticas. Es una soledad estar en casa, pero de tanto en tanto veía cabezas y caras conocidas. En un ordenador miraba la sala y ponentes y en otro oía la traducción simultánea; al principio no lo capté, pero afortunadamente pude conectar. Observé que en la apertura éramos 46 personas conectadas.

Quede claro que mi aportación es incompleta, ya que hubo muchas más mesas y participaciones.

Las traducciones simultáneas que escuché fueron distribuidas en “conferencias”, exposiciones de gente “joven” y “caso” a ciegas.

Las cuatro conferencias fueron las siguientes

— **“Rorschach, DSM V e ICD 11”**, realizada por Bornstein. Planteaba que los patrones del Rorschach junto a las atribuciones en autoinformes por parte del paciente y la entrevista, pueden ser una medida de superposición de síndromes aportando algo diferente de los manuales oficiales.

— **“Menos y más que una imagen”**, por D. Gamboni. Hablaba del éxito de las láminas de Rorschach, de otras imágenes icónicas y de imágenes con simetría bilateral, haciendo hincapié en la influencia artística de Rorschach en sus láminas.

— **“El giro neurocientífico”**, por F. Vidal (en transmisión virtual desde Tarragona). Entre otras cosas, valoraba la necesidad de nuestro cerebro y que TODO deja un rastro en el cerebro.

— **“Volando entre la percepción y el Rorschach”**, por Y Tsushima. El cerebro es como una caja negra que diferencia la percepción simple de la compleja que es la cognición. Se empezó a decodificar y considera que entre la percepción y el Rorschach se puede llegar a una mejor conclusión entre percepción y mente. A seguir investigando.

Los días 14 y 15 de julio hubo dos mesas redondas tituladas **“Generación Joven”**, en las que participaron ponentes de once países. Me sorprendió el ponente de Congo, quien refería mucho interés por el Rorschach en varios países africanos y la falta de láminas por su elevado precio para ellos. Se habló también de la capacitación, tiempo de formación, lugar de enseñanza del test fuera de las universidades y experiencias realizadas en diferentes poblaciones como educación, delincuencia, etc.

El caso a ciegas era un Rorschach que había pasado Andronikoff hace años. Participaron en sus interpretaciones Verdon, H Alonso y C Mornet. Podría decirse que se distribuyó desde la impresión cualitativa puntual (Verdon) a lo cualitativo lámina a lámina (Alonso) hasta lo cuantitativo-clusters (Mornet). Tanto ellos como el público aportaron diversos diagnósticos; nos quedamos sin oír el de la propia Andronikoff.

La representación española tuvo dos momentos: la presentación de datos preliminares realizada por Alberto Ruiz y el homenaje a Vera grabado por quien suscribe estas impresiones.

Alberto lo hizo francamente bien, somero, claro y contundente. Y respecto a Vera quedó evidente el afecto y la añoranza que generaba.

Por mi parte, eché en falta a P. Erdberg, Weiner, Perry...

Se notaba que estábamos de centenario, por las referencias al arte, a la historia del Rorschach y al futuro del test.

Me pareció que lo neurológico y la evidencia estaban todavía en primera página, como esa necesidad de justificar, una vez más, la valía del Rorschach. Es cierto que sería importante poder transmitir su validez por parte de todos aquellos que estamos convencidos de su veracidad.

Consuelo Liberal Górriz
Miembro de la SERYMP

REVISIÓN HISTÓRICA, CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS FUNDAMENTALES EN EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA



María Vives

Resumen:

El presente trabajo pretende ofrecer una perspectiva histórica del concepto de esquizofrenia desde la primera definición descrita por Morel a finales del siglo XIX. Se revisan las fases, los síntomas, los criterios utilizados en nuestras investigaciones (RDC, DSM-IV-R) con la inclusión de la Frase desviada grave, DV que se incluiría con el nombre de DR2 en el segundo Índice de esquizofrenia en el SC de Exner, la clasificación de las diferentes tipologías para identificar la esquizofrenia. El análisis de esta categoría diagnóstica requiere considerar el mundo interno del sujeto, la perspectiva genética, los factores familiares y ambientales, el papel de la percepción, la asimilación, pérdida o adaptación de lo percibido, procesos que la aproximan a la Psicología Cognitiva, sin olvidar el creciente interés por los mediadores químicos cerebrales.*

Palabras Clave: *Esquizofrenia, Rorschach, criterios, factores genéticos, cognitivos.*

* Doctora en Psicología. Profesora emérita de la UB. Psicoterapeuta psicoanalítica.

* DV = frase desviada grave, denominada DR2 en el Sistema Comprehensivo.

HISTORICAL REVIEW, CLASSIFICATION AND FUNDAMENTAL CRITERIA IN THE DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA

Abstract: This paper aims to provide a historical perspective of the concept of schizophrenia since the first definition described by Morel at the end of the 19th century. The phases, symptoms, criteria used in our research (DRC, DSM-IV-R) are reviewed with the inclusion of the Severe Deviant Phrase, DV which would be included under the name of DR2 in the second Schizophrenia Index in Exner's SC, the classification of the different typologies to identify schizophrenia. The analysis of this diagnostic category requires consideration of the subject's internal world, the genetic perspective, family and environmental factors, the role of perception, assimilation, loss or adaptation of what is perceived, processes that bring it closer to Cognitive Psychology, without forgetting the growing interest in brain chemical mediators.*

Keywords: Schizophrenia, Rorschach, criteria, genetic, cognitive factors.

1. Perspectiva histórica

La esquizofrenia ha planteado desde siempre al médico psiquiatra y al psicólogo clínico, en general, uno de los problemas más importantes en el ámbito de la salud mental. Este término que proviene del griego σκίζω (skhizō, “dividir”) and φρήν (phrēn, “mente”), describe aquel trastorno mental grave, que supone una alteración en el funcionamiento del cerebro y, como consecuencia, una alteración en el pensamiento, la percepción de la realidad, la vivencia y descontrol de las emociones, el comportamiento, la comunicación peculiar, etc.

Según J. Obiols y J. Obiols (1989), la esquizofrenia, concepto admitido por la comunidad científica, “Es la incapacidad de diferenciar correctamente lo subjetivo de lo objetivo; de planificar, de querer y de desear; de asimilar estímulos ambientales de tipo social y utilizarlos para una correcta adaptación al medio (...). Constituye la dificultad de integrar todas las funciones superiores en un todo armónico que solemos llamar ‘persona’, ‘identidad’, ‘yo’”.

El concepto de esquizofrenia ha evolucionado desde finales del siglo XIX y a lo largo del XX sufriendo cambios y adaptaciones conceptuales, encaminados a lograr la comprensión de este trastorno.

Desde una perspectiva histórica, el término “Dementia praecox” fue utilizado por Morel hacia finales del siglo XIX, en 1860 y siguientes, cuando descubre lo que denomina ‘Demencia estúpida de los jóvenes’, al tratarse de una disposición

a ser ‘insensible a los fenómenos del mundo exterior’, acompañada de extravagancias en el gesto y la palabra, relacionados con el sueño nocturno. Morel observó que este estado de demencia seguía a veces a accesos de exaltación (manía) o depresión, determinando este movimiento cíclico, la gravedad de la enfermedad que evolucionaba rápidamente en las personas jóvenes.

Maudsleys (1872) planteó la esquizofrenia como si se tratara de un proceso degenerativo general. Falret introduce el término de “locuras circulares” al describir aquellos sujetos que alternaban estados depresivos con estados de exaltación.

Hecker (1871), Hecker y Christian designaron con el nombre de “hebefrenia”, término usado aún en la actualidad, aquel trastorno de comienzo en la pubertad que se caracteriza por un debilitamiento mental de evolución rápida e ineludible que sobreviene entre los 20 y los 30 años con episodios de melancolía, manía y confusión.

Kahlbanm (1863, 1874) constató que este estupor mental se acompañaba de modificaciones conductuales extremas, a las que denominó catatonía o locura con tensión muscular, resultado de adoptar posturas bizarras, vinculadas a una alteración cerebral. Término que ha llegado hasta nuestros días.

Kraepelin (1896) fue el primero en identificar el trastorno de la esquizofrenia, tras diferenciar las enfermedades mentales que consideraba curables: melancolía, enfermedades episódicas y ciertos delirios fugaces, de las enfermedades incurables: locuras periódicas, como la locura maníaco-depresiva –que cursaba con depresión, manía o estados mixtos, variando su intensidad y duración-, ciertos delirios crónicos y lo que él llamaba “Dementia Praecox” (1889), término usado anteriormente por Morel. Designó la esquizofrenia como una agrupación de catatonía, hebefrenia y demencia paranoide, cuyo denominador común era el deterioro gradual del paciente.

Bleuler (1911) reagrupó el concepto de “Dementia Praecox” y lo substituyó por el de esquizofrenia, o “grupo de esquizofrenias”.

“Llamo a la “dementia praecox” esquizofrenia porque, como espero poder demostrar, la escisión (spaltung) de las diversas funciones psíquicas es uno de sus caracteres más importantes”.

Bleuler, Dementia praecox, 1911.

Describe la esquizofrenia como un síndrome que se caracteriza por la presentación de algunos síntomas fundamentales (Grunssymptome) y otros accesorios

o secundarios (Akzessorische). Los primeros se detectan en todas las formas del trastorno: trastornos de disociación, afectividad, ambivalencia, autismo. Los accesorios, en cambio, más variables y floridos, se presentan en forma de alucinaciones, ideas delirantes, despersonalización, catatonía, etc.

Bleuler sustituye el término “Dementia praecox” por el de “esquizofrenia” matizando que la edad de comienzo no siempre es precoz y, además, que el trastorno no siempre degenera en demencia (como lo que hoy también se identifica como Alzheimer), pues algunos pacientes sí mejoraban y ocasionalmente, se presentaba en personas maduras.

Este autor fue uno de los primeros en dar importancia no sólo a los aspectos orgánicos que influyen en el desarrollo del trastorno, sino también a los componentes psicológicos como las experiencias vitales del sujeto. Recordemos que Bleuler fue contemporáneo de Freud y Young; recibió las influencias del “asociacionismo” de finales del XIX y del descubrimiento del “inconsciente” en 1900.

La descripción de los síntomas fundamentales puede concretarse, según Bleuler, Chaslin y Ey en los siguientes apartados:

a) La perturbación del vínculo asociativo: el pensamiento se ve roto, bizarro, inadecuado, abrupto, carente de objetivo, caracterizándose por la disociación de ideas (Bleuler, 1911).

b) El autismo, que tiende a insertar en lo real una parte imaginativa (Bleuler, 1911).

c) El trastorno afectivo o discordancia afectiva (Chaslin, 1912), sentimiento caracterizado por la falta de unidad de expresión, que abarca desde risas inmotivadas hasta un desinterés casi absoluto por todo lo esencial.

d) Por último, la ambivalencia afectiva, volitiva e intelectual, que traduce, junto con la extravagancia, desapego e impenetrabilidad, la experiencia de un antagonismo de sentimientos extremos, que conforman las características comunes, ubicadas entre la disociación y el autismo (Bleuler, 1911, Ey, 1975).

Desde el punto de vista genético, Book (1960) señalaba que la mayoría de diagnósticos se basaban exclusivamente en los síntomas psicóticos. Sostenía que las diferencias genéticas constituyen el prerequisite básico específico para que se desencadenen una serie de acontecimientos y síntomas que pueden conducir a la psicosis. Y aunque los resultados obtenidos en el campo de la disfunción endocrina, el metabolismo de sustancias aromáticas, del fósforo, de la adenina y de la función adrenocortical, no hayan sido convincentes en éstos y otros estudios bioquímicos, las personas con esquizofrenia diferían y difieren —según hemos ido constatando— de forma significativa, de los grupos control

considerados no pacientes (Weiner, 1966; Exner, 1986, 1994, 2002; Vives, 1989, 2011).

Contemplar el factor genético como base de la esquizofrenia genera controversias (Bleuler y Kanner) y tiene firmes partidarios (Kalman y escuela, entre otros) para quienes “la herencia de un único factor de tipo recesivo era considerada la causa genética de esta enfermedad”.

Según éstas y otras hipótesis similares (Hoagland, 1958), parecería que:

— Algunos individuos han estado expuestos a un trauma tensional o psicógeno, similar al que experimentan pacientes esquizofrénicos sin que evolucionaran hacia una esquizofrenia.

— Existen muchos casos de gemelos idénticos que, a pesar de haber sido criados desde la temprana infancia en ambientes separados y distintos, desarrollaron una psicosis esquizofrénica.

Mc Reynolds (1960) consideraba que la esquizofrenia es el resultado de un nivel muy elevado de perceptos (derivados de la percepción) no asimilados. McReynolds parte del supuesto básico de que cada individuo elabora sus particulares esquemas conceptuales para asimilar lo percibido.

Se ha planteado la hipótesis de que, en el momento de desencadenarse la enfermedad, existe un nivel muy elevado de material conceptual no asimilado. Esto podría deberse a que el paciente no ha logrado integrar las representaciones vinculadas a la percepción de sus experiencias según los esquemas mentales pre-existentes. Si el sujeto no puede asimilar los contenidos que percibe, trataría de reestructurar sus esquemas conceptuales para facilitar la asimilación de nuevas percepciones y conceptos. En el supuesto de que este intento fracasara, los perceptos se irían acumulando uno sobre otro, sin ser asimilados, no incorporados a los conocimientos adquiridos hasta el extremo de que sus efectos y las reacciones consiguientes configurarían este cuadro de síntomas que se denomina esquizofrenia. Del mismo modo, el desarrollo de ciertos tipos de incongruencias (falta de sentido o falta de lógica) dificultaría la asimilación de lo percibido.

El fracaso de asimilar el material percibido y no asimilado se traduce en una serie de síntomas: pérdida de precisión perceptiva, distorsión de la realidad, presencia de trastornos de pensamiento que, unido a otros síntomas: disociación, autismo, delirios, alucinaciones, caracteriza el pensamiento de la persona con esquizofrenia. Sin embargo, mediante una reestructuración de sus esquemas conceptuales, el paciente podría lograr una sensible disminución del material no asimilado que daría lugar -si llegara a producirse- a un notable cambio en su percepción e interpretación de la realidad que potenciarían su mejoría.

Todas las personas con esquizofrenia se sirven, en cierta medida, de ideas delirantes, sin embargo es el esquizofrénico paranoide el que, de una forma más característica, genera esquemas conceptuales peculiares con el fin de poder lograr la asimilación de nuevos contenidos (McReynolds; Jenkins). Hoy día sabemos de la predisposición de la personalidad esquizoide con tendencia a los delirios, a adquirir esta patología y de las similitudes que tiene con el autismo, especialmente en las primeras etapas de la vida.

Además de sus especiales formas de percibir la realidad, se observan en la persona con esquizofrenia pautas de desatención y evitación selectiva, así como la necesidad de mantener esquemas conceptuales precarios, y pautas de pensamiento inesperadas, determinadas por su peculiar personalidad. Características todas ellas que dificultan la relación con las personas de su entorno.

Von Donarus y Arietti (1955, 1959) sostienen que el pensamiento de muchos pacientes con esquizofrenia se caracteriza por una falla del pensamiento lógico (pensamiento alógico, ALOG, en el Sistema Comprehensivo de Exner, SC).

I. B. Weiner (1966, 1982, 1998) admite una disfunción en el proceso de pensamiento y su repercusión en la centración cognitiva, en el razonamiento y la formación de conceptos, así como graves problemas en la exactitud perceptiva y en el control de la realidad.

J. E. Exner (1978, 1986, 1994, 2002) plantea la necesidad de diferenciar categorías –paranoide, hebefrénica- y de determinar grados de patología -borderline, esquizotipia, esquizofrenia incipiente-, apuntando la conveniencia de efectuar diagnósticos diferenciales completos y cuidadosos. De ahí, la evolución gradual, fundamentada en investigaciones continuadas desde el primer Índice de esquizofrenia hasta llegar a la actual fórmula del Perceptual Thinking Index (PTI, SC).

2. Clasificación y criterios fundamentales en el diagnóstico de esquizofrenia.

Sistemas de clasificación (Research Diagnostic Criteria, RDC y Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-R).

La esquizofrenia se desarrolla en tres fases: *incipiente, manifiesta y que remite*. La fase *incipiente* constituye un período de descompensación temprana, caracterizado por el incremento de desintegración de la personalidad y la orientación hacia una psicosis inminente. En esta etapa, sostiene Weiner, un diagnóstico inequívoco resulta difícil, pero si se consiguiera, podrían tomarse medidas preventivas destinadas a evitar una descompensación futura. Tanto en los estados incipientes como en los que el paciente remite, se observa el esfuerzo que

éste realiza para mantener la integración de su personalidad y poder adaptarse a la realidad.

Arietti (1955, 1959) utiliza el término de *esquizofrenia incipiente* para referirse a aquellos casos, caracterizados por poseer, en alto grado, varios aspectos del siguiente síndrome, que indicarían una descompensación psicótica inminente: aumento del aislamiento, interpretación fantástica de la propia conducta y de la de otras personas, creencia en la lectura de la mente y de la posibilidad de que otros puedan controlarla, ideas hipocondríacas, autovaloraciones grandiosas o autodepreciación depresiva, pensamientos obsesivos peculiares, estados bajos de humor, contradicciones frecuentes, ataques de pánico y percepciones distorsionadas, etc.

La *esquizofrenia manifiesta* presenta las siguientes categorías: aguda, subaguda, subcrónica y crónica, mutuamente excluyentes. Algunas personas, diagnosticadas inicialmente como de categoría aguda, pueden presentar más tarde un curso subagudo, subcrónico o crónico.

La *esquizofrenia aguda* requiere el siguiente proceso, según se trate de inicio repentino (A) o de curso breve (B). Puede darse una recuperación completa de cualquiera de los anteriores episodios.

El curso de la *esquizofrenia subaguda* está más próximo al de la esquizofrenia aguda que al de la crónica. Su inicio es bastante rápido con una duración de cinco meses.

El curso de la *esquizofrenia subcrónica*, más próximo al de la esquizofrenia crónica que al de la esquizofrenia aguda, presenta indicios importantes de esquizofrenia de forma más o menos continua durante el año anterior. Un segundo periodo sigue al precedente sin recuperación completa.

La *esquizofrenia crónica o procesual*, que no remite, requiere indicios importantes de esquizofrenia, de forma más o menos continua, durante los dos últimos años. Se trata de pacientes más retraídos, cuyos rasgos manifiestos responden a la presencia de un Yo dañado. Las personas con esquizofrenia crónica se desvían mucho más que los no pacientes en su capacidad de mantener la centración cognitiva, razonamiento lógico, formación de conceptos en niveles de abstracción adecuados con una percepción realista empleando incluso defensas adaptativas. La esquizofrenia crónica podría manifestarse de otras formas no manifiestas, como borderline o desórdenes psiconeuróticos. La persona con esquizofrenia crónica puede estar ansiosa por circunstancias externas, reales o imaginarias y muy pocas veces relaciona sus dificultades con la enfermedad.

2.1. Síntomas y criterios

Bleuler (1911) consideraba los trastornos de pensamiento como el rasgo predominante del trastorno esquizofrénico, además de la ambivalencia, el autismo y los desórdenes afectivos. Lo mismo puntualizaba Meehl (1962). La disociación o discordancia (Chaslin) se mostraría en los gestos del paciente, en sus actitudes y posturas. Esta disociación constituye para Giraud una deficiencia de integración, de síntesis de los aspectos creadores del Yo.

El autismo es el segundo elemento esencial en la esquizofrenia llegando a su grado extremo en el catatónico. Como elementos secundarios, propios de la esquizofrenia, se encuentran los trastornos sensoriales: ilusiones y alucinaciones auditivas, visuales, corporales. Las personas oyen voces imaginarias, percibidas como reales y evidentes que le son impuestas. Incluyen periodos depresivos, melancólicos, en los que, aunque la persona parezca indiferente, puede llegar a suicidarse. Un paciente ingresado de la primera muestra, posteriormente excluido, recibió un primer diagnóstico de esquizofrenia, siendo considerado depresivo por Rorschach. Mostraría cómo la depresión puede enmascarar una esquizofrenia, pese a la diferencia en el contacto que se establece con el paciente.

La esquizofrenia, según Broustra, “se descubre a nivel de discurso por un trastorno de las asociaciones verbales que aparecen despojadas de toda finalidad lógica (...) provocando en el oyente un sentimiento de extrañeza”. Alude al concepto de ‘spaltung’ (disociación, escisión), proceso que contempla todo especialista en el test de Rorschach durante la entrevista clínica o la administración del test, en las que puede detectarse la presencia de trastornos graves del pensamiento (inicialmente DV graves en nuestras investigaciones de 1984 y convertidas en DR2 en el SC), con énfasis en la escisión de las asociaciones. Este descubrimiento contribuyó a ampliar el segundo de los criterios del Índice de esquizofrenia: $FABC+ALOG+CONT>DV+INC$ que se convertiría en: $FABC+ALOG+CONT+DV^{*1}>DV+INC$

La mayoría de los diagnósticos sobre esquizofrenia se basan en los síntomas psicóticos. En consecuencia, su campo de investigación se abre a una gran variedad de interpretaciones subjetivas acerca de la etiología de esta enfermedad. El síndrome, una vez instalado, se presenta de diferentes formas pudiendo evolucionar durante años.

¹ DV* = frase desviada grave, denominada DR2 en el Sistema Comprensivo.

El síndrome de disociación (discordancia o dislocación) va a dar lugar a una serie de rasgos negativos que comportan la desestructuración de la conciencia y la personalidad. El vacío creado por la disociación tiende a transformarse en un estado delirante particular que constituye el delirio autístico o autismo. De ahí su confusión con el comportamiento del autismo en las primeras etapas de la enfermedad.

La disociación y el autismo se hallan vinculados, según Obiols y Obiols, por características comunes: la ambivalencia (antagonismo de sentimientos), la extravagancia (el paciente utiliza rodeos extraños como forma de resolver el malestar y la incomodidad, generados por la disociación o distorsión psíquicas), la impenetrabilidad (actitud que refleja su hermetismo e incoherencia) y el desapego, que coinciden en algunos aspectos con el denominado “repliegue psíquico” de Steiner, 2004, refiriéndose al repliegue interno que experimentan personas neuróticas, incluso no pacientes, en determinados momentos de su vida.

La pérdida de cohesión hace que el pensamiento aparezca alterado. Esto se traduce en lo que se viene denominando trastorno del proceso del pensamiento.

Son muchos los autores que atribuyen al proceso de pensamiento las siguientes características:

- La capacidad de recopilar información selectivamente, centrándose en aquella que es relevante y descartando el material poco significativo.
- La capacidad de interpretar la experiencia en niveles de abstracción adecuados.

Es la peculiar forma de expresarse del paciente la que permite conocer sus características y procesos mentales. Además del trastorno de pensamiento (Exner, 1986, 1994) se destacan, entre otros síntomas, la desorganización de la vida afectiva, la discordancia psicomotriz, el delirio paranoide (vivencias delirantes o delirio autístico), alucinaciones, etc.

El proceso perceptivo de estos pacientes ha sido estudiado aplicando, además de la entrevista, pruebas de inteligencia (test de Wechsler, WISC-III y WISC-IV) y de personalidad (test de psicodiagnóstico de Rorschach), sin dejar de dedicar especial atención a la observación de su comportamiento en el ámbito familiar.

Una de las pioneras del trabajo terapéutico con las familias fue Frida Fromm Reichman (1950, 1959). Esta psiquiatra y psicoanalista suiza prestó su atención clínica a las familias de personas con esquizofrenia introduciendo el término de ‘madre esquizofrenógena’. Uno de los seguidores de Frida Fromm Reichman, Sullivan (1947, 1962) destacó los graves efectos que la ansiedad materna tiene en el desarrollo del niño. Actualmente, el tratamiento farmacológico combinado

con el contacto social, aunque sea mínimo, facilita el regreso del paciente a un medio familiar tolerante (Brown y cols., 1972), citados por Obiols y Obiols (1989).

El diagnóstico diferencial del paciente esquizofrénico ofrece complejidad por su coincidencia o intersección con otras patologías, entidades o condiciones no psicológicas: las psicosis orgánicas, además de las psicosis paranoicas, psicoafectiva, los estados límite de la personalidad) (Obiols y Obiols, 1989).

En la conferencia organizada por la OMS en Ginebra (1957), se llegó a una serie de acuerdos respecto a la esquizofrenia:

“Mientras no se establezcan normas diagnósticas más exactas y objetivas, existirán diferencias en los criterios de clasificación, especialmente para los casos límite. Hay que tener suma cautela al interpretar las diferencias en la incidencia entre las distintas poblaciones, a menos que se consigne que se utilizaron principios diagnósticos idénticos”

(Organización Mundial de la Salud, OMS, 1957).

Posteriormente, se identifica la enfermedad según el criterio no. 8 del Research Diagnostic Criteria for schizophrenia (DSM aplicado a la investigación), aludiendo a:

“Casos definidos de notorio trastorno de pensamiento formal, acompañado por afectos inapropiados o embotados, delirios o alucinaciones de cualquier tipo, o conductas fuertemente desorganizadas” (RDC).

Manual RDC de Spitzer, Endicott y Robins, 1977.

2.2. Criterios utilizados en el Research Diagnostic Criteria (RDC) y DSM-IV-TR en el diagnóstico de esquizofrenia

Existen diferentes aproximaciones en el diagnóstico de esquizofrenia, La aproximación que adoptamos en las primeras investigaciones realizadas sobre esta categoría clínica (Vives, 1984) sigue rigurosamente los criterios del RDC, evita limitar el diagnóstico a los casos crónicos e incluso de deterioro. Incluye sujetos que no serían considerados por muchos esquizofrénicos, particularmente los de tipo ‘agudo’, sin embargo, se designan los sujetos que frecuentemente reciben un diagnóstico de esquizofrenia borderline, histerias breves o psicosis situacional y estados paranoides. Las personas 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 los síntomas descritos en el apartado A del manual se dan únicamente en los periodos etílicos o de droga o en periodos de deshabitación, el diagnóstico debe ser “otros trastornos psiquiátricos”, debido a la probable etiología orgánica de los síntomas. Para considerar el periodo 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 1 punto para Probable de las 8 categorías de síntomas descritos en este apartado del manual:

1) Emisión, inserción o sustracción de pensamientos, según se definen en el RDC, criterios especificados en la página 38 y siguientes.

2) Delirios de ser controlado o influenciado, otros delirios bizarros, delirios múltiples.

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 con cualquier clase 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, no afectivas, de alguien que habla al sujeto.

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, 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 total 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 maniaco-depresivo (criterios A y B de los grandes trastornos maniaco-depresivos) hasta tal punto que constituye una parte prominente de la enfermedad.

En el inicio repentino se requieren menos de tres meses desde los primeros indicios del aumento de la psicopatología de cualquiera de los síntomas básicos. En el curso breve presentan indicios de los síntomas de esquizofrenia durante menos de tres meses.

A continuación se describen los criterios A, B, C, incluidos en el DSM-IV-TR para el diagnóstico de esquizofrenia, y que afectan a las muestras revisadas en 2011 y 2017:

A) Dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente, durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1) Ideas delirantes*
- 2) Alucinaciones*
- 3) Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia)*
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado*
- 5) Síntomas negativos (por ejpl., aplanamiento afectivo, alogia o abulia)*².

Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas (100% de los pacientes de exacerbación aguda estudiados).

B) Disfunción social/laboral durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, en la que una o más áreas importantes de actividad (*laboral, social, cuidado personal*), están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno o cuando, habiéndose iniciado los síntomas en la infancia o adolescencia, se fracasa al intentar alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral (100% de los agudos y crónicos. Estos últimos por segundos y terceros brotes).

C) Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.

² Todos los síntomas del criterio A, señalados con asterisco (*), se han podido constatar en los pacientes de las muestras estudiadas. El síntoma definido en el apartado 4) gravemente desorganizado, se cumple preferentemente en los pacientes de exacerbación aguda.

En este período debe presentar al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos, si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D) Deben excluirse los trastornos esquizo-afectivos y del estado de ánimo. Dichos trastornos con síntomas psicóticos se han descartado debido a que:

1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa.

2) Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E) Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ejpl., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Actualmente, la precisión, cada vez mayor para diagnosticar la presencia de trastornos generalizados del desarrollo (TGD), diferenciando autismo del resto de trastornos -Asperger, síndrome de Rett, síndrome de Klenffner-Landau, esquizofrenia de inicio-, permite acotar, pese a su complejidad y dificultad en el proceso, los síntomas de psicosis esquizofrénica en la infancia.

3. Clasificación, tipos y fenomenología

Bleuler dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios y secundarios y propuso un sistema diagnóstico que carecería de fiabilidad, aunque supo generar en sus discípulos, entre los que se encontraba H. Rorschach, el interés por la investigación de la esquizofrenia y la clasificación psiquiátrica de la época.

Años más tarde, Schneider (1957) mostró su desacuerdo con Bleuler y

planteó la existencia de dos tipos de síntomas, los de primer rango (alteraciones de la sensación, percepción, pensamiento, instintos, afecto y volición) y los de segundo rango, secundarios o complementarios (embotamiento afectivo, trastornos de las funciones intelectuales, alogia, abulia, etc.).

La mayoría de autores coincide en clasificar la esquizofrenia en tres categorías: *hebefrénica*, *catatónica* y *paranoide*, a las que agregan *la esquizofrenia simple* de Bleuler.

H. Ey diferencia y destaca entre las formas de potencial evolutivo más importantes, *la paranoide*, *la hebefrenia* y *la hebefrenocatatonía*, además de las formas de potencial evolutivo reducido en relación a la esquizofrenia media: *la esquizofrenia simple* y *la esquizoneurosis*.

En la forma denominada *paranoide* lo que prevalece es el delirio con sus expresiones y sus comportamientos extraños, pero, en sus formas más degradadas, el paciente muestra una especie de fabulación estereotipada en la que la actividad alucinatoria está reemplazada por una especie de soliloquio. Si para algunos son características terminales (Ey), para otros (Bleuler, 1972), la evolución de la esquizofrenia es reversible mucho más a menudo de lo que se afirmaba hace más de sesenta años, pese a que en todas las formas graves persista un delirio alucinatorio autístico. Para Ey, la forma paranoide constituye la más frecuente y la más típica. Las otras formas clínicas se diferencian por su potencial evolutivo.

Entre las formas graves destaca, además de la anterior, *la hebefrenia* y *la hebefrenocatatonía*. La *hebefrenia* ha sido considerada como “la demencia precoz de los jóvenes”, definida por Morel, en 1860. Se distingue por el predominio de la discordancia de rápida evolución. El paciente vive en un estado de ensoñación sin poder concentrarse, permaneciendo su imaginación pendiente de “ideologías pseudocientíficas, inventos irrisorios o proyectos grandiosos e incoherentes”.

En su forma más frecuente se caracteriza por una apatía progresiva con indiferencia hacia todo. Unas veces se reconoce por un comportamiento pueril, unido a una inconsistencia en el uso de conceptos y respecto a una escala social de valores. Otras, se trata de una regresión masiva hacia un estado demencial rápido, base de la denominada “demencia precoz”.

La *hebefrenocatatonía*, descrita por Kahlbaum (1874), se caracteriza por el predominio de trastornos psicomotores (forma actualmente infrecuente, debido al tipo de tratamiento administrado). Constituye una forma especial de esquizofrenia, un estado de estupor que oscila entre “el simple entorpecimiento y un estado de bloqueo que sólo permite determinados movimientos o explosiones

verbales”. En este repertorio de comportamientos han podido observarse desde conductas de rechazo, pasividad, gestos exagerados, descargas motrices repentinas, descargas agresivas, verbales, hasta conducta criminal.

Entre las formas menores, Hey destaca la *esquizofrenia simple* y las *esquizeurosis*. La *esquizofrenia simple* constituye una forma de evolución muy lenta que, erigida sobre la base de un carácter esquizoide, se orienta hacia una “esclerosis o disecación de la vida social del paciente”.

En este proceso se instaura una ‘actividad delirante’ tan discreta que no siempre puede ser detectada (el paciente se encierra en pro de la ciencia, como algunos inventores), mostrándose bajo la forma de reacciones agresivas o comportamientos extraños, o delirios sutiles, casi imperceptibles.

La *esquizeurosis* o *pseudoneurosis esquizofrénica* de Hoch incluye todas las formas de esquizofrenia afectiva y determinadas neurosis histéricas. Dentro de este grupo, Claude distingue dos formas principales: aquélla en la que predomina la ‘ensoñación imaginaria’, y la que se caracteriza por el ‘enfado negativista’.

También pueden detectarse, dentro de las neurosis obsesivas graves, la evolución desde una ‘vertiente neurótica’ en la que se utilizan defensas eficaces, a una ‘vertiente psicótica’ en la que predomina la ‘disgregación psíquica’ del paciente.

Desde el ámbito clínico puede observarse la evolución del trastorno a partir de una esquizofrenia incipiente, de estados psicóticos agudos hasta llegar a fases terminales de la enfermedad.

Respecto al primer punto, es patente la dificultad de establecer un diagnóstico basándose exclusivamente en un listado de síntomas, pero es la evolución de estos síntomas, subraya Ey, que permite la identificación de una de estas categorías. Destaca las siguientes formas de inicio de la enfermedad:

— *Formas progresivas e insidiosas* que presentan la mayor continuidad en su desarrollo y conducen gradualmente al paciente desde una “predisposición caracterológica hasta la psicosis esquizofrénica”.

— De manera opuesta, la enfermedad puede iniciarse con un “*acceso delirante o catatónico*” que se corresponde con las esquizofrenias de exacerbación aguda o con la catatonía.

— Otras *formas* que se sitúan entre las dos categorías anteriores y en las que, de manera intermitente, se *desarrollan* “*de forma cíclica sobre una base esquizoide*”.

— La aparición de síntomas que se consideran desconcertantes por el hecho de presentarse de forma aislada, “*monosintomática*”.

Otra clasificación es la de Crow (1980) que tuvo gran repercusión en la década de los 80. Crow se fundamenta en la presencia de dos hechos básicos contradictorios:

- La evidencia de alteraciones estructurales en el cerebro del paciente esquizofrénico.

- La incuestionable respuesta terapéutica de determinados síntomas a los fármacos antipsicóticos.

A partir de ahí, el autor argumenta que existen dos síndromes en la esquizofrenia, a los que designa con el nombre de tipo I y de tipo II.

- La esquizofrenia de tipo I se caracteriza por alucinaciones, delirios y desorganización formal del pensamiento que asoció a una disfunción dopaminérgica y que cursa de forma aguda.

- La esquizofrenia de tipo II, caracterizada por el empobrecimiento, aislamiento social, abulia, pobreza del pensamiento y la comunicación, embotamiento afectivo y que concibe como un proceso secundario de lesiones cerebrales, habidas durante el embarazo y periodo perinatal.

Obiols y Obiols (1989) diferencian la esquizofrenia incipiente, de formas graves (hebefrenia y catatonía) y la de formas menores (esquizofrenia simple y psiconeurosis). Dos hechos marcan, según estos autores, el principio del trastorno:

- Su inicio en la adolescencia o primera juventud.

- Su evolución crónica con tendencia al deterioro psíquico.

La enfermedad puede aparecer de forma solapada o insidiosa por lo que se hace difícil detectar su comienzo con exactitud. En la base parece encontrarse una personalidad premórbida, esquizoide o paranoide, como antecedente de la psicosis. Después de una fase inicial, el paciente suele entrar en una fase activa en la que se manifiestan, de forma clara e intensa, los síntomas de la enfermedad, en la que se define su futuro (esquizofrenia de exacerbación aguda).

Este cuadro de síntomas tiende a cronificarse de forma que, aún en el caso de que se mantenga cierta moderación de los síntomas, el sujeto presenta un deterioro perceptivo-cognitivo (esquizofrenia crónica). En algunos casos, se atribuye el nombre de residual, porque incluso considerando su mejoría, se detectan síntomas residuales similares, aunque mucho más matizados que los que se observan al inicio del trastorno.

Barnes (1990) define tres factores para identificar la esquizofrenia:

- El primer factor engloba los síntomas negativos que se asocian con un pensamiento conceptual y memoria a largo plazo mermados (que confirman Green, Klern, & Mintz, 2000) además de pobreza psicomotora.

— El segundo factor vincula los síntomas positivos a la distorsión de la realidad (delirios y alucinaciones).

— El tercer factor, vinculado a la desorganización, integraría los trastornos del pensamiento y del discurso.

I. B. Weiner (1966, 1988, 2000) parte de las siguientes características para definir esta categoría diagnóstica (1966):

- 1) Presencia de un trastorno de pensamiento.
- 2) Evidencia de la percepción inexacta del criterio de realidad.
- 3) Control emocional pobre.
- 4) Inefectividad en la relación interpersonal.

Estos criterios fueron recogidos y constatados por J. E. Exner (1974, 1978) en sus primeras investigaciones sobre pacientes con esquizofrenia, criterios que serían inicialmente considerados como los más adecuados para diagnosticar, mediante el test de Rorschach esta categoría psiquiátrica.

Según los diferentes estudios, efectuados mediante la aplicación del test de Rorschach a personas con esquizofrenia, se han desarrollado una serie de Índices (SCZI) con objeto de identificar a dichos pacientes y evitar los falsos positivos, índices que han evolucionado hasta llegar al actual Perceptual Thinking Index (PTI, en el SC).

4. Neurotransmisores

Desde la aparición de la medicación antipsicótica, se ha incrementado el interés por los mediadores químicos cerebrales. Numerosas discusiones, sobre el papel y la distribución de la *serotonina* en el cerebro, llevaron a H. Ey y, posteriormente, a Obiols y Obiols a comentar que el metabolismo de la serotonina, de sus precursores o del triptófano, de la que deriva, podría estar perturbado en la persona con esquizofrenia.

Una de las hipótesis más importantes y antiguas de orden fisiopatológico es la hipótesis de la *dopamina*, sustancia generada por el propio cuerpo. En ella se sostiene que algunas de las vías de neurotransmisión cerebral de la dopamina están muy activadas en la esquizofrenia, pudiendo contribuir al desarrollo de dicha psicosis.

Obiols y Obiols (1989), al referirse al papel de la dopamina como neurotransmisor en el desarrollo de la esquizofrenia subrayan:

— En la práctica, todos los fármacos neurolépticos actúan bloqueando el receptor de la dopamina como fármaco principal de actividad.

— La administración de anfetaminas en pacientes esquizofrénicos suele exacerbar los síntomas delirantes.

— Sustancias como Disulfiram y Metilfenidato exacerban igualmente los síntomas de la esquizofrenia.

A principios de la década de los 90, el interés de los investigadores se orientó al estudio de los receptores dopaminérgicos. La hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia se ha visto enriquecida por investigaciones procedentes de la neuropatología y la neuroquímica de otros neurotransmisores, confirmándose que hay una importante interacción entre las vías neurotransmisoras y determinados neuropéptidos cerebrales.

5. Conclusiones

Tausk (1919-1977) subrayaba que en el curso de los períodos delirantes, los pacientes con esquizofrenia son a menudo perseguidos por una máquina imaginaria. Una parte conflictiva del sujeto es expulsada fuera, pero vinculada al mismo tiempo con una parte suya que se siente perseguida. Esta forma de despersonalización podría corresponder, como regresión, a un periodo concreto de la infancia, a la posición esquizo-paranoide, investigada y descrita por M. Klein (H. Segal, 1980; Coderch, 1987, 2010), al mismo tiempo que mostraría los mecanismos de escisión de dichos pacientes.

Actualmente, parece aceptarse que el componente genético es un factor necesario, pero no suficiente en el desarrollo de la esquizofrenia. Si nos preguntamos en qué consiste el trauma psíquico de la persona con esquizofrenia y si se trata de algo innato o adquirido, parece que, incluso quienes sostienen que la esquizofrenia tiene una base genética, reconocen la importancia de los factores ambientales desencadenantes y hasta se resisten a separar los factores biológicos de los sociales y familiares. Para Ey la predisposición genética a la esquizofrenia es segura, pero muy compleja y depende de cómo intervengan los factores ambientales. De ahí que se haya agregado un tercer factor en la discusión herencia – ambiente: el momento en el que los factores ambientales empezaron a actuar sobre los factores hereditarios y genéticos, como la familia y los factores socio-culturales (investigaciones de Fromm Reichman y terapias familiares de Brown y cols., 1972).

En general, se acepta que los trastornos de pensamiento son característicos de muchas, pero no de todas las personas con esquizofrenia y parece que están

relacionados con su particular proceso perceptivo, ya que los procesos de pensamiento eficientes exigen que la atención se mantenga concentrada en los aspectos apropiados del estímulo, con independencia de los significados personales del mismo.

Se ha formulado la hipótesis de que, en algunos casos de esquizofrenia, la existencia de un elevado nivel de perceptos (resultado de la percepción) no asimilados, tiende a reducir el grado de rigurosidad que el paciente requiere para asimilarlos (se parte de McReynolds, 1974 y siguientes). Una disminución en el grado de exactitud de las normas, que se utilizan para la asimilación de los perceptos, facilitaría su asimilación, de otro modo inasimilables.

Estos dos procesos de la teoría de McReynolds tienen cierta coincidencia con los procedimientos de asimilación y acomodación, pilares de la teoría de Piaget y Pascual-Leone, que permitirían vincular ambos procesos con la Psicología Cognitiva. No obstante, dada la importancia del ambiente familiar y social en la recuperación gradual del paciente, cuando cada parte se involucra, sería necesaria la contribución de ayudas oficiales para garantizar dicho objetivo.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1997). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Arieti, S. (1974). *Interpretación de la esquizofrenia*. Barcelona: Labor (Original del inglés, 1955).
- Arieti, S. (1959). Schizophrenia: The manifest symptomatology the psychodynamic and formal mechanisms. En S. Arieti (Comp.). *American Handbook of Psychiatry. Vol. I*. N. York: Basic Books.
- Becker, W. C. (1956). A genetic approach to the interpretation and evaluation of the process-reactive distinction in Schizophrenia. *Journal of Abnormal and Soc. Psychology*, 53, 229-236.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. N. York: International Universities Press (Original del alemán, 1911).
- Bleuler, E. (1951). The basic symptoms of schizophrenia. In D. Rapaport (Ed.). *Organization and pathology of thought*. N. York: Columbia University Press.
- Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Bleuler, M. (1984). What is schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 10, 8-10.
- Böök, J. A. (1974). Aspectos genéticos de las psicosis esquizofrénicas. En D. Jackson (Comp.). *Etiología de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu (Original del inglés, 1960).

- Bock, J. K. (1982). Toward a cognitive psychology of syntax: Information processing contribution to sentence formulation. *Psychological Review*, 89, (1), 1-47.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T. & Wink, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Broustra, J. (1979). *La esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- Cameron, N. (1947). *The Psychology of behavior disorder*. N. York: Houghton Mifflin.
- Cameron, N. (1963). *Personality development and psychopathology: A dynamic approach*. Boston: Houghton, Mifflin.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2010). *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona: Herder.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Crow, T. J., Cross, A. J., Johnstone, E.C. & Owen (1982). Two syndromes in schizophrenia and their pathogenesis. En F. A. Henn & H. A. Nasrallah (Eds.), *Schizophrenias a brain diseases*. N. York: Oxford University Press.
- Endicott, J. & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Exner, J. E. (1978). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. 2. Current Research and Advanced Interpretation*. N. York: Wiley.
- Exner, J. E. (1988). Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad. *Revista de la SERYMP*, 1, 9-26.
- Exner, J. E. (1990). *A Rorschach: Workbook for the Comprehensive System* (Third Edition). Asheville, N. C. Rorschach Workshops.
- Exner, J. E. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática. (Original del inglés, 1986).
- Exner, J. E. (1995). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System* (Fourth Edition). Rorschach Workshops: Asheville, North Carolina.
- Exner, J. E. (2000). *A primer for Rorschach interpretation. Rorschach Workshops*. Asheville, North-Carolina.
- Exner, J.E. (2000). *A Rorschach workbook for the Comprehensive System*. Rorschach Workshops. Asheville, North Carolina.
- Ey, H. (1971). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations*. París: Masson et Cie.
- Ey, H.; Bernard, P. & Brisset, Ch. (1975). *Tratado de Psiquiatría*. (7ª Edición).
- Hess, A. K., Zachar, P. & Kramer, J. (2001). The Rorschach Inkblot Test. *Fourteenth Mental Yearbook*, pp. 1003-1038.
- Jackson, D. D. (1974). *Etiología de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original del inglés, 1960).
- Jarne, A. & Talarn, A. (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Paidós.
- Jenkins, R. (1952). The schizophrenic sequence: withdrawal disorganization, psychotic reorganization. *Amer. Journal Orthopsychiatry*, Vol. 22 p. 738.
- Jenkins, J. (1974). Can you have a theory of meaningful memory? En R. L. Solso (Edit): *Theories in Cognitive Psychology*. Hillsdale: Erlbaum.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, Vol. 2, 217-250.
- Kraepelin, E. (1896). *Lehrbuch der psychiatrie*. Leipzig: Barth.

- Kraepelin, E. (1918). *Dementia Praecox*. Londres: Livingstone.
- McReynolds, P. (1974). Ansiedad, percepción y esquizofrenia. En D. E. Jackson (Ed.). *Etiología de la esquizofrenia*. (Original del inglés, 1960).
- Meyer, J. G. (1997b). Thinking clearly about reliability: More critical corrections regarding the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment*, 9, 495-498.
- Meyer, G. J. (2002). Exploring possible ethnic differences and bias in the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 78, 104-129.
- Minkowski, E. (1980). *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Buenos Aires: Paidós. (Original del francés, 1927).
- Morel, B. A. (1853). *Études cliniques. Vol. II*. París.
- Obiols, J. & Obiols, J. (1989). *La esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Obiols, J. (2000). *Una mente escindida. La esquizofrenia*. Ed. Océano. Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Piotrowski, F. (1950). A Rorschach Compendium, revised and enlarged. En J. A. Brussel et alters. (Edts). *A Rorschach Training. Manual*. Utica, N. York: State Hospital Press.
- Rapaport, D., Gill, M. & Schafer, R. (1959). *Diagnostic Psychological Testing. Vol. I y II*. Year Book Publishers.
- Rorschach, H. (1972). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Paidós. (Original del alemán, 1921).
- Segal, H. (1975). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. (6ª Edición). Buenos Aires: Paidós.
- Schneider, S. (1976). Selective attention in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 167-173.
- Spitzer, R. L. (1983). *Introducción en A.P.A.: DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, R. (1975). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. N. York: N. York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, R. (1975). Clinical criteria and DSM -III. *Am. Journal Psychiatry*, 132, 1187-1192.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, R. (1978). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders (Third Edition)*. N. York: N. York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (1980). Classification in psychiatry. In M. Kaplan, A. M. Freedman & B. J. Sadock. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Steiner, J. (2004). *Els repleguements psíquics*. Barcelona: Columna.
- Tausk, V. (1977). *Trabajos psicoanalíticos*. Barcelona: Granica
- Vives, M. (1989). *El Rorschach, instrumento de diagnóstico y pronóstico en la diferenciación de esquizofrenia*. Barcelona: PPU.
- Vives, M. (1994). *Instrumentos y aplicaciones del Psicodiagnóstico Infantil*. Barcelona: PPU.
- Vives, M. (2005). *Tests Projectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Vives, M. (2011). El test de Rorschach en el diagnóstico de 245 pacientes con esquizofrenia ingresados. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Anuary of Clinical and Health Psychology*. Sevilla: Ediciones de la Universidad de Sevilla.

- Weiner, I. B. (1966). *Psychodiagnosis in Schizophrenia*. N. York: J. Wiley.
- Weiner, I. B. (1992). Problemas conceptuales en la Evaluación de la Criminalidad y la personalidad antisocial con el Rorschach. *Revista de la SERYMP*, 5, 5-15.
- Weiner, I. B. (1996). Some observations on the validity of the Rorschach Test. *Journal of Personality Assessment*, 8, 206-213.
- Weiner, I. B. (2001a). Considerations in collecting Rorschach reference data. *Journal of Personality Assessment*, 77, 122-127.
- Weiner, I. B. (2001b). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach Test as exemplar. *Psychological Assessment*, 13, 423-432.
- Weiner, I. B. (2003). *Principles of Rorschach interpretation* (Second Ed.). Mahwah, N. J.: Erlbaum.
- Weiner, I. B. & Exner, J. E. (1991). Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 56, 453-465.
- Weiner, I. B., Spielberger, C. D. & Abeles, N. (2002). Scientific Psychology and the Rorschach Inkblot Method. *The Clinical Psychologist*, 55, 7-12.

DIFERENCIAS ENTRE LA CONVERSIÓN HISTÉRICA Y LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS



Antonio Carlos
Martín



Alicia Delgado
Campos

Resumen

En esta investigación se trabajan las diferencias diagnósticas entre los síntomas histero-conversivos y los psicósomáticos propiamente dichos. Se trata de minimizar la confusión que genera la indiferenciación entre ambos trastornos, teniendo en cuenta la incidencia que puede tener en la terapéutica a aplicar en cada caso. Para ello se han estudiado a 120 mujeres en Tratamiento de Reproducción Asistida. El objetivo ha sido probar la diferenciación entre la conversión histérica y el trastorno psicósomático como incidencia psicológica en la infertilidad femenina. Se ha aplicado el método estadístico Kappa. Como instrumentos fundamentales se han utilizado La Clasificación Psicósomática de P. Marty y el Test de Rorschach. Conclusiones: a) El grado de acuerdo estimado entre el método de evaluación Clasificación Psicósomática y el Test de Rorschach es “bueno”; b) Se afianza el original desacuerdo con la indiferenciación en el diagnóstico de los síntomas conversivos y de los trastornos psicósomáticos.

Palabras clave: *síntomas conversivos, psicósomática, Clasificación Psicósomática, Rorschach*

* Doctor en Psicología de la Salud (UAM) y Psicólogo Clínico. acm@cop.es

** Psicóloga clínica. unidad de niños y adolescentes. CSM Puente de Vallecas, Madrid.

DIFFERENCES BETWEEN HYSTERICAL CONVERSION AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Abstract: In this research we work on the diagnostic differences between hysterical-conversion symptoms and psychosomatic symptoms themselves. The aim is to minimise the confusion generated by the indifferenciation between the two disorders, taking into account the impact that this may have on the therapy to be applied in each case. To this end, 120 women undergoing Assisted Reproduction Treatment were studied. The aim was to test the differentiation between hysterical conversion and psychosomatic disorder as a psychological incidence in female infertility. The Kappa statistical method was applied. The Psychosomatic Classification of P. Marty and the Rorschach Test have been used as fundamental instruments. Conclusions: a) The estimated degree of agreement between the Psychosomatic Classification assessment method and the Rorschach Test is "good"; b) The original disagreement with the indifferenciation in the diagnosis of conversive symptoms and psychosomatic disorders is confirmed.

Keywords: *conversive symptoms, psychosomatics, Psychosomatic Classification, Rorschach*

1. Introducción

Quienes trabajamos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastornos psicósomáticos, desde la vertiente de la psicología, nos encontramos de forma sistemática con un problema peculiar que no se da en otras áreas de nuestra actividad: se trata de la falta de acuerdo entre los profesionales de la salud para delimitar el *Trastorno Psicósomático* propiamente dicho de otros síntomas con manifestaciones idénticas o similares; nos referimos concretamente a los *Trastornos Conversivos* y a los *Síntomas Hipocondríacos*, especialmente a los primeros.

Consideramos que esta confusión se genera a partir de la valoración aislada de las manifestaciones corporales y físico-funcionales, independientemente del funcionamiento mental que enmarca cada una de ellas. Si unimos esto a la arraigada disociación entre psique y cuerpo, que entendemos se erige como una defensa psíquico-colectiva habitual y generalizada en la sociedad occidental, se complican aún más las cosas.

Tan cierta es la indiferenciación con que se tratan las manifestaciones de estas anomalías psíquicas que las Clasificaciones de psicopatología más usadas y utilizadas en la

actualidad como son el DSM-V y el CIE-10 siguen la misma dinámica de confusión sobre la que alertamos¹.

Tampoco en el test de Rorschach —uno de los dos instrumentos que se han utilizado en esta investigación— ni en otros métodos diagnósticos más empleados por los profesionales encontramos una aproximación al definir un diagnóstico diferencial respecto a ese conjunto de trastornos llamados genéricamente somatomorfos (AC. Martín, 2007).

Figura nº 1. Indiferenciación diagnóstica



Incluso en este contexto el concepto de somatomorfos viene significando que se producen directamente por causas psicógenas, excluyendo todos aquellos que, yendo acompañados de alguna afección física desencadenante, quedan fuera de lo psicógeno. Con lo cual tampoco estaríamos de acuerdo.

La expresión *enfermedad psicosomática* fue introducida por F. Deustsch en 1953, para designar a las enfermedades que S. Freud había denominado *neurosis actuales o viscerales* en oposición a las *psiconeurosis* (1895). Posteriores investigaciones relacionaron la *alexitimia* —uno de los factores considerados importantes en el paciente psicosomático— con los resultados del test de Rorschach. Aklin y Bernat (Daley, B. 1992) investigaron esta relación de la concurrencia de alexitimia y trastornos psicosomáticos, fundamentándose en la imagen del cuerpo proyectada en el contenido de las respuestas del test.

Resulta un punto de partida, pero demasiado parcial que incluso podría considerarse tangencial, para abordar el diagnóstico del síndrome de forma efectiva.

¹ Clasificación DSM-V y CIE-10: Trastornos somatomorfos: Trastorno de somatización (F45.0), Trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1), Trastorno de conversión (F44.x), Trastorno por dolor (F45.4), Hipocondría (F45.2), Trastorno dismórfico corporal (F45.2), Trastorno somatomorfo no especificado (F45.9).

No entramos a comparar y analizar la hipocondría —de origen y sintomatología estructuralmente bien definida— respecto a la histeria y a la psicósomática.

Sin embargo, en el presente trabajo se trata de demostrar las importantes diferencias existentes entre la *conversión hística* y los *trastornos psicósomáticos*, siendo ésta una concreción que forma parte nuclear de los objetivos planteados en esta investigación.

Desde la psicología dinámica, se considera básico que la sintomatología hística se genera a partir de una sobreinvestidura de determinadas partes corporales y del cuerpo erógeno en general durante la infancia y que se mantiene en clave de defensas al dictado de los mecanismos psíquicos de la condensación y el desplazamiento, predominando este último sobre el anterior.

Podríamos entrar en una reflexión sobre la tendencia histórica del ser humano a separar, para desexualizar, el mobiliario y los lugares del alumbramiento de los utilizados en la relación sexual; nos referimos a una serie de costumbres sociales —alimentada por las religiones— preventivas y evitativas con carácter de funcionamientos hísticos en relación al hasta hace unas décadas inseparable binomio sexualidad-procreación. Probablemente en la especie humana, diferenciándose claramente del resto, sea esta estrategia defensiva la que determina la tendencia citada a distinguir y separar la pulsión sexual de la procreación. Como ejemplo paradigmático de la anterior afirmación, en la religión católica nos encontramos con el rito de la *purificación*, una vez que una madre ha alumbrado a su hijo, como si no fuera aceptable que de un *acto impuro* deba surgir la vida en su mayor pureza.

Figura 2. Orígenes divergentes



Tendríamos que decir que, por el contrario, en los trastornos psicossomáticos las funciones biológicas son frenadas a partir de los traumas afectivos en su desarrollo temprano e impiden una adecuada inmersión en los avatares edípicos, es decir, en los procesos propios de la neurosis; o bien esas funciones ya logradas se desorganizan por los efectos de traumas posteriores, dependiendo de unos mecanismos que interrelacionan con movimientos regresivos, transitando así la dinámica del individuo en dirección inversa a la organización psíquica.

Por tanto, se adjudicaría la formación de trastornos psicossomáticos precisamente a un mecanismo diferente, y en gran medida contrario al de la histeria, porque estos traumatismos surgen en el ser humano de una sobredosis de excitación interna que bloquea la generación de representaciones mentales, revirtiendo esta excitación no canalizada hacia el órgano en cuestión. El desequilibrio puede provenir del plus de excitación o de la pobreza del sujeto en la fabricación de representaciones o bien del compendio de ambas cosas (McDougall, 1991).

Se da, por tanto, la circunstancia nada despreciable —y esto quizás sea lo más alarmante de esta indiferenciación de la que hablamos anteriormente— de que cada uno de ellos (síntomas somatomorfos neuróticos y síntomas psicossomáticos) proviene de funcionamientos psíquicos que en nada confluyen y, por tanto, deberían aplicárseles terapéuticas bien distintas. Es decir, no es válida la misma técnica de trabajo terapéutico para unos y otros.

Se hace necesario, por tanto, tratar sobre diferencias, más concretamente sobre un diagnóstico diferencial, entre neurosis (en este caso histeria) y psicossomática.

Es, entonces, imprescindible hacer algunos apuntes en relación a cómo se producen los trastornos psicossomáticos.

Cualquier análisis o investigación que realicemos sobre la teoría y la práctica del fenómeno psicossomático nos va a presentar una complejidad difícil de superar, debido a la multiplicidad de disciplinas que intervienen en el asunto y la heterogeneidad de campos implicados, como son la medicina, la psicología, la genética, la antropología, la incidencia social, etc.

Esta misma complejidad ya nos va poniendo sobre aviso de cómo debemos huir -en el caso de sintomatología psicossomática— de teorías y axiomas reduccionistas. Debemos evitar caer, fundamentalmente en lo fácil del biologismo y del psicologismo extremos, si pretendemos profundizar en la Psicossomática.

1.1. *Psique/soma*

La dialéctica *psique-soma* ya desde Platón (300 a. C.) y Aristóteles (Teoría del Hilemorfismo²) siempre se planteó como un motivo de desencuentro entre los pensadores de cada momento y la praxis médica coetánea.

Hay que esperar a la obra de S. Freud para que se considere la importancia de los momentos biográficos del paciente y que los factores psicológicos tomen la categoría de etiopatogénicos en el enfermar.

De entre los importantes y selectos autores que después han teorizado sobre la psicosomática, destaca P. Marty (1918-1993), médico francés del siglo pasado, al que vamos a referirnos, puesto que son su teoría y su clínica las que en este trabajo se ha seguido como punto de partida y de apoyo para la investigación citada.

Centrándonos en la teoría de P. Marty (1980) tenemos que decir, en primer lugar, que el movimiento psicosomático, fundado y liderado por él, consideraba que la frontera entre el funcionamiento psíquico y el funcionamiento somático era artificial y arbitraria. Marty desarrolla:

a. un modelo biológico, que cubre un gran espectro de la filogénesis y de la ontogénesis del individuo. Es decir, que aprecia tanto lo transmitido genéticamente como lo integrado por el ambiente. Considera que es el resultado de interacciones entre ambos aspectos en el mismo ser;

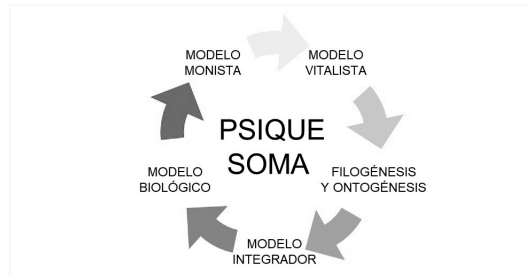
b. Marty ha entendido la psicosomática como una sucesión de momentos de la evolución del individuo y no como un vínculo entre cuerpo y espíritu;

c. un modelo enteramente monista, alejado tanto de las tendencias biologists como de las psicologistas;

d. un modelo vitalista; en el que los procesos de transformación y de construcción del conjunto de la economía psicosomática están animados por el potencial vital del individuo.

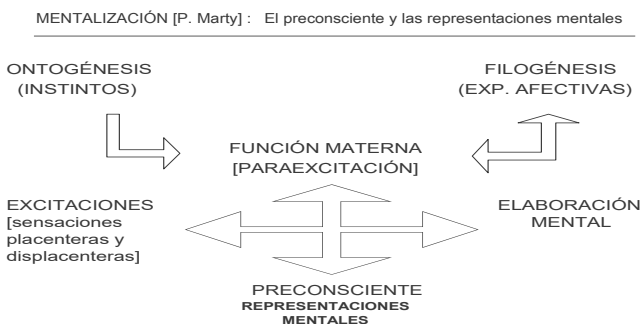
² Teoría escolástica que trata de resolver el problema ontológico postulando dos principios esenciales de cada ser real: $\nu\lambda\eta$ (materia) y $\mu\omicron\phi\eta$ (forma).

Figura 3. Un modelo monista e integrador



Podríamos decir, por tanto, que *el humano es un ser psico-bio-social*, en cuyo análisis físico o biológico no cabe la división o desintegración parcial de estos componentes (A.C. Martín, 2007).

Como concepto esencial paradigmático de la teorización aplicada a la clínica, Marty postula el concepto de **mentalización** (1992), que se convierte en un elemento básico del diagnóstico del funcionamiento del psiquismo humano, aplicable a los procesos psicósomáticos. Dependiendo de la cantidad y calidad de las representaciones mentales en las que un sujeto ha convertido sus excitaciones pulsionales inconscientes, va a ostentar un nivel de *mentalización buena, incierta o mala*, siendo éste un criterio esencial para establecer el grado de riesgo que en un determinado momento de su vida tiene un sujeto de generar trastornos psicósomáticos y de qué gravedad pueden llegar a ser éstos.

Figura 4. Mentalización³


³ Martín, AC, 2007

1.2. Proceso de desorganización: trastornos psicosomáticos

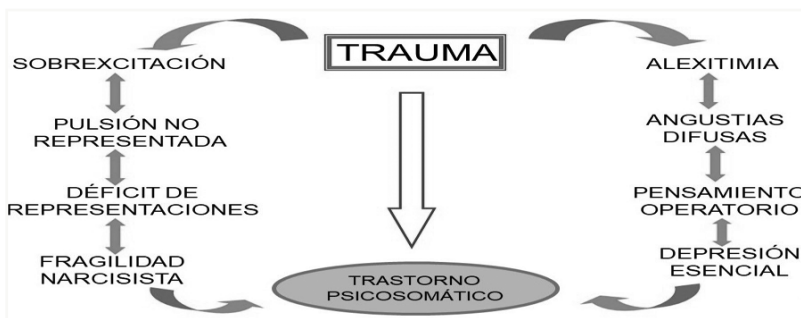
Un factor paradigmático y universal del proceso de deconstrucción o desorganización del aparato psíquico es el trauma, aunque no el único. Freud (1917) ya precisó que la noción de trauma nos remite a un concepto económico:

“Llamamos así una experiencia vivida que aporta en un breve espacio de tiempo un crecimiento tan fuerte de la excitación de la vida psíquica que su eliminación por los medios habituales y normales fracasa, cosa que no puede dejar de entrañar problemas en el funcionamiento energético”.

Cuando, por la obstrucción del funcionamiento mental producido por un trauma, la pulsión pierde su potencialidad de ser representada, queda reducida al valor de excitación para el aparato mental, que, si no logra canalizarla, recorrerá en dirección regresiva el aparato comportamental, para luego terminar en una somatización. El déficit de representaciones mentales se acompaña de una fragilidad narcisista que puede llegar a situaciones extremas.

Este proceso normalmente conlleva asociada una serie de alteraciones en el psiquismo, que se desarrollan con mayor o menor intensidad:

Figura nº 5. El trauma

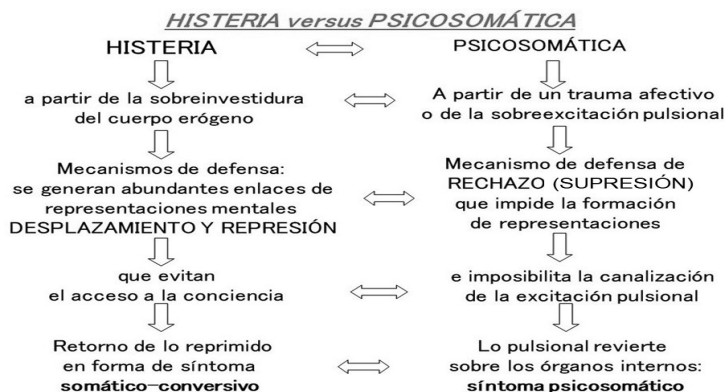


- a. alexitimia (sin palabras para el afecto), que es la incapacidad o grave limitación no solo para expresar, sino también para reconocer los afectos. (Sifneos, 1970)
- b. angustias difusas, es decir, no ligadas a ningún objeto (Freud, 1921)
- c. pensamiento operatorio: es el reflejo más amplio de desorganización de principios vivos (con sus respectivas funciones). El P.O. es calificado como tal por la falta de ligaduras con sus fuentes inconscientes y por su cualidad fundamental de duplicado de la acción (Marty, 1963).
- d. depresión esencial: es la *depresión sin expresión*; esta inexpressividad es lo que la diferencia clínicamente de otras formas sintomáticas de depresiones, neuróticas o psicóticas (Marty, 1963); se diferencia de la depresión clásica en la ausencia de reconocimiento por parte del enfermo que no tiene un sufrimiento basado en sentimientos de tristeza, pero sí una merma extrema en su capacidad de elaboración mental y una caída de la energía vital, apreciable por quienes le rodean.

1.3. Diferencias entre conversión histérica y el síntoma psicossomático

En este punto, tras estas pinceladas sobre la teoría psicossomática de Marty, es oportuno significar cómo se estructuran las diferencias esenciales en la teórica y en la clínica entre los procesos psíquicos que se inscriben en un funcionamiento histérico respecto a los procesos generados por la desorganización psicossomática.

Figura n° 6. Histeria versus psicossomática⁴



⁴ AC Martín, 2007

Para ello elegimos tres criterios:

1.3. 1. Diferencias en cuanto a la organización psíquica:

a. Entendemos que la sintomatología histérica se genera a partir de un proceso de sobreinversión del cuerpo erógeno. Freud y Charcot llegan a llamar a la histeria enfermedad por representación (1893). Se podría añadir *‘por exceso de representaciones’*.

b. Por el contrario, en los trastornos psicosomáticos hay una carencia de representaciones y las funciones biológicas son frenadas a partir de los traumas afectivos en su desarrollo, al no encontrar vías de funcionamiento mental (o sea, representaciones mentales) por donde canalizar las excitaciones pulsionales en su sentido más amplio.

c. Haciendo un resumen de a) y b), podríamos decir que el exceso o el defecto de representaciones mentales es una polarización que determina cada una de estas dos patologías, al menos en cuanto a su génesis, y una importante diferencia entre ambas.

1.3. 2. Diferencias en cuanto a las defensas utilizadas:

Desde la psicología dinámica, las diferentes psicopatologías vienen acompañadas y en parte desencadenadas por una desproporcionada utilización de las defensas psíquicas. Pues bien,

a. en la histeria interviene fundamentalmente la defensa de represión: que tiene por función impedir el conocimiento o la consciencia de los deseos y del conflicto que desencadenan, produciéndose el retorno de éstos al inconsciente.

b. en el síntoma psicosomático el mecanismo de defensa es el de rechazo, en el sentido de “muro sobre el que rebotan” los intentos de representar (canalizar) lo pulsional, manteniendo la representación neutralizada a un nivel no elaborado del preconscious.

1.3. 3. Diferencias en cuanto a los síntomas

a. Aunque sí es cierto que en el trastorno de conversión histérica generalmente no se encuentra daño alguno en el órgano afectado, mientras que en el trastorno psicosomático es más usual que el órgano admita un diagnóstico médico puramente fisiológico, no siempre ocurre así; es decir que en ambos casos aparece una dolencia física con o sin lesión orgánica.

b. Pero donde mayor dificultad podemos encontrar es en las disfunciones, que no son reflejo necesariamente de una alteración orgánica y, sin embargo, pueden provenir tanto de una afección histérica como de una afección psicósomática.

c. El problema de esta dificultad para encontrar la diferencia a primera vista entre determinados síntomas histéricos y síntomas propiamente psicósomáticos, ya que a veces, sin otros recursos diagnósticos, no sería posible distinguirlos.

Si hacemos el esfuerzo de resumir todas estas diferencias, tendríamos:

a. En la histeria, a partir de la sobreinvertidura del cuerpo erógeno en la infancia, durante los periodos evolutivos siguientes se registra esta sobreinvertidura como una situación altamente conflictiva, lo que genera unos mecanismos de *defensa de represión y desplazamiento*, que evitan el acceso a la conciencia. En la edad adulta retorna lo reprimido en forma de síntomas somático-conversivos, tras uno o varios desplazamientos a órganos o miembros del propio cuerpo (Freud, 1985).

b. En la psicósomática, a partir de un trauma, se genera una sobreexcitación pulsional para la que el sujeto no dispone de recursos psíquicos suficientes. Ante esta dificultad, surge el mecanismo de *defensa de rechazo*, mecanismo que imposibilita la formación de representaciones suficientemente buenas como para poder canalizar dicha excitación pulsional. El plus de excitación pulsional revierte sobre los propios órganos corporales, lesionándolos o impidiéndoles ejercer sus funciones correctamente.

En este punto, entramos a presentar brevemente la investigación clínica que respalda esta teorización:

2. Investigación

2.1. Objetivos

a. Buscar una relación de coincidencia para el diagnóstico de riesgo de padecer trastornos psicósomáticos entre dos métodos diagnósticos: *Clasificación psicósomática y el test de Rorschach*.

b. Establecer una relación de coincidencia entre el embarazo exitoso y no exitoso, tras la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida⁵ y el grado de mentalización, de acuerdo con la teorización de P. Marty.

c. Probar la diferenciación entre la histérica y el trastorno psicósomático como incidencia psíquica en la infertilidad femenina.

⁵ T.R.A.: Técnicas de Reproducción Asistida

2.2. Hipótesis general

De las mujeres diagnosticadas de infertilidad, aquellas en las que se observa un funcionamiento psíquico correspondiente a una mala mentalización, presentarán una mayor dificultad, estadísticamente significativa, para lograr el embarazo con la aplicación de T.R.A., que aquellas en las que se observe un grado de buena o incierta mentalización en su funcionamiento mental

2.3. Metodología

Se trabajó con 120 pacientes —mujeres entre 22 y 39 años— de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario *Doce de Octubre* de Madrid. Todas ellas habían sido previamente diagnosticadas de infertilidad y estaban comenzando un proceso de TRA

2.4. Instrumentos

Aplicamos, como utensilios básicos La *Clasificación Psicosomática* de Marty y Stora (1989) y del *Test de Rorschach [Sistema Comprensivo Exner]*, Sendín (1998), así como una batería de cuestionarios de personalidad: *Toronto Alexithimia Scale (TAS)*⁶ para medir grado de alexitimia; *HAD*⁷ e *Índice de Reactividad al Estrés (I.R.E.)*, de González de Rivera, para medir nivel de estrés; *PANAS*⁸

2.5. Variables dependientes e independientes

(En el Anexo, Tabla 3 se transcriben las puntuaciones ponderadas obtenidas en las variables dependientes e independientes de cada sujeto)

a. Dependientes:

— Edad: los sujetos elegidos estaban incluidos en los parámetros de edad (entre los 22 y 39 años inclusive), que los especialistas médicos consideran susceptibles de ser tratadas con T.R.A. en la prosecución del embarazo.

⁶ Nemiah y Sifneos (1970)

⁷ Ansiedad y depresión de A.S. ZIGMOND y R.P. SNAITH (1983)

⁸ Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988)

- Resultados de los instrumentos utilizados.
- b. Independientes:
 - se registró el diagnóstico ginecológico, organizando la escala de gravedad de cada paciente;
 - el Factor masculino y su gravedad;
 - seguimiento de los avatares del tratamiento ginecológico llevado a cabo durante los dos años siguientes a la evaluación psicológica;
 - cambios de nivel del tratamiento ginecológico;
 - fracasos o éxitos de cada intento de embarazo;
 - si llega a término y el niño nace vivo;
 - pacientes que han abandonado el tratamiento.

2.5.1. La Clasificación Psicosomática

P. Marty (1989) desarrolló este método diagnóstico como guía o prueba-test, que nos acerca a establecer una graduación de riesgos de enfermar. Fue creado atendiendo a un proceso de pensamiento que inquiere sobre causas y razones de ser, tendencias, cualidades, energías de estado potencial y de estado actual; y como efecto directo de todo ello la vulnerabilidad para enfermar.

Figura n° 7



La Clasificación Psicosomática (CP) es también un método de investigación diagnóstica que nos lleva a encuadrar a un paciente en un punto de la nosografía psicosomática:

Se aplica en forma de entrevista semiestructurada, a partir de un protocolo adaptado para este trabajo, que se evalúa de acuerdo con unos criterios preestablecidos; investiga las diferentes áreas de relaciones de objeto, duelos, hábitos, dependencias, recurrencia a las enfermedades, que tienen como objetivo nuclear hacer una delimitación diagnóstica de si el sujeto a quien se aplica tiene un funcionamiento psíquico de *buena mentalización*, *mentalización incierta* o *mala mentalización*.

Se adjudica a cada rasgo investigado una puntuación que oscila entre +3 y -3 en función del peso específico sobre la bondad o la gravedad que cada uno aporta al equilibrio psicosomático del sujeto, de acuerdo con los siguientes criterios:

- Criterio de Buen Pronóstico (C.B.P.): + 3
- Factor Positivo (F.P.): + 1
- Factor de Riesgo (F.R.): — 1
- Criterio de Mal Pronóstico (C.M.P.): -2
- Criterio de Gravedad (C.G.): — 3

2.5.2. *El test de Rorschach*

El otro instrumento básico de la presente investigación es el test de Rorschach. De un estudio detallado de todos los indicadores evaluables en el test de Rorschach se seleccionaron 29, siguiendo como criterio la elección de aquellos que son traducibles en rasgos que intervienen con peso específico, tanto en positivo como en negativo, de forma directa en el concepto de *mentalización*, desde sus vertientes cognitiva, afectiva, defensiva e interrelacional.⁹

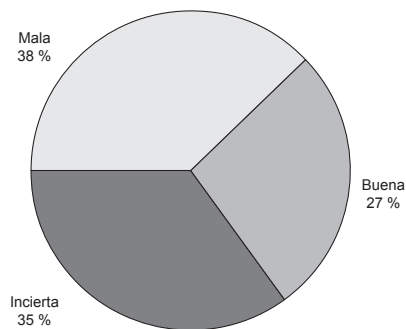
2.6. *Conclusions*

Se estableció una tabla, que relaciona entre sí los resultados obtenidos en las diferentes variables (dependientes e independientes). En esta tabla ya se puede apreciar en cada sujeto la coincidencia entre las distintas puntuaciones, que después se sometieron a un estudio estadístico.

⁹ Anexo, Tabla n.º 2

Tabla n° 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porctj. válido	Porctj. acumulado
Válido BUENA	33	27,5	27,5	27,5
INCIERTA	42	35,0	35,0	62,5
MALA	45	37,5	37,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Figura n° 8¹⁰

Como plan de análisis se estima el grado de acuerdo aplicando el método estadístico KAPPA.

Teniendo en cuenta que el método KAPPA toma valores entre “0” y “1” y que entre 0,6 y 0,8 el acuerdo o coincidencia se considera BUENO, y por encima de 0,8 MUY BUENO, en nuestra investigación hemos obtenido las siguientes conclusiones:

2.7. Resultados

— El grado de acuerdo estimado entre el método de evaluación “Clasificación Psicosomática” y el “Test de Rorschach” (sobre el conjunto de 29 ítems seleccionados) ha sido de 0,76, es decir “BUENO”

¹⁰ Martín, AC, *Infertilidad femenina y psicosomática*, Madrid 2007

Figura nº 9. Proporción gráfica de la relación entre Clasificación y Rorschach en función del grado de mentalización¹¹

— Nos afianzamos en nuestro original desacuerdo con la indiferenciación en el diagnóstico y en el abordaje terapéutico de los síntomas conversivos y de los trastornos psicósomáticos.

— Definitivamente será la evaluación del funcionamiento psíquico del paciente lo que determine de qué lado se decantan los factores y rasgos que realmente inciden en su enfermedad como causa psicógena.

— Teniendo en cuenta los anteriores resultados y dada la alta fiabilidad estadística del método diagnóstico de *Rorschach*, se deduce que su utilización en el diagnóstico y previsión de trastornos psicósomáticos puede añadir una interesante aportación desde una **validación cuantitativa**, dándole así un soporte científico mayor, pudiendo complementar -y en un futuro alternar— con la *Clasificación Psicósomática*, que es el único método empleado hasta ahora y que instrumentalmente se utiliza desde criterios cualitativos de evaluación.

Bibliografía

- Daley, B., 'A descriptive study of Rorschach and chronic pain'. *Massachusetts School Professional Psychology ProQuest Dissertations Publishing*, 1992, 9236716
- Deutsch, F. *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. International University Press. New York. 1953.
- Freud S. *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* (nota introductoria). Buenos Aires: Amorrortu, 3, 26-40.1893.
- Freud, S., *Psiconeurosis o neurosis actuales*, 1895
- Freud S. *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* (nota introductoria). Buenos Aires: Amorrortu, 3, 26-40.1893.
- Freud S., *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*. Buenos Aires: Amorrortu, 3, 85-115.1895.
- Freud, S., *Conferencia 25: Introducción al Psicoanálisis (2016-17) AE 16, pgs. 360-1.*
- Marty P, M'Uzan M., "La pensée opératoire", *Revue Française de Psychanalyse* 1963; 27 (suppl).
- Marty, P., Fain, M. M'Uzan, M. David, Ch., El caso Dora desde el punto de vista psicósomático, *Rev. Française de Psychanalyse* n° 4 — 1968, Trad.: Eloisa Castellano-Maury, *Rev. de Psicoterapia y Psicósomática*, núm. 45 — agosto de 2000.
- Marty, P., Fain, M. M'Uzan, M. David, Ch., El caso Dora desde el punto de vista psicósomático, *Rev. Française de Psychanalyse* n° 4 — 1968, Trad.: Eloisa Castellano-Maury, *Rev. de Psicoterapia y Psicósomática*, núm. 45 — agosto de 2000.

¹¹ Martín, AC, *Infertilidad femenina y psicósomática*, Madrid 2007

- Marty, P., “Los movimientos individuales de vida y de muerte”, 1980. T. O.: *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Tr: López, D. Barcelona, Ed. Toray, 1984.
- Marty P., Stora JB., *La clasificación psicosomática MARTY IPSO: método diagnóstico de las organizaciones psicosomáticas y enfermedades somáticas*, Psicoterapia Analítica 1989; 1: 19-31.
- Marty P., Stora JB., *La clasificación psicosomática MARTY IPSO: método diagnóstico de las organizaciones psicosomáticas y enfermedades somáticas*, Psicoterapia Analítica 1989; 1: 19-31.
- Marty, P., “La Psicosomática del adulto”, título original: *La psychosomatique de l'adulte*, traductora: Marta Tenorio Calatroni, Avellaneda (BA), Amorrortu, 1992.
- Martín, AC., *Infertilidad femenina y psicosomática*, Ed. ACM, Madrid 2007, ISBN 978-84-611-57716-7
- Martín, AC. et al., ‘Mentalización y respuestas MOA en el Rorschach’, *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, n° 32-33, 2019-20, pág. 49. Madrid.
- McDougall J. *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes, 1991.
- Nemiah JC, Sifneos PE. “Psychosomatic illness. A problem in communication”, *Psychotherapy and Psychosomatics*; 1970, 18: 154-160.
- Sendín, C., *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Ed. Psimática, Madrid 1998
- Sifneos PE. The prevalence of ‘alexithymic’ characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*; 1973, 22: 255-262.

ANEXOS

Tabla nº 2: Criterios de indicadores del Rorschach evaluables del grado de mentalización

Buena mentalización (1)	Mentalización media (0)	Mala mentalización (-1)	Criterios clínicos
R (17-27)	R (> 27)	R (< 17)	Capacidad productiva
L (0,84-0,32)	L (> 0,84) ¹²	L (< 0,32 L (> 0,84) ¹³	— permisividad o evitación de afectos (rigidez afectiva) — indicador de la capacidad para abrirse a un campo estimular nuevo
EB introversivo ¹⁴ extratensivo ¹⁵	EB (ambigüal)	EB (coartado)	Posibilidades de participación de los elementos ideacionales y afectivos de manera integrada.
FC > CF+C	FC = CF+C	FC < CF+C	Capacidad para modular la expresión de los afectos
*Sum dir. C' < Sum pond. C ¹⁶	Sum dir. C' < Sum pond. C ¹⁷	Sum directa C' =/> Sum pond. C	Relaciona el grado de reversión sobre sí mismo de elementos afectivos disruptivos con el nivel de procesamiento de emociones que el sujeto deliberadamente utiliza.
M > 3	M (2-3)	M < 2	Capacidad para utilizar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección
FM (5-4-3)	FM (>5)	FM <3	Indica la capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas

¹² Si existen respuestas C

¹³ Si no existen respuesta C

¹⁴ Siempre que el denominador sea > 0. Si es el denominador "0", mala mentalización.

¹⁵ Siempre que FC>CF+C y M > 0. Si el numerador es "0", mala mentalización

¹⁶ En al menos 2 puntos.

¹⁷ En 0,5 / 1 / 1,5 puntos

Buena mentalización (1)	Mentalización media (0)	Mala mentalización (-1)	Criterios clínicos
m (0)	m (1)	m (>1)	Pérdida de control, que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento. Procesos de tensión intrapsíquica inconscientes.
a>p	a = p	a<p	Tendencia a la actividad o a la pasividad en el afrontamiento de los problemas, y en las relaciones interpersonales
H > 3	H (2-3)	H< 2	Representaciones internas del elemento humano.
Sum C' (0/1)	Suma C' = 2	Sum C' > 2	Mide el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos.
T = 1	T > 1	T = 0	Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra esta necesidad y no la ha resuelto.
Y = 1	Y (2 –3)	Y = 0 o (> 3)	Registro de ansiedades difusas no ligadas que genera sentimientos de indefensión y desvalimiento.
Aislamiento < 0,25 %	Aislamiento 0,25-0,33 %	Aislamiento > 0,33 %	Percepción del entorno interpersonal
Afri >0,69	Afri (0,69-0,44)	Afri < 0,44	Responsividad del sujeto a los estímulos emocionales
Egoc. 0,32-0,46	Egoc<0,32	Egoc>0,46	Autocentramiento y autoestima
S = 1-2	S = 0-3-4	S > 4	En un extremo, nos informa sobre su capacidad de autonomía, independencia y autoafirmación; en otro sobre actitudes caracteriales y rígidas en relación a un mal manejo de la hostilidad
Blends > 20 %	Blends 0,20 %	Blends < 20 %	Variabilidad de registros para modular respuestas afectivas

Buena mentalización (1)	Mentalización media (0)	Mala mentalización (-1)	Criterios clínicos
An+Xy 0/1	An+Xy (2-3)	An+Xy > 3	Corresponde a representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva.
EA > 6	EA (4-6)	EA < 4	Potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar)
es (12-5)	es (4-2)	es < 2 es > 12	Déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O bien desbordamiento de éstos por impactos traumáticos.
EA > es	EA = es	EA < es	Relaciona los recursos accesibles para iniciar conductas deliberadas, frente al malestar que producen los disparadores internos de tensión.
Fd = 0	Fd = 1	Fd > 1	Estas respuestas están directamente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas.
COP > 1	COP = 1	COP = 0	Tendencia a establecer vínculos positivos o dificultad para ello.
PSV = 0	PSV (1-2)	PSV > 2	Denuncian la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos.
Zd (de -3 a +3)	Zd > (3)	Zd < -3	Eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno.
Zf > 40%	Zf (30 – 40 %)	Zf < 30	Esfuerzo y capacidad creativa; Adaptabilidad
GHR > PHR	GHR = PHR	GHR < PHR	Calidad de las representaciones del elemento humano.
CDI (0-2)	CDI (3-4)	CDI (>4)	Nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes a su entorno social.

Tabla n° 3: Puntuaciones globales ponderadas*

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-1	28	-5	MALA	-6	2	1	2	S	1				1	1
S-2	35	-9	MALA	-4	4	1	5	N		0			0	-1
S-3	34	-13	MALA	-8	4	0	4	N		0			1	-1
S-4	28	-2	MEDIA	1	3	0	3	S	1				0	0
S-5	36	1	MEDIA	3	3	0	3	N		0			0	0
S-6	38	3	MEDIA	-3	2	0	2	S	1				1	0
S-7	35	-7	MALA	-6	5	0	5	N		0			1	-1
S-8	32	-5	MALA	-4	5	0	5	N		0			1	-1
S-9	34	6	BUENA	5	0	0	0	S	1				-1	0
S-10	30	-5	MALA	-4	0	0	0	S	1				1	-1
S-11	37	3	MEDIA	-2	2	0	2	S	1				0	0
S-12	28	-7	MALA	-5	4	0	4	N		0			-1	-1
S-13	35	-3	MEDIA	2	0	0	0	S	1				0	0
S-14	30	4	BUENA	5	0	0	0	S	1				-1	1
S-15	27	-13	MALA	-8	5	0	5	N		0			1	1
S-16	32	-5	MALA	-7	2	0	2	S	1				1	0
S-17	32	5	BUENA	10	1	1	2	S	1				-1	1
S-18	32	2	MEDIA/BUENA	4	3	1	4	N		0			0	0
S-19	34	-2	MEDIA	0	2	3	5	N		0			0	0
S-20	34	5	BUENA/MALA	-5	5	0	5	N		0			-1	-1
S-21	33	1	MEDIA	-3	3	0	3	S	1				0	0
S-22	30	-3	MEDIA	2	0	1	2	S	1			2	-1	0
S-23	37	-7	MALA	-5	4	1	5	N		0			1	-1
S-24	31	8	BUENA/MALA	-6	2	0	2	?			.		-1	1
S-25	31	1	MEDIA	3	2	1	3	S	1				0	1
S-26	29	-3	MEDIA	1	0	2	2	S	1				1	0
S-27	31	-7	MALA	-6	2	0	2	S	1				1	-1
S-28	33	-4	MALA	-8	4	0	4	?			.		1	-1
S-29	30	-5	MALA	-6	5	0	5	N		0			1	1
S-30	32	6	BUENA/MALA	-4	2	0	2	N		0			-1	1
S-31	31	0	MEDIA	-2	2	0	2	N		0			0	0
S-32	34	-6	MALA	-9	3	1	4	N		0			-1	-1
S-33	30	5	BUENA	9	0	2	2	S	1			3	-1	-1
S-34	30	9	BUENA/MALA	-10	5	0	5	N		0			-1	1

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-35	37	6	BUENA	8	1	1	2	S	1				-1	-1
S-36	32	15	BUENA	7	2	0	2	S	1				1	1
S-37	34	1	MEDIA	3	1	1	2	S	1				0	0
S-38	35	8	BUENA	12	2	0	2	S	1				-1	0
S-39	37	-1	MEDIA	2	1	2	3	S	1				1	0
S-40	39	-5	MALA	-8	4	3	5	?			.		1	-1
S-41	33	9	BUENA	4	0	2	2	S	1				-1	1
S-42	35	9	BUENA	9	2	3	5	N		0			-1	1
S-43	37	-2	MEDIA/MALA	-5	5	0	5	N		0			1	0
S-44	36	3	MEDIA	-1	2	0	2	?			.		0	1
S-45	26	1	MEDIA/MALA	-4	3	0	3	N		0			0	0
S-46	29	-8	MALA	-7	3	1	4	N		0			1	-1
S-47	31	3	MEDIA	-2	1	2	3	S	1				0	1
S-48	27	-8	MALA	-10	2	0	2	S	1				1	-1
S-49	37	6	BUENA	9	2	1	3	S	1			2	-1	1
S-50	35	-1	MEDIA	2	2	0	2	S	1				0	0
S-51	29	-9	MALA	-6	4	1	5	N		0			0	-1
S-52	33	3	MEDIA/MALA	-8	4	0	4	N		0			0	0
S-53	38	-6	MALA	-5	3	0	3	?			.		1	-1
S-54	37	5	BUENA	7	4	0	4	N		0			-1	-1
S-55	33	6	BUENA	12	0	0	0	S	1				-1	1
S-56	33	-3	MEDIA	-1	2	0	2	S	1				0	0
S-57	29	-8	MALA	-6	4	1	5	N		0			1	-1
S-58	38	2	MEDIA	-3	2	1	3	N		0			0	0
S-59	27	1	MEDIA/MALA	-5	4	2	5	N		0			0	0
S-60	35	-5	MALA	-10	1	3	4	N		0			1	0
S-61	31	3	MEDIA	2	3	0	3	S	1				-1	0
S-62	36	3	MEDIA	-2	3	1	4	N		0			0	0
S-63	35	3	MEDIA	1	3	0	3	N		0			0	0
S-64	30	4	BUENA	7	2	1	3	S	1			2	-1	-1
S-65	33	0	MEDIA	-1	3	0	3	?			.		0	0
S-66	36	-1	MEDIA	3	0	0	0	S	1				0	0
S-67	37	-3	MEDIA	0	1	3	4	N		0			0	0
S-68	37	1	MEDIA	3	3	1	4	N		0			0	0
S-69	30	-1	MEDIA	3	2	1	3	S	1				0	0
S-70	35	-2	MEDIA/BUENA	5	4	0	4	N		0			1	0

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-71	33	5	BUENA	5	4	0	4	S	1			2	-1	1
S-72	36	5	BUENA	8	2	0	2	S	1				-1	1
S-73	29	4	BUENA	7	0	0	0	S	1			2	-1	1
S-74	36	4	BUENA	5	1	3	4	N		0			1	1
S-75	38	5	BUENA	7	2	0	2	S	1				-1	0
S-76	25	-2	MEDIA	2	2	1	3	S	1				0	0
S-77	35	5	BUENA/MALA	-6	5	0	5	N		0			-1	1
S-78	33	5	BUENA	6	2	0	2	S	1				-1	1
S-79	36	12	BUENA/MALA	-5	4	0	4	N		0			-1	1
S-80	35	1	MEDIA	3	2	0	2	S	1				1	1
S-81	35	13	BUENA	10	1	0	1	S	1				-1	1
S-82	34	2	MEDIA	0	2	3	5	?			.		0	0
S-83	32	-3	MEDIA	2	2	0	2	?			.		0	0
S-84	26	3	MEDIA	2	2	0	2	S	1				0	0
S-85	35	4	BUENA/MALA	-6	0	2	2	S	1				-1	1
S-86	27	-5	MALA	-8	4	0	4	N		0			1	-1
S-87	36	7	BUENA	9	5	1	5	N		0			-1	1
S-88	35	3	MEDIA/MALA	-5	2	0	2	S	1				0	0
S-89	29	0	MEDIA	3	2	0	2	S	1				0	1
S-90	33	4	BUENA	6	0	2	2	S	1				1	1
S-91	28	-1	MEDIA	2	2	0	2	S	1				0	0
S-92	32	14	BUENA	8	2	2	4	S	1			2	-1	-1
S-93	29	-1	MEDIA	3	3	0	3	S	1				0	0
S-94	31	1	MEDIA	2	3	0	3	S	1				0	0
S-95	36	2	MEDIA/BUENA	7	4	0	4	N		0			0	1
S-96	35	-4	MALA	-8	5	0	5	N		0			1	-1
S-97	25	5	BUENA	6	2	0	2	S	1				-1	1
S-98	36	3	MEDIA/MALA	-7	2	0	2	S	1				1	0
S-99	33	4	BUENA	6	0	2	2	S	1			2	-1	1
S-100	32	-5	MALA	-5	5	0	5	N		0			1	1
S-101	22	6	BUENA	5	0	2	2	S	1				-1	1
S-102	33	10	BUENA	9	5	0	5	N		0			-1	0
S-103	29	8	BUENA	12	0	3	4	N		0			-1	1
S-104	36	-5	MALA	-8	4	1	5	N		0			-1	-1
S-105	33	1	MEDIA	-1	2	1	3	N		0			0	0
S-106	28	7	BUENA	9	2	1	3	?			.		-1	1

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S.107	29	-4	MALA	-7	4	0	4	N		0			1	1
S.108	29	-12	MALA	-10	4	0	4	N		0			1	-1
S-109	29	2	MEDIA	3	2	1	3	S	1				0	0
S-110	34	-9	MALA	-7	5	2	5	N		0			1	-1
S-111	31	15	BUENA	10	2	0	2	S	1				1	-1
S-112	34	4	BUENA/MALA	-6	1	0	1	S	1				-1	1
S-113	30	-4	MALA	-8	3	1	4	?			.		1	-1
S-114	36	-2	MEDIA	2	1	0	1	S	1				1	0
S-115	31	2	MEDIA	3	2	0	2	N		0			0	0
S-116	39	1	MEDIA	3	2	3	5	N		0			0	0
S-117	33	-5	MALA	-7	4	0	5	N		0			1	-1
S-118	32	-2	MEDIA	3	2	0	2	S	1				0	1
S-119	30	3	MEDIA	0	2	0	2	N		0			1	0
S-120	33	-4	MALA	-8	4	0	4	N		0			1	-1
						46(9)			58	52	10			

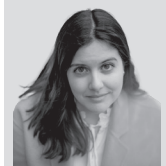
* Distribución de las Columnas

- C-1: n° asignado a cada sujeto
- C-2: Edad de cada sujeto
- C-3: Puntuación global (29 indicadores) ponderada en Rorschach
- C-4: Mentalización
- C-5: Puntuación global en Clasificación Psicósomática
- C-6: Índice de Gravedad Femenino
- C-7: Factor Masculino
- C-8: Índice de gravedad total (Femenino+Masculino)
- C-9: Embarazo (SI/No)
- C-10: Embarazo exitoso (niño nacido vivo)
- C-11: Embarazo no exitoso (no existió embarazo o no nacido)
- C-12: No se conoció si hubo embarazo exitoso o no exitoso (¿?)
- C-13: Embarazo Múltiple (mellizos / trillizos)
- C-14: Alexitimia (TAS)
- C-15: Estrés

IMAGOS EN QUIEBRA Y PARENTALIDAD: ANÁLISIS DE UN RORSCHACH DE UN ADOLESCENTE



Isabel Duarte



Ana Silva



Sabrina Gomes



Teresa Rebelo

Resumen

En los últimos años la paternidad se ha enfrentado a cambios inherentes a la evolución de la sociedad, a lo que se ha sumado el contexto pandémico, que ha constituido un desafío para las familias, poniendo a prueba los límites y la creatividad de cara a responder a las necesidades de los adolescentes. El análisis del protocolo de Rorschach de Xavier (nombre ficticio), un adolescente de 14 años hijo de padres divorciados, permitió identificar la existencia de fallas en la estructura de la(s) figura(s) parental(es), en un funcionamiento mental caracterizado por la existencia de defensas de tipo narcisista, limitando fuertemente su crecimiento mental, con una relación directa con la queja presentada a la evaluación psicológica: la existencia de comportamiento violento en el contexto escolar, que parece surgir como una reacción externa a la presencia de estilos de parentalidad. diferentes, entre autoritarios y permisivos, y a la quiebra existente en su mundo interno en relación a la constitución de las imágenes parentales.

Palabras clave: *Imágenes parentales, Adolescencia, Parentalidad, Rorschach.*

* PhD. - ISPA-IU; Psicóloga Clínica y de la Salud; Psicoterapeuta; Miembro de la IARPP-España, Miembro del Réseau International de Recherche Méthodes projectives et psychanalyse. Miembro du CRFDP, EA 7475, Rouen, France; Consulta privada;

** Psicóloga Clínica y de la Salud; Instituto de Apoyo a la Crianza; Consulta privada;

*** Psicóloga Clínica y de la Salud; Consulta privada;

**** PhD.; Psicóloga Clínica; Psicoterapeuta; Maître de Conférences Université Rouen; Vice Presidente de la Université de Rouen.; Miembro del Réseau International de Recherche Méthodes projectives et psychanalyse; Miembro du CRFDP, EA 7475, Rouen, France; Consulta privada ;

BROKEN IMAGERY AND PARENTING: ANALYSIS OF AN ADOLESCENT RORSCHACH TEST

Abstract

In recent years, fatherhood has faced changes inherent to the development of society, to which has been added the pandemic context that constitutes a challenge for families, putting to the test the limits challenging creativity to respond the needs of adolescents. The analysis of Xavier's Rorschach, a 14-year-old adolescent son of divorced parents; allowed to identify the existence of flaws in the structure of the parental figure(s), in a mental functioning punctuated by the existence of narcissistic-type defenses, strongly limiting their mental growth, with a direct relationship with the complaint presented to the psychological evaluation: the existence of violent behavior in the school context, that seem to emerge as an external reaction to the presence of contrasting parenting styles, between authoritarian and permissive; and the existing lack in their internal world in the construction of parental imagos.

Keywords: Parental Imago, Adolescence, Parenting, Rorschach.

Introducción

La sociedad en que vivimos está en constante transformación y cambio, y los dos últimos años han sido especialmente exigentes, dado el contexto que todos estamos viviendo a raíz de la pandemia de Covid-19, que ha puesto a prueba a cada familia imponiendo nuevos retos, desafiando los límites y la creatividad de todos para dar respuesta las necesidades de los adolescentes.

Cuando hay un adolescente en una familia, toda la familia se ve involucrada en el proceso de convertirse en adolescente, lo que significa que la adolescencia es también un proceso familiar (Benghozi, 2010). Durante la adolescencia, la familia juega un papel muy importante, funcionando como un *espacio psíquico ampliado*, en el cual sea posible contener las tensiones que están directamente ligadas a las transformaciones que ocurren durante este período del desarrollo (Jeammet, 1980).

La adolescencia es el período del desarrollo por excelencia durante el cual se estructura la identidad y se producen los procesos de identificación, que imponen la necesidad de (re)construcción de las imagos parentales, lo que implica un trabajo de transformación y reorganización de las tensiones presentes en las dinámicas inter e intra psíquicas con las figuras parentales. Es un proceso que ilustraremos a través del análisis del protocolo de Rorschach de Xavier, un adolescente de 14 años, hijo de padres divorciados.

Es cierto que el divorcio de los padres tiene un fuerte impacto en los adolescentes, llevándolos a tener que dividirse entre la casa de la madre y la casa del padre, entre un lugar y otro, imponiéndose la difícil tarea de compatibilizar realidades distintas, a veces inconciliables, que coinciden con el momento del crecimiento, durante el cual surge la necesidad de realizar un conjunto de conexiones que permiten la construcción de la identidad (Marcelli y Braconnier, 2005). En esta tarea que es convertirse en adolescente, en el camino a ser adulto se presentan numerosas vicisitudes en la realidad actual, en particular la noción de parentalidad, que ha sufrido una evolución en relación con los diferentes contextos familiares.

1. La parentalidad en la actualidad

Hoy en día, asistimos a una importante diferenciación de roles, lugares, funciones y status, hasta el punto de que la noción de “familia” da paso al concepto de “familia(s)”. La institución familiar clásica cede así ante una multiplicidad de combinaciones en las que se tejen lazos afectivos horizontales e intergeneracionales insertados en la matriz parental, pero sin caer en una estructura familiar. Tanto es así que, junto a antropólogos y sociólogos, empezamos a pensar en la idea de pluriparentalidad, basándonos en la diferenciación entre filiación, parentesco y parentalidad (Mehl, 2011).

La parentalidad, desde un enfoque psicoanalítico, consiste en la experiencia de ser padre o madre, es una historia de afectos y valores en constante evolución. Este principio de la parentalidad está abierto al entorno y sus oscilaciones, pero no puede desunirse del estado anterior de la sociedad. Sabemos que el pasado está inscrito en cada sujeto y lo nuevo depende de que la anterioridad se complete liberándose de ella. Por lo tanto, la parentalidad se refiere a un proceso psíquico más que biológico, que comienza con el proceso de convertirse en padres (Jacob Alby y Vivès, 2015).

El proceso de “convertirse en padre” es complejo en sí mismo e involucra niveles conscientes e inconscientes de funcionamiento mental, que van mucho más allá de lo que solemos entender como el papel de los padres. A partir de esta idea, la parentalidad puede entenderse como un neologismo, en la medida en que la condición de paternidad/maternidad no basta para ejercer la parentalidad. Esta última es una reflexión sobre la descendencia que implica un proceso psíquico-simbólico complejo que articula diferentes perspectivas teóricas en un contexto psicosocial. El concepto de parentalidad, por tanto, contiene la idea de función

parental y la idea de parentesco, así como la historia del origen del bebé y de las generaciones que le preceden.

Las familias contemporáneas se constituyen primordialmente sobre la base de la búsqueda de la satisfacción, que pasa a determinar el tiempo y la estabilidad del vínculo entre las personas. En este contexto, asistimos a un aumento creciente del número de separaciones y (re)matrimonios, así como la multiplicación del número de familias monoparentales y homoparentales (Féres-Carneiro y Magalhães, 2011; Jacob Alby y Vives, 2015; Vilhena, Souza, Uziel, Zamora y Novaes, 2011). Así, la ruptura de relaciones por ausencia de amor y/o deseo sexual por parte de la pareja, la presión hacia una mayor igualdad entre los sexos y el movimiento de valoración de la infancia de las últimas décadas se traducen en una remodelación de las prácticas parentales de hombres y mujeres (Gorin, Mello, Machado y Carneiro, 2015).

El escenario familiar contemporáneo incluye numerosas soluciones conyugales, como el matrimonio, (re)matrimonio(s), monoparentalidad, entre otros, de duraciones a menudo cortas, y luego nuevas (re)organizaciones (Féres-Carneiro y Magalhães, 2011, 2014; Piccinini y Alvarenga, 2012). De esta forma, el núcleo de la familia contemporánea está cada vez más atravesado por nuevas relaciones de parentesco, basadas en el contacto íntimo con adultos, adolescentes y niños provenientes de otras familias. Los hermanos no consanguíneos pasan a convivir con padrastros y/o madrastras, en ocasiones a raíz de una segunda o tercera unión de uno de sus progenitores, acumulando vínculos con personas que no forman parte del núcleo original de sus vidas (Kehl, 2003). Todas estas nuevas familias plantean nuevos retos y debates para los profesionales de la salud y la educación, que se enfrentan no solo a una labor preventiva, sino también a la intervención en situaciones al borde de la disrupción psíquica.

A pesar de las innumerables transformaciones que han sufrido las familias en los últimos años, la familia sigue siendo un modo consistente de organización social. Las reorganizaciones son una constante, pero la parentalidad sigue siendo ejercida, no necesariamente por un padre y una madre biológicos, en el contexto de la familia nuclear tradicional, sino por la solución que se construya para ejercer funciones parentales en relación con los niños y/o adolescentes, que pueden ser ejercidas, por ejemplo, por los propios padres, por dos padres, por dos madres, madrastra(s) y/o padrastro(s) (Gorin, Mello, Machado y Carneiro, 2015).

Desde otro punto de vista, la parentalidad implica, según el sufijo “dad”, la noción de estudio y conocimiento. Así, podemos decir que la parentalidad es el estudio de los lazos de parentesco y los procesos psicológicos que se desarrollan

a partir de éstos. La parentalidad necesita un proceso de preparación, incluso de aprendizaje, no en el sentido de una pedagogía parental, sino en el sentido de un trabajo que resalte la complejidad y las características paradójicas del fenómeno natural del parentesco. En este sentido, el estudio de la parentalidad implica la construcción de categorías mentales: (1) categoría de edad y diferencia generacional: padres-hijos, madres-hijas; (2) categoría de sexo y diferencia de sexo: hombre-mujer.

La construcción psíquica de estas categorías introduce la simetría, heterogeneidad e incluso complejidad, como elementos que organizan las relaciones paterno-filiales. En la medida en que estos principios sean interiorizados por los miembros del grupo familiar, ello permitirá la construcción de un marco de referencia que organizará las representaciones del mundo y del yo en relación con el mundo circundante. Así, la parentalidad organiza el pensamiento de los padres respecto de sí mismos y respecto del niño. Pero también organiza el pensamiento del niño, que aprende que padres e hijos tienen atribuciones y obligaciones diferentes, y que hay diferencias entre ser hija e hijo.

Durante el proceso de convertirse en adolescente se estructuran los procesos de identidad e identificación, permitiendo la diferenciación entre el sujeto y el objeto, es decir, el Yo y el Otro. Esto conduce a una progresiva reorganización del vínculo entre las excitaciones internas y externas, siendo necesario el buen funcionamiento del mecanismo de para-excitación, imprescindible para que se produzca el proceso de subjetivación, afecto y representación que durante este período del desarrollo da lugar a las elecciones de la sexualidad adulta (Cahn, 1991).

Para Balier (1996), las conductas violentas en la adolescencia constituyen una forma de equilibrio psíquico, que les permite protegerse para no ser invadidos por la excitación pulsional que aún no puede ser pensada y simbolizada, funcionando, por un lado, como defensa contra la ansiedad y, por otro lado, como una forma potencial de desarrollo del pensamiento, lo que solo es posible mediante el uso de la identificación proyectiva, colocando los objetos destructivos fuera del sujeto. De esta manera, el Otro aparece como objeto de apoyo a la subjetividad que no se interioriza, llevando a que la exteriorización a través de la acción pueda traducir las dificultades presentes en el proceso de subjetivación.

Wainrib (2006) describe la subjetivación como un trabajo de conexión entre el antes y el después del nacimiento, lo que implica que el sujeto se construya en un entorno que puede ser completamente extraño, indiferente e incluso hostil a su deseo. Pensar en este tránsito implica la intervención de las lógicas intrapsíquicas, así como las constricciones del entorno circundante, por lo que la

subjetivación surge en función de la conexión con los objetos, apoyándose más en la conexión del reconocimiento mutuo que en la relación con el objeto.

La clínica con adolescentes nos muestra que la subjetivación es un proceso esencial que deriva de un trabajo de transformación y apropiación subjetiva, permitiendo al individuo aprender de su propia experiencia, a través de su propio proceso de crecimiento. La violencia en la adolescencia puede estar asociada a un intento de compromiso entre los procesos que se están dando, la identificación estructural primaria y el abandono, que se vive de forma poco estructurada, llevando a que la destructividad se organice en función del odio al objeto (Ricardo, 2001). Para ilustrar este tema, recurrimos al caso de Xavier, un adolescente con problemas familiares que tiene dificultades para organizar sus imagos parentales, que están en falencia, comprometiendo la buena estructuración de su proceso de identificación.

2. La(s) imago(s) en el Rorschach

El Rorschach es una prueba de personalidad ampliamente conocida que se utiliza para el diagnóstico en el contexto de la evaluación psicológica. Como instrumento encontramos en él toda una solicitud simbólica, presente en el encuentro entre el sujeto, el material y lo clínico, estando dicha solicitud eminentemente ligada a la simbología de cada una de las diez láminas que componen el material.

El valor simbólico de cada una de las láminas está ampliamente descrito en la literatura, particularmente en los trabajos desarrollados por la Escuela Francesa, en los que destacamos la clasificación de Chabert (1998) entre contenido manifiesto y contenido latente. El estudio de la simbología de cada una de las láminas nos permite dotar al Rorschach de una dimensión interna, en la que pueden estar presentes las fantasías y los afectos que se hallan en el ámbito del inconsciente.

En la literatura encontramos ampliamente descrita la importancia de lo materno para descubrir el camino hacia lo femenino y desde lo paterno hacia lo masculino (Birraux, 1988). Así, es fundamental durante el proceso de convertirse en adolescente la consolidación de la relación materna como uno de los elementos fundamentales para el paso a la edad adulta, en el camino de acceso a lo femenino o a lo masculino (Duarte, 2017). Dentro de las láminas compactas (I, IV, V y VI), la IV y la VI son las que remiten a la proyección de un cuerpo en sus valores de fuerza, virilidad y actividad, valores fundamentales que expresan la integración de lo paterno y lo masculino en la adolescencia (Marques, 1993).

Para Chabert (1998) la lámina IV presenta una solicitud simbólica que proviene del estímulo negro, grande, disperso, con la forma humana en filigrana. Por las características que presenta, sugiere una imagen de potencia, fuerza, dominación, incluso de autoridad, lo que incita a tomar una posición de dominación o sumisión, considerándose que el rol del “Súper Yo” bien puede ser el de una imagen paterna, a menos que aparezca, dentro de una relación importante entre dos, una imagen maternal omnipotente.

En cambio, la lámina VI presenta un marcado simbolismo sexual. A pesar de ser bisexuada, es la dimensión fálica la que aparece con mayor frecuencia, dando lugar a una oscilación entre movimientos de actividad/pasividad, independientemente de las representaciones sexuales simbólicas que pueda suscitar (Chabert, 1998).

Las láminas de configuración bilateral (II, III y VII) son las que más directamente movilizan la inversión en la representación del Yo en relación con el Otro, en una lógica de sexualización y complementariedad, donde la VII moviliza una proyección directa del Yo, junto con lo materno y lo femenino (Marques, 1993). Esta lámina tiene un carácter “inacabado” y “desarticulado”, revelándose como un estímulo inestable y desequilibrado, provocando un tono emocional neutro o francamente negativo. De esta manera, remite al sujeto a la imagen femenina o a la imagen materna, según la relación primitiva con la madre, que puede ser tranquilizadora o de tipo abandono. La relación entre las figuras se sitúa en un registro de funcionamiento evolucionado, pero el equilibrio figura/fondo genera reacciones de nivel arcaico (Chabert, 1998).

Para Roman (2015) algunas de las láminas del Rorschach llevan al adolescente a establecer un compromiso frente a la bisexualidad psíquica, a saber, la III por su doble sentido, en la parte superior solicita lo femenino y en la inferior lo masculino, movilizando un trabajo psíquico que permita la integración de estas dos representaciones, las cuales deben ser comunicadas de manera vinculada e integrada. Y la lámina VI, que por sus características pone en juego un doble movimiento- de penetrar y de ser penetrado- invitando a una experiencia de bisexualidad psíquica que es muestra de la construcción identitaria en el transcurso del desarrollo psíquico.

Según Marques (1993), las láminas pastel (VIII, IX y X), a través de la introducción de colores, remiten a la sensibilidad al elemento sensorial externo, que puede expresarse en una lógica de integración o contención de los afectos. En cuanto a la evocación de un simbolismo materno pregenital, la IX es una lámina muy rica, llena de posibles significados, debido a la mezcla de los tres colores y la

perspectiva de profundidad, que puede incluso solicitar una oscilación entre un movimiento de vida y otro de destrucción (Chabert, 1998).

Según Goldman (2018), para hacer un análisis de las imagos parentales debemos tener en cuenta: lo materno en la lámina VII, a través de una respuesta adaptada, de buena calidad formal, idealmente humana, pulsional y relacional, que se traduce en un buen soporte identificativo; lo paterno en la lámina IV con una respuesta adaptada, de buena calidad formal, con reconocimiento de las dimensiones fálica y de potencia, ya sea una representación animal o humana, que sea realista y que se traduzca en un buen soporte identificativo; y el análisis de la lámina VI que hace de nexo entre los dos polos sexuales evocando la escena primaria, esperándose una proyección adaptada, de buena calidad formal, que excluya la presencia de una dimensión sádica.

3. Caso Clínico: Xavier, 14 años

Xavier es un adolescente de 14 años que llega a la consulta de Psicología Clínica a solicitud de la DGRSP (Dirección General de Reinserción y Servicios Penitenciarios), después de un proceso disciplinario aplicado en la institución por conducta delictiva en la escuela, donde frecuentemente se involucra en peleas con sus compañeros y a la que acude acompañado de explosivos (petardos) para usar en el recinto escolar.

Es el menor de una fratría de tres con dos años de diferencia entre cada uno de ellos. Sus padres, ambos con profesiones diferenciadas, se divorciaron cuando Xavier tenía ocho años, habiendo reconstruido su padre su familia, y de la nueva relación nació un hermano, de un año edad al momento de la entrevista. Con el divorcio de sus padres, Xavier quedó en custodia compartida, una semana con su padre y una semana con su madre, alternativamente. Dadas las circunstancias, la entrevista con los padres se realizó por separado, lo que nos permitió observar cada una de la(s) imago(s) parentales.

Ambos padres describen a Xavier como un adolescente inquieto y travieso, pero sociable, relajado y *siempre bueno con todo, es muy simpático*, y ambos destacan que tiene una buena relación con todo el mundo. Aun así, lo califican de mentiroso e irresponsable, diciendo que no saben qué esperar de él, especialmente en cuanto a su actividad cuando no está bajo vigilancia.

El cambio de ciclo, en el paso de 4º a 5º de Primaria, fue muy disruptivo, lo que llevó a Xavier a someterse a una evaluación psiquiátrica, en la que se le diagnosticó déficit de atención, habiendo suspendido 5º de Primaria. En el presente

curso tiene medidas de adaptación especiales por el diagnóstico de déficit de atención, aunque sigue siendo un estudiante diligente y con notas en la media, presentando mayores dificultades en la asignatura de Matemáticas, para lo cual tiene una explicación. Le gusta la materia de Historia, lo que nos lleva a pensar en la necesidad de construir su propia historia, encontrando una narrativa entre el niño que fue y el adolescente en el que se convertirá. No le gusta la asignatura de Portugués, lo que nos lleva a las dificultades con la lengua materna.

De entrada, se pudo constatar la existencia de estilos parentales claramente diferenciados entre el padre y la madre. Xavier describe la casa de su padre con un ambiente más austero, donde tiene que recluirse en su habitación, no habiendo momentos compartidos con la familia de su padre, reconstruida con su madrastra y su hermano menor, con una justificación ajustada a la realidad: el miedo al contagio de Covid-19. Dice que no tiene una gran relación con su padre desde que se divorció, y culpa a su madrastra por esta falta de relación. Afirma que no le agrada la nueva pareja de su padre, considerando que es la principal responsable del *mal ambiente* que se vive en la casa de su padre, sintiéndose discriminado y sin reconocimiento de su lugar como hijo.

En cambio, en casa de su madre tiene mayor libertad; en palabras de su padre, Xavier *hace lo que quiere, entra y sale de casa de su madre cuando quiere, sin que ella sepa adónde va*, destacando la falta de rutinas y rigor. Así lo confirman los *robos domésticos de dinero* de las carteras de su madre y de su hermana mayor y los "objetos ilícitos" que esconde en su habitación. La madre reconoce el comportamiento delictivo de Xavier, pero dice que no puede con él, castigando a Xavier de manera poco consistente y con falta de pedagogía.

En el primer contacto con el terapeuta, Xavier se presenta como un joven tranquilo, educado y colaborativo. Es diligente y puntual, llegando siempre antes de la hora prevista. Resulta ser un chico sencillo, ignorante de las posibles consecuencias de sus actos más delictivos. Con su madre siente mayor libertad y una preocupación de ella por su comportamiento. Hacia su padre, refleja un sentimiento de gran falta de interés combinado con una fuerte dificultad en la comunicación.

El Rorschach es un instrumento privilegiado para acceder al mundo interno del sujeto, constituyéndose como una herramienta esencial en la evaluación psicológica, para una mejor comprensión de la construcción psíquica de las imágenes parentales, fundamentales para una mejor estructuración de los procesos de identificación durante la adolescencia.

Este trabajo se inscribe en una metodología cualitativa, ya que nos permite acceder a las características del funcionamiento psíquico del sujeto. Las pruebas

proyectivas, en particular el Rorschach, forman parte de este tipo de metodología que nos permite acceder a la comprensión y conocimiento del sujeto, aquí en concreto, a la capacidad de subjetivación y al proceso intra e intersubjetivo. Frank (1939) propone la designación de métodos proyectivos para dar cuenta de la experiencia subjetiva presente en el proceso de respuesta, en contraposición a los dispositivos clínicos que movilizan exclusivamente la participación cognitiva.

El Rorschach puede ser considerado como un método privilegiado de acceso a la naturaleza de los procesos psíquicos que constituyen al sujeto, permitiéndonos acceder y describir las transformaciones psíquicas que están presentes en el proceso de convertirse en adolescente, las que ya se formaron y las que aún están en construcción (Duarte, 2017). En la lectura del protocolo de Rorschach de Xavier tendremos en cuenta su capacidad de transformación, pero también su capacidad para dar cuenta de la diferencia entre sexos y generaciones, dado que son dos de las categorías mentales fundamentales que reflejan la calidad de las imagos parentales.

Para Roman (2015) el trabajo de identificaciones es la base de la capacidad de reconocer al Otro como diferenciado de lo propio, es una construcción que proviene de las imagos parentales, con una inscripción generacional, que propone, primero al niño y luego al adolescente, una profunda investidura de la vida psíquica, como base sobre la cual se pueden desarrollar relaciones conflictivas en el aquí y ahora.

Xavier presenta un funcionamiento psíquico regresivo con características eminentemente proyectivas, dado el momento evolutivo en el que se encuentra -la adolescencia-, período durante el cual las imagos paterna y materna se (re)organizan, dando lugar a la estructuración de los procesos de identificación con lo masculino/femenino. Su identidad sexual es muy poco diferenciada entre “hombres” o “mujeres”, sin referencias a figuras humanas en las láminas IV y VII, ni representación de relaciones a lo largo del protocolo.

En la lámina IV, da la respuesta “Parece humo”, una textura, que muestra un carácter defensivo, es decir, un papel de pantalla, en relación con emergencias fantasmagóricas, una respuesta que revela una cierta fragilidad de la identidad, que es traducido en imágenes vagas, evanescentes, inestables, efímeras, acentuando la dilución, la deserción de referencias estables, dado el aspecto deshilachado del envoltorio psíquico (Duarte, 2017). En la misma lámina, hay una respuesta que revela la capacidad de transformación de la dimensión de fuerza y potencia que reside en el contenido latente de la lámina: “Parece un monstruo prendiéndose fuego en la boca”. El monstruo es una figura irreal o legendaria y,

aunque cercana a una representación humana, no lo es en su verdadero sentido, lo que denota cierta fragilidad en cuanto al soporte identificativo de lo masculino, movimiento que se agrava en la respuesta siguiente a la misma lámina: ... "una gallina, la cabeza de una gallina". En esta secuencia de respuestas asistimos progresivamente a una pérdida de fuerza y potencia.

En la lámina VII da dos respuestas: "A mí me parecen alitas de pollo", en la posición normal, y "Y un pollo cocido", con la lámina invertida. Las dos respuestas no están adaptadas, tienen una calidad formal pobre y denotan su incapacidad para acceder a las dinámicas relacionales, destacando un soporte identificatorio pobre en cuanto a la imago materna.

El proceso de convertirse en adolescente implica en sí mismo una cierta fragilidad narcisista, sin embargo, lo importante es poder comprender el impacto de esta fragilidad en el funcionamiento psíquico de los adolescentes. En sujetos que tienen un funcionamiento narcisista, como es el caso de Xavier, estas defensas están al servicio de reactivaciones pulsionales, dada la necesidad de protección frente a una dimensión de excitación que amenaza el equilibrio psíquico.

En el protocolo de Rorschach de Xavier encontramos fuertes quiebras, asociadas a una gran dificultad para reunir los diferentes elementos, lo que revela grandes dificultades de comunicación y una inmutabilidad que revela lo que Rebelo y Duarte (2019-2020) describen como un fallo en la relación de comunicación, en el sentido de que la relación dada en las láminas bilaterales, en particular en la III y la VII, no sigue su verdadero significado, verificándose la presencia de respuestas con aprehensión de tipo claro oscuro (Clob)¹ y contenidos con valor regresivo.

Las defensas presentes en el protocolo son eminentemente narcisistas, extremadamente limitantes para su crecimiento mental y parecen reflejar una congelación de los movimientos instintivos, dada la ausencia de cinestesia, con valencia relacional o agresiva, evidenciando un fallo en cuanto a los procesos de simbolización.

El protocolo de Rorschach de Xavier se caracteriza por la presencia de una aprehensión mayoritariamente en modo global (G% 42)², con un tipo de aprehensión en términos superficiales (F% 68 y Fa% 21)³ con sumersión por los afectos, conduciendo a una falta de adaptación a la realidad (F+% 54 y F+a% 65)⁴. El

¹ Codificación según el sistema de la Escuela Clásica Francesa. En SC sería K claro oscuro

² Idem. En SC: G = W

³ Idem. En SC: F% (F pura %) / Fa% (Σ n° total de determinantes de buena calidad formal)

⁴ Fórmula Complementaria: ($\Sigma kan+kob+kp/\Sigma \Sigma$), donde E (Esbatimento). En el S.C. es $\Sigma T+\Sigma V$

T.R.I (Tipo de Resonancia Íntima)⁵ es extratensivo, mostrando una mayor sensibilidad a las características del estímulo que al movimiento cinestésico, lo que se acentúa en la Fórmula Complementaria⁶, que es de tipo coartado.

4. Consideraciones Finales

En el contexto clínico, la evaluación psicológica es extremadamente importante y compleja, ya que requiere que el psicólogo domine un conjunto de pruebas, en concreto, pruebas proyectivas, pero también teorías del desarrollo cognitivo y emocional, que permitan una mejor comprensión del desarrollo del adolescente y de su vinculación al medio familiar y social en el que se inscribe.

De esta forma, es importante reconocer la complejidad de los elementos que componen la herencia psíquica del adolescente, permitiéndole pasar de una situación pasiva, en la que está sujeto al control de las imágenes parentales, es decir, a las exigencias del Súper Yo, a una posición activa, a través del aumento de su autonomía, lo que implica una filiación, pero también una distancia “suficientemente buena” para la construcción de una narrativa personal de una forma creativa.

En el trabajo realizado con Xavier, la comprensión del fallo que su(s) imagen(s) parentale(s) presentaba(n) permitió un análisis más profundo y metodológicamente sustentado, destacando la importancia del trabajo de sistematización de un conjunto de elementos de lectura en el Rorschach para la comprensión de la quiebra de la parentalidad durante el proceso de desarrollo adolescente, permitiendo una prevención e intervención clínica más efectiva.

Para Emmanuelli y Azoulay (2001) la presencia de defensas de tipo narcisista en la adolescencia está relacionada con la congelación de los movimientos instintivos, la dificultad para reconocer la alteridad y la idealización del objeto que se relaciona con la idealización de lo propio. En el caso de Xavier, la dificultad para reconocer la alteridad es particularmente evidente, en la medida en que la diferencia generacional no está suficientemente sustentada, lo que lleva a que los movimientos pulsionales se movilen hacia la descarga de la pulsión, no permitiendo una estructuración mental de la parentalidad.

⁵ TRI [$\Sigma K:\Sigma C+CF+FC$]. En el S.C. “EB”

⁶ Idem. En SC: $K=0$ ($FM+m$) / $E=0$ (resp. T)

Bibliografía

- Benghozi, P. (2010). *Malhagem, Filiação e Afiliação. Psicanálise dos Vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Vetor Editora.
- Birraux, A. (1988). Présentation du «Masculin». *Adolescence*, 6, (1), 5-16.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF.
- Cahn, R. (1991). *Adolescence et folie. Les liaisons dangereuses*. Paris: PUF.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto. Interpretação Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Duarte, I. (2017). *O Tornar-se Adolescente Através Do Rorschach*. Lisboa: Chiado Editora.
- Emmanuelli, M. y Azoulay, C. (2001). *Les épreuves projectives à l'adolescence. Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Frank, L. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, XXXIX, 8, 389-413.
- Féres-Carneiro, T., y Magalhães, A. S. (2011). A parentalidade nas múltiplas configurações familiares contemporâneas. In L. V. C. Moreira, y E. P. Rabinovich (Orgs.), *Família e parentalidade: olhares da Psicologia e da História* (pp. 117-134). Curitiba: Editora Juruá.
- Féres-Carneiro, T., y Magalhães, A. S. (2014). Transformations de la parentalité: la clinique auprès de familles séparées et de familles reconstituées. *Subjectividad y Procesos Cognitivos*, 18, 104-121.
- Goldman, C. (2018). *Le bilan avec les tests projectifs en clinique infantile. Rorschach, CAT; Patte-noire*. Paris: Dunod.
- Gorin, M. C., Mello, R., Machado, R. N. y Carneiro, T. F. (2015). O estatuto contemporâneo da parentalidade. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 3-15.
- Jacob Alby, V. y Vivès, J. (2015). Parentalité et paternité : les nouvelles modalités contemporaines du « faire famille ». *Dialogue*, 207, 19-30.
- Jeammet, P. (1980). Réalité externe et réalité interne importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Revue Française de Psychanalyse*, 3-4, 481-521.
- Kehl, M. R. (2003). Em defesa da família tentacular. In G. Groeninga y R. Pereira (Orgs.), *Direito de família e psicanálise: rumos a uma nova epistemologia* (pp. 163-176). Rio de Janeiro: Imago.
- Marcelli, D. y Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Marques, M. E. (1993). L'Expression Féminine et Masculine de l'adolescence a travers le Rorschach: le travail de transformation et de construction a l'adolescence. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 37, 41-55.
- Mehl, D. (2011). La famille contemporaine au prisme des procréations médicalement assistées. *Cliniques méditerranéennes*, 83, 95-108.
- Pascal, R. (2015). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Dunod.
- Piccinini, C. A. y Alvarenga, P. (Orgs.). (2012). *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rebello, T. y Duarte, I. (2019-2020). Violencia y Sexualidad en la Adolescencia. Nuevo enfoque del Rorschach para su comprensión. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*. (32-33), 207-218.

- Richard, F. (2001). *Le processus de subjectivation à l'adolescence*. Paris: Dunod.
- Roman, P. (2015). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Dunod.
- Vilhena, J.; Souza, A. C. B.; Uziel, A. P.; Zamora, M. H. y Novaes, J. V. (2011). Que família? Provocações a partir da homoparentalidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 11, 1037-1047.
- Wainrib, S. (2006). *Un changement de paradigme pour une psychanalyse diversifiée*. In: Richard, F. y Wainrib, S. (2006). *La Subjectivation*. Paris: Dunod.

APORTACIONES CLÍNICAS DEL AUTORRETRATO AL H-T-P.



Jesús de Felipe



Pilar Pina

Resumen

Durante la práctica clínica en la aplicación del H-T-P, con cierta frecuencia, los pacientes se dibujan a sí mismos, lo cual añade un conjunto de interesantes hipótesis diagnósticas. Este hallazgo motivó como objetivo de este trabajo la inclusión del autorretrato por añadir información diferencial y el valor diagnóstico de la prueba clásica. Método: De una muestra de 100 se seleccionaron 43 pacientes adultos de ambos sexos y diferentes trastornos psicopatológicos. Se analizaron las historias clínicas (autodescripción), el H-T-P, el Rorschach (reflejos) y el MCMI (narcisismo). Conclusiones: Los resultados muestran interesantes diferencias en los parámetros básicos (tamaño, detalles, localización, edad, etc.) al comparar el dibujo espontáneo realizado con el H-T-P con el dibujo del autorretrato ya que facilita la discriminación en el proceso de evaluación clínica de la construcción de la propia imagen, el autoconcepto y el narcisismo.

Palabras clave: Autorretrato, Técnicas Proyectivas Gráficas, Evaluación Psicológica, H-T-P, Rorschach, MCMI-III.

* Psicoanalista. Psicólogo Clínico en Atención Primaria de la CAM y profesor de la Universidad Camilo José Cela en Madrid. Contacto: jdfelipe@gmail.com

** Psicoanalista. Psicóloga General Sanitaria. Especialista en Psicoterapia. Psicóloga en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Quirón-Salud de Madrid. Profesora asociada en la Facultad de Medicina

CLINICAL CONTRIBUTIONS OF THE SELF-PORTRAIT TO THE H-T-P.

Abstract:

*During clinical practice in the application of the H-T-P, with some frequency, patients draw themselves, which adds a set of interesting diagnostic hypotheses. This finding motivated as objective of this work the inclusion of the self-portrait for adding differential information and the diagnostic value of the classic test. **Method:** From a sample of 100, 43 adult patients of both sexes and different psychopathological disorders were selected. Medical records (self-reporting), the H-T-P, the Rorschach (reflection) and the MCMI (narcissism) were analyzed. **Conclusions:** Results show interesting differences in the basic parameters (size, details, location, age, etc.) when comparing the spontaneous drawing made with the H-T-P with the self-portrait drawing, since it facilitates discrimination in the clinical evaluation process of the self-image construction, self-concept and narcissism.*

Keywords: Self-portrait, Graphic Projective Techniques, H-T-P, Psychological Evaluation, Rorschach, MCMI-III.

Introducción

Figura 1. Novelas ejemplares (prólogo)



“Éste que veis aquí, de rostro aguileño, de cabello castaño, frente lisa y desembarazada, de alegres ojos y de nariz corva, aunque bien proporcionada; las barbas de plata, que no ha veinte años que fueron de oro, los bigotes grandes, la boca pequeña, los dientes ni menudos ni crecidos, porque no tiene sino seis, y éstos mal acondicionados y peor puestos, porque no tienen correspondencia los unos con los otros; el cuerpo entre dos extremos, ni grande, ni pequeño, la color viva, antes blanca que morena; algo cargado de espaldas, y no muy ligero de pies; éste digo que es el rostro del autor de La Galatea y de Don Quijote de la Mancha...”. (1613).

Esta es una imagen y un fragmento de un autorretrato literario de Miguel de Cervantes seleccionado para ilustrar ese interés universal del ser humano por dar una imagen propia, para los demás y para sí mismo; un autorretrato.

En este estudio no se trata de un autorretrato con un fin literario sino de arrojar luz sobre la personalidad a través del dibujo. El H-T-P ofrece la expresión indirecta de uno mismo a través de los diferentes personajes y objetos que proyecta. En ocasiones, al solicitar que pongan un nombre y una edad a la persona dibujada; algunos añaden su propio nombre. ¿Por qué añaden su propio nombre? Recuerda al actual selfi realizado con los móviles que no contiene el regalo de la proyección de sí mismo desfigurada en otros. La frecuencia de este hallazgo en la evaluación con Técnicas Projectivas Gráficas en la experiencia clínica ayudó a considerar implementar en la consigna del H-T-P otro dibujo clarificador de valor clínico del proceso evaluativo como ya sugirió Machover (1967). En este trabajo la consigna sugerida fue: “¿Podría ahora dibujarse a sí mismo/a? A ser posible, también de cuerpo entero”.

Revisando brevemente los antecedentes, se le debe a Buck la creación del H-T-P en 1948. En 1969 publicó una actualización de la técnica, pero no incluyó las innovaciones de Machover (1967), quien sugirió por entonces añadir el autorretrato y el dibujo libre.

Hammer (1978) también hizo una breve referencia al autorretrato como comentan revisores actuales (Barbosa y Sales, 2018). Otros trabajos (Cid, 2009) incluyen el autorretrato en niños enfermos o en estudiantes de Pedagogía, pero no se han encontrado trabajos sistemáticos sobre el autorretrato añadido al H-T-P lo cual motivaba, en parte, el interés de este trabajo para ser presentado en el XIX Congreso Nacional de Rorschach y Técnicas Projectivas en Madrid (2019).

Es interesante pensar, la relación que puede tener el dibujo del propio retrato con la identidad que el paciente siente que tiene. Al reflexionar sobre la descripción de sí mismo que hace Cervantes de su autorretrato, habla de él en tercera persona. Se sale de sí mismo para observarse y se describe.

Al realizar este trabajo, surgen muchas preguntas sobre las que se quiere arrojar luz desde conceptos teóricos. Cada uno tiene una idea aproximada de quién es. Se configura una identidad. Según la Real Academia de la Lengua (2014), por identidad se entiende “Conciencia que una persona o colectividad tiene de ser ella misma y distinta de los demás”.

Freud utiliza el concepto del YO desde sus primeros trabajos (1849-1900). El YO, es una instancia, una estructura psíquica unificadora del aparato psíquico. En él reside la identidad con la que el ser humano se maneja para relacionarse

consigo mismo y con los demás. Lacan (1966) explicó a través del estadio del espejo, la constitución del YO. Indica que en este estadio se unifica la imagen del propio cuerpo y se auxilia de una imagen externa. Se realiza a través de una proyección. ¿Hay mayor enfermedad del YO que no poder construirlo?

Tener identidad supone poseer un concepto integrado y coherente de sí mismo y de las otras personas significativas para el sujeto. Cervantes se describe dando su propia opinión mirando su retrato. Esto sería la definición de autoconcepto, que es el resultado de su propia evaluación. Autoconcepto no sería lo mismo que la autoestima, pero están muy relacionados.

Unas palabras sobre narcisismo y autoestima y la razón de que en este trabajo se hayan relacionado todos estos términos:

— Narcisismo en términos metapsicológicos según Valls (2009) quiere decir amor al YO o amor a uno mismo.

— Autoestima: ante la pregunta ¿por qué un autorretrato?, podría haber múltiples respuestas. Una de las posibles es que en el acto proyectivo de dibujarse a sí mismo se quiere plasmar algo de la identidad y de la evaluación que hace de sí mismo. En este trabajo se busca una explicación sobre la complejidad que representa el propio YO, el concepto que se tiene de uno mismo y el propio valor que se le otorga.

Objetivos e hipótesis

El objetivo general es detallar las aportaciones del autorretrato en el valor diagnóstico sin modificar el procedimiento clásico de aplicación de la técnica del H-T-P.

Otro objetivo secundario fue profundizar, con la ayuda de otras pruebas diagnósticas asociadas a la descripción de sí mismos y el autocentramiento (Entrevista: autodescripción durante la entrevista, respuestas de reflejos en el test de Rorschach, y la escala de narcisismo en el MCMI-III) en el valor interpretativo del subgrupo de personas que se dibujaban a sí mismas de modo espontáneo y/o por consigna expresa.

Un tercer objetivo consistió en observar las diferencias en los indicadores gráficos. Se realizó la comparación del dibujo de la persona de su propio sexo con los demás dibujos realizados incluyendo para su estudio la información de las pruebas señaladas anteriormente.

Hipótesis: la inclusión del autorretrato enriquece la evaluación de la personalidad cuando se incluye en el H-T-P y facilita información sobre la mejor discriminación en el proceso de evaluación clínica en torno a la construcción de la

propia imagen, el autoconcepto y el narcisismo.

Método y procedimiento

A la hora de clarificar la exposición se distinguen: el dibujo de la persona realizado en primer lugar (P1), el realizado en segundo lugar (P2) y el del autorretrato solicitado por consigna expresa (P3). No todos los sujetos que se incluyen en la muestra tienen los tres dibujos ya que el autorretrato por consigna se añadió a posteriori de observar en la práctica clínica casos de autorretrato espontáneo. Una vez decidido aplicar la nueva consigna, incluso a aquellos quienes añadieron su propio nombre (autorretrato espontáneo en P1 o en P2) también se les pidió un autorretrato (P3) ya que, en ocasiones, añadir su propio nombre era una respuesta a la solicitud del clínico y no tanto cumplir el objetivo de dibujarse a sí mismos.

De una muestra de 100 casos clínicos fueron seleccionados:

a. Aquellos participantes que en el H-T-P se incluían a sí mismos en P1 o en P2 denominado: “autorretrato espontáneo”.

b. En segundo lugar, se seleccionaron los participantes que tenían el dibujo del autorretrato (P3) solicitado por la consigna siguiente: *“Para finalizar, ¿podría ahora dibujarse a sí mismo/a, a ser posible también de cuerpo entero?”*.

c. Finalmente, fueron seleccionados sólo los que tenían una autodescripción en la entrevista clínica, el H-T-P, el Rorschach y el MCMI-III.

Se tuvo en cuenta esta última selección ya que aportaba información relevante como lo es la descripción de sí mismo en la entrevista clínica, los reflejos en el Rorschach como indicador de autocentramiento, el texto añadido en el autorretrato gráfico y el indicador del grado de narcisismo en el MCMI-III.

A nivel metodológico se considera que este estudio es más del orden cualitativo y en la línea de una reflexión clínico diagnóstica que de una investigación empírica.

Participantes

— El grupo de estudio incluye los protocolos de 43 adultos (rango 18-77 años) de ambos sexos (H=25, M=18). Todos ellos tenían la historia clínica, el H-T-P, el Rorschach y el MCMI-III.

— La muestra de los dibujos con autorretrato espontaneo (n=13).

— La muestra de los que tenían el autorretrato por consigna (n=30), recopilada desde el inicio de la investigación hasta la actualidad.

Instrumentos

HTP, Rorschach, Historia clínica y MCMI-III.

Resultados

a) Autorretrato espontáneo

Tabla nº 1: Protocolos con autorretrato espontáneo [n=13]

Autodescripción	Suj.	Edad y Sexo	Rorschach rF+Fr	MCMI III narcisismo
"Una persona fuerte, variante, sin muestras de afecto, apasionada, era vital, un poco agresiva, resentida".	1	M59	1	99**
"Soy una persona empática, quiero mucho. Si me agobio no se gestionarlo. A veces me pongo por debajo de la gente y dejo que me coman. Soy sensible, Me gusta hacer reír a la gente y salir. También soy creativa y me encantan los perros".	2	M20	1	93**
"Soy una persona con sueños, siempre salgo de todas, jamás me doy por vencido hasta que sea, imposible y si me dicen que lo es no descarto que en un futuro o en el mismo presente sea posible. Soy bastante ordenado, me gusta mucho el deporte, no caer en la rutina de siempre, innovar"	3	Pre ttº H22	0	90**
		Post ttº H23	0	78*
"Quiero ser independiente, ascender, quitar ataduras. Todo hasta ahora son dificultades"	4	H27	3	89**
"Reflexivo, responsable, interesado en explorar el verdadero fondo y significado de los acontecimientos"	5	H59	0	81*
"Buena persona, trabajador y buen padre"	5	H47	1	81*
"Soy celosa, posesiva e insegura con mi pareja"	7	M23	1	0
"Me gusta lo simple, soy impulsivo, testarudo, tengo una muy buena memoria y tiendo a ser tímido y diplomático"	8	H29	0	0
"Soy nerviosa, activa, apasionada, irracional, entusiasta. Me gusta promover planes de amigos y familia, aunque luego me agoto de tanto planear. Soy nexo de mucha gente, soy también insegura y necesito que me quieran, dependo de mis amigos, aunque soy muy independiente y me gusta la soledad. Pienso que tengo algo malo emocional, que soy insana, por mi tristeza, altibajos y me da miedo no poder formar una familia sana y feliz. Soy muy crítica conmigo y controladora".	9	M44	0	66
"Me considero ansiosa, detesto de que me invadan, soy reservada y medio cohibida, me gusta mucho leer y me considero espiritual".	10	M18	0	65
"Sencillo, trabajador, emprendedor, capacidad de sacrificio, espíritu de superación, ambicioso, más en el aspecto de conocimiento que en el económico, tal vez vehemente y muy familiar"	11	H63	0	62

Autodescripción	Suj.	Edad y Sexo	Rorschach rF+Fr	MCMI III narcisismo
"Tranquilo, tímido, ordenado"	12	H45	0	24
"Soy reservada, sensible e irritable. El olor fresco-cítrico me relaja y define".	13	M42	0	5

MCMI-III: * Prev ≥ 75 -85, tipo narcisista

** Prev ≥ 85 -100, trastorno narcisista

Los resultados indican que en el subgrupo de los pacientes que realizaban al autorretrato espontáneo:

— La mitad ($n=7$, 54%) presentaban al menos un indicador de trastorno narcisista ($n=4/6$ PREV $>85^{**}$) o personalidad narcisista del MCMI-III ($n=2/6$ PREV $>75^{*}$) y/o de reflejos o autocentramiento en el Rorschach ($n=1/6$, $rF+Fr \geq 1$). La otra mitad ($n=6$, 46%) no obtuvo reflejos ni tampoco alcanzaban el punto de corte en el MCMI-III.

— La mayoría de los que presentaban algún indicador de narcisismo tuvieron similares dimensiones (5/7), sin embargo, los tamaños de los dibujos eran grandes (3/7) o medianos (3/7) o pequeños (1/7).

— Los que no presentaban el indicador de narcisismo (6/6); 3/6 ampliaban el tamaño, 2/6 no mostraban diferencia y 1/6 lo reducían. Y 2/6 añadían más detalles en el autorretrato.

— Teniendo en cuenta el grupo general de autorretrato espontáneo (con o sin indicadores de narcisismo en las pruebas) el tamaño general de las figuras era grande (8/13) o mediano (5/13).

El análisis de los casos individuales enriquece la información y facilita una mejor interpretación idiosincrásica:

— Suj. N°1: M59 Tiene un reflejo y trastorno narcisista. Realiza el autorretrato espontáneo siendo más joven (26 años) y sonríe al dibujarlo (¿ideal del yo?), P3 lo hace de igual tamaño, con más detalles, más ancha (¿cercana?) (¿Yo imaginario?). Ambas figuras son de tamaño grande.

— Suj. N°2: M20 Presenta un reflejo y trastorno narcisista, se dibuja de igual tamaño, con más detalles. Son de tamaño mediano.

— Suj. N°3: H22 En la primera evaluación presentaba un trastorno narcisista y el autorretrato por consigna lo hizo de menor tamaño (¿narcisismo compensatorio? Véase dibujos 1 y 2). Transcurrido un tiempo y tras una terapia psicológica, redujo la puntuación en el trastorno narcisista (MCMI-III) y realizó un autorretrato espontáneo (¿inflación yoica?) y de mayor tamaño que el autorretrato por consigna (Dibujos 3 y 4).

Dibujo 1



Anotaciones: Dibujo de la persona del H-T-P realizado en primer lugar (P1) por el Suj. N°3 (hombre 22 años). Escribe el nombre y edad (Sergio, 11 años).

Dibujo 2



Anotaciones: Dibujo del autorretrato solicitado por consigna (P3) realizado por el Suj. N°3 (hombre 22 años). Se puede observar que tiene menor tamaño que el dibujo que realizó en primer lugar (dibujo 1)

Dibujo 3



Anotaciones: Dibujo de la persona del H-T-P realizado por el Suj. N°3 (hombre 25 años) después de la evaluación previa y de un tratamiento psicológico. Al solicitar que realizase el dibujo de una persona (P1) se dibujó a si mismo (autorretrato espontáneo) y escribió su edad y su nombre (se ha borrado por confidencialidad).

Dibujo 4



Anotaciones: Dibujo del autorretrato por consigna (P3) realizado por el Suj. N°3 (hombre 25 años) después de la evaluación previa y de un tratamiento psicológico. Al comparar el tamaño del dibujo 3 (autorretrato espontáneo P1) con el dibujo 4 (autorretrato por consigna P3) se puede observar que el último es de menor tamaño.

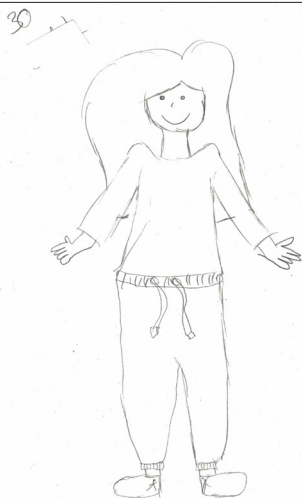
— Suj. N°4: H27 Presenta tres reflejos y un trastorno narcisista. No hace el cuerpo entero, dibuja su cara como autorretrato.

— Suj. N°5: H59 Tiene el indicador de personalidad narcisista y el autorretrato por consigna lo hace de igual tamaño, pero con más detalles, aunque todos desfigurados. Todos son de tamaño muy grande.

— Suj. N°6: H47 Presenta un reflejo y elevaciones en narcisismo en el MCMI-III. No presenta una diferencia de tamaño entre los dibujos, pero lo sitúa en otro espacio de la hoja. Son de tamaño grande.

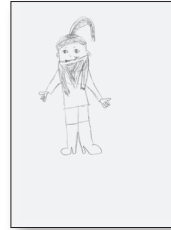
— Suj. N°7: M23 Tiene un reflejo y ninguna frase acorde con la autodescripción narcisista en el MCMI-III (Prev=0). Realiza una figura grande en el autorretrato espontáneo (¿ideal del yo?) y en el retrato por consigna aparece más pequeña y con la boca tapada (¿yo real? ¿autoestima baja? ¿enmudecida?) (Véase dibujos 5 y 6).

Dibujo 5



Anotaciones: Dibujo de la persona del H-T-P realizado en primer lugar (P1) de la Suj. N°7 (mujer 23 años). Realiza un autorretrato espontáneo y escribe su nombre (se ha borrado por confidencialidad) y de mayor edad (30 años).

Dibujo 6



Anotaciones: Dibujo del autorretrato por consigna de la Suj. N°7 (mujer 23 años). Si se compara el primer dibujo (dibujo 5) con el autorretrato por consigna (dibujo 6), tiene menor tamaño y cubre parte de la cara con un pañuelo.

— Suj. N°8: H29 No presenta indicadores de narcisismo en las pruebas y el autorretrato por consigna es mucho más grande y detallado. Ambos son de tamaño muy grande.

— Suj. N°9: H44 No tiene indicadores de narcisismo, pero se dibuja a si misma (“Yo 44 años”) y sus dibujos incluyen el desnudo, autorretrato en el que atañe a la desinhibición y la represión primaria: “*apasionada, irracional*”. No hay diferencias entre los dibujos en cuanto al tamaño y son medianos.

— Suj. N°10: H18 añade: El autorretrato espontáneo tiene su misma edad (18 años), pero el autorretrato por consigna lo realiza más pequeño y detallado y además lo enmarca (yo imaginario: ansiedad, defensa ante la invasión, reservada y cohibida). Son ambos de tamaño grande.

— Suj. N°11: H63 No tiene los marcadores de narcisismo y dibuja el autorretrato espontáneo de igual tamaño, pero más ancho. El tamaño de ambas figuras es muy grande.

— Suj. N°12: H45 El autorretrato espontáneo lo realiza simple, sin detalles, con cabeza deforme y de igual edad 45, sin embargo, al solicitar un autorretrato por consigna lo hizo más grande y detallado. Ambos de tamaño mediano.

— Suj. N°13: H42 El autorretrato lo realiza de mayor tamaño. Ambos son de tamaño grande.

Autorretrato por consigna

En el subgrupo de los pacientes que realizaban el autorretrato por consigna se observó con frecuencia una reacción de sorpresa.

Al comparar el dibujo realizado de su propio sexo (P1 o P2) con el autorretrato por consigna P3 (Véase tabla n°2).

— Los pacientes que presentan al menos un indicador de narcisismo ($n=19/30$, 63%): trastorno narcisista ($PREV \geq 85^{**}$) o personalidad narcisista del MCMI-III ($PREV \geq 75^*$) y/o de reflejos en el Rorschach ($rF+Fr \geq 1$) no tenían un mayor predominio respecto al tamaño en el autorretrato por consigna (grandes $n=10$ vs pequeños $n=9$) ni tampoco destaca el aumento de detalles ($n=6/13$). No obstante, en algunos casos hay cambios importantes en el tamaño y los detalles (véase dibujos 7 y 8).

— En cuanto al resto que no tienen ningún indicador narcisista ($n=11/30$, 35%): No predomina una diferencia de tamaño al dibujar el autorretrato por consigna siendo la distribución prácticamente igual (menor $n=2$, mayor $n=5$, igual, $n=4$) tampoco respecto al aumento de detalles en los dibujos ($n=6$ vs $n=5$).

Tabla n° 2: Subgrupo autorretrato por consigna [$n=30$].

N°	Sexo y edad	Rorschach rF+Fr	MCM III narcisismo	Diferencias
14	H18	5	36	Más pequeño
15	M20	3	23	Más grande+detalle y con cara P1 sin cara
16	M53	3	63	Mucho más grande se sale de la hoja
17	M28	2	85*	Figura más pequeña
18	M20	2	60	Más pequeña y detalles
19	M42	2	39	Más grande y detallada
20	M29	1	79*	Más pequeña que la madre P1
21	H37	1	78*	Más grande y detalles
22	H59	1	73	Menor más detalles y centrado
23	H26	1	70	Mucho más grande
24	M41	1	69	Más pequeña, otra mirada
25	H53	1	66	Más pequeño más detalles
26	H20	1	63	Igual más ancha la cara

Nº	Sexo y edad	Rorschach rF+Fr	MCM III narcisismo	Diferencias
27	M18	1	56	Mucho más grande y detallada la cara
28	H77	0	99**	Más grande Cabeza ancha
29	H22	0	86*	Más pequeño
30	H33	0	80*	Más grande y cara más grande
31	M20	0	79*	Más grande más ancha
32	H56	0	76*	Más grande
33	H18	0	71	Más pequeño y rostro autorretrato
34	H47	0	70	Más ancho y de frente P1 perfil
35	H23	0	70	Sólo la cara
36	H22	0	70	Un poco más grande y barba
37	M20	0	63	Mayor. Más detalles.
38	M53	0	62	Más grande y detalles, P1 perfil
39	M18	0	62	Igual más estrecha
40	H22	0	60	Igual más detalles
41	H18	0	25	Mucho más pequeño
42	H25	0	4	Mucho más grande y ancho
43	H22	0	0	Igual tamaño más detalles infantil

MCMII-III: * Prev $\geq 75-85$, tipo narcisista; ** Prev $\geq 85-100$, trastorno narcisista

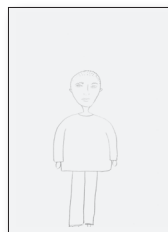
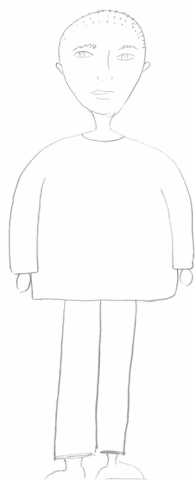
P1 (dibujo realizado en primer lugar H-T-P), P2 (dibujo realizado en segundo lugar H-T-P), P3 (dibujo del autorretrato por consigna).

Dibujo 7



Anotaciones: Dibujo de la persona del H-T-P de su propio sexo realizado en segundo lugar (P2), de la Suj. N°27 (mujer 18 años). Añade el nombre y una edad (Carlota, 16 años).

Dibujo 8



Anotaciones: Dibujo del autorretrato realizado por consigna (P3) de la Suj. N°27 (mujer 18 años). Al comparar los dibujos realizadas por la misma paciente, se comprueba que el autorretrato por consigna (dibujo 8) es de un tamaño mucho mayor, diferente ubicación y la cara está realizada con mayor detalle.

Discusión y Conclusiones

La inclusión del autorretrato enriquece la evaluación de la personalidad cuando se incluye en el H-T-P y facilita información sobre la mejor discriminación en el proceso de evaluación clínica en torno a la construcción de la propia imagen, el autoconcepto y el narcisismo.

La aparición del autorretrato espontáneo parece muy infrecuente en la muestra clínica (13%). Esto añade valor diagnóstico y debe tenerse en cuenta como una expresión cualitativa del dibujante. Puede indicar varias hipótesis interpretativas en la muestra encontrada.

Un 54% presenta una personalidad o un trastorno narcisista y/o una tendencia al autocentramiento, pero el resto no se asocia a dichas características. El autorretrato espontáneo en esta muestra no necesariamente implica la existencia

de un trastorno narcisista sino como un indicador del H-T-P asociado al autoconcepto, la identidad y la autoestima.

Respecto a los indicadores del H-T-P una mayoría de la muestra que presentaban el autorretrato espontáneo y el indicador de narcisismo tenían igual tamaño al comparar el autorretrato espontáneo con el realizado por consigna. Sin embargo, se observó que predominaba el tamaño grande o mediano en todas las figuras humanas.

Resultó curioso observar los cambios producidos en el tamaño en uno de los casos tras el tratamiento. El autorretrato espontáneo era mayor que el autorretrato solicitado por consigna. Este último caso, redujo el indicador de narcisismo en el MCMI-III tras la intervención, pero amplió el tamaño en el dibujo y además hizo un autorretrato espontáneo. ¿Podría indicar que el cambio de tamaño tiene que ver con las oscilaciones relacionadas con la autoestima en este caso?

Lo que parece claro es que el análisis de los casos individuales facilita un mejor ajuste respecto a la interpretación de los hallazgos clínicos tal que un mismo indicador gráfico puede tomar diferentes interpretaciones respecto a la propia imagen, el autoconcepto y el narcisismo de quien dibuja.

Al solicitar el dibujo del autorretrato por consigna, surge una reacción de sorpresa que sugiere una suspensión de la distancia proyectiva (neurótica): la respuesta a la demanda de realizar una imagen de sí mismo no sustentada en otros. La clínica insiste en recordar la importancia de la observación de las manifestaciones emocionales de los pacientes, la reacción del cuerpo como otra vía preferente de la expresión de lo inconsciente en las Técnicas Proyectivas Gráficas.

Respecto al subgrupo de los pacientes que realizan un retrato por consigna y tenían al menos un indicador de narcisismo (n=19, 63%) no mostraron una tendencia a realizar un mayor tamaño o un aumento en los detalles.

La consigna de dibujar a una persona H-T-P abre el espacio para proyectar la imagen de sí mismo y de la personalidad proyectada en los dibujos que realiza, pero el dibujo del autorretrato por consigna implica, sin dejar de ser proyectiva, una demanda más directa ("¿podría dibujarse a sí mismo?") es decir, un autorretrato. Las diferencias aportadas al comparar unas y otras aportan información de interés clínico.

Las diferentes configuraciones y la enorme complejidad del ser humano implican una enorme diversidad de vías de expresión de contenidos psíquicos por lo que es necesario ampliar los registros de evaluación que reduzcan el número de falsos negativos y falsos positivos y faciliten el diagnóstico diferencial.

La inclusión del autorretrato en el H-T-P amplía la expresión de información de la imagen de sí mismo, al comparar con el resto de los dibujos de personas realizados la descripción que realizan de sí mismos y el resultado de otras pruebas.

Los indicadores gráficos (tamaño, forma, presión, detalles, edad, etc.) del autorretrato aportan información clínica relevante en el diagnóstico diferencial. Como se señalaba anteriormente el enfoque nomotético que busca generalidades de la personalidad o rasgos comunes a todos los individuos y sus similitudes combinado con el enfoque ideográfico que analiza los casos específicos se convierte en un espacio fructífero.

Bibliografía

- Barbosa, P. y Sales, A., (2018). *Test proyectivos gráficos (H-T-P): Administración e interpretación*. Ed. Xoroi Edicions.
- Buck, J.N., (1948). *The House-Tree-Person test*. Virginia, Colony.
- Cervantes, M., (1630). *Novelas ejemplares*. Madrid: Aguilar.
- Cid Rodríguez, J. M., (2009) La autoimagen con el Test de la Persona: estudio comparativo y cualitativo en estudiantes de Pedagogía. *Revista de educación de la Universidad de Navarra*, Vol. 22. Núm. 1. p.:165-193.
- Hammer, E. F., (1969). *Test Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidos.
- Lacan, J., (1966). *Le stade du miroir comme formateur de la fonction de je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*. Écrits. Seuil. Paris.
- Machover, K., (1963). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. La Habana: Cultural.
- Mira, V Ruiz, P. Galiano, C. Editores., (2005). *Conceptos freudianos*. Ed. Síntesis Madrid.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23a ed.).
- Valls, J.L., (2009). *Diccionario Freudiano*. Ed.: Julian Yebenes, S.A. Buenos Aires: Argentina.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F., (2016). *Psicoterapia focalizada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de personalidad*. Ed Desclee de Brouwer.

David Ephraim*
Tammy Saltzman
Daniela Schmeichler

HUELLAS DEL TRAUMA EN EL RORSCHACH DE SOBREVIVIENTES DEL HOLOCAUSTO

Resumen:



David
Ephraim

Jean Améry (1977), sobreviviente de Auschwitz, afirmó que “Una persona que ha sido torturada nunca deja de serlo” (p. 98). Este artículo explora la pertinencia de tal afirmación en relación con las respuestas al Rorschach de tres mujeres que fueron víctimas de los actos más atroces medio siglo antes de ser evaluadas. En el contexto de algunos datos autobiográficos, se presentan tanto aspectos comunes como notables diferencias en sus respuestas a la prueba. Los siguientes aspectos son objeto de particular atención: distorsiones del pensamiento, constricción / desregulación afectiva, imágenes de peligro / indefensión, evidencias de resiliencia y contenidos específicos relacionados con las experiencias del Holocausto.

Palabras Clave: Rorschach, Trauma, Holocausto

* Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico, Maples Adolescent Treatment Centre, Canadá. E-mail: daephraim@gmail.com.

Este artículo se basa en datos recogidos por la segunda y tercera autora en el marco de su Tesis de Grado en la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela. Los autores agradecen especialmente a las participantes por su colaboración, así como a Lucía Morabito y Francis Krivoy por sus útiles comentarios. Igualmente agradecen a Irving B. Weiner por el influjo de su enseñanza en el desarrollo del estudio y la práctica del Rorschach en Venezuela.

TRACES OF TRAUMA IN THE RORSCHACH OF HOLOCAUST SURVIVORS

Summary

Jean Améry (1977), an Auschwitz survivor, stated: "A person that has been tortured never stops being so" (p. 98). This article explores the pertinence of this statement regarding the Rorschach responses of three women who were victims to the most atrocious actions half a century before being evaluated. In the context of some autobiographical data, the article presents both common features and notable differences in their test responses. The following aspects are specifically developed: thought disorders, constriction / affective dysregulation, images of danger / helplessness, evidence of resiliency, and specific Holocaust-related contents.

Keywords: *Rorschach, Trauma, Holocaust*

Introducción

1. Rorschach y trauma

El método Rorschach presenta ventajas particulares para la evaluación psicológica del trauma en comparación con otros métodos, tales como la entrevista clínica o los cuestionarios de auto-reporte. Entre esas ventajas está su carácter indirecto y el hecho de que los síntomas del trauma parecen cobrar vida en las respuestas al Rorschach. Tanto las huellas del trauma como los esfuerzos por evitar su re-emergencia pueden ser observados en acción de una manera que refleja a la persona en su individualidad (Lating, Zeichner, & Keane, 1995; Levin & Reis, 1997; Ephraim, 2002; Viglione, Towns, Lindshield, 2012).

Según la contribución pionera de van der Kolk y Ducey (1989), basada en el estudio de veteranos de la guerra de Vietnam, los registros del Rorschach sorprenden en su capacidad para evidenciar la cualidad bifásica de los estados traumáticos. Los individuos traumatizados

“parecen organizar su vida...en una o dos formas aparentemente contradictorias: están dominados por 'recuerdos' recurrentes, intrusivos y afectivamente abrumadores... y/o muestran una extrema evitación a involucrarse afectivamente en la vida, no sea que cualquier emoción intensa lleve a re-experimentar el trauma” (p. 260).

Numerosos estudios a lo largo de los últimos 50 años han venido confirmando la solidez y utilidad del método en la evaluación del trauma (Kaser-Boyd, 2021). La cualidad bifásica de las respuestas al Rorschach de individuos traumatizados, inicialmente descrita por van der Kolk y Ducey, ha sido ampliamente verificada, en la medida en que el método permite identificar el aspecto evitativo del estado traumático en protocolos defensivos y coartados y el aspecto intrusivo en protocolos inundados de imágenes traumáticas.

Respecto a las características específicas de las imágenes asociadas al trauma, Armstrong y Loewenstein (1990) propusieron el *Índice de Contenido Traumático* (TC/R), el cual calcula el porcentaje de respuestas de *Sangre, Sexo, Movimiento Agresivo y Contenido Mórbido*. Basado originalmente en estudios de personas con trastornos disociativos, este índice ha sido utilizado a menudo; por ejemplo, con adultos que habían sido abusados sexualmente en la infancia (Kamphuis, Kugeares and Finn, 2000). Ephraim y Kaser-Boyd (2003) propusieron a su vez el *Índice de Preocupación por el Peligro* (DI o IPP). Este índice intenta dar cuenta del hecho de que, más que contenidos específicos, los protocolos de personas severamente traumatizadas suelen recrear escenarios en los cuales aparecen figuras indefensas en situación de peligro y sometidas a la amenaza o agresión de figuras malevolentes o fuerzas destructoras. La escala incluye respuestas referidas a cuatro categorías temáticas: *Miedo/Terror, Amenaza, Daño y Confrontación Violenta*. Este índice se desarrolló en base a las respuestas al Rorschach de sobrevivientes de tortura/violencia estatal y de abuso doméstico severo. Posteriormente, Ephraim (2020) pormenorizó las características de la escala en el contexto de la discusión de casos de adolescentes que habían sufrido traumas repetidos y prolongados en su infancia.

Los estudios de evaluación del trauma con el método Rorschach han incluido un espectro muy amplio de condiciones traumáticas: veteranos de guerra, víctimas de violación, víctimas de abuso sexual, inmigrantes y refugiados, personas quemadas, víctimas de abuso doméstico, policías y personal de primeros auxilios, entre otros. Estos estudios típicamente se basan en la evaluación de personas que experimentan síntomas severos de estrés postraumático, por lo cual han requerido ayuda. En contraste, los participantes en este estudio fueron contactados en su medio natural. Se trata de personas cuyas experiencias traumáticas habían ocurrido con medio siglo de anterioridad, y que fueron seleccionadas sin prejuizar acerca de posibles síntomas o dificultades de adaptación.

2. *El trauma del Holocausto*

La literatura sobre la evaluación psicológica de individuos traumatizados suele reportar diferencias individuales significativas en el tipo y la gravedad de los síntomas en función de una variedad de factores de riesgo y protección. ¿Podría decirse lo mismo respecto a personas que sufrieron atrocidades tan extremas y degradantes como es el caso del Holocausto? A este respecto, se cita a menudo a Jean Améry, filósofo austríaco sobrevivientes de Auschwitz. Según Améry (1977),

“La tortura posee un *character indelebilis*. Quien ha sido torturado, permanece tal... aunque desde un punto de vista clínico no sea reconocible ninguna traza objetiva” (p. 98).

Los estudios comparativos acerca de las secuelas psicológicas del Holocausto han adoptado frecuentemente un enfoque clínico psiquiátrico. Por ejemplo, según Kuch y Cox (1992) los síntomas postraumáticos reportados más frecuentemente por los sobrevivientes de los campos de concentración fueron recuerdos intrusivos, tales como trastornos del sueño y pesadillas recurrentes (80%), evitación de recordatorios que se acompañaban de intensa angustia (70%) e hipervigilancia (70%). Por otro lado, informes clínicos anecdóticos han señalado la presencia oculta de manifestaciones traumáticas en muestras comunitarias. Por ejemplo, Kellermann (2001), coordinador clínico por muchos años de un centro de tratamiento israelí para víctimas del Holocausto (AMCHA), reportó “que mientras los sobrevivientes parecían vivir una vida normal y se veían exteriormente saludables, sus familiares sabían de su sufrimiento privado y oculto” (p. 2). Kellermann se refirió en particular a aquellos sobrevivientes que se habrían mantenido por años excesivamente ocupados a fin de protegerse de sus recuerdos traumáticos. En su experiencia, estas personas reportaban la emergencia de flashbacks y pesadillas terroríficas en la medida en que iban envejeciendo.

Es importante mencionar un viraje significativo reciente en las investigaciones sobre los sobrevivientes del Holocausto. Un buen número de estudios se han venido interesando en la resiliencia de los sobrevivientes. En relación con este tema, un estudio meta-analítico basado en 71 investigaciones y 12.746 participantes (Barel, Van IJzendoorn, Sami-Schwartz, y Bakermans-Kranenburg, 2010) presenta particular interés. Por un lado, esta investigación confirmó diferencias substanciales en cuanto a la presencia de síntomas de estrés postraumático entre muestras de sobrevivientes y muestras de comparación. Por otro lado,

no se encontraron mayores diferencias entre ambos grupos en cuanto a otros aspectos de funcionamiento, tales como salud física, medidas físicas relacionadas con el estrés y funcionamiento cognoscitivo.

Participantes y Procedimiento

En el contexto de su práctica de varias décadas en la evaluación psicológica de adultos y jóvenes severamente traumatizados, el primer autor de este artículo tuvo la oportunidad de trabajar en colaboración con grupos de estudiantes y colegas que administraron el Rorschach a individuos expuestos a diferentes condiciones de victimización extrema. Las coautoras del presente artículo, Tammy Saltzman y Daniela Schmeichler, administraron el Rorschach en 1997 a un grupo de judíos sobrevivientes del Holocausto residentes en Caracas; los datos recogidos fueron presentados en su tesis de Licenciatura en Psicología en la Universidad Central de Venezuela.

El estudio procedió mediante la administración de una entrevista semiestructurada centrada en la historia de vida de los sobrevivientes y sus experiencias del Holocausto, seguida por la administración del Rorschach. La evaluación tomó habitualmente alrededor de dos horas en una sola sesión, comenzando con la entrevista seguida por la administración de la prueba. Las entrevistadoras ubicaron a los posibles participantes a través de las redes sociales de la comunidad. Según ellas los participantes se presentaron en general “muy bien defendidos” y dispuestos a explayarse lo menos posible en sus respuestas; al llegar a la administración del Rorschach, estaban habitualmente cansados, no entendían lo que se esperaba de ellos y “se sentían amenazados”. Cabe notar que al administrar el Rorschach inmediatamente después de la entrevista era de esperarse que las respuestas a la prueba se viesen afectadas por la mayor o menor conmoción causada por la indagación previa.

En cuanto las experiencias traumáticas compartidas por las participantes, las atrocidades experimentadas por los sobrevivientes del Holocausto han sido reportadas extensamente. En resumen, durante la Segunda Guerra Mundial, cuando la Alemania nazi invadió una nación tras otra, los judíos europeos fueron despojados de sus derechos, confinados a vivir en zonas delimitadas, deportados a campos de concentración y asesinados. En 1944, aunque ya era claro que Alemania estaba perdiendo la guerra, los nazis persiguieron con premura la matanza de la población judía más grande que quedaba en Europa, los judíos de Hungría. Los nazis y sus ayudantes húngaros deportaron en solo tres meses

450.000 judíos entre los meses de abril y junio de 1944. Las tres mujeres incluidas en esta presentación fueron deportadas en 1944 de Hungría a Auschwitz. Tenían entre 14 y 20 años para el momento de la deportación. Según el testimonio que ofrecieron, todas ellas vivieron la misma secuencia de atrocidades, incluyendo la deportación en vagones de trenes de ganado, y la "selección" al llegar a Auschwitz, lo que implicó el asesinato inmediato de sus padres y hermanos. El ser seleccionadas para trabajos forzados fue lo que permitió a estas jóvenes permanecer con vida. Tanto en el campo de concentración como en los campos de trabajo esclavo, sufrieron hambre, enfermedades, agresiones físicas, tortura, y condiciones sanitarias atroces. Todas ellas informaron haber presenciado constantes ejecuciones sumarias. Según describe una de ellas, al ser finalmente liberadas estaban demacradas, emocionalmente entumecidas e indiferentes a su fortuna.

Cabe notar que las participantes en este estudio probablemente no serían las más representativas de la población de víctimas y sobrevivientes. Por un lado, habiendo sido deportadas durante el último año de la guerra, el tiempo que experimentaron las atrocidades del Holocausto fue menor que en la mayoría de los casos. Por otro lado, estas personas podrían ser consideradas como particularmente resilientes, en la medida que estuvieron dispuestas a participar en un estudio que podía resultarles muy angustiante y penoso. Es importante tomar en cuenta que la mitad de los individuos contactados rehusaron participar, y que, de los trece voluntarios, dos declinaron la administración del Rorschach. Es probable que las personas que se negaron a participar fuesen las que experimentaban síntomas traumáticos más severos e incapacitantes. De las trece personas que aceptaron participar, ocho de ellas habían estado en campos de concentración; siete de ellas eran mujeres. De entre ellas, se seleccionaron tres que habían tenido en común las experiencias traumáticas descritas en el párrafo anterior.

Se comentan a continuación los resultados del Rorschach de las tres participantes, a quienes se les han asignado nombres ficticios, en el contexto de alguna información sobre sus experiencias traumáticas que suministraron durante el transcurso de la entrevista. Una limitación mayor de este estudio está en que, al carecer de información de terceras fuentes, no se pudieron contrastar los resultados de la prueba con observaciones confiables acerca de la vida cotidiana de las participantes. En consecuencia, las especulaciones en ese sentido se basan mayormente en los criterios de interpretación de la prueba. Los protocolos del Rorschach se presentan en el Anexo.

Experiencias traumáticas y respuestas al Rorschach de tres sobrevivientes del Holocausto

Caso 1 - Rosa

Rosa tenía 68 años cuando participó en el estudio. Había sido deportada a Auschwitz en 1944 a la edad de 16 años, directamente de su escuela secundaria. Según su propio informe, había sido una estudiante muy motivada y capaz, de modo que logró ser, bajo el régimen de *numerus clausus*, la única estudiante judía en un aula de 100 estudiantes. Rosa no volvió a ver a sus padres; sabía que, durante el mismo día, habían sido también deportados de su residencia al campo de concentración. Al parecer, su voluntad férrea por sobrevivir la habría llevado a no desperdiciar oportunidades. Durante su estadía en Auschwitz se ofreció en dos ocasiones como voluntaria para trabajos forzados. Rosa describió ocasiones en las que no pensar ni sentir había sido la única forma de confrontar una realidad insoportable. Relató de esa manera su reacción cuando el grupo de trabajadoras al que pertenecía fue obligado a permanecer de pie, en ayunas y bajo un frío extremo como castigo por las recientes derrotas del ejército alemán en el frente ruso. “El hambre es horrorosa pero el frío es lo peor porque te entra en el hueso y sientes que es el dolor más grande...Mucha gente cayó con enfermedades, ataque de corazón en la plaza...Claro, cuando está en tan malas condiciones ya la gente no tiene ni corazón, no importaba si el otro caía... éramos como de madera de verdad. Ya no sientes, no sabes, tienes en la mente sobrevivir o morir...Había muchos suicidios...[se] agarraban [de los cables de la] electricidad, la gente decía [para] vivir así es preferible morir”.

En su descripción de este evento, Rosa enfatizó la solidaridad entre las compañeras: “Para sobrevivir nos ayudamos unas a otras, nos agachamos, nos abrazamos para darnos un poco de calor... Nosotros todavía intentábamos ayudar uno al otro hasta que pudimos”.

En su protocolo Rorschach hay una respuesta particularmente significativa en tanto parece representar un estado extremo de peligro e indefensión: “Algún animal, eso que son para niños, como unos peluches, me parece eso. No me puedo imaginar más. Se quieren defender del fuego, lo vieron y se quieren defender. Eso rojo atrás y abajo, están heridos o en peligro, algo tiene que ser”. (L II)

Rosa agregó en la encuesta: “Lo rojo siempre me hace pensar en peligro o sangre”. Según Carlson y Armstrong (1995), cuando se evalúa a individuos traumatizados hay ocasiones en las cuales la mancha de tinta deja de actuar como

método proyectivo para convertirse en un detonante de recuerdos traumáticos. Tal parece ser el caso de la respuesta anterior. Durante la entrevista, Rosa reportó en detalle sus recuerdos acerca de haber presenciado el asesinato masivo de niños y como estos eventos la habían afectado: “Cuando los rusos se acercaban, llegaban muchos niños porque era como un gueto y se convirtió en un campo de concentración. Había familias completas allí, de Polonia, y mataban a los niños como [si] nada... La primera vez creí que me iba a desmayar y vomité de los nervios; cuando lo vi por décima vez me dolió, pero somos inútiles, no pudimos hacer nada”.

La respuesta de muñecos de peluche “que se quieren defender”, además de representar el estado de parálisis e indefensión ante el peligro, ilustra cómo los recuerdos traumáticos interfieren en la capacidad para percibir con objetividad y pensar de manera clara y coherente. El comentario de Rosa, “Algo tiene que ser”, parece implicar la pérdida temporal de su capacidad de juicio o prueba de la realidad, intacta en otras circunstancias. Por un instante, Rosa ha perdido la capacidad de tomar distancia respecto de la tarea; en este momento, lo que percibe en la mancha de tinta tiene que ser algo. El estímulo en sí ha dejado de ser una imagen ambigua que podría ser percibida de maneras diferentes.

De acuerdo con los criterios estándar de calificación, esta respuesta se codificaría como Combinación Incongruente (INCOM), Combinación Fabulada (FABCOM) y Respuesta Desviada (DR). En cualquier caso, no indica un “trastorno del pensamiento”, similar en su naturaleza a aquellas respuestas que se presentan típicamente en los protocolos del Rorschach de individuos crónicamente vulnerables a sufrir episodios psicóticos. En los protocolos de personas traumatizadas, las respuestas de este tipo revelan primariamente la dislocación producida en los procesos de percepción/pensamiento debido a la emergencia de recuerdos asociados al trauma.

Interferencias similares en la capacidad de juzgar y pensar con claridad durante la administración del Rorschach han sido observadas en sobrevivientes de otras condiciones traumáticas extremas. No es infrecuente que las partes rojas en las láminas II y III dejen de percibirse como manchas de tinta y pasen a ser vistas como verdaderas manchas de sangre. Tal es el caso, por ejemplo, de la siguiente respuesta a la L. II de un refugiado que había sido brutalmente torturado en un país africano: “¡Esto es grave! ¡Eso es sangre!”

Tales interferencias en la capacidad de percibir objetivamente y pensar con claridad son provocadas por la intrusión repentina de recuerdos sensoriales y/o emocionales de los eventos traumáticos, los cuales permanecen habitualmente

disociados. En contraste con la tendencia de los recuerdos ordinarios a desvanecerse, transformarse o distorsionarse con el paso del tiempo, las huellas de los eventos traumáticos se conservarían intactas por años o décadas.

Charlotte Delbo (1997), activista francesa deportada a Auschwitz que escribió a menudo acerca de sus experiencias en el campo de concentración, distinguió dos tipos de memoria radicalmente diferentes. Por un lado, la *mémoire ordinaire*, memoria basada en lo cotidiano y en secuencias narrativas ordinarias y, por otro lado, la *mémoire profonde*, saturada de emociones y sensaciones. Según Delbo: “Allí es donde está Auschwitz”.

Rosa dio otras respuestas con contenidos que escenifican situaciones de peligro o amenaza. Por ejemplo, “Dos animales...pero de arriba, no sé por qué, los quieren destruir. Son dos ratas y arriba los quieren destruir” (L. VIII). La perplejidad de Rosa expresada en el comentario “No sé por qué” muestra nuevamente la pérdida de distancia. Comentarios similares que reflejan desorientación o extrañeza se repiten en varias de las respuestas siguientes¹. Es importante mencionar que Rosa expresó perplejidad no solo en cuanto a respuestas claramente asociadas a contenidos de peligro, sino también en relación con otras respuestas aparentemente más neutrales (“No sé. Algunas patas de animales. Pero ¿Por qué?” L. IX).

Rosa alternó sus respuestas de peligro o amenaza con respuestas neutrales, comunes, o claramente evasivas, las cuales se incrementaron en las últimas láminas, tales como respuestas de anatomía, mapas y animales indefinidos (“No sé cuáles”). No hay duda en cuanto a que responder al Rorschach fue para ella una experiencia difícil y penosa. También experimentó tristeza, como lo expresa en su última respuesta: “No está tan triste, tiene mejor colorido que las otras”.

Es de notar que las respuestas de Rosa, incluso las que parecen asociadas a eventos traumáticos, fueron en general bien vistas respecto de su calidad formal (FQo), con excepción de dos ocasiones en las cuales percibió imágenes anatómicas distorsionadas; estas respuestas podrían estar relacionadas con preocupaciones irreales sobre su funcionamiento corporal, asociadas o no a sus experiencias traumáticas.

¹ Al margen de la reacción personal de desconcierto de Rosa ante la amenaza que percibe en las manchas del Rorschach, su comentario *No sé por qué los quieren destruir*, adquiere especial sentido en el contexto del carácter arbitrario e inexplicable de la violencia ejercida durante el Holocausto. Rosa no está sola en su perplejidad. Según Y. Bauer (1990), las atrocidades cometidas contra los judíos durante el Holocausto han conducido -en su opinión erróneamente- a un número creciente de comentaristas al extremo de considerar el Holocausto como un misterio inexplicable.

La ansiedad y el desamparo de Rosa no solo se expresó a través de contenidos temáticos, sino también en los determinantes. Tal es el caso de la siguiente respuesta de movimiento inanimado (*m*) y sombreado difuso (*Y*): (Larga pausa) “No sé qué decir, algo que puede aparecer a uno, no le podría decir más que eso. Alguna tormenta, algo tormentoso que uno podría ver. No te puedo decir más”.

Según Schachtel (1966) ciertas respuestas de movimiento inanimado reflejan “la actitud del espectador impotente” (p. 226). La respuesta anterior podría ilustrar de manera ejemplar tal propuesta.

En resumen, durante la administración del Rorschach, Rosa parecía encontrarse a merced de sus recuerdos traumáticos, probablemente movilizados por las preguntas de la entrevista. Sus respuestas parecen marcadas, de principio a fin, por la emergencia de tales recuerdos y las emociones asociadas a ellos, así como por la necesidad de evitarlas en la medida de lo posible. La secuencia de sus respuestas indicaría que, una y otra vez, es capaz de distanciarse recurriendo a respuestas más neutrales, pero nunca del todo.

Las respuestas de Rosa a las manchas de tinta son incomprensibles sin tomar en consideración sus experiencias vividas 50 años antes. Aparentemente, Rosa sería capaz de mantener un funcionamiento relativamente normal en circunstancias habituales (según observaciones de terceros reportadas por las examinadoras). El observador superficial encontraría difícil imaginar la fragilidad de su estado psicológico en cuanto a la amenaza permanente de sus recuerdos traumáticos.

Caso 2 – Ida

Ida tenía 69 años cuando participó en el estudio. Había sido deportada en 1944 a la edad de 14 años. Su cautiverio en Auschwitz y en varios campos de trabajo duró un año. Ida describió en detalle algunas de sus experiencias traumáticas, incluyendo la “Marcha de la Muerte”. Al preguntarle acerca de sus síntomas, reportó lo siguiente:

“La guerra no se olvida. Yo todavía tengo pesadillas, todavía me asusto del timbre de la puerta [...] Yo sé que es absurdo, no vienen por mí, pero siempre sueño que vienen los SS [...] Hasta el sonido del teléfono todavía me asusta. Eso no se puede olvidar. Duermo muy mal. Mis nervios están destrozados”.

Los entrevistadores reportaron que Ida les impresionó como una mujer fuerte, inteligente y con buen sentido del humor. Sin embargo, reportes casuales de otras fuentes la habían descrito como una persona muy aislada. Fueron pocos sus comentarios que habrían ayudado a hacerse una idea más completa de su vida

cotidiana. Ida describió una relación muy estrecha con su esposo, también refugiado y traumatizado por la guerra: “Era una persona muy buena. Cuando lo perdí hace trece años se acabó todo. Tengo dos hijos...pero cada uno tiene su vida”.

El protocolo del Rorschach de Ida contiene un número muy alto de respuestas de amenaza y peligro. Tales imágenes se alternan con respuestas ricas en su organización y complejidad y positivas en su contenido temático, las cuales indicarían que ha podido acceder y movilizar a voluntad lo que parecen sólidos recursos personales durante la administración de la prueba.

En cuanto a sus respuestas de amenaza y peligro, Ida comenzó reportando contenidos temáticos malignos tan pronto como recibió la primera lámina del Rorschach: “Un murciélago. Algo diabólico. Sediento de sangre”, seguido por, “Un cuadro bastante escabroso, una fuerza del mal”, y en la L. II, “Dos personas sedientas de sangre”. Ida continuó percibiendo respuestas similares acerca de personajes o fuerzas siniestras o destructoras en seis de las siete láminas siguientes. En la L. IV, “Éste es un personaje grotesco y malo, una fuerza destructora (E) Está preparado para agredir, como para saltar sobre uno”. En la L. V, “Un vampiro tenebroso (E) Chupasangre. También es diabólico”. En la L. VI invertida, “Dos personajes agresivos que quieren darse la vuelta y agredirse el uno al otro”. En la L. IX, “Eso tiene que ver con el medio ambiente, con la polución. No puedo imaginarme que puede representar ese cuadro, sino el medio ambiente en destrucción (E) Esto representa el personaje destructor... pegado, con los ojos fijos” (DdS22). En la L. X, “Aquí hay un personaje también con malas intenciones”.

Por otro lado, Ida demostró ser capaz de tomar cierta distancia de sus percepciones amenazantes, como lo ilustra el siguiente comentario: “Veo todo lo malo por lo que me pasó”; en el mismo sentido, identificó una de sus respuestas como representación del mal (“Esto representa el carácter destructor”). Lo que es más importante y llamativo, fue capaz de alternar las imágenes amenazantes anteriores con respuestas bien percibidas y ricas en su complejidad que representaban escenarios o contenidos positivos o constructivos.

Por ejemplo, después de sus primeras tres respuestas, tenebrosas y diabólicas, Ida tornó a dar una respuesta de naturaleza radicalmente diferente, incluso festiva: “Esto más bien me parecen personajes cómicos, divertidos”. Esta respuesta, que podríamos considerar creativa, es elaborada en detalle en la encuesta: “Parecen unos magos [...] que trabajan en un cabaré y crearon una mariposa. No sé de dónde sacaron la mariposa”. Cabe notar que el estado mental que la lleva a recrear esta imagen “divertida” de un acto de magia no perdura. En su respuesta a la lámina siguiente, Ida vuelve a dar nuevamente respuestas de contenidos siniestros.

Al responder a la lámina VII, Ida parece haber podido alejar de su mente las imágenes siniestras o agresivas que había venido reportando. En su lugar, provee la respuesta Popular de Movimiento Humano (*M*). Al igual que la respuesta anterior, es ésta una respuesta realista y rica en su complejidad, así como también positiva en cuanto a su contenido que sugiere cooperación y reciprocidad (*COP*): “Aquí veo dos mujeres ancianas solitarias que se reúnen y quieren contarse sus experiencias, buenas o malas”. Esta respuesta, altamente proyectiva, sugeriría nuevamente que Ida es capaz de tomar distancia, e incluso tal vez compartir con otros acerca de sus experiencias traumáticas. Ida parece esforzarse por mantenerse positiva en su respuesta a la lámina siguiente (L. IX): “Esto ya es más optimista”. Sin embargo, los contenidos que provee se relacionan con experiencias del Holocausto (“Dos ratones que quieren comer, tragan los frutos, la mariposa, larvas, crisálidas”), tanto en su referencia a “ratones” como al hambre, apremiante y devorador.

Cabe notar que ambos tipos de contenidos se presentan con frecuencia en los protocolos del Rorschach de sobrevivientes del Holocausto y se asocian directamente a experiencias cotidianas en los campos de concentración y exterminio. No es casual que Spiegelman (1986) haya decidido representar a los judíos como ratones en “Maus”, su novela gráfica sobre el Holocausto. Por otro lado, las ansiedades extremas en torno a la comida han sido descritas como omnipresentes en los sobrevivientes del Holocausto (por ejemplo, Sindler, Wellman y Stier, 2004). Ida en particular informó que no podía dormir sin un plato lleno de comida en su mesa de noche.

Un ejemplo más de alternancia entre contenidos de peligro y destrucción y contenidos neutros o positivos es la imagen de daño/destrucción que da a la L. IX, “Medio ambiente en destrucción (E) Se está desintegrando por la polución”, la cual es seguida en la L. X por, “Esto representa la naturaleza, las cuatro estaciones (E) Por el colorido, flores, plantas”.

En resumen, no hay duda respecto de las huellas en el Rorschach de sus experiencias traumáticas vividas medio siglo antes. Como consecuencia de haberse sentido continuamente en peligro de muerte, su mente continúa recreando escenarios de amenaza, maldad y destrucción que permanecen incólumes a pesar del tiempo transcurrido. Es de notar que sus imágenes en el Rorschach son consistentes con sus síntomas. El timbre de la puerta o el sonido del teléfono instantáneamente evocan en Ida recuerdos de los SS viniendo por ella.

Al igual que las otras participantes, Ida habría sido sensibilizada por la entrevista anterior. Las preguntas la habrían llevado a contactarse con sus

recuerdos angustiantes y penosos. Ahora bien, en comparación con Rosa, ella muestra una mayor capacidad para mantenerlos a raya. El trauma está allí, el peligro está allí, pero es menos vivido en el momento, menos invasivo. Podría decirse que para Ida el Holocausto se ha convertido en una especie de escenario de pesadilla o película de terror, enquistado en su psiquismo, pero susceptible de ser instantáneamente reactivado por estímulos asociados al trauma.

Caso 3 - Ruth

Ruth tenía 74 años cuando participó en el estudio. Su deportación a Auschwitz tuvo lugar en 1944, a la edad de 20 años. En cuanto a sus síntomas de trastorno de estrés post-traumático, Ruth reportó dificultades en conciliar el sueño y continuas pesadillas. También relacionó con sus experiencias traumáticas problemas estomacales severos que habían requerido tres cirugías. Ruth se refirió a menudo a la soledad y sensación de pérdida (“Me quedé solita, absolutamente sola en el mundo”), y atribuyó su supervivencia a haber podido trabajar como enfermera. Al hablar de su emigración a Sudamérica a la edad de 46 años, Ruth comentó que a ella y a su esposo no les quedó nada después de la guerra y tuvieron que trabajar muy duro para ganarse la vida, pero, agregó: “Tuvimos suerte, porque estábamos tan ocupados, que no podíamos casi pensar”. Durante la entrevista, Ruth relató sus experiencias del Holocausto de una manera más genérica que personal, y concluyó diciendo: “Este fue un cuento muy superficial porque hace mucho daño, y fue hace bastante, y todo está borroso”.

La entrevistadora reportó que su encuentro con Ruth fue “muy fácil”, y la describió como una persona activa, despierta y centrada más en los otros que en sí misma (“Me pareció la típica madre judía, ofreciéndonos de comer”). Ruth mencionó que nunca había compartido sus experiencias con sus nietos, uno de los cuales se acercó ávidamente al entrevistador una vez concluida la entrevista para preguntarle si podría tener acceso a ella.

Una lectura rápida de las respuestas de Ruth al Rorschach puede dar la impresión de neutralidad y un tono afectivo ligeramente positivo, particularmente en contraste con la conmoción evidente observada en los protocolos anteriores. Ruth proveyó una proporción inusualmente alta de respuestas comunes (la mitad de sus respuestas forma parte de la lista de respuestas Populares), y se refirió con frecuencia a contenidos y afectos positivos, aunque infantiles: “Ositos, me gustan los animales”; “Cochinitos”; “Animal lindo, ositos, muy simpáticos”. No faltaron en su protocolo algunas indicaciones posibles de angustia o preocupación

(“Puro fantasmas, eso, fantasmas; “Es un cielo nublado”), en todo caso muy indirectas, de nuevo en comparación con los protocolos anteriores.

Yendo más allá de la impresión inicial, el enfoque general que Ruth siguió en responder al Rorschach tiene muchos aspectos en común con los protocolos de personas cuyo acercamiento a la prueba ha sido descrito como evitativo o emocionalmente coartado. Por ejemplo, todas sus respuestas son simples y concretas y trece de sus dieciséis respuestas solo se basan en la forma de los objetos (*F*). Ruth no proveyó ninguna respuesta de movimiento o color, y aquellas en que utilizó otros determinantes fueron respuestas de sombreado difuso (*Y*) o color acromático (*FC*), determinantes a menudo asociados a experiencias displacenteras. En ninguna ocasión Ruth desplegó el esfuerzo intelectual requerido para sintetizar o integrar las distintas partes del estímulo y producir respuestas de alguna complejidad. Tal inhibición intelectual es excepcional en personas de inteligencia al menos promedio, como parecía ser el caso de Ruth.

La primera pregunta que suele hacerse el examinador ante un protocolo de Rorschach de estas características es si la persona estaba realmente dispuesta a hacer su mejor esfuerzo en responder a la prueba. Esta pregunta se hace más compleja si tomamos en cuenta las condiciones de administración de la prueba en este estudio en particular. En la medida en que las participantes fueron previamente entrevistadas acerca de sus experiencias traumáticas, su acercamiento a una tarea ambigua, que potencialmente podía reavivar aún más ideas y sentimientos angustiantes o penosos, no podía ser sino reservada y evitativa.

En este sentido, podría decirse que Ruth tuvo más éxito que Rosa o Ida en rehuir la tarea. Tal vez por ello la examinadora describió como “fácil” su encuentro con ella. ¿Podríamos asumir que este patrón de funcionamiento no caracteriza solamente su comportamiento frente la prueba sino también su actitud vital en general? Si tal fuese el caso, Ruth no habría logrado mantenerse neutral a cualquier precio. El precio a pagar se refiere a lo que la literatura sobre el Rorschach describe como un empobrecimiento de su vida intelectual y afectiva. Ruth tiene éxito en focalizar su atención de manera casi exclusiva en lo más obvio, evitando cualquier vuelo imaginativo; a esta orientación se suele asociar superficialidad y extrema convencionalidad en la actitud vital y la adaptación al ambiente.

Cabe mencionar que, aparte del recurso a la evitación y coartación imaginativa y afectiva, no dejan de haber en el protocolo de Ruth algunos indicios aislados e indirectos de angustia y preocupaciones acerca de las experiencias traumáticas que compartió con las otras participantes. En la lámina en que percibir figuras humanas es la respuesta habitual, Ruth percibe “Puro fantasmas, eso,

fantasmas”. ¿Podrían estos fantasmas equivaler a esos personajes tenebrosos y malignos que deambulan a su antojo en la imaginación de Ida? La respuesta de Ruth de sombreado difuso (“Es un cielo nublado”) es una respuesta común a la lámina VII, pero, en el contexto de sus esfuerzos de evasión, cabe preguntarse acerca de si la experiencia psicológica que la determina no podría ser similar a la que lleva a Rosa a una percepción claramente inquietante (“Alguna tormenta, algo tormentoso que uno podría ver”).

Las respuestas de Ruth aparentemente benignas parecen reflejar la evitación o negación de experiencias de amenaza o peligro. Un ejemplo sería su respuesta a la L. VIII: “¡Ay! Todo parece de zoológico, aquí también es un animal, no sé de qué tipo, bonito, un tigre, no, algo más suave, ositos, son muy simpáticos”. Por último, Ruth dio dos respuestas anatómicas distorsionadas, incluyendo “Abdomen, vientre”; esta respuesta es consistente con su preocupación por su funcionamiento corporal respecto a problemas estomacales severos que habían requerido tres cirugías, los cuales Ruth asoció a sus experiencias traumáticas.

En cuanto a contenidos específicos relacionados con el Holocausto, al igual que los casos anteriores Ruth también percibió “ratones”, en la que fue una de sus pocas respuestas distorsionadas (L. X: “Por el color, las patas, los ojos, son feos; estos animales no son bonitos”).

En conclusión, ¿podría concluirse que la manera evitativa y coartada con que Ruth respondió al Rorschach reflejaba lo que habría sido su estrategia básica de supervivencia? No lo sabemos, pero un comentario que hizo durante la entrevista permitiría sospecharlo. Ruth lo habría dicho en pocas palabras: “Tuvimos suerte, porque estábamos tan ocupados, que no podíamos casi pensar”.

Discusión y Conclusiones

El propósito inicial de este estudio era explorar acerca de si las atrocidades experimentadas por las participantes medio siglo antes se reflejarían en sus respuestas al Rorschach. Parece no haber duda al respecto. Como había afirmado Améry, “La tortura posee un *character indelebilis*”.

En general, los tres protocolos presentados son consistentes con lo que ha sido descrito como el perfil típico de las respuestas al Rorschach de personas traumatizadas, en términos del predominio masivo o la alternancia entre la evitación/coartación emocional y la emergencia de imágenes asociadas al trauma (van der Kolk y Ducey, 1989; Kaser-Boyd, 2021). En cuanto a estas últimas, en los protocolos de Rosa e Ida (en el caso de Ruth domina enteramente la evitación/coartación)

se presentaron imágenes asociadas al trauma, tanto en relación con *el Índice de Contenido Traumático (TC/R)*, particularmente respuestas de *Sangre*, como en la presencia de escenarios de *Amenaza, Daño y/o Confrontación Violenta* identificados por el *Índice de Preocupación por el Peligro (IPP)*. La presencia de escenarios de este último tipo confirma la utilidad clínica de la escala, previamente estudiada en protocolos de sobrevivientes de tortura/violencia estatal, abuso doméstico severo y adolescentes diagnosticados con Trauma Complejo (Ephraim and Kaser-Boyd, 2003; Ephraim, 2020).

Los estudios del trauma a través del Rorschach suelen mencionar la presencia de respuestas asociadas al trauma que sugerirían problemas con la capacidad de juicio y/o la claridad del pensamiento. Desde el punto de vista de la estructura de sus respuestas, las participantes mostraron lapsos significativos en sus procesos de percepción/pensamiento en respuestas asociadas al trauma que representaban escenarios de peligro. Ejemplo de ello son, en los protocolos de Rosa e Ida, las combinaciones ilógicas (INCOM o FABCOM) tales como *Pelucho herido o Murciélago diabólico sediento de sangre*. Igualmente, se observó la pérdida de la capacidad de pensar claramente y mantener la distancia respecto de la tarea (DR) en la respuesta de Rosa, “Algo tiene que ser”. En cualquier caso, las respuestas previas deben ser claramente distinguidas de las combinaciones o digresiones que se presentan típicamente en los protocolos del Rorschach de individuos crónicamente vulnerables a sufrir episodios psicóticos. Como describe Herman (1992), los síntomas de personas traumatizadas deben diferenciarse de los síntomas ordinarios. Armstrong (2002) propuso calificar tales respuestas como “desorden del pensamiento traumático”. Para especificar la naturaleza traumática de las respuestas de este tipo, sería aconsejable agregar una *T* a la Puntuación Especial.

En cuanto a las respuestas en que las participantes parecen perder la capacidad de mantener la distancia adecuada respecto del estímulo proyectivo, cabe notar que el código Respuesta Desviada (DR) resulta insuficiente para captar la naturaleza de respuestas de extrema malevolencia o destructividad, tales como las que inundan el protocolo de Ida. Tales respuestas habían tenido mayor cabida en el sistema desarrollado por Rapaport, Gill and Schafer (1946) en la tradición de la psicología del yo; respuestas como “Personaje destructor o Murciélago sediento de sangre” habrían sido codificadas como Confabulatorias en ese sistema, dado su grado extremo de arbitrariedad y sobre-elaboración con poca o ninguna justificación en el estímulo mismo (Blatt, 1955).

Aparte de los aspectos comunes en sus respuestas al Rorschach mencionados anteriormente, en la presentación de los casos se describieron también

notables diferencias individuales. La ventaja del Rorschach en la evaluación del trauma estaría en su capacidad para identificar no solo las manifestaciones típicas del trauma sino también cómo estas cobran vida para cada individuo en particular.

Tanto Rosa como Ida perciben imágenes de amenaza y peligro, pero las experimentan de manera diferente. Rosa encuentra difícil distanciarse y los escenarios que describe parecen estar ocurriendo en el presente; ante sus ojos, los “peluches” y las “ratas” están en peligro. Algo inexplicable parece estar ocurriendo (“Algo tiene que ser”). En su caso, el Rorschach ha actuado como un detonante de recuerdos, sensaciones y/o emociones asociados al trauma. Ida, por otra parte, percibe una serie de imágenes siniestras, intensas y dramáticas, pero que parecen pertenecer al mundo de la fantasía, como un escenario de pesadilla o el argumento de una película de terror. Podría decirse que, más que haber actuado como detonante de recuerdos traumáticos, el Rorschach ha llevado a Ida a recrear escenarios internos de tortura y extrema violencia que permanecen vivos en su psique medio siglo más tarde. Es importante observar que el percibir estas imágenes inquietantes no la lleva a intentar simplificar el estímulo en el sentido de la evitación o coartación emocional. Podría decirse que los recuerdos traumáticos, aun cuando continúan actuando sobre ella (por ejemplo, en sus reacciones al timbre o al teléfono, que la retrotraen a la experiencia de los SS viniendo a buscarla), no tienen el poder de descompensarla al punto de sentirse enteramente desbordada por los recuerdos o desorientada respecto de su sentido de realidad.

¿Sería posible identificar un continuo en cuanto al grado en que las personas traumatizadas han podido elaborar, con el paso del tiempo o a través de la ayuda terapéutica, las experiencias terroríficas iniciales? En un extremo estarían respuestas como la del refugiado recientemente torturado: “¡Esto es grave! ¡Eso es sangre!” En su caso no hay recurso a la simbolización. Aspectos de la experiencia vivida se han hecho presentes sin modificación alguna. En el caso de Rosa ocurre algo diferente. Podría decirse que ha sido invadida por imágenes, ideas y/o sentimientos asociados a la impotencia sentida al presenciar el asesinato de niños, pero ella no percibe los niños asesinados en la mancha de tinta, sino muñecos de peluche; la inercia e inmovilidad del muñeco parece representar su impotencia respecto de poder hacer algo para evitar los asesinatos. Ida también habría sido marcada por el trauma experimentado, pero éste parece haber quedado enquistado en su psiquismo, representado por imágenes de una malevolencia extrema, las cuales no impiden que, paralelamente a ello, parezca capaz de mantenerse abierta a la experiencia durante la administración de la prueba.

El caso de Ruth plantea otra alternativa. Sus respuestas podrían dar la impresión de haber logrado distanciarse más de su pasado traumático, pero quedan dudas al respecto. Una diferencia importante entre las respuestas “positivas” de Ida y Ruth está en que, aunque en ambos casos parecen destinadas a evitar o exorcizar lo negativo, Ruth apenas atina a proveer respuestas simples y superficiales, algunas de las cuales no dejan de revelar su carácter de evitación respecto de algo peligroso o penoso que no logra expresarse. Por el contrario, las respuestas de Ida podrían muy bien haberse presentado en un protocolo libre de huellas de trauma. Da la impresión de que, como contrapartida a la ausencia imaginativa y de simbolización, Ruth solo atina a expresar sus vivencias traumáticas a través del cuerpo.

La resiliencia en relación con los sobrevivientes del Holocausto ha sido descrita en función de la necesidad del individuo traumatizado de sobrevivir afrontando las exigencias inevitables que le impone la adaptación a la realidad. Las diferencias individuales encontradas en los protocolos anteriores llevarían a matizar las consideraciones acerca de este tema. Más allá de lo que sería una adaptación mecánica al ambiente, está la pregunta de hasta qué punto se ha mantenido o recuperado la libertad de pensar y sentir que asociamos a una vida humana más plena. La prueba de Rorschach puede ayudar a establecer esa distinción en algunos casos.

En las comparaciones anteriores, se ha asumido la permanencia y estabilidad de los patrones descritos en las tres personas. Cabe mencionar que no es posible asegurar que, en función de cambios en las circunstancias externas, los patrones de reacción al Rorschach descritos como característicos de cada una de ellas no pudiesen intercambiarse.

Finalmente, los resultados del estudio permiten hacer algunas consideraciones generales acerca de la evaluación del trauma a través del Rorschach.

El Rorschach es primariamente descrito como una prueba de personalidad. De sus resultados habitualmente se infieren conclusiones acerca de la estructura y el funcionamiento de la personalidad, tanto en términos de rasgos o estilos de comportamiento como de temáticas y preocupaciones individuales. Cabe la pregunta acerca de si los protocolos de personas severamente traumatizadas responden cabalmente a esta caracterización. En resumen, no parece igualmente evidente. Por ejemplo, el protocolo de Rosa da la impresión de haber sido tan influido por sus recuerdos traumáticos y su necesidad de defenderse de ellos que, aparte de demostrar su vulnerabilidad en este sentido, parece aportar poco en cuanto a indicaciones de lo que podrían ser otros recursos o vulnerabilidades de su personalidad.

Un problema práctico particularmente importante en relación con el uso clínico o forense del Rorschach en la evaluación de personas traumatizadas se refiere al riesgo potencial de descompensar al examinado. El riesgo está en que, como apunta van der Kolk (2002), revivir el trauma sin que la persona permanezca firmemente anclada en el aquí y el ahora conduce a re-traumatizarla.

Es importante notar que ello no ocurre típicamente durante la administración de Rorschach a personas traumatizadas, lo cual requiere una explicación². Tradicionalmente se ha descrito como el presupuesto básico de las pruebas proyectivas el que el examinado, al ser confrontado con estímulos ambiguos, no puede evitar revelar aspectos de su personalidad en la manera particular en que estructura el material. Suele ocurrir que la persona examinada tenga la impresión de que lo que ha percibido y reportado está de alguna manera presente en la mancha de tinta.

Este proceso de externalización podría contribuir a explicar por qué las personas traumatizadas pueden igualmente producir respuestas que se asocian a sus experiencias traumáticas sin que necesariamente sean inundadas por los recuerdos. La materialidad misma de las manchas de tinta parece servir como ese anclaje firme en el aquí y el ahora que, según van der Kolk impide la re-vivencia del trauma en su plenitud. Por ejemplo, en la respuesta de Rosa acerca de muñecos de peluche “que se quieren defender”, sobre la cual comenta que “debe ser algo” (como si Rosa dijera, “no hay duda de que algo pasa allí”), la materialidad de la mancha de tinta, la posibilidad de atribuir su percepción al estímulo mismo, parece protegerla de revivir enteramente la escena traumática.

² Es posible que mientras más reciente sean las experiencias traumáticas mayor sea el riesgo de revivirlas. En cualquier caso, el examinador debe conducir la administración de la prueba con sumo cuidado, e interrumpirla tan pronto como se perciban signos de descompensación. En los casos de evaluaciones forenses, tales signos suelen constituir en sí prueba evidente del estado traumático.

Referencias

- Jean Améry (2001). *Más allá de la culpa y la expiación: Tentativas de superación de una víctima de la violencia*. Pretextos (Trabajo original publicado en 1977).
- Armstrong, J. G., & Loewenstein, R. J. (1990). Characteristics of patients with multiple personality and dissociative disorders on psychological testing. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 448–454.
- Armstrong, J. G. (2002). Deciphering the broken narrative of trauma: Signs of traumatic dissociation on the Rorschach. *Rorschachiana*, 25(1), 11–27.
- Barel, E., Van IJzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of a genocide. *Psychological Bulletin*, 136(5), 677–698.
- Bauer, Y. (1990) Is the Holocaust explicable? *Holocaust and Genocide Studies*, 5(2), 145–155.
- Blatt S. J., & Auerbach, J. S. (1987). Three types of borderline patients and their differential responses to psychological tests. *Rorschachiana*, XVI, 199–205.
- Carlson, E.B., & Armstrong, J. (1995). The diagnosis and assessment of dissociative disorders. In S. J. Lynn & J. L. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (159–174). Guilford.
- Delbo, C. (1997). *Auschwitz and After*. Yale University Press.
- Ephraim, D. (2002). Rorschach trauma assessment of survivors of torture and state violence. *Rorschachiana*, 25, 58–76.
- Ephraim, D. (2020). Rorschach assessment of complex trauma in youth. *Rorschachiana*, 41(1), 19–41.
- Ephraim, D., & Kaser-Boyd, N. (2003, March). A Rorschach index to assess preoccupation with danger. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Personality Assessment, San Francisco, CA.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books/Hachette Book Group.
- Kamphuis, J. H., Kugeares, S. L., & Finn, S. T. (2000). Rorschach correlates of sexual abuse: Trauma content and aggression indexes. *Journal of Personality Assessment*, 75(2), 212–224.
- Kaser-Boyd, N. (2021). The Rorschach and trauma – An update. *Rorschachiana*, 42(2), 118–138.
- Kellermann, N. (2001). The Long-term Psychological Effects and Treatment of Holocaust Trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 6, 197–218.
- Kuch, K., & Cox, B. J. (1992). Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *American Journal of Psychiatry*, 149, 337–340.
- Lating, J. M., Zeichner, A., & Keane, T. M. (1995). Psychological assessment of PTSD. En G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology* (103–123). Plenum.
- Levin, P., & Reis, B. (1997). Use of the Rorschach in assessing trauma. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford.
- Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1946). *Diagnostic psychological testing: The theory, statistical evaluation, and diagnostic application of a battery of tests*: Vol. 2. The Yearbook Publishers.
- Schachtel, E. G. (1966). *Experiential foundations of Rorschach's test*. Basic Books.

- Sindler A. J., Wellman N. S., & Stier O. B. (2004). Holocaust survivors report long-term effects on attitudes toward food. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(4), 189-96.
- Spiegelman A. (1986). *Maus: A Survivor's Tale*. Pantheon Books.
- Van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (57–83). American Psychological Association.
- Van der Kolk, B. A., & Ducey, C. P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 259–274.
- Viglione, D. J., Towns, B., & Lindshield, D. (2012). Understanding and using the Rorschach Inkblot Test to assess post-traumatic conditions. *Psychological Injury and Law*, 5, 135-144.
- Wiesel E. (1977). *A Jew today* (1977). Vintage.

ANEXOS

Caso 1: Rosa

L	N.º	RESPUESTAS	ENCUESTA
I	1	(D4) un reptil no actual, que ya no existe. No puedo decir mucho más	Parece, aquí está la carita, la terminación
	2	Un murciélago	Eso, la cabeza, terminación, alas
II	3	Algún animal, esos que son para niños, como unos peluches, me parece eso. No me puedo imaginar más. Se quieren defender del fuego, lo vieron y se quieren defender. Eso rojo atrás y abajo, están heridos o en peligro, algo tiene que ser	Parece como esos de niños con su trompa. Lo rojo siempre me hace pensar en peligro o sangre. Eso atrás que se ve del peluche, arriba y abajo
III	4	Me intrigan las cosas rojas, dos siluetas de dos personas. Esas cosas rojas tienen que ser algo común de ellos, algún peligro puede ser	Aquí está la cabeza, cuello, torso, pies, con las manos agarran algo. Lo rojo pienso en peligro.
	5	Eso son animales	Esto está como cayendo, boca abajo, no sé qué animales son
IV	6	(Silencio) No sé qué decir, algo que puede aparecer a uno, no le podría decir más que eso. Alguna tormenta, algo tormentoso que uno podría ver. No te puedo decir más.	Por el colorido, no sé. No se ve claro que es
V	7	Otro animal definitivamente. Parece como un murciélago grande	La cabeza, alas, patas. Es grande
IV	8	(D1) Oh! (Pausa) Como una radiografía de la parte de arriba de uno, el torso. Del cuello, todo hasta acá (señala su pelvis). No es un animal	No sé. Lo que parece, el color
VII	9	Me intriga que siempre tiene un centro y no sé qué podría ser. Eso es alguien que está soñando con algo más y más arriba	Aquí es como uno, que tiene las ideas arriba, como si está pensando y suben las ideas
	10	Dos caras, una frente a la otra, de perfil, unidas al final, abajo	Eso parece, mira (señala el contorno)
VIII	11	Dos animales, no sé de qué tipo, sujetando algo. No sé qué sujetan, pero arriba los quieren destruir	Parece como si agarran algo, pero de arriba, no sé por qué, los quieren destruir. Son dos ratas y arriba las quieren destruir

L	N.º	RESPUESTAS	ENCUESTA
	12	(D6) Siempre hay algo que no logro descifrar, la mitad. Sera uno por adentro, la columna de uno. No se ve el corazón	Parece que hay algo, igual en todas, no sé qué es
IX	13	No sé. Algunas patas de animales. Pero ¿Por qué?	No sé, eso parece aquí
	14	(D5) Terminación de algo. No me llega, no sé qué es. Hay algo común, como una columna	Igual que antes, como una columna o algo así. No me llega
	15	(D1) Dos mapas irregulares	No entiendo porque son iguales, pero parece dos mapas así
X	16	Dos animales en lo gris. No está tan triste, tiene mejor colorido que las otras. Mas animales, no me llega más.	Eso parece, aquí y aquí animales, no sé cuáles. No me llega más, no sé qué más decir

Caso 2: Ida

L	N.º	RESPUESTAS	ENCUESTA
I	1	Un murciélago. Algo diabólico. Sediento de sangre	Sí, porque tiene una expresión, la cabeza, con las manos (gesto amenazante)
	2	Un cuadro bastante escabroso, una fuerza del mal	Dos personajes que están tramando algo. Verter sangre
II	3	Dos personas sedientas de sangre. Yo veo todo malo por lo que me pasó.	Dos tipos cómicos. Veo aquí la sangre (D3), pero aquí la expresión de la cara como un disfraz [...] de payaso. Las caras son más bien cómicas y no tan tenebrosas como al principio. Ahora les veo las manos y están apostando a algo.
III	4	Esto más bien me parecen personajes cómicos, divertidos	Sí, parecen unos magos [...] que trabajan en un cabaré y crearon una mariposa. No sé de dónde sacaron la mariposa
IV	5	Este es un personaje grotesco y malo, una fuerza destructora	También es siniestro. Está preparado para agredir, como para saltar sobre uno. Toda una fuerza destructora.
V	6	Un vampiro tenebroso	Chupa sangre. También es diabólico
VI	7	(V) Dos personajes agresivos que quieren dar la vuelta y agredirse uno al otro	Están de espalda. Quieren voltearse para agredirse.

L	Nº	RESPUESTAS	ENCUESTA
	8	Esto ya un poco complicado. Aquí parece una flor	Una planta, no sé qué puede tener que ver con cada personaje agresivo
VII	9	Aquí veo dos mujeres ancianas solitarias que se reúnen y quieren contarse sus experiencias, buenas o malas	Frente a frente. Me parecen perfiles de dos ancianas. Se cuentan cosas del pasado
VIII	10	Esto ya es más optimista. Dos ratones que quieren comerse, tragarse las frutas, la mariposa, larvas, crisálidas	Ratones por la forma. La larva, la crisálida. Por el dibujo, y las rayas, la mariposa por la forma y el color
IX	11	Eso tiene que ver con el medio ambiente, con la polución. No puedo imaginarme que puede representar ese cuadro, sino el medio ambiente en destrucción	Eso (D1) parece geografía. Partes terrestres. Eso (D3) se está desintegrando por la polución. Esto (DDS22) representa el personaje destructor... pegado con los ojos fijos... No sé por qué es el único personaje presente. No hay otro.
X	12	Esto representa la naturaleza, las cuatro estaciones	Por el colorido, flores, plantas
	13	Aquí hay un personaje también con malas intenciones	Aquí la cara. Aquí abajo también (DDS30). Los dos ojos y la nariz
	14	Dos ratones	Por la forma y el color. Son gris
	15	Arañas	Esas dos. No sé qué conexión tiene con el resto

Caso 3: Ruth

L	Nº	RESPUESTAS	ENCUESTA
I	1	Sinceramente, esto parece un cerebro	La forma que tiene
	2	Esto, dos animales, pájaros	(D2) El pico, las alas, los dos son iguales
II	3	Dos ositos, me gustan los animales	Parece las patas, cabeza
III	4	Puros fantasmas, eso, fantasmas	Como no parecen a nada más, tienen que ser fantasmas
IV	5	Oh! Nunca vi cosas así. De dónde sacan esto. No parecen más nada. Unos gigantes con pies grandes, con su cabeza chiquita, más nada	Eso parece, la forma que tiene es de gigante
V	6	Un murciélago	Todo, la forma, el color negro
VI	7	Eso parece la piel de una vaca tendida	Así las ponen para secar, eso es la cabeza, aquí las patas
VII	8	Es un cielo nublado	Los colores que tiene, grises
	9	Dos cabezas de niñas	La forma que tiene
	10	Dos cabezas de cochinito	Aquí está la nariz, los ojos
VIII	11	¡Ay! Todo parece de zoológico, aquí también es un animal, no sé de qué tipo es, bonito, un tigre, no, algo más suave, ositos, son muy simpáticos	Las patas, cabeza, no son feos, son simpáticos
	12	Dorso espinal	(D8) Por la forma se parece
	13	Abdomen, vientre	(D2) Parece esta parte (señala)
	14	Mapa, aquí están las islas escandinavas. España, mar	Parecen esos lugares, como en un mapa
IX		¡Ay! No parece nada, manchas, puras manchas	No parece nada más. Solo son manchas
X	15	Ratones	Por el color, las patas, ojos, son feos, no son bonitos estos animales
	16	(Risas) Dos cangrejos	Aquí están las patas, parecen cangrejos

TRASTORNO DISOCIATIVO. EVIDENCIA DE PERFIL DEFICITARIO EN EL TEST DE RORSCHACH



Yolanda
González



Javier Pampa-
racuatro

Resumen

En esta investigación estudiamos la estructura de personalidad de 11 mujeres diagnosticadas de Trastorno Disociativo mediante el test de Rorschach. Encontramos un Lambda medio-alto, un EB predominantemente ambitendente, una afectividad poco modulada y pocos recursos mentales disponibles. Estos resultados apoyan la hipótesis de la probabilidad de que el malestar emocional no mentalizado acabe manifestándose somáticamente en pacientes diagnosticados de T. D.

Palabras Clave: Trastorno Disociativo, test de Rorschach, perfil deficitario, conversión.

DISSOCIATIVE DISORDER: EVIDENCE OF A DEFICIENT PROFILE ON THE RORSCHACH TEST

Abstract

In our research we studied the personality structure of 11 women diagnosed with Dissociative Disorder using the Rorschach test. We found a medium-high Lambda, a predominantly ambitendent EB, a poorly modulated affectivity and few mental resources available. These results support the hypothesis that non-mentalised emotional distress is likely to manifest somatically in patients diagnosed with D. D.

Keywords: Dissociative disorder, Rorschach test, deficit profile, conversion.

* Revisado por A. Tuset, a quien agradecemos su participación.

** Doctor en Filosofía

Revisado por A. Tuset, a quien agradecemos su participación.

Introducción

La inclusión de los trastornos de conversión dentro de los somáticos, con su consiguiente exclusión de la categoría de los T.D., llevada a cabo desde el DSM-III (1980) y vigente en el DSM-5 (2013), no está exenta de controversia. Varios comentaristas han abogado por que el DSM-5 adopte el sistema del ICD-10, que incluye la histeria de conversión entre los T.D. Al separar los trastornos de conversión y los disociativos (Brown, Cardena, Nijenhuis, Sar y van der Hart, 2007), el DSM ha llevado a los clínicos e investigadores a concebir la equivocada impresión de que los dos grupos no están relacionados, generando una confusión considerable.

En contra de la clasificación del DSM-5 se ha argumentado que los trastornos de conversión son inherentemente disociativos en el sentido de que implican la expulsión de contenidos y procesos mentales de la conciencia y, por tanto, del control de esta. No se trataría entonces de trastornos físicos, sino de trastornos de la conciencia. En la base de los T.D. y conversivos hay una alteración de la autoconciencia y control consciente, a diferencia de lo que sucede en la somatización o en los trastornos facticios. De esta manera, el trastorno de identidad disociativo, la amnesia funcional o la fuga disociativa serían trastornos de conciencia que afectan a la memoria e identidad, mientras que la ceguera, sordera, afonía, anestesia y parálisis funcionales afectarían respectivamente a la sensación, percepción y acción voluntaria (Kihlstrom, 1994). “Disociativo”, así, “sería una etiqueta puramente descriptiva que se refiere a las divisiones en la conciencia y a las disociaciones entre memoria y percepción explícita e implícita, que están en el núcleo de los trastornos tanto disociativos como de conversión” (Kihlstrom, 2005, p. 242). En este sentido, Brown et al. (2007) sustentan dos tesis relacionadas: una es que la alta correlación entre los síntomas pseudoneurológicos y los disociativos induce a considerarlos sinomatología fenomenológicamente distinta de un mismo síndrome subyacente; la segunda es que ambos tipos de síntomas suponen procesos psicológicos semejantes, lo que se manifiesta en síntomas como la amnesia funcional, que es susceptible de ser clasificada tanto dentro de los T.D. como de los de conversión (Aybek y Vuilleumier, 2016). Este modo de concebir los trastornos de conversión persevera en la gran línea que, con variaciones, se ha seguido clásicamente en neurología, psiquiatría y psicología clínica (Charcot, 1872-1883; Freud y Breuer, 1893-1895/1978; Freud, 1905/1978; Hilgard, 1977; Janet, 1889, 1894, 1907).

La utilización indiferenciada del término “disociación” para un conjunto diverso de fenómenos ha generado una considerable confusión (Allen, 2001; Cardena, 1994; Kihlstrom, 1994). Es crucial hacer explícito el uso del concepto de disociación y deben clarificarse qué supuestos subyacen a dicho uso.

Al abordar los fenómenos disociativos, a menudo se ha incurrido en la falacia del esencialismo, agrupando juntos a todos los fenómenos disociativos asumiendo el *a priori* de que en la base se encuentra un único estado o proceso. Es posible identificar dimensiones comunes en ellos, pero sigue siendo desconocido cuáles pueden ser y de qué manera interactúan, sobre todo teniendo en cuenta que los fenómenos disociativos muestran una gran diversidad, que es además movедiza y cambiante, y muy influida por factores sociales y culturales. En consecuencia, no existe un isomorfismo simple entre fenómenos de disociación y perfiles psicológicos o mecanismos neurofisiológicos subyacentes. Como no hay una esencia mental, discreta y permanente, de disociación, tampoco habrá una esencia única a la espera de ser descubierta por psicometristas o neurofisiólogos. O, mejor dicho, si la hay, solo puede ser negativa (Kirmayer, 1994). Hilgard (1977) propuso al menos dos posibles mecanismos disociativos: (a) un proceso semejante a la amnesia, en el cual sensaciones específicas y/o contenidos mentales están temporalmente ocultos a la conciencia (amnesia disociativa, trastorno de identidad disociativo, trance y posesión), y (b) una alteración en la jerarquía del control cognitivo que rige el pensamiento y la acción (trastorno de despersonalización/desrealización, sintomatología disociativa del trastorno por estrés postraumático). Allen (2001), en relación con los trastornos por acontecimientos traumáticos, denomina, respectivamente, *compartmentalization* y *detachment* a cada uno de esos dos tipos de disociación. Según sustentan Holmes *et al.* (2005), esta dicotomía viene avalada por la evidencia disponible.

En cualquier caso, la clasificación fundamental, y la que puede arrojar luz sobre la investigación de las restantes, da cabida a los trastornos de conversión, sin subsumirlos en otra categoría superior como hacen Holmes *et al.* (2005). Dejando de lado el empleo laxo de “disociación” como proceso no consciente o paralelo a la conciencia, se pueden diferenciar dos grandes tipos de disociación (Cardena, 1994). La disociación puede hacer referencia a: (i) la coexistencia de sistemas mentales separados que deberían estar integrados –pero que no lo están– en la conciencia, memoria o identidad del individuo; y a (ii) la conducta o percepción en curso que no concuerdan con la información verbal introspectiva que proporciona el individuo acerca de éstas. En este segundo sentido, la disociación se refiere a la contradicción existente entre los relatos sinceros de los individuos acerca de lo que están experimentando y lo que su fisiología o conducta indican que deberían estar experimentando.

Los dos sentidos se caracterizan por ser negativos, es decir, por presentar *ausencia de* (integración en uno, y de concordancia en otro). En (i) se incluyen los T.D., así como la sintomatología disociativa del trastorno por estrés agudo y del trastorno por estrés postraumático (los dos sentidos de Hilgard y Allen están englobados en este). En (ii) queda incluido el trastorno de conversión, dado que la descripción introspectiva del paciente de la falta de sensibilidad o de control en

una parte circunscrita del cuerpo está *disociada* de –no concuerda con– la integridad anatómica y funcional real.

En apoyo de esta clasificación podemos aducir que a cada categoría le correspondan sendos conjuntos de fenómenos no patológicos, irreductibles entre sí. La clase (i) comprende manifestaciones disociativas que en otras culturas representan formas socialmente sancionadas de expresión o de solución de problemas (por ejemplo, experiencias de posesión, trance...). Incluso, todo el conjunto de fenómenos –patológicos o no– comprendidos en (i) podría tener alguna relación neurobiológica con la amnesia ligada a diversas fases del sueño REM y no REM, explicable mediante lo que se conoce como “disociación de estado” (por ejemplo, Mahowald y Schenck, 1992) y, en conexión con esta, podría estar también relacionado con el fenómeno del aprendizaje dependiente del estado (*state dependent learning*). En lo que respecta a (ii), es indudable su paralelismo –no exclusivo– con la hipnosis.

Igualmente, las dos categorías psiquiátricas de la disociación tienen paralelismos en determinadas condiciones neurológicas: la amnesia orgánica, con la amnesia disociativa; la epilepsia del lóbulo temporal, con la fuga disociativa; la comisurotomía (heminegligencia), con el trastorno de conversión; y la lesión en el córtex estriado (*blindsight*), con el trastorno de conversión. Respecto a los paralelismos con el cuadro conversivo, hallamos múltiples casos descritos de desconexiones entre los relatos verbales introspectivos del paciente sometido a comisurotomía y su conducta (Gazzaniga, 1985). Aún otra prueba la hallamos en el fenómeno neurológico de la “visión ciega” (*blindsight*), que se puede observar en pacientes que presentan una lesión en el córtex estriado, pero que tienen un sistema visual intacto.

La cuestión del efecto de los estresores es crucial en los T.D. y los conversivos. La explicación de los fenómenos disociativos en términos de adaptación biológica (Ludwig, 1983) o de respuesta adaptativa ante episodios traumáticos (Ironside, 1980) no ayuda a la hora de determinar su significación patológica. La evidencia empírica vincula los T.D. con experiencias traumáticas (únicas o repetidas) y con el maltrato físico, abandono y abuso sexual en la infancia; también sabemos que los distintos T.D. se asocian a tipos diferentes de estresores y a grados diferentes de intensidad de los mismos. La referencia a acontecimientos estresantes (subrayada por el ICD-10) entraña dificultades (Ballmaier y Schmidt, 2005), ya que es difícil establecer con certeza su relación temporal exacta con los síntomas y la significación emocional para el paciente. La apreciación de la importancia de estos factores y de su relación con los síntomas a menudo puede verse afectada por juicios subjetivos de los clínicos (Aybek y Vuilleumier, 2016).

El tipo de síntomas y presentación clínica puede variar culturalmente y en diferentes contextos médicos, y un nivel socioeconómico y educativo bajo y una situación de inmigración son factores comunes de riesgo para el desarrollo y persistencia

de los síntomas de conversión (Aybek y Vuilleumier, 2016), siendo más alta la tasa de prevalencia de trastornos conversivos y disociativos en culturas no occidentales.

La divergencia intercultural con respecto al juicio de normalidad o patología se refiere sobre todo al primer tipo de disociación (i), que implica una brecha o alteración en los patrones normales de integración de los componentes y funciones del yo. Mientras en Occidente consideramos esta interrupción un quebrantamiento de nuestros modelos de continuidad, univocidad y racionalidad del yo, los individuos de otras culturas no demandan este mismo nivel. Esta idea sugiere que la integración en una unidad mental de componentes y funciones del yo no es un don natural, sino una adquisición cultural altamente compleja (Kihlstrom y Hoyt, 1990; Spiegel, 1990). La cuestión de la actual prevalencia en las sociedades occidentales de los T.D., y sobre todo de los de conversión, es objeto de intenso debate (Carota y Calabrese, 2014; Luauté, 2014; Stone, Hewett, Carson, Warlow y Sharpe, 2008).

Es cierto que la mayoría de los investigadores (Hilgard, 1977) se han decantado por concebir, implícita o explícitamente, la disociación como un *continuum* que va de lo normal (por ejemplo, escribir a máquina o montar en bicicleta) a lo patológico. Según este modelo dimensional de disociación, todos los fenómenos disociativos son cualitativamente semejantes y difieren solo en grado. Sin embargo, aunque este enfoque ha hecho avanzar nuestra comprensión de la sintomatología disociativa, en realidad hasta la fecha ningún estudio ha evaluado directamente su validez (Waller, Putnam, y Carlson, 1996). La evidencia que sustenta este modelo deriva principalmente de estudios de disociación no patológica.

De acuerdo a la tesis de la diferencia cualitativa entre formas normales y patológicas de disociación que algunos autores (Frankel, 1990) han planteado, la primera dicotomía opone la integración psíquica de los individuos sanos a la “disociación”. El hecho de que pueda incluirse en la integración psíquica la hipnotizabilidad, la propensión a la fantasía (*fantasy proneness*), la absorción, la implicación imaginativa (*imaginative involvement*) y la ensoñación (*daydreaming*) (Singer, 1966), indica que estas formas sanas, “normales” o no patológicas de disociación, se comportan de acuerdo a un modelo dimensional. La “disociación anómala” en cambio, como indica la evidencia suministrada por análisis taxométricos, se comporta tipológicamente “como un taxón o variable discreta latente”, respecto a la integración psíquica (Waller, Putnam, y Carlson, 1996, p. 301). El modelo tipológico de disociación fue formulado originalmente por Janet (1889). Según esta concepción, existían individuos que experimentaban estados disociativos crónicos e individuos que no, esto es, la disociación anómala era una discontinuidad en la conciencia que los individuos sanos rara vez experimentan.

Dentro de la disociación, se inserta la segunda oposición: la disociación “subclínica” frente a la disociación patológica. Los niveles subclínicos de T.D.

en individuos “normales” no reúnen las condiciones, en términos de intensidad, frecuencia o duración, para un diagnóstico clínico formal. Sí, en cambio, pueden reflejar un importante factor de diátesis, que, al combinarse con niveles suficientes de estrés, produce un episodio agudo de T.D. (Kihlstrom, 2005). Dentro del espectro de la disociación patológica, la tercera oposición enfrenta entre sí a los T.D. y a los trastornos de conversión: es decir, los tipos disociativos (i) y (ii).

Objetivo

Un estudio en torno al ámbito de la disociación resulta relevante en tanto que orienta al investigador y al clínico en la labor de relacionar diversas dimensiones de la psicología (personalidad, memoria, conciencia, identidad) que hasta hace poco han permanecido separadas. Constituiría una aportación al conocimiento de los mecanismos de la conciencia, sobre los cuales hay considerable confusión (Zeman, 2001; Bunge, 2010, pp. 206-217). Asimismo, el estudio de la disociación sugiere hipótesis valiosas en la investigación de otros trastornos, como puedan ser la esquizofrenia (Spitzer, Haug y Freyberger, 1997) o los síntomas físicos sin explicación médica (Brown *et al.*, 2007). Por otra parte, la perspectiva de explorar cómo funcionan los mecanismos cognitivos subyacentes representa una aproximación potencialmente fructífera y prometedora.

El objetivo del presente estudio es determinar los factores de personalidad subyacentes al T.D. utilizando para ello el test de Rorschach. Esta técnica proyectiva nos permite evaluar la dimensión cognitiva, afectiva e interpersonal del funcionamiento individual. Al utilizarla, nuestro propósito ha sido poder explorar aspectos no conscientes, algo particularmente importante en esta investigación dado el grado de desvinculación existente, en los pacientes con T.D., entre el funcionamiento consciente y el sintomático relacionado con el malestar emocional no integrado.

Este estudio trata de proporcionar evidencia que sustente la hipótesis de que una determinada estructura cognitiva, emocional y de personalidad está presente en los T.D.. Esta estructura se caracteriza por un perfil netamente deficitario. Al mismo tiempo, la evidencia de este perfil negativo, definido por la *ausencia de recursos* (un rasgo por tanto de carácter no esencialista), abona la hipótesis de que los T.D. y los de conversión –aunque constituyen entidades nosológicas diferenciadas– pertenecen a una misma familia: la disociación. El hecho de que el malestar de las pacientes con T.D. se refleje somáticamente por insuficiencia de recursos mentales es susceptible de ser considerado otro nexo de unión con el trastorno conversivo.

Metodología

Contamos con una muestra circunstancial de 11 mujeres diagnosticadas de T.D. como único diagnóstico. Se trataba de pacientes que se hallaban siguiendo tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Parc Taulí (Sabadell). A instancias de sus psiquiatras de referencia, tomaron parte en nuestra investigación sobre personalidad, basada en la utilización de la prueba de Rorschach.

Las edades de las pacientes están comprendidas entre los 28 y los 66 años, siendo la media de 50,27.

En la evaluación de la personalidad, el test de Rorschach distingue siete ámbitos de análisis –tolerancia y control del estrés, afectos, autopercepción, percepción interpersonal, mediación, procesamiento e ideación–, cada uno de los cuales está compuesto de diversas variables.

Resultados

Tabla 1. Tolerancia y control del estrés

Variable	Media	Mínimo	Máximo
R	17.45	14	22
L	2.15	.24	10
EB parte izquierda	2.09	0	6
EB parte derecha	2.09	0	4.5
eb parte izquierda	2.18	0	5
eb parte derecha	0.81	0	4
EA	4.18	1	7.5
es	3.36	1	7
FM	1.72	0	4
m	0.45	0	2
C'	0.45	0	2
V	0.09	0	1
Y	0.54	0	3
T	0.09	0	1
Puntaje D	0.09	0	1
Puntaje D ajustado	0.09	0	1

A continuación, realizamos un análisis descriptivo de las variables en el total de la muestra, agrupadas según los siete ámbitos de análisis enumerados anteriormente y que se visualizan en las siguientes tablas:

Dado el pequeño tamaño de la muestra, no es posible establecer subgrupos que permitan realizar análisis estadísticos y llevar a cabo las comparaciones pertinentes. Por este motivo, el procedimiento que se utilizará –comparación de medias– tiene meramente carácter descriptivo.

El Lambda medio es alto. Este resultado es congruente con el hecho de que estas pacientes manifiestan síntomas disociativos francos. Por otra parte, el EB tiende a ser ambivalente, con valores similares en ambos lados de eb. En cambio, en el eb domina la parte izquierda, lo que supondría la presencia de FM y m. Como evidencian las medias, es la FM la que predomina. No hay, en cambio, apenas contenido de sombreado, un dato que sugiere que la conciencia de malestar emocional es escasa.

Tabla 2. Afectos

Variable	Media	Mínimo	Máximo
FC	0.81	0	2
CF	1.63	0	3
C pura	0.27	0	1
Afr	0.55	0.36	0.77
S	1.63	0	4
Blends	1.45	1	3
CP	0	0	0

En el ámbito de los afectos, se observa una preponderancia de CF sobre FC, con un Afr en la media de la muestra normativa y, en general, pocas respuestas complejas.

Tabla 3. Interpersonal

Variable	Media	Mínimo	Máximo
COP	0.18	0	1
AG	0.81	0	6
GHR	1.27	0	4
PHR	1.36	0	3
Food	0.27	0	2
Aislamiento	0.17	0	0.56
H pura	1.09	0	2
Otras H	2.09	0	6

En el ámbito interpersonal aparecen más AG que COP, con iguales valores para GHR y PHR, predominando las otras H sobre la H pura.

Tabla 4. Ideación

Variable	Media	Mínimo	Máximo
Activo	2.36	0	9
Pasivo	2	0	5
Ma	0.90	0	5
Mp	1.18	0	3
Intelectualización	0.09	0	1
M-	0.27	0	1
DV	0.09	0	1
INCOM	0.45	0	2
DR	1.18	0	4
FABCOM	0.45	0	5
DV2	0	0	0
INCOM2	0	0	0
DR2	0	0	0
FABCOM2	0.09	0	1
ALOG	0	0	0
CONTAM	0	0	0
Suma bruta	2.27	1	5
Suma ponderada	7.09	2	16

En cuanto a la ideación, el movimiento activo no destaca sobre el pasivo cuando tenemos en cuenta los tres tipos de movimientos analizados en el test de Rorschach (humano, animal, inanimado), pero en cambio en la M sí se da una notable mayor frecuencia de las M pasivas. No hay un gran número de fenómenos especiales, pero sobresale la presencia de los DR sobre los otros.

Tabla 5. Mediación

Variable	Media	Mínimo	Máximo
P	3.72	2	7
X+%	0.48	.35	.75
Xu%	0.38	.17	.60
X-%	0.11	0	.23
S-	0.36	0	2
XA%	0.84	.72	1
WDA%	0.88	.71	1

Respecto a la mediación, se comprueba que las pacientes de nuestra muestra proporcionan pocas respuestas populares, en general, con valores relativamente altos en XA% y WDA%, cercanos a las medias normativas.

Tabla 6. Procesamiento

Variable	Media	Mínimo	Máximo
Zf	7.90	4	12
Zd	0.68	-4	+5.5
W	6.63	2	9
D	8.27	3	18
Dd	2.54	0	6
W:M izquierda	6.63	2	9
W:M derecha	2.09	0	6
DQ+	3	1	7
DQv	1.36	0	4

En el procesamiento, se observa el predominio de la D y de las Dd sobre las W, especialmente llamativo en el caso de Dd, que es alto en comparación con las otras localizaciones. Aparecen pocas DQ+ y algunas DQv, lo que indica una limitada capacidad para analizar y sintetizar información y tendencia al procesamiento vago y poco elaborado. Las participantes no son demasiado ambiciosas, a juzgar por la proporción adecuada entre sus M y sus W.

Tabla 7. Autopercepción

Variable	Media	Mínimo	Máximo
Egocentrismo	0.33	0.12	0.60
Reflejos	0	0	0
FD	0	0	0
An	1.90	0	6
Xy	0.18	0	2
MOR	2.09	0	8

En lo que respecta a la autopercepción, se aprecia que las pacientes presentan baja autoestima, escasa capacidad introspectiva y una mayor frecuencia de contenidos anatómicos y mórbidos.

Tabla 8. Contenidos

Variable	Media	Mínimo	Máximo
H pura	1.09	0	2
(H)	0.81	0	5
Hd	1.18	0	4
(Hd)	0.09	0	1
A	6.36	0	10
(A)	0.09	0	1
Ad	1.72	0	6
(Ad)	0	0	0
An	0	0	6
Ay	0	0	0
Bt	0.36	0	2
Cl	0.09	0	1
Ex	0	0	0
Fi	0.54	0	1
Ge	0.27	0	2
Hh	0.45	0	2
Ls	1.09	0	4
Na	0.45	0	4
Sc	0.54	0	2
Sx	0.18	0	1
Xy	0.18	0	2
Idiográfico	0.90	0	3

Esta tabla muestra un predominio de contenidos humanos parciales y, en general, de los contenidos animales sobre los humanos. Estas características hacen pensar que pueda estar operando un mecanismo de desplazamiento fóbico. En el resto de contenidos, destaca la presencia mayor de Ls.

Ninguna de las constelaciones fue positiva. La única que puntuaba más cerca del límite era el CDI, que fue de 3 como media.

Agrupando a nuestras pacientes según el Lambda, se advierte que seis de ellas tuvieron un Lambda superior a “1” (54%); tres dieron un Lambda entre “.50 y 1” (27%); y tan solo dos, un Lambda inferior a “.50” (19%).

Los resultados que se hubiesen obtenido en una muestra mayor habrían permitido verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables restantes entre estos tres grupos de pacientes. En una revisión simplemente descriptiva, fue posible constatar que, entre las seis pacientes con Lambda

superior a “1” había una gran disparidad, sin que pudiera determinarse un patrón concreto.

Tan solo podemos destacar que estas participantes facilitan pocas respuestas complejas; que presentan algunos fenómenos especiales, entre los que sobresale la DR; que la mayoría de ellas no fue capaz de detectar y expresar su malestar emocional –lo que es compatible con el perfil Lambda alto–; y que ninguna de ellas puntuaba en el PTI, un aspecto que indica la ausencia de una distorsión importante en la percepción o el pensamiento.

Respecto a las dos pacientes con Lambda inferior a “.50”, se observa también que las otras H prevalecen sobre la H pura, que el número de respuestas complejas es bajo y que el índice PTI es negativo.

Por último, las tres pacientes con Lambda medio obtuvieron resultados similares a los comentados. De aquí que no podamos concluir que haya una diferenciación intergrupar mayor que la intragrupal. Poseer o no un Lambda alto no constituye, pues, al parecer, una variable relevante para entender el mundo interno de este tipo de pacientes.

En tercer lugar, y respecto al estilo vivencial, predominan en nuestra muestra de 11 pacientes diagnosticadas de T.D. las ambitendentes y las coartadas, con un total de 4 coartadas y 5 ambitendentes. Solo hay 1 introversiva, y 1 extratensiva. Como manifiestan estos resultados, las participantes en nuestro estudio destacan por una deficiencia general de recursos, seguramente debida a bloqueos tanto en el área de la ideación como en la de los afectos.

Conclusión

Hemos hallado que nuestra muestra de mujeres diagnosticadas de T.D. presenta un Lambda medio-alto. Dado el pequeño tamaño de la muestra, no ha sido posible realizar un agrupamiento de los protocolos en función del Lambda que permita llevar a cabo un análisis estadístico intergrupar, como sería recomendable. Esperamos contar en el futuro con una muestra más amplia que haga factible este objetivo.

En cuanto al estilo vivencial que se ha objetivado, en un 45% es ambitendente y en un 35% coartado, quedando solo un 10% extratensivo, y el 10% restante, introversivo. Estos resultados indican que las participantes en nuestro estudio carecen de una manera definida de abordar los problemas o que están bloqueados sus recursos cognitivos y/o emocionales, en el caso de las coartadas (uno de los valores es 0).

Respecto a las demandas a las que tienen que hacer frente, prevalecen las cognitivas sobre las emocionales, especialmente las que tienen que ver con carencias primarias (FM); las pacientes muestran dificultades para conectar con su malestar emocional (SH bajo).

En el ámbito afectivo, son más frecuentes las emociones poco moduladas (CF), ello a pesar de que las sujetos del estudio mantienen una implicación emocional adecuada (Afr en la media). De pensamiento escasamente complejo (Blends bajas), realizan un reducido número de procesos de análisis o síntesis (DQ+ bajas), y muestran ocasionales pensamientos vagos y poco modulados (DQv). No son demasiado ambiciosas intelectualmente (W:M), siendo su enfoque de los problemas concreto y simplista, en la línea del Lambda alto, que simplifica siempre la información con la que se enfrentan. En este sentido, llama la atención la presencia también de Dd, un indicio de cierta arbitrariedad en el análisis de su realidad.

Las participantes en la investigación anticipan más relaciones hostiles que agresivas (AG>COP), con una imagen poco realista de sí mismas o de los otros (H pura<Otras H). El alto número de M pasivas revela cierta tendencia a esperar que sea el entorno el que proporcione una solución a sus problemas. En cuanto a los fenómenos especiales, el más habitual es la DR, lo cual es indicativo de cierta lasitud en los pensamientos y argumentaciones; las pacientes se retiran de la tarea para luego volver con ayuda a ella.

En general, las integrantes de nuestra muestra dan pocas respuestas populares. Este rasgo indicaría resistencia ante los convencionalismos sociales. Con todo, mantienen una percepción adecuada de la realidad que les rodea (XA% y WDA% adecuados). Su autoestima es baja, así como su capacidad de introspección; posiblemente su malestar se manifiesta de modo somático (An altas). La visión que tienen tanto de sí mismas como del mundo es pesimista (MOR).

La mayor frecuencia de contenidos animales que de humanos hace pensar en que puedan estar presentes actitudes fóbicas y evitativas ante los problemas. En cuanto a constelaciones, las pacientes no dan resultados positivos en ninguna, pero sí que puntúan casi en positivo en el CDI (puntuación de 3).

Cuando comparamos nuestras medias con las muestras normativas de que disponemos, llama la atención la baja frecuencia de movimiento de los tres tipos (M, FM y m), la menor modulación emocional (CF>FC) y el reducido número de contenidos humanos (A>H). Dominan los contenidos anatómicos y los de sangre, así como los de paisaje: los primeros, posiblemente están relacionados con un malestar emocional disociado que se refleja somáticamente; los segundos con agresividad interiorizada y no expresada; y los terceros con la necesidad de distanciarse de su ambiente social y de buscar refugio en otros ámbitos.

Discusión

De los resultados obtenidos en nuestro estudio se desprende que las pacientes aquejadas de T.D. manifiestan un perfil deficitario: disponen de pocos recursos

tanto mentales como emocionales para hacer frente a las demandas interpersonales, y poseen solo una limitada capacidad de reflexión sobre sí mismas, con las consiguientes dificultades para identificar lo que les sucede.

A pesar de que estas conclusiones no son generalizables a todos los pacientes diagnosticados de T.D., sí sería oportuno tener en cuenta la posibilidad de aplicar en el plano terapéutico los resultados que hemos obtenido. Así, con esta orientación, el tratamiento psicológico iría encauzado a ayudar a los pacientes a movilizar los recursos disponibles y a activar capacidades funcionales que hasta ese momento puedan estar bloqueadas por aspectos emocionales no asumibles.

Bibliografía

- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: John Wiley and Sons.
- Aybek, S., y Vuilleumier, P. (2016). Self-awareness disorders in conversion hysteria. En: S. Laureys, O. Gosseries, y G. Tononi (eds.), *The Neurology of consciousness* (pp. 297-321). 2nd edition. San Diego, CA: Elsevier.
- Ballmaier, M., y Schmidt, R. (2005). Conversion disorder revisited. *Functional Neurology*, 20, 105-113.
- Brown, R. J., Cardaña, E., Nijenhuis, E., Sar, V., y van der Hart, O. (2007). Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM-V? *Psychosomatics*, 48, 369-378.
- Bunge, M. (2010). *Matter and mind: a philosophical inquiry*. Dordrecht: Springer.
- Cardaña, E. (1994). The domain of dissociation. En: Lynn y Rhue (eds.), pp. 15-31.
- Carota, A., y Calabrese, P. (2014). Hysteria around the world. En: Bogousslavsky (ed), pp. 169-180.
- Charcot, J.-M. (1872-1883). *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*. Paris: A. Delahaye. 3 vols.
- Frankel, F. H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 823-829.
- Freud, S., y Breuer, J. (1978) [1893-1895]. Estudios sobre la histeria. En: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1978) [1905]. Fragmento de análisis de un caso de histeria. En: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. VII (pp. 1-107). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gazzaniga, M. S. (1985). *The social brain: discovering the networks of the mind*. New York: Basic Books.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., y Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1-23.
- Ironside, W. (1980). Conservation-withdrawal and action-engagement: on a theory of survival behavior. *Psychosomatic Medicine*, 42, 163-175.

- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1894). *L'état mental des hystériques*. Paris: Félix Alcan. 3 vols.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria: fifteen lectures given in the Medical School of Harvard University*. New York: Macmillan.
- Kihlstrom, J. F., y Hoyt, J. P. (1990). Repression, dissociation, and hypnosis. En: Singer (ed.), pp. 181-208.
- Kihlstrom, J. F. (1994). One hundred years of hysteria. En: Lynn y Rhue (eds.), pp. 365-394.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 227-253.
- Kirmayer, L. J. (1994). Pacing the void: social and cultural dimensions of dissociation. En: Spiegel, D. (ed.). *Dissociation: culture, mind, and body*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 91-122.
- Luauté, J. P. (2014). “Fin-de-siècle” epidemiology of hysteria. En: Bogousslavsky (ed), pp. 20-27.
- Ludwig, A. M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 93-99.
- Lynn, S. J., y Rhue, J. W. (eds.) (1994). *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Mahowald, M. W., y Schenck, C. H. (1992). Dissociated states of wakefulness and sleep. *Neurology*, 42, 44-52.
- Singer, J. L. (1966). *Daydreaming: an introduction to the experimental study of inner experience*. New York: Random House.
- Singer, J. L. (ed.) (1990). *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Spiegel, D. (1990). Hypnosis, dissociation, and trauma: hidden and overt observers. En: Singer (ed.), pp. 121-142.
- Spitzer, C., Haug, H., y Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30(2), 67-75.
- Stone, J., Hewett, R., Carson, A., Warlow, C., y Sharpe, M. (2008). The “disappearance” of hysteria: historical mystery or illusion? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(1), 12-8.
- Waller, N., Putnam, F. W., y Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300-321.
- Zeman, A. (2001). Consciousness. *Brain*, 124, 1263-1289.

TRANSFORMACIONES DE LA MÁSCARA: DE LO QUE SE OCULTA A LO QUE SE REVELA



Isabel Duarte

Resumen

La adolescencia es un período del desarrollo que se sitúa en la base de la construcción de la identidad y que permite estructurar la identificación. A partir de un estudio cualitativo, de tipo longitudinal, realizado con el Rorschach, fue posible acceder y dar a conocer las transformaciones psíquicas que estructuran la identidad en la vida adulta. La máscara es un objeto que esconde y al mismo tiempo revela las características presentes en la identidad del sujeto. Las transformaciones de la máscara tienen como objetivo describir los movimientos en cadena de los opuestos presentes en el proceso de convertirse en adolescente. Para explicar mejor estas transformaciones, usaremos el primer Rorschach de Laura¹, al final del período de latencia, y el segundo, realizado al final de la adolescencia, de modo que resulta posible describir las transformaciones de la máscara, que reflejan las especificidades inherentes a los procesos de crecimiento e identidad.

Palabras clave: Transformación, Identidad, Rorschach.

* Ph.D. - ISPA-IU; Psicóloga Clínica y de la Salud; Psicoterapeuta; Miembro de la IARPP-España, Miembro del Réseau International de Recherche Méthodes projectives et psychanalyse. Miembro du CRFDP, EA 7475, Rouen, France; Consulta privada.

¹ Laura es un nombre ficticio.

Abstrac

TRANSFORMATIONS OF THE MASK: FROM THE HIDDEN TO THE REVEALED

Abstract: *Adolescence is a period of development that is at the base of the construction of identity that allows structuring identification. From a qualitative, longitudinal study, carried out with the Rorschach, it was possible to access and make known the psychic transformation that structure identity in adult life. The mask is an object that hides and at the same time reveals the characteristics present in the identity of the subject. The transformation of the mask aims to describe the chain movements of the opposites present in the process of becoming an adolescent. To better explain these transformations, we will use Laura's first Rorschach at the end of the latency period and the second one at the end of adolescence, so that it is possible to describe the transformation of the mask, which reveals the specificities inherent in the growth and identity processes.*

Keywords: *Transformation, Identity, Rorschach.*

Introducción

El proceso de desarrollo adolescente tiene conflictos inherentes al proceso de crecer y convertirse en adulto, en un espacio y tiempo que exigen la necesidad de conciliar e integrar diferentes realidades, internas y externas, imponiendo la búsqueda de nuevos objetos y objetivos (Bion, 1982), así como la construcción de nuevos modelos de identificación (Cahn, 1991), que permitan una (re)construcción del Yo, lo cual sólo es posible en relación con lo(s) Otro(s). Éste es un período del desarrollo que se caracteriza por la presencia de fuertes contrastes, que plantean la necesidad de integrar y reconciliar lo nuevo y desconocido con lo conocido y familiar, permitiendo la construcción de la identidad y la estructuración de procesos de identificación.

Creer es un proceso activo y dinámico que implica nuevas decisiones, renuncias y negociaciones marcadas por tensiones, con las cuales es posible el cambio y el crecimiento (Duarte, 2017). La familia es un apoyo fundamental al desarrollo del adolescente, puesto que le sirve como pantalla de sus proyecciones (Benghozi, 2010), lo que más adelante gestiona con sus grupos de iguales (Jeammet, 1980).

Las transformaciones nos permiten explicar de qué modo se hace el desarrollo y la organización mental, lo que se encuentra en la base de los procesos de simbolización y de co-construcción².

1. La adolescencia: un espacio de transformación

Los modelos clásicos que se han utilizado durante mucho tiempo para abordar el desarrollo adolescente se centran en la lógica de la psicopatología, basándose en las nociones de duelo, crisis y ruptura. Por lo tanto, opino que es necesaria y fundamental la transición a una dinámica más clínica, basada en estudios psicosociales y epistemológicos, que apunten a nuevas lógicas de comprensión del sujeto, enfocándose en las transformaciones presentes en el crecimiento que permiten desvelar el proceso en el que consiste “convertirse” en adolescente. Además, en el contexto actual de pandemia en el que todavía nos encontramos es fundamental que tengamos nuevas aportaciones además de las recabadas desde la psicopatología para la comprensión del desarrollo y del crecimiento mental.

Los enfoques más recientes nos ofrecen información sobre los procesos de transformación y construcción en base a los cuales es posible integrar lo nuevo aún desconocido. Braconnier (1985) propone el concepto de *procesos de transformación* para describir aquellos procesos mentales en curso durante este período del desarrollo, en el cual existen mecanismos ya formados y otros aún en construcción.

Para Bollas (1987) la evocación de un objeto transformacional designa el funcionamiento psíquico y la representación de un objeto que permiten la elaboración de las transformaciones internas. En la experiencia subjetiva primitiva, presente en la relación primaria, el objeto de transformación puede ser asimilado a los procesos que modifican la propia experiencia.

Considera como primer objeto transformador el proceso presente en su interacción con la experiencia de su relación anterior con la madre, que se percibe como un objeto completo. Considera la adolescencia como un *período de fragilidad* del crecimiento, dada la fuerte confrontación que opera en el intenso dolor psíquico y en el difícil problema de la falta de capacidad para llevar a cabo su simbolización, que implica la necesidad de crear un conjunto interno de emociones e ideas, que gestione y permita la imaginación y la creatividad, funcionando como fuente de las relaciones interpersonales. Es la interiorización de la función del espejo y

² Construir en la relación intersubjetiva

su uso en los diálogos intersubjetivos, como alternativa al juego interpersonal, la que permite la adquisición de una capacidad introspectiva (Bollas, 2011). A todo lo anterior se suma, para una mejor comprensión de toda la dinámica de la relación, la noción de intersubjetividad, como un proceso de comunicación inconsciente que genera crecimiento (Brown, 2011).

Concebir el proceso de convertirse en adolescente como un proceso de transformación y cambio, un espacio de/en cambio, es fundamental para la mejor comprensión de los procesos psíquicos de/en construcción. Para ello, realizo una inscripción en las teorías de la relación de objeto, en los modelos que nos permiten comprender los procesos de transformación y de co-construcción. Éstos son conceptos que posibilitan conocer y dar a conocer el proceso de transformación, activo y dinámico, que es esencial para el crecimiento mental. Este desarrollo se puede plantear como una relación de continente-contenido, a través de la cual lo desconocido es de nuevo (re)significado, lo que permite la integración de los nuevos descubrimientos, e ir *aprendiendo con la experiencia* (Bion, 1962), en una relación intra e intersubjetiva, en y con lo(s) Otro(s).

Durante el proceso de convertirse en adolescente ocurren un conjunto de transformaciones psicológicas en el adolescente y en la relación que éste establece con sus pares. En la adolescencia, construirse a uno mismo sólo es posible cuando se establece una relación con lo(s) Otro(s) presentes durante este proceso de transformación, aquí se reflejan las igualdades, se acentúan las diferencias, favoreciendo el compartir, lo que genera un intercambio de complementariedades.

Al final de la adolescencia, se hace posible establecer una relación con los padres como verdaderos objetos, dada la posibilidad de diferenciarse a sí mismo de los objetos (Carper, 1999). Los movimientos presentes oscilan entre el deseo de ser y el de estar en transformación, en alternancia entre las posiciones activas, donde domina la afirmación del uno mismo y las posiciones pasivas, marcadas por el retraimiento, cerrándose al nivel del Yo/Otro, y por la dificultad para la conexión entre lo interno y lo externo. El modelo de las transformaciones de Bion (1982) es el que mejor explica la relación de encuentro y comunicación entre el sujeto y el objeto y viceversa, entre lo interno y lo externo, entre el pasado y el presente, en una (re)creación de nuevos objetos con nuevas características y cualidades, permitiendo describir la circularidad del funcionamiento psíquico presente en el proceso de convertirse en adolescente.

1.1. Las transformaciones psíquicas del proceso de convertirse en adolescente

Para poder entender los cambios de los adolescentes, es fundamental tener en cuenta las transformaciones psíquicas presentes en el proceso de convertirse en adolescente. La descripción de estas transformaciones psíquicas procede de un estudio cualitativo (Breakwell, Hammand & Fite-Schow, 1995), de tipo longitudinal (Yin, 2001), hecho con 9 participantes (2 chicos y 7 chicas), en dos momentos en cada adolescente -a los 13 y a los 16 años-, para permitir la comprensión de las transformaciones psíquicas que ocurren en cada nivel y en la transición de uno al otro tratando de enfocarse en la singularidad y la dinámica intra e inter-subjetiva de cada uno de los adolescentes (Duarte, 2017).

Las transformaciones psíquicas del proceso de convertirse en adolescente pueden ser del Yo y de la relación Yo-Otro (Duarte, 2017 y Duarte, 2019-2020). Las transformaciones del Yo son de dos tipos: la transformación inoperativa, que refleja la incapacidad de transformación, es decir, la falta de capacidad para dar sentido y significado a lo nuevo y lo desconocido; y la transformación operativa, donde a los 13 años hay un predominio de movimientos disruptivos y discontinuos que en el segundo momento ya muestran una mayor estabilidad psíquica.

Dentro de la transformación operativa todavía es posible definir otros dos subtipos: la transformación de la máscara y la transformación del mapeo de la identidad. En las tradiciones griegas, las máscaras aparecen asociadas al teatro, donde el actor que porta la máscara se identifica con el personaje representado, funcionando la máscara como un importante símbolo de identificación. Progresivamente, con el paso de los años, las máscaras se van humanizando progresivamente, sin representar ello una señal de civilización, sino un olvido cada vez mayor del valor del símbolo (Chevalier & Gheerbrant, 1984).

En la mitología, la máscara se concibe como un medio para expresar la ausencia en la presencia (Vernant & Vidal Naquet, 2008). De esta manera, las designadas como transformaciones de la máscara pretenden describir los movimientos de enlace de los opuestos presentes en el proceso de convertirse en adolescente (Duarte, 2017), ya que la máscara es un objeto que condensa una doble característica, ocultando y revelando, en una duplicidad cargada de simbolismo, que se puede multiplicar en diferentes sentidos y significados (Chevalier & Gheerbrant, 1984).

La necesidad de encontrar un sentido y un significado a la conciliación entre movimientos contrastantes nos remite a la Antigua Grecia, donde la necesidad de designar lo indecible, lo impensable, el caos, tiene su plasmación en la

máscara monstruosa de Gorgó. Ésta representa nuestro doble, en una alteridad radical, combinando en su rostro lo masculino y lo femenino, lo joven y lo viejo, lo bello y lo feo, lo humano y lo bestial, lo celestial y lo infernal, lo alto y lo bajo, lo interior y lo exterior (Vernant, 1988).

Así, la transformación de la máscara refleja la capacidad de conectar opuestos, que pueden ser: relativos a la realidad externa, cuando hay una búsqueda de conciliación de diferentes espacios, entre lo alto y lo bajo, el cielo y la tierra, entre la tierra y el agua, fuera y dentro del agua, fuera y dentro del cuerpo; o relativos a la realidad interna, en la que se conjugan las diversas capacidades del individuo, entre el niño y el adulto, lo femenino y lo masculino, lo fuerte/potente y lo débil/frágil, lo sumiso/indefenso y lo dócil/ágil. La transformación del mapeo de la identidad ocurrirá cuando haya una conexión entre los diversos elementos en una búsqueda de identidad.

Estos dos tipos de transformación pueden ser planteados a través de la noción de “conflicto estético” de Meltzer (1990), donde existe una relación entre lo bello exterior y lo enigmático interior, entre lo conocido y lo desconocido, que al vincularse y (re)crearse nos permiten avanzar en el crecimiento. Se espera que durante el proceso de convertirse en adolescente, éste pueda hacer frente a la “duplicidad de la máscara”, es decir, vincular e integrar estos dos tipos de transformaciones de la realidad externa e interna.

En contraposición a las transformaciones del Yo, tenemos las transformaciones de la relación Yo-Otro, que son de tres tipos: la transformación inconclusa, muestra de la imposibilidad de transformación en la relación Yo-Otro; la pre transformación, que se encuentra ligada a lo que Bion (1991) ha descrito como *Aprender con la experiencia*, en el sentido en que los movimientos psíquicos van estructurando el proceso de conversión, en una integración que sólo la experiencia puede ayudar a consolidar; y, por último, la transformación progresiva, donde está presente un proceso intersubjetivo en el cual es fundamental el reconocimiento del Otro, de su subjetividad (Stolorow & Atwood, 1996), de forma que en el proceso de conversión sea posible el reconocimiento de Uno y de Otro, en una coparticipación, que desarrolle la subjetividad a través de la intersubjetividad.

2. Laura: las transformaciones de la máscara en el Rorschach y sus revelaciones

Laura es una niña de nueve años que acude por primera vez a la consulta a raíz de una evaluación psicológica que se le realizó en un contexto escolar, en la que se destacó la necesidad de trabajar sus ansiedades, que se manifestaban

de manera somática. En su contexto familiar se estaban produciendo cambios importantes: sus padres se habían divorciado hacía un año; el padre acababa de reconstruir su familia y la madre estaba en quimioterapia tras ser diagnosticada de un tumor maligno.

En la evaluación psicológica, el Rorschach es un instrumento fundamental para acceder y comprender el mundo interno del sujeto. En este primer encuentro con el test, que tiene lugar al final del período de latencia, Laura tiene nueve años y presenta un conjunto de elementos infantiles y muestra un movimiento de articulación de la realidad externa, de forma que las distintas transformaciones tienen su reflejo en las respuestas dadas en el Rorschach, surgiendo movimientos con el objetivo de reforzar su identidad.

En este primer momento, las respuestas dadas al Rorschach por Laura reflejan cierta confusión e indiferencia en relación a su mundo interno, dando lugar a respuestas que aúnan diferentes reinos, espacios y lugares. Las transformaciones de la máscara, tal como las describe Duarte (2017), hacen una referencia particular a los contenidos relacionados con la naturaleza, con especial énfasis en las láminas pastel, particularmente la IX y la X, pero también en la lámina VII, que remite a la imagen femenina y/o maternal, según la relación primitiva con la madre (Chabert, 1998), donde, con la lámina en posición invertida, da la siguiente respuesta: *Parece una cascada, cuando está cayendo tiene varias flores y pasto alrededor...*; una articulación entre los diversos elementos de la madre tierra, una combinación entre el agua, fuente de vida, que cae, y las flores y pastos que de ella se alimentan, en una armonía entre espacios y lugares.

También hay una búsqueda para conciliar diferentes espacios, a través de la representación de uno mismo, en la búsqueda de un “rostro”, es decir, de una identidad. En las láminas bilaterales II y III da dos respuestas similares, *Cara*, con la particularidad de estar ancladas en el reino animal: en la lámina II *...la boca parece un pájaro...* y en la lámina III *... cara de caracol...* Lo mismo se extiende a la lámina IV en la respuesta: *Parece un hombre con una nariz grande que no tiene ojos, con un bigote grande y parece que tiene una melena, de león, sus pies son muy grandes, gigantes y sus manos se ven muy largas y es todo negro*, una contestación que mantiene el registro de las anteriores, pero en las que se acentúa el carácter ansiógeno, que en parte se relaciona con el contenido latente de esta lámina, que según Chabert (1998) sugiere una imagen de potencia, fuerza, dominación e incluso autoridad, que lleva al sujeto a elegir una posición de dominio o de sumisión.

La representación de una figura masculina también aparece en la lámina VIII, en la respuesta: *Parece un hombre de gafas claras, con camisa naranja y*

sombrero gris azulado, representación que aparece en la entrada de las láminas pastel, un movimiento de integración no sólo de un rostro sino una representación un tanto personificada. Asistimos así, en un primer momento, a una duplicidad de transformaciones: (1) la conciliación de diferentes espacios externos y (2) la organización de un rostro, en busca de una identidad.

Al final de la adolescencia, cuando Laura tiene diecisiete años, es el padre quien pide ayuda, expresando su preocupación por la incapacidad de su hija para relacionarse con sus dos hermanos menores, hijos de su actual relación, tras su divorcio. Laura y su hermana están en custodia compartida, una semana en casa de su madre y otra semana en casa de su padre. De la relación del padre nacieron dos niños, uno de seis años y otro de cuatro.

La ayuda solicitada por el padre se relacionaba con la necesidad de trabajar la dinámica relacional fraterna, a fin de posibilitar la reducción de confrontaciones y conflictos con los hermanos. Pero la solicitud implícita apuntaba a otra realidad, más profunda y seria, en relación con la madrastra, la figura que personifica la separación de la pareja parental y con la que había que aprender a tratar.

El divorcio de los padres tiene un fuerte impacto en los adolescentes, llevándolos a tener que dividirse entre la casa de su madre y la casa de su padre, entre un lugar y otro, imponiéndoles la difícil tarea de compaginar distintas realidades, a veces irreconciliables, que chocan con el momento de crecimiento durante el cual existe la necesidad de realizar un conjunto de conexiones que permitan la construcción de su identidad (Marcelli & Braconnier, 2005).

Laura no sabe cuál es su lugar en su nueva familia. Ella describe su relación con su madre como tranquila y pacífica, mientras que su relación con su padre estuvo marcada por un sentimiento de insatisfacción e inquietud constantes. En su hermana buscó apoyo y con sus hermanos menores describe un fuerte sentimiento de cuidado y protección.

En este segundo momento de la evaluación de Laura, los elementos clínicos determinan la existencia de un cuadro clínico depresivo, aliado a su conducta antisocial resultante de una marcada inhibición, expresada en su rostro, cargando el peso de convertirse en una adolescente y encontrar su lugar junto a su nueva familia. Sus bajos resultados escolares son traducción de toda su consternación.

La nueva relación de su padre trajo a Laura una madrastra. Durante los primeros años, la convivencia fue pacífica, pero con su entrada en la adolescencia, el enfrentamiento se convirtió en una constante, en un clima de gran tensión y fuerte rivalidad, que sirve de escenario para los sucesivos ataques que se realizan contra su existencia, en una búsqueda constante de la aniquilación de su Ser,

aún en construcción, que lleva a Laura a la expresión creciente de un progresivo deseo de retraimiento.

En este segundo momento de evaluación, a los diecisiete años, el Rorschach presentó una gran riqueza en términos simbólicos, evidenciando una buena capacidad de elaboración mental, lo que constituye un buen elemento de pronóstico en cuanto a su proceso de convertirse en una adolescente. El movimiento psíquico predominante se basa en una lógica transformadora, generando cierta inquietud dada la dispersión, que contrasta con un movimiento pasivo de retraimiento y desvitalización, lo que se relaciona directamente con la existencia de una lógica depresiva.

Las transformaciones de la máscara de Laura siguen muy presentes en su segundo protocolo, mantiene una búsqueda de diferenciación entre espacios y lugares, pero ahora con una mayor capacidad de diferenciación entre lo femenino y lo masculino. En la lámina II da la respuesta: *Una cara en la que los ojos son rojos, la cara es mitad negra, mitad gris, la boca parece un pájaro, el pájaro parece tener un bigote en la parte posterior de la cara*. Esto supone la unificación de la lámina que suele ser tratada de manera bilateral y que según Duarte (2017), llama a una relación intra e intersubjetiva con el Otro, permitiendo que los opuestos puedan aparecer vinculados e integrados.

Las representaciones de lo femenino están presentes en la lámina III en la respuesta: *Dos mujeres en un pozo sacando agua*, representación de la relación en una acción claramente funcional *sacar agua* y en la lámina VII: *Una mujer frente al espejo* refiriéndose al movimiento de mirarse, donde uno es sólo el reflejo del otro y no alguien diferente con características distintas. Un movimiento similar se produce en la lámina IX con la respuesta: *Dos guerreras*, la cual me hace pensar en una analogía con la realidad, ya que, como su madre, Laura ha sido una “guerrera” luchando por un lugar de reconocimiento junto a la familia reconstruida de su padre.

La lámina IV pone al adolescente ante la tarea de elaborar los opuestos, en un proceso de construcción que oscila entre la avidez y el deseo de explorar su contrario, el cierre y el retraimiento, revelando la incapacidad de transformar (Duarte, 2017). En esta lámina, Laura da la respuesta: *Dos hombres con una capa negra... hombres con máscara de pájaro*. Así, nos presenta una respuesta elaborada, donde los “dos hombres”, representantes directos de lo masculino, son envueltos por una “capa negra”, como un manto que los oculta, como la “máscara de pájaro”, que oculta, pero revelando, y eso nos hace pensar en la “máscara de la peste”, aquélla que usaban los médicos cuando veían a sus pacientes para protegerse del contagio, símbolo de retraimiento y protección del otro y que inquietantemente evoca el contenido latente de esta lámina.

Progresivamente, a lo largo del protocolo de Rorschach de Laura asistimos a un movimiento intersubjetivo de integración, que nos muestra su capacidad de evolución y crecimiento psíquico, algo que es muy visible en la secuencia de las respuestas dadas en la última lámina: *Torre Eiffel, La calle iluminada con árboles y follaje y Fuegos artificiales*. Asistimos a un movimiento de integración de diferentes espacios y realidades, o sea, a transformaciones de la máscara de la realidad externa, que aquí aparecen (re)creadas en un escenario que nos traslada a París y sus jardines junto a la inconfundible *Torre Eiffel*, en una articulación entre el día y la noche, la tierra y el cielo, con los “fuegos artificiales” que con todo su brillo cubren el cielo negro y le dan encanto, permitiéndole a Laura una elaboración muy simbólica, de un negro lleno de color, una elaboración de su dolor mental, inherente a su momento del desarrollo, el final de su adolescencia.

3. Consideraciones Finales

Durante el proceso de convertirse en adolescente, en el largo camino que va de la niñez a la edad adulta, a lo largo del cual surge la necesidad de conciliar e integrar lo nuevo y lo aún desconocido, lo mismo y lo diferente, en la búsqueda de nuevas complementariedades, la familia se constituye como fundamental. Independientemente de sus particularidades, opera como un espacio para compartir, propiciando un tiempo que permite la construcción de procesos de identidad e identificación.

La sistematización de las transformaciones presentes en el proceso de convertirse en adolescente ha posibilitado ampliar la comprensión de los procesos mentales, de la integración de lo femenino y de lo masculino, yendo más allá de la psicopatología, permitiendo el acceso a lo singular y a la intersubjetividad de Laura, en una co-construcción, o sea, la construcción de un lugar interno donde pueda desarrollar sus pensamientos.

Comprender las transformaciones de la máscara de Laura nos permitió acceder a un lugar inaccesible, donde lo visible es la máscara, pero donde su transformación muestra un punto de conciliación interna entre el lugar de lo masculino y los peligros asociados a él, escondiéndose al mismo tiempo, lo que refleja el conflicto con el padre y la necesidad de integrar lo femenino, para seguir siendo una adolescente en camino a ser una joven mujer. Nos queda una reflexión final a todos, ya que estamos saliendo de la pandemia por el Covid-19, de cómo serán las transformaciones de la máscara tras un uso tan prolongado de la mascarilla por parte de los adolescentes. ¿Cuáles serán sus revelaciones en el futuro?

Bibliografía

- Bion, W.R. (1962). Theory of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Bion, W.R. (1982). *As transformações. As mudanças do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bion, W.R. (1991). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Benghozi, P. (2010). *Malhagem, Filiação e Afiliação. Psicanálise dos Vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. Vetor Editora: São Paulo.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. London: Free Association Books.
- Bollas, C. (2011). *The Christopher Bollas Reader*. London and New York: Routledge.
- Braconnier, A. (1985). Ruptures et séparations. *Adolescence*, 3, (1), 5-19.
- Breakwell, G.; Hammand, S. & Fite-Schow, C. (1995). *Research Methods in Psychology*. London: Sage Publications.
- Brown, L. (2011). *Intersubjective Processes and the Unconscious. An integration of Freudian, Kleinian and Bionian Perspectives*. London: Routledge.
- Cahn, R. (1991). *Adolescence et folie. Les liaisons dangereuses*", Paris, PUF.
- Caper, R. (1999). *A Mind of One's Own: A Psychoanalytic View of Self and Object*. London and New York: Routledge.
- Chabert, C. (1998). *A psicopatologia à prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1984). *Dicionário dos Símbolos. Mitos, Sonhos, Costumes, Gestos, Formas, Figuras, Cores, Números*. Lisboa: Teorema.
- Duarte, I. (2017). *O Tornar-se Adolescente Através Do Rorschach*. Lisboa: Chiado Editora.
- Duarte, I. (2019-2020). El convertirse en adolescente a través de Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (32-33), 161-172.
- Jeammet, P. (1980). Réalité externe et réalité interne importance et spécificité de leur articulation a l'adolescence. *Revue Française de Psychanalyse*. 3-4, 481-521.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2004). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Meltzer, D. (1990). O conflito Estético: o seu lugar no processo de desenvolvimento. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 8, 5-30.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1996). The Intersubjective Perspective. *Psychoanalytic Review*, 83, (2), 181-195.
- Vernant, J.P. (1988). *A morte nos olhos. Figuração do Outro na Grécia Antiga*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Vernant, J.P. & Vidal-Naquet, P. (2008). *Mito e Tragédia na Grécia Antiga*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A.
- Yin, R. (1994/2001). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

LA PRESENCIA DEL DIABLO EN EL RORSCHACH: REFLEXIÓN CLÍNICO-DIAGNÓSTICA



Jesús de Felipe



Pilar Pina

Resumen

Desde un punto de vista clínico-diagnóstico y dinámico, la aparición del contenido del diablo y sus equivalentes en el protocolo del Rorschach no es azarosa sino una proyección de un contenido desde el mundo interno. En el Sistema Comprehensivo de Exner (Exner y Sendín, 1995) la presencia del diablo se representa como un contenido parahumano y se asocia a una percepción poco realista y distante del elemento humano vinculado a cautela, reserva o suspicacia en la relación. Freud (1923) analiza la neurosis de Christoph Haizmann, un pintor del siglo XVII, en el que la proyección del diablo juega un papel importante como sustituto de la figura paterna. Método: en este trabajo la aparición del contenido del diablo se vincula a la existencia de un referente simbólico disfuncional paterno y a rasgos paranoides. De una muestra de 100 adultos de ambos géneros se seleccionaron 23 protocolos (15 hombres y 8 mujeres) en cuyo Rorschach aparece el contenido (parcial o total) de diablo o sus equivalentes (Demonio, Ángel Caído, etc). Se añaden en el análisis la historia clínica, y en algunos casos las técnicas proyectivas gráficas y los resultados del inventario MCMI-III con el objetivo de pesquisar la descripción de la figura paterna y otra información clínica relevante. Conclusión: el diablo es un referente universal asociado a la presencia de elementos arcaicos de tipo paranoide y a la ausencia de la función paterna: eslabones de una cadena de interés en el diagnóstico clínico.

Palabras clave: *Diablo, Rorschach, relación paterna, diagnóstico diferencial.*

* Psicoanalista. Psicólogo Clínico en Atención Primaria de la CAM y profesor de la Universidad Camilo José Cela en Madrid. Contacto: jdfelipe@gmail.com

** Psicoanalista. Psicóloga General Sanitaria. Especialista en Psicoterapia. Psicóloga en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Quirón-Salud de Madrid. Profesora asociada en la Facultad de Medicina
Este trabajo fue presentado en una comunicación en el XIX Congreso Nacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Madrid 2019.

THE PRESENCE OF THE DEVIL IN THE RORSCHACH: CLINICAL-DIAGNOSTIC REFLECTION.

Abstract

From a clinical-diagnostic and dynamic point of view, the appearance of the content of the devil and its equivalents in the Rorschach protocol is not random but a projection of a content from the internal world. In Exner's Comprehensive System (Exner and Sendín, 1995) the presence of the devil is represented as a parahuman content and is associated with an unrealistic and distant perception of the human element linked to caution, reserve or suspicion in the relationship. Freud (1923) analyzes the neurosis of Christoph Haizmann, a seventeenth-century painter; in whom the projection of the devil plays an important role as a substitute for the father figure. Method: in this work the appearance of the content of the devil is linked to the existence of a dysfunctional paternal symbolic referent and paranoid traits. From a sample of 100 adults of both genders, 23 protocols (15 men and 8 women) were selected in whose Rorschach the content (partial or total) of the devil or its equivalents appears (Demon, Fallen Angel, etc.). The clinical history, graphic projective techniques and the results of the MCMI-III inventory are added to the analysis in order to investigate the description of the father figure and other relevant clinical information. Conclusion: The devil is a universal reference associated with the presence of archaic paranoid elements and the absence of the paternal function: links in a chain of interest in clinical diagnosis.

Keywords: Devil, Rorschach, paternal relationship, differential diagnosis.

Introducción

Ilustraciones extraídas de las OC de Freud (1923).



Figura 1. Primera aparición del Diablo a Cristoph Haizmann

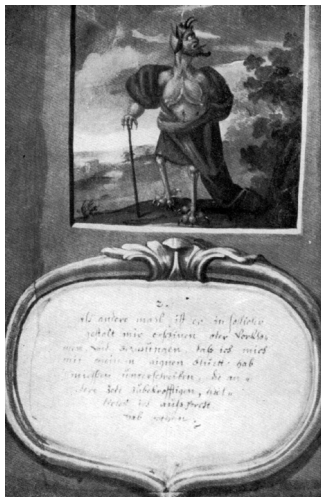


Figura 2. Segunda aparición del Diablo a Cristoph Haizmann



Figura 3. Aparición posterior del Diablo a Cristoph Haizmann

Estas son tres de las ilustraciones evolutivas del autorretrato antes de la muerte del padre (Figuras 1, 2, 3) que aporta Freud en 1923 de un pintor del siglo XVII, que devino melancólico tras la muerte de su padre, quien estableció un pacto con el Demonio a cambio de tener el talento y capacidad perdidos: “Yo me comprometo con este Satán a ser su hijo carnal, y a pertenecerle en el noveno año en cuerpo y alma”.

Freud añade que parecía extraño que a un hombre así se le ocurriese la idea de tomar al Diablo como sustituto del amado padre. Profundizando en este extraño pacto, realizado con su propia sangre, va añadiendo interesantes palabras claves y reflexiones:

La depresión, inhibición en el trabajo, duelo por la muerte del padre, ambivalencia infantil (amor-odio), la protesta masculina, la castración, la fantasía infantil de embarazo asociados por Freud al número nueve, la figura que Freud denomina “hipermacho” (Figura 3) que representa en la ilustración, los cuernos, la nariz pronunciada, las garras-patas, los cuatro pechos que menciona Freud, las alas de murciélago y eso sí, una gran serpiente-pene.

Para los evangelistas Demonio y Diablo no son sinónimos. Demonio procede del griego, no es ni masculino ni femenino, no se trata de una persona, sino de una cosa. Es un adjetivo sustantivado, indica la personificación de una entidad abstracta. Creado para designar poderes impersonales, potencias espirituales o fuerzas maléficas capaces de entrar en las personas y provocarles enfermedades. No todas las enfermedades externas las producía el Demonio, sino aquellas en las que no encontraban una explicación médica, como por ejemplo, en la epilepsia, una persona aparentemente normal que convulsionaba se interpretaba como estar “endemoniado”.

Diablo, sin embargo, procede del latín que traduce el vocablo hebreo Satanás, que significa el adversario, el enemigo. Sólo existe uno y el ámbito de influencia no es físico, sino moral y psicológico, queda relacionado exclusivamente con el pecado, actúa desde fuera, nunca desde dentro como se suponía que lo hacían los demonios.

Es interesante esta diferenciación porque Freud utilizó esta palabra Diablo que iba más en consonancia con el pintor del siglo XVII. Teniendo en cuenta lo anterior el término “Diablo”, sugiere ese componente freudiano edípico (rival y enemigo) más que el Demonio como fuerza maléfica interna; sin embargo, Freud también utilizó la expresión “neurosis demoníaca” para este mismo caso. Quizá ambos términos y otros podrían hacer referencia a esa presencia o ausencia paterna en el devenir edípico. Remitiendo esa diferencia entre Dios y el Diablo a una escisión de la figura paterna. Ambas figuras son receptoras de proyecciones a nivel individual y colectivo, así como cultural.

La instauración de la ley paterna es una función primordial en el ser humano que contribuye en la elaboración de una mejor o peor estructuración neurótica. Una exitosa instauración de la ley facilita la supervivencia en la realidad del mundo, a desarrollar una estructura que le permita el reconocimiento del otro; la empatía, la regulación de la agresión, acceder a la función de amar, poder crear y el fracaso en esa organización del aparato psíquico y en ausencia de ley, se dificulta o impide todo lo anterior y conlleva a un anhelo o melancolía perpetua: el verdadero infierno.

Es sabido que la función paterna pre-edípica articularía esa separación madre-hijo que también instaure la ley del deseo a través del triángulo edípico. Para que surja efecto es necesaria esa figura paterna, antes del Edipo, si hay esa suerte, al menos en el aparato psíquico de la madre, y del padre.

Freud (1913) en *Tótem y Tabú* menciona esas figuras paternas (pre-edípicas) arcaicas entre las que se encuentran comúnmente Dios o el Diablo.

En este trabajo se trata de pesquisar esas hipótesis freudianas analizando el contenido del Diablo y sus equivalentes que aparecen proyectados en las láminas de Rorschach y emanan del mundo interno, del entramado pre-edípico arcaico en el que juega su papel la figura paterna disfuncional y la paranoia.

Objetivo

El objetivo general de este trabajo es analizar el valor interpretativo que tiene el contenido del Diablo y sus derivados en la estructuración edípica.

Hipótesis

Se plantea que la aparición del contenido del Diablo (y derivados) en el Rorschach viene asociado a la existencia de una figura paterna o su referente simbólico disfuncional y a rasgos paranoides.

Método

Participantes y procedimiento:

De una muestra de 100 adultos, fueron seleccionados aquellos en los que aparecían como contenidos las palabras Diablo, Demonio, Satanás, Ángel Caído y sus derivados en el Test de Rorschach.

Se tuvo en cuenta la información obtenida de otras pruebas diagnósticas aplicadas: Entrevista clínica (descripción de los padres y los vínculos), H-T-P, MCMI-III y Rorschach.

Se obtuvo una muestra de 23 pacientes con estos contenidos (23%), de edades comprendidas entre los 18 y los 74 años. Se trata de una muestra de 15 hombres (65%) y 8 mujeres (35%).

Resultados

Aparecieron los siguientes contenidos:

- Demonio (13, 56%; 8 hombres, 5 mujeres): El Demonio, El Demonio con cuernos, demonio de Tasmania, cráneo del Demonio, demonios en los frescos de una iglesia, la careta de un demonio.
- Diablo (6, 26%; 5 hombres, 2 mujeres): Diablo.

— Combinados (4, 17%; 2 hombres, 1 mujer): Demonio y Ángel caído, Demonio y Diablo, Ángel maligno y demoniaco.

Aparece con mayor frecuencia, en ambos sexos, el contenido del Demonio. Respecto a las láminas del Rorschach: el Demonio y sus derivados:

— Aparece en todas las láminas excepto en la lámina III.

— Teniendo en cuenta que seis pacientes dan dos o tres respuestas en un protocolo la lámina preferente es la Lámina I y, en segundo lugar, es más frecuente que aparezca en las láminas acromáticas que en las cromáticas.

En cuanto a los vínculos con las figuras parentales en la historia clínica, en la tabla 1 se observa que todos han presentado o presentan problemas importantes en el vínculo con las figuras parentales. La mayor frecuencia la obtienen con ambas figuras paterna y materna, pero de modo individual el vínculo con uno u otro tiene un valor individual especialmente patógeno.

Tabla nº 1. Vínculos patógenos parentales

Género	Padre	Madre	Ambos
Hombre	3	1	11
Mujer	2	0	6

Respecto al test de Rorschach presentan por frecuencia las siguientes índices o constelaciones: (algunos pacientes tienen de 2 a 5 indicadores por este motivo la suma es mayor de 23):

Constelaciones Rorschach:

- DEPI n=17
- CDI n=8
- PTI n=7
- HVI n=2
- SCON n=1
- OBS n=0

Predomina en el subgrupo la depresión, inhabilidad social y los problemas con la percepción y el pensamiento.

En el H-T-P también son más frecuentes los rasgos psicóticos, de carácter paranoide.

En el MCMI-III destacan en la muestra la ansiedad (13), la depresión en sus distintas configuraciones (13) así como los trastornos del pensamiento y los rasgos psicóticos (11).

Conclusiones

El Demonio fundamentalmente, pero también el Diablo y sus derivados, son contenidos que aparecen en ambos sexos. Teniendo en cuenta que existe una mayor demanda de atención psicológica general en las mujeres y el hecho de que el mayor porcentaje de esta muestra sea de hombres añade mayor valor interpretativo respecto a la importancia diferencial en los hombres respecto al contenido del Demonio. Por otra parte, su figurabilidad cultural y componente perceptivo como son los cuernos, la cola, las garras, el color rojo sanguinolento: son derivados arcaicos más asociados al hombre y a la figura paterna.

Los contenidos presentan valores interpretativos diferenciales en función del vínculo con el mismo o diferente sexo. En los hombres el papel de padre ausente, insensible, egoísta, agresivo incide necesariamente en sus procesos de identificación con esa figura de su mismo sexo. En la mujer también, pero de diferente forma.

Analizando los resultados de esta muestra, el contenido del Demonio aparece en todas las láminas excepto en la III. ¿Quizá porque se trata de una lámina en la que la respuesta popular es la delimitación de una figura humana? La lámina predominante en la percepción del Demonio es la lámina I (el primer encuentro con la ambigüedad y la carta de presentación: la ausencia de vínculo de confianza, el temor, el desencuentro) y también en las láminas acromáticas, (la ausencia de color, los blancos, grises y negros: amigos de la noche, de las sombras, de lo oscuro). Ambos aparecen como reactivos proclives a la proyección de contenidos internos diabólicos.

Freud en la interpretación de los sueños señala que el deseo es esa moción o movimiento del aparato psíquico que tiende a reproducir la experiencia de satisfacción y el deseo se cumple en el sueño de forma alucinatoria. Las respuestas del Rorschach se nutren de percepciones y proyecciones predominantemente visuales y primarias, alucinatorias que contrastarían con lo auditivo y los procesos secundarios más afines al lenguaje. Es probable que las características del Rorschach sean más sensibles a la exploración de los avernos del mundo interno perceptual y primario; alucinatorio.

En cuanto a los vínculos con las figuras parentales, en la historia clínica aparece un problema de fondo con las relaciones parentales en todos ellos. Se trata de una muestra clínica que acude a pedir ayuda psicológica y la existencia de problemas vinculares con las figuras parentales durante la infancia es una constante freudiana evidente. Se esperaba encontrar una mayor predominancia

de problemas con la figura paterna, pero la clínica insiste en mostrar que la estructura edípica contiene tres dimensiones; padre-madre-hijo. El modelo teórico freudiano sostiene que el fallo en la función paterna y/o materna cimientan los organizadores psíquicos; la disfunción de uno se sostiene entrelazada y tridimensionalmente en la disfunción de los otros dos.

El análisis individual en el caso 23 —Mujer de 18 años— (Véase tabla 2) ilustra lo señalado en el párrafo anterior o influencia del diablo en los vínculos parentales; realiza el dibujo de una mujer mortífera que denomina “la diabla” y describe a su padre como una persona odiada en la infancia por maltrato, a su madre la describe extremista, manipuladora y añade respecto a su madre (endiablada): “el amor de mi vida y el más doloroso”. En el Rorschach; en la Lam I: “Cara enfadada, como si fuese el diablo, da miedo. El diablo, es que en todas aparece el diablo...”. Lam VI: “La cabeza aquí Dd31, están en mundos diferentes, se tienen que despedir porque está el diablo. Tienen que vivir separadas, están cogidas por la mano y ésta es la raya que las separa...”

Las partes no nacidas del self (desinvertidas) y sus huellas se rellenan de sombras (ambivalencia). En este sentido el Diablo o la Diabla emanaría de esos huecos de ausencia o de presencias negativas predominantemente de la función paterna (en el padre, en la madre y en el hijo). “Los demonios aparecen en la obscuridad de la ausencia o de su patógena presencia”.

Es especialmente ilustrativo también el proceso de respuesta en el Rorschach del caso 12 (véase tabla 2) quien refiere en la lámina VI: “Una escultura de un Ángel (¿idealización de la figura paterna?), pero veo que es un Ángel muy feo, podría ser el demonio porque un Ángel de estos colores es muy poco atractivo” El Ángel, como en la literatura clásica universal, caído, se convierte en el Diablo, el anhelado padre (Ángel) mujeriego, poco cariñoso y celoso, se transforma en el Diablo.

Predomina en el subgrupo la depresión, inhabilidad social y los problemas con la percepción y el pensamiento. Y la paranoia en el H-T-P acompaña este complejo proceso vincular.

Una vez más la combinación del enfoque nomotético que busca rasgos comunes de los individuos asociado al enfoque idiográfico que analiza los rasgos individuales de la personalidad junto a la aplicación de diferentes técnicas de evaluación psicológica enriquecen la comprensión del aparato psíquico.

Bibliografía

- Exner, J. E. y Sendín, C., (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Freud, S., (1913). *Totem y Tabú. Obras completas*. Madrid: Amorrortu ediciones. (2007)
- Freud, S., (1923). *Una neurosis demoníaca del siglo XVII. Obras completas*. Madrid. Amorrortu ediciones (2007).
- Freud, S., (1908). *Carácter y erotismo anal. Obras completas*. Madrid. Amorrortu editores (2007).
- Laplanche, J., Pontalis, J., (2003). *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós Madrid.

ANEXO

Tabla nº 2

Suj	Sex/ Edad	H-T-P	MCMI-III	Padres	Rorschach	Contenido
1	H 49	Parciales, problemas de límites, perfil, paranoides.	Trastorno mixto de ansiedad. Rasgos anancásticos de personalidad.	Ambos: "Siempre tuve mala relación con los dos".	DEPI	Lam X: "Demonio de Tasmania".
2	H 18	Paranoides, perfil.	No tiene MCMI-III	Ambos: Ausencia paterna.	PTI, DEPI, CDI	Lam I: "La careta del demonio cara malintencionada, mala. El Ángel Caído. Lam II: "Imagen satánica". Lam IV: "Un demonio, una especie de emisario de la muerte, del infierno. Un demonio".
3	H 38	Desnudos, musculosos.	Ansiedad, T. Pensamiento, Paranoide, T. Delirante, Bipolar.	Ambos: "Mi padre no era afectivo, era psicossomático".	PTI, DEPI, CDI, HVI, S-CON	Lam VIII: "Un demonio extendiendo las alas". Lam IX: "Un montón de demonios en un aquelarre". Lam X: "Dos diablos de Tasmania".
4	M 48	Abiertos, infantiles.	Ansiedad, Depresión mayor, T. Delirante	Ambos: "Infancia terrible por discusiones y castigos". "Padre con personalidad y mando" (Idealizados. Contradicciones)	PTI, DEPI, CDI	Lam V: "Un murciélago o un demonio con cuernos".

Suj	Sex/ Edad	H-T-P	MCMI-III	Padres	Rorschach	Contenido
5	M 31	No H-T-P.	Depresión	Ambos	DEPI, PTI	Lam I: "Es el diablo claramente, mira fijamente y no me gusta mucho, tiene bultos, quemaduras por estar en el infierno". Lam IX: "Un diablo o un monstruo".
6	H 45	Psicosis.	Ansiedad, Distimia, T. Pensamiento, Dependencia, Depresión mayor.	Ambos: "Mi padre me echó de casa con 8 años (internado). Madre dura de mollera.	PTI, DEPI	Lam I: "La careta de un demonio en carnaval, rasgos demoniacos, sonrisa forzada, de malicia".
7	M 34	Antena casa.	No tiene MCMI-III	Ambos: "Posesivo, egoísta, insensible, problemas con el alcohol y el juego. Madre protectora, celosa, posesiva".	DEPI, CDI	Lam I: "Una máscara, una careta del demonio".
8	H 48 años	No H-T-P.	Distimia, Ansiedad.	Ambos: "Padre relación inexistente. Desde pequeño se me pegó. Le odio, es como mi enemigo".	DEPI	Lam I: "Mariposa de estas raras o un demonio".
9	H 31	Extraños, regresivos.	MCMI-III no válido por falta de respuestas	Ambos: "Todo normal". Somatización.	PTI, DEPI, CDI	Lam VII: "Cráneo del demonio".
10	H 31	No H-T-P.	No tiene MCMI-III	Ambos: "Separados desde pequeños. Padre ausente".	No índices	Lam II: "Una especie de demonio con cuernos".
11	H 24	Ojos paranoicos	T. Pensamiento, Ansiedad, Distimia, Somatomorfo, Depresión Mayor, Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico	Ambos: "Buen padre, cerrado", "Yo actuaba a escondidas de él por miedo" (idealización).	No índices	Lam VII: "Ahora que me estoy fijando la cara como de dos demonios".
12	M 74	No H-T-P.	MCMI-III no válido por falta de respuestas	Ambos: "Madre manipuladora, peor mi padre, no era cariñoso, celoso, con problemas de pareja siempre".	PTI, DEPI	Lam VI: "Ángel, pero es muy feo, podría ser el demonio porque un Ángel de estos colores es muy poco atractivo".

Suj	Sex/ Edad	H-T-P	MCMI-III	Padres	Rorschach	Contenido
13	H 20	No H-T-P.	Ansiedad, Depresión.	Ambos: "Muchos problemas familiares. Padres divorciados cuando tenía 8 años".	DEPI	Lam I: "Me recuerda como un diablo, está volando".
14	M 44	No H-T-P.	Depresión, somatoformo.	Ambos: "Con problemas desde la infancia, no tengo contacto con ellos en la actualidad".	DEPI	Lam IV: "Un macho cabrío con capa grande, un demonio".
15	H 44	Tamaño grande. Manos escondidas en dibujo de la mujer.	Ansiedad, dependiente, dependencia alcohol	Madre: "Tremendamente insegura y negativa, siempre echa un jarro de agua fría a todo lo que me puede ilusionar. Buena relación con mi padre".	HVI	Lam IX: "Diablillos con cara de mala leche".
16	H 18	Fuera de la hoja, transparencias, indicadores psicosis.	Ansiedad, T. Pensamiento, bipolar, negatividad pasivo-agresivo, dependencia alcohol.	Padre: "Siempre con peleas con mi padre, con agresividad física. Siempre discusiones".	No índices	Lam X: "Se me ha venido como los frescos del techo de una iglesia, como si fueran dibujos raros de los angelitos y demonios en los frescos".
17	H 47	Perfil.	T. Pensamiento, Ansiedad, Depresión.	Ambos: "Padre alcohólico, ausente". Madre: "Agresiva y desfigurada por mi padre. No se nada de ellos desde hace años".	DEPI	Lam IV: "Cara como de extraterrestre, me recuerda a la cara del diablo que vi en Davos.
18	M 30	Infantiles, mirada de lado, abiertos.	Depresión, dependencia, somatoformo.	Padre: "Raro, más suyo, no exterioriza, no complicidad".	DEPI, CDI	Lam I: "Murciélago o una cara como de demonio o algo así raro, los ojos los veo así como de demonio y una sonrisa mala o colmillo o algo".
19	H 65	Grandes, desproporcionados.	T. pensamiento, esquizoide, ansiedad, depresión.	Padre: "Desequilibrado, muy celoso, pero querido y respetado, ausente, con miedo, falta de cariño".	CDI	Lam X: "Dos caballitos del diablo".

Suj	Sex/ Edad	H-T-P	MCMI-III	Padres	Rorschach	Contenido
20	H 20	Mechón de pelo que sobresale en la cabeza.	No tiene MCMI-III	Padre: "Irritable, enfermizo, cobarde, violento, malos tratos. Madre demasiado buena".	No índices	Lam V: "Un Ángel (sonríe) o un Ángel maligno" "sumándole los cuernos". Lam IX: "Una imagen demoníaca".
21	M 37	Paranoide	Depresión mayor, T. por estrés postraumático, ansiedad, dependiente, somatoformo.	Ambos: "Padre fallecido" (idealizado). Madre: "deseo no volver a verla nunca jamás".	DEPI	Lam I: "Un Ángel malo" Lam V: "El demonio visto de espaldas".
22	H 51	No indicadores	Compulsivo, ansiedad.	Ambos: "Padre muy recto, muy duro contra mí. Fue recibir mucho palo. Control total, una época lo llegue a odiar". Madre: "sumisa".	DEPI, CDI	Lam VIII: "Un demonio con los cuernos".
23	M 18	Mujer mortífera: la denomina "la Diabla".	Ansiedad, bipolar, dependencia del alcohol, Distimia. T. Delirante.	Ambos: "Padre odiado en la infancia por problemas que tenía con mi madre". Madre: "Muy extrema, manipuladora: el amor de mi vida y el más doloroso".	PTI, DEPI, HVI	Lam I: "Cara enfadada, como si fuese el diablo, da miedo. El diablo, es que en todas aparece el diablo". Lam VI: "La cabeza aquí Dd31, están en mundos diferentes, se tienen que despedir porque está el diablo. Tienen que vivir separadas, están cogidas por la mano y ésta es la raya que las separa..."

Alicia María Delgado Campos*
Patricia Alcindor Huelva**
Lourdes Sipos Gálvez***

¿ES POSIBLE UTILIZAR LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD?

Resumen

Infancia y adolescencia -etapas evolutivas cruciales en la estructuración psíquica de un sujeto- están expuestas a patologías mentales que podrían afectar al desarrollo de diferentes funciones psíquicas susceptibles de alterar procesos de desarrollo cognitivos, de personalidad y de relación. Se cuantifica la incidencia de Trastorno Mental Grave (TMG) a partir de un estudio observacional transversal, con una muestra clínica de 211 casos obtenida de un centro de salud mental (Programa de Niños y Adolescentes) en la ciudad de Madrid. Se presenta una propuesta de programa dirigido a población infanto-juvenil con TMG, que se desarrollará dentro del sistema público de salud de la Comunidad de Madrid y en el Programa de Infanto-juvenil de los Centros de Salud Mental. Se incide en el abordaje precoz y en el tratamiento intensivo y multiprofesional. Se incluyeron Técnicas Proyectivas Gráficas en la evaluación inicial y en el seguimiento de la intervención psicoterapéutica.

Palabras clave: TMG en niños y adolescentes, intervención intensiva, abordaje multiprofesional, Técnicas Proyectivas Gráficas



Alicia María
Delgado



Patricia
Alcindor



Lourdes Sipos

* Psicóloga clínica. unidad de niños y adolescentes. CSM Puente de Vallecas, Madrid.
aliciadelgadocam@gmail.com

** Psiquiatra. unidad de niños y adolescentes. CSM Puente de Vallecas, Madrid.

*** Psiquiatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Amitea), Madrid

IS IT POSSIBLE TO USE PROJECTIVE TECHNIQUES IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM?

Abstract: *Childhood and adolescence -crucial evolutionary stages in the psychic structuring of a subject- are exposed to mental pathologies that could affect the development of different psychic functions susceptible to alter cognitive, personality and relationship development processes. The incidence of Serious Mental Disorder (SMD) is quantified from a cross-sectional observational study, with a clinical sample of 211 cases obtained from a mental health centre (Child and Adolescent Programme) in the city of Madrid. A proposal was presented for a programme aimed at the child and adolescent population with TMG, to be developed within the public health system of the Community of Madrid and in the Child and Adolescent Programme of the Mental Health Centres. The focus is on the early approach and intensive, multi-professional treatment. Projective graphic techniques were included in the initial assessment and in the follow-up of the psychotherapeutic intervention.*

Keywords: *TMG in children and adolescents, intensive intervention, multiprofessional approach, Projective Graphic Techniques.*

Introducción

Según Lasa Zulueta et al., el concepto de TMG en la infancia y la adolescencia incluye un conjunto de patologías psíquicas con factores etiológicos múltiples, evoluciones diversas y, por tanto, pronóstico en muchos casos difícil de predecir con precisión; pero tienen en común que todas ellas afectan de forma severa y global al desarrollo de las funciones psíquicas del niño, habitualmente desde edades tempranas, perturbando sus capacidades cognitivas, de comunicación relación y adaptación. Además, son altamente invalidantes en muchos casos y suponen un alto coste en sufrimiento personal y familiar y conllevan una importante repercusión en su calidad de vida, en su entorno familiar y en su desarrollo académico y social. Su carácter crónico y limitante exige una intensidad y continuidad de cuidados que incluya intervenciones multidisciplinares y multiagenciales. (Lasa Zulueta et al., 2014).

Los estudios realizados valoran que entre un 10% y un 20% de los niños y adolescentes sufren trastornos mentales en nuestro país. (Gómez- Beneyto et al., 1994). Entre el 4% y 6% de los niños padecen un TMG (Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Salud mental y calidad de vida en la población infantil.,

2014). La mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años y más del 70% antes de los 18 años (Fundación Alicia Koplowitz, 2014).

Los TMG en la infancia son una problemática reconocida por nuestro sistema sanitario y por planes y organismos de salud mental nacionales e internacionales de los que son una muestra los siguientes:

En el *Plan Integral de Salud Mental*, de la *Organización Mundial de la Salud* 2013-2020, se indica que: *Los niños y adolescentes con TMG deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas, de carácter no farmacológico, evitando la hospitalización y la medicalización.* (OMS, 2013)

La Comunidad de Madrid dentro del *Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020*; aborda esta necesidad de forma explícita en el epígrafe Atención Ambulatoria de Salud Mental de niños y adolescentes y se plantea como objetivos:

a. Desarrollar, implantar y consolidar el Programa de Continuidad de Cuidados en TMG de la infancia y adolescencia.

b. Crear e implantar Recursos de Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Centros de Salud Mental y hospitales. (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018).

Justificación del Programa

Para valorar la necesidad de generar un programa de intervención en TMG se cuantificó el porcentaje de casos con TMG que había en la Unidad de Niños y Adolescentes de un Centro de Salud Mental en la ciudad de Madrid. Para el estudio se recogió una muestra clínica de enero a marzo de 2018, donde se recopilaron 211 casos.

La metodología seguida fue el diseño de un estudio observacional transversal retrospectivo. Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario hetero-aplicado por los clínicos (psicología y psiquiatría). Este cuestionario se pasó a todos los pacientes registrados en las agendas de Psiquiatría y Psicología. Se recogían datos sociodemográficas (edad, sexo, etapa educativa, núcleo de convivencia, situación económica familiar y relaciones con iguales fuera del núcleo familiar) y variables clínicas (motivo de consulta, diagnóstico clínico principal, diagnóstico clínico secundario, antecedentes psiquiátricos personales, acontecimientos vitales estresantes, acoso escolar, abuso sexual, antecedentes de ideas autolíticas, conductas suicidas y autolesiones, consumo de tóxicos, intencionalidad suicida, grado de mejoría global actual, antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones en familia y consumo de tóxicos

en la familia). El diagnóstico clínico se hizo según categorías ya predeterminadas. (Anexo 1).

Los criterios de selección de la muestra fueron:

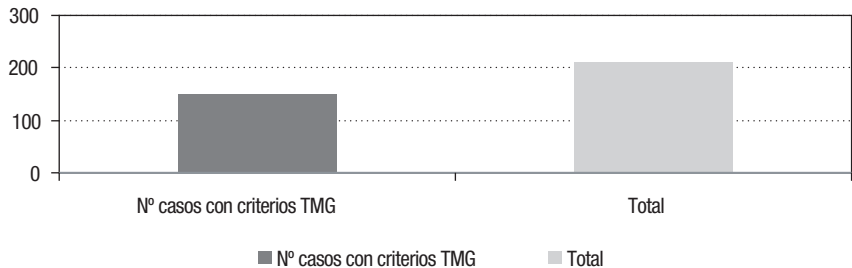
a. *Edad*: 11-18 años.

b. *Inclusión*: paciente con proceso clínico en activo en las agendas de las terapeutas del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

c. *Exclusión*: pacientes menores de 11 años y mayores de edad con proceso clínico activo en las agendas de las terapeutas del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

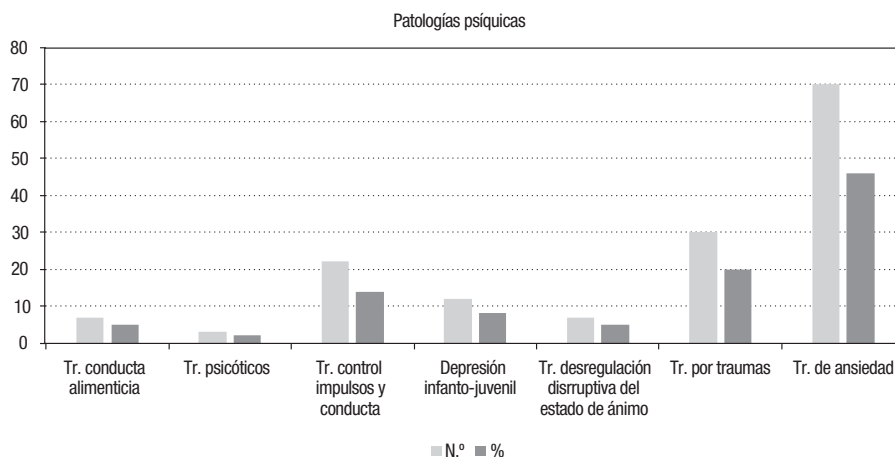
Resultados

Gráfico 1. Número de casos sobre el total



Del total de 211 casos de la muestra, se detectaron 151 casos que cumplían los criterios de TMG. Se analizaron los casos en los que el diagnóstico principal implicara gravedad clínica.

Gráfico 2: Porcentajes de TMG



La distribución según el diagnóstico clínico fue:

- Trastornos del control de los impulsos y de la conducta 22 casos (14%)
- Trastornos conducta alimentación 7 (5%).
- Trastornos psicóticos 3 (2%)
- Depresión infanto-juvenil 12(8%)
- Trastornos de la desregulación disruptiva del estado de ánimo 7 (5%)
- Trastornos por traumas 30 (20%)
- Trastornos de ansiedad 70 (46%)

Propuesta de un programa de atención al TMG

Teniendo en cuenta el elevado número de casos con TMG que se detectan en la muestra recogida (71,56%), describimos una propuesta de intervención que permitiría acotar los perfiles con los cuales intervenir teniendo en cuenta el diagnóstico estructural, así como la dinámica familiar y el entorno social e institucional.

El funcionamiento psíquico de los niños con patología mental grave se caracteriza por tener un mayor predominio del proceso primario donde existe una confusión mental, donde los recuerdos y vivencias corporales coexisten sin conexión ni ubicación en el espacio-tiempo y sin poderlos articular en una historia personal (Vilá, F. 2001). A través de la intervención individualizada se trataría

de ayudarles a ordenar ese caos para que sean capaces de construir su historia y favorecer el proceso de subjetivación y de esa manera poder establecer un Yo separado y encontrar defensas más adaptativas.

Las características de estos cuadros requieren un tratamiento temprano, intensivo, especializado, continuado, coordinado e integrado. (Lasa Zulueta et al., 2014).

Desde nuestra concepción clínica, estos pacientes, por sus características psicopatológicas, requieren un abordaje multiprofesional, siendo necesaria no sólo una coordinación de recursos sino una integración funcional de los mismos para que los aspectos emocionales, pedagógicos y socio-familiares estén presentes en el tratamiento. En el trabajo interdisciplinar una de las tareas fundamentales es la elaboración conjunta de planes de atención individual para cada niño, revisable de forma periódica.

La hipótesis de partida de nuestra propuesta es que un aumento de la intensidad de la intervención en los casos clínicamente más graves se traduciría en una mejor evolución del trastorno.

1. Objetivos generales del programa

- Garantizar la atención integral (multidisciplinar) a los niños y adolescentes en situación de grave riesgo psíquico, social y/o familiar
- Instaurar un encuadre temporal con la frecuencia que requiere el TMG.
- Crear un censo de pacientes con TMG en la Unidad de niños y adolescentes del CSM de Puente de Vallecas de Madrid.

2. Objetivos específicos

2.1. Respecto al niño o adolescente

- Establecer un abordaje terapéutico, psicológico y psiquiátrico, con la frecuencia determinada en cada caso, a fin de instaurar unos ritmos de presencia-ausencia que generen un espacio contenedor y facilitador para los procesos de mentalización y simbolización frente a la actuación y la desorganización psíquica.
- Realizar el seguimiento de las necesidades cambiantes en la evolución del niño/adolescente para dar respuestas apropiadas a cada momento evolutivo y favorecer el cambio emocional y cognitivo para facilitar la adaptación a la realidad y las competencias relacionales
- Garantizar la continuidad en el tratamiento y la transición a la intervención que se considere adecuada en la vida adulta, si se requiere.

2.2. *Respecto a la familia*

— Apoyar a las familias para afrontar la situación clínica y mejorar las condiciones para la salud global tanto familiar como del niño o adolescente.

— Generar un espacio de encuentro y reflexión donde las familias compartan una experiencia común y expresen las dificultades que surgen en la convivencia y crianza con el objetivo de generar estrategias de manejo que mejoren la interacción vincular.

— Trabajar los conceptos de *sintonía emocional* y *sincronía emocional*, para poder conseguir una adecuación entre el desarrollo del niño y la adaptación de los padres.

— Ayudar a las familias a entender la estructuración del psiquismo en el adolescente en relación al trabajo con los duelos y la consolidación de la identidad sexual.

— Ofrecer un apoyo externo que guíe a las familias en el ejercicio de su parentalidad, realizando intervenciones basadas en las fortalezas y no focalizadas en los déficits.

— Favorecer la contención de ansiedades.

— Un abordaje psicoeducativo, orientando en las disfunciones familiares observadas que incidan en la sintomatología del niño o adolescente.

— Coordinar y cooperar con los dispositivos que precise la familia para hacer frente a sus necesidades cambiantes y así prevenir situaciones de riesgo.

— Establecer los criterios de intervención con la familia de forma coordinada con otros recursos.

2.3. *Respecto a las instituciones que intervienen en el proceso*

— Crear un proyecto de actuación conjunta con objetivos comunes para responder de forma consensuada y uniforme en todas las instituciones que intervienen con el niño o adolescente y su familia, respetando las parcelas de cada institución y sin duplicar actuaciones.

— Dar apoyo y pautas de intervención con el paciente en los distintos recursos en los que esté inmerso.

3. Recursos humanos

— Tres Psiquiatras de la Unidad de Niños y Adolescentes del Centro de Salud Mental.

— Dos Psicólogas Clínicas de la Unidad de Niños y Adolescentes del Centro de Salud Mental.

- Una Enfermera especialista en Salud Mental.
- Una Trabajadora Social.

4. Recursos materiales

- Despachos: 1 por profesional
- Tiempo: 1 jornada semanal (viernes)

5. Población atendida

El área geográfica de la zona sur de Madrid (Puente de Vallecas) y el hospital general de referencia es el Hospital Universitario Infanta Leonor.

Dada la posibilidad de libre elección sanitaria que existe en la Comunidad de Madrid, también se atiende en el programa a pacientes de otras zonas de Madrid.

Desarrollo del Programa.

1. Criterios de inclusión

— Edad: niños y adolescentes de 11 a 17 años que presenten TMG, que afecte a su calidad de vida o que provoque desadaptación personal, familiar, social o académica.

— Diagnóstico incluidos según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) Tabla 1.

2. Criterios de exclusión

— Autismo severo y típico (Kanner).

— Retraso mental como único diagnóstico.

— Conductas psicopáticas estructuradas, antisociales y de larga evolución.

— Consumo-abuso-dependencia de sustancias adictivas como único diagnóstico.

— Intervenciones intensivas en otros dispositivos: Hospital de Día, Centro Atención Drogodependencias.

3. Características del programa

- N° pacientes por profesional: 18
- Tratamiento Individual: Psicoterapia. Tratamiento farmacológico
- Frecuencia psicoterapias: semanal/quincenal

Tabla n° 1: CIE-10

Trastornos generalizados del desarrollo	
F84.1	Autismo atípico
F84.2	Síndrome de Rett
F84.5	Síndrome de Asperger
F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo
Esquizofrenia y Trastornos Esquizoafectivos	
F20	Esquizofrenia
F25	Trastornos esquizoafectivos
F28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
F29	Psicosis no orgánicas sin especificar
Trastornos del humor	
F 30-39	Trastornos del humor (Afectivos)
F60.31	Trastorno límite
Trastornos comportamiento y de las emociones	
F90.0	Trastorno de la actividad y la atención. Tr. hiperquinéticos con tr. de la atención
F93	Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia

- Tratamiento grupal
- Trabajo con la familia: Orientación a padres. Psicoterapia padres
- Trabajo en equipo
- Trabajo en red: consiste en la creación y articulación de una vía de coordinación con los distintos recursos que intervienen con el niño. Con este objetivo se realizan coordinaciones con:
 - Servicios Escolares (Centros Escolares, Equipos de Orientación psicopedagógica).
 - Servicios Sanitarios (Atención Primaria, Unidad de Hospitalización).
 - Servicios Socio-comunitarios (Servicios Sociales de base, Programas de ocio, Equipos de intervención familiar, Servicio de Protección a la Infancia).

4. Plan atención individualizada

Plan de atención individualizada

• Fecha de elaboración • Profesional de referencia • Coordinador de continuidad de cuidados	Datos socio-demográficos del niño • Nombre y apellidos • Fecha de nacimiento • Nombre de los padres y/o tutor que ejerza la guarda y patria potestad • Curso y centro educativo • Localidad
• Resumen historia clínica • Motivo de consulta y clínica actual • Estructura familiar propia. Genograma. Breve descripción de la dinámica familiar • Factores de riesgo biológico perinatales • Patologías médico-quirúrgicas de interés • Factores de riesgo para patología vincular (deprivación materna, retrasos en desarrollo psicoevolutivo) • Estrés vitales	Pruebas complementarias ▪ Médicas: analítica ▪ Psicológicas a) Escalas y entrevistas diagnósticas: Clinical Global Impression. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) b) Batería Técnicas Projectivas: H.T.P. Test Familia imaginada. Hora de juego diagnóstica
Formulación del caso a) listado de problemas - Percepción de la salud - Actividad –ejercicio - Sueño-descanso - Área cognitiva-perceptiva - Autopercepción-Autoconcepto - Relaciones - Sexualidad - Tolerancia al estrés - Valores-creencias b) Evaluación del estado mental (Según Palacio Espasa 2003) (Rodríguez-Sacristán, 1995) c) Evaluación del patrón de apego (Barudy, 2010) d) Aproximación diagnóstica (CIE 10) e) Fortaleza y habilidades	Objetivos terapéuticos con el niño <u>Objetivos trimestrales</u> - Área cognitiva - Área emocional - Área de la simbolización - Área vincular - Competencia relacional - Proceso de separación-individuación <u>Objetivos para el alta</u> - Área cognitiva - Área emocional - Área de la simbolización - Área vincular - Competencia relacional - Proceso de separación-individuación
Objetivos terapéuticos con la familia - Orientada hacia una psicoterapia basada en la parentalidad - Orientada hacia la psicoeducación - Orientada hacia una Intervención grupal	Objetivos con el colegio - EOEP - Aulas TGD - Pedagogía Terapéutica
Objetivos con el resto de instituciones que intervienen con el niño Servicios Sociales - Área de Protección del Menor - Asociaciones	

Para plantear el Plan de Atención individualizado con cada niño o adolescente, nos hemos apoyado en la experiencia del Hospital de Día Infanto Juvenil de la Mancha Centro y en su plan individualizado de trabajo (Villero Luque et al., 2016).

Para la valoración con cada menor y su familia se plantea la recogida de datos sociodemográficos; se incluye un resumen de la historia clínica y de las pruebas incluidas en la valoración.

Se propone una formulación del caso que incluiría una aproximación fenomenológica, así como una evaluación del estado mental. También la inclusión de la valoración de los estilos de apego. Finalmente se plasmaría una aproximación diagnóstica multiaxial y se concluye con las fortalezas y habilidades del menor.

Se recogerían en este plan objetivos terapéuticos con el menor con la familia, con la escuela y con los distintos dispositivos de la red que estén interviniendo. (Anexo 2)

5. Vías de entrada y salida al programa

La entrada al programa de TMG se realizará de forma ordinaria desde los diferentes canales por los que se accede al Centro de Salud Mental:

- Pediatría de Atención Primaria
- Desde el Programa Padres-hijos del Centro de Salud Mental
- Pacientes ya en seguimiento en el Centro de Salud Mental

Se tendrán en cuenta los criterios ya expuestos de inclusión-exclusión

La salida del proceso se realizará cuando se cumplan algunos de los siguientes criterios:

— Mejoría del funcionamiento mental que motivó la derivación puesto en relación con el momento evolutivo del niño (Evaluación del estado mental según el diagnóstico estructural) (Palacio Espasa & Dufor, 2003).

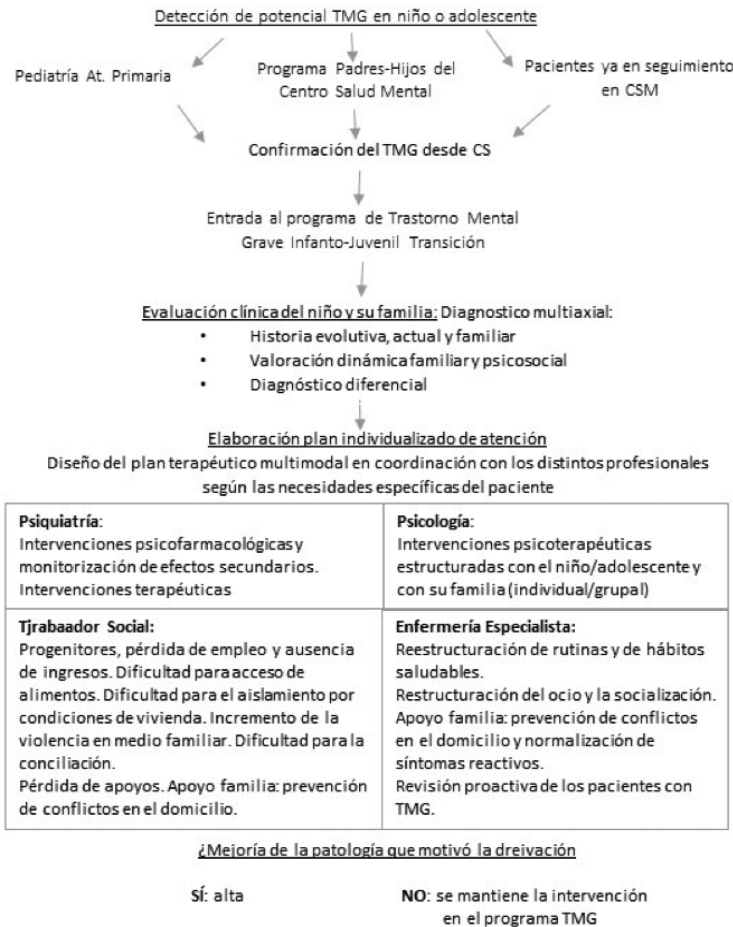
— Causas administrativas: traslado de domicilio, fallecimiento del paciente, atención en otras redes privadas.

A la salida del programa el paciente se mantendrá en seguimiento en las consultas de psiquiatría y psicología del Centro de Salud Mental.

Un objetivo del programa será la elaboración de un censo de pacientes con TMG en Infanto-juvenil.

6. Proceso del TMG

Cuadro n° 1: Mapa del proceso



Conclusiones y reflexiones

La puesta en marcha de un programa específico de atención a una patología o situación clínica compleja, como es el caso que se presenta en este trabajo, exige también realizar una estimación de la eficacia y eficiencia de dicha intervención, a fin de asegurar un aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles en el sistema sanitario público.

En este sentido nos parecería interesante poder tener en cuenta unos criterios de evaluación que ayudaran a definir el grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el Plan Individualizado de Trabajo.

La hipótesis de partida de este programa de intervención es que “un aumento de la intensidad de la intervención en los casos clínicamente más graves se traduciría en una mejor evolución del trastorno”.

Como indicadores de la evolución se propone realizar una monitorización de la intervención realizando una evaluación estandarizada al comienzo de la misma y posteriormente al finalizar el tratamiento.

Como instrumentos de evaluación a utilizar proponemos las siguientes escalas y entrevistas diagnósticas: El *Clinical Global Impression* (Busner J, et al 2007). El *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes SENA* (Fernández-Pinto et al 2015). Así como una *batería de Técnicas Proyectivas Gráficas*, que incluyen el *HTP* (Buck 2008) y el (Corman 1967), así como la *Hora de Juego Diagnóstica* (Siquier de Ocampo M. et al. 1987).

El *Clinical Global Impression*, es un método de cuantificación breve y comprensible que puede facilitar la valoración del impacto del tratamiento a lo largo del tiempo.

El *Clinical Global Impression* proporciona una medida global determinada por el facultativo que tiene en cuenta toda la información disponible, incluido el conocimiento del historial del paciente, las circunstancias psicosociales, los síntomas, el comportamiento y el impacto de los síntomas sobre la capacidad de funcionamiento del paciente.

Se incluye la valoración utilizando TPG, tras un periodo determinado de abordaje y tratamiento, para poder detectar el efecto de la intervención psicoterapéutica no solo en la estabilización sintomal sino también a nivel de la variación producida en la estructura de funcionamiento psíquico.

Los TPG informan de los aspectos estructurales más básicos del funcionamiento psíquico. La menor posibilidad de control intelectual los convierte en los primeros detectores de indicadores psicopatológicos y también

suelen ser los últimos en ofrecer modificaciones o cambios importantes (Buck, 1995).

La utilización de Técnicas Proyectivas permite la evaluación de las modificaciones producidas en el funcionamiento psíquico del paciente derivadas del proceso psicoterapéutico. (Grassano de Pícolo, 2020).

Numerosas investigaciones han demostrado la validez de las Técnica Proyectiva Gráficas como instrumento de valoración de problemas psicopatológicos en población infantil y adolescente (Hamrin y Pachler, 2005; Tielsch y Allen, 2005)

Es importante señalar algunos aspectos beneficiosos de implantar un programa específico intensivo para los TMG:

— Valoramos como fundamental la posibilidad de tener una estructura organizativa asistencial que facilite el disponer en la agenda de unos espacios reservados para el TMG, estableciendo la periodicidad de un día a la semana dedicado a estos pacientes.

— El encuadre semanal permite generar con el paciente grave unos ritmos de presencia y ausencia que favorecen la alianza terapéutica y que sirven de base para trabajar los procesos de mentalización.

— La frecuencia en el encuadre de intervención incide en la adherencia al tratamiento, siendo un aspecto importante a tener en cuenta dada la dificultad de vinculación *con el otro* que suelen presentar estos pacientes.

— El encuadre de psicoterapia de forma paralela de hijos y de padres funciona como soporte mutuo y se convierte en un catalizador que facilita y ayuda al cambio.

— El trabajo grupal con padres favorece la comprensión de las dificultades emocionales de los niños afectados por un TMG y facilita las funciones de información, formación y apoyo que estos padres necesitan de cara a favorecer las habilidades parentales de crianza

— El trabajo grupal permite compartir experiencias y sentimientos favoreciendo la capacidad de entender los problemas e incrementando la capacidad de contenerlos. Paralelamente es un lugar donde se pueden elaborar los sentimientos de soledad y de culpa.

— Dado el carácter multiprofesional y la variedad de intervenciones que se realizan con cada paciente, consideramos muy importante el tiempo que se dedican a las coordinaciones dentro del equipo de cara a valorar tanto la evaluación de los nuevos pacientes como la evolución de los tratamientos en curso.

— Sería deseable una detección e intervención precoz de los casos graves de cara a evitar la cronificación de los trastornos.

Bibliografía

- Barudy, J., Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa.
- Beraudi Luppi, A., & Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. (2004). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente (CFT-MEA-R-2000)*. Editorial Polemos Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental.
- Buck, J. N. (1995). *Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujo Proyectivo. H.T.P. México*. Manual Moderno (Trabajo original publicado en 1992).
- Buck J. N. (2008) Casa-Árbol-Persona: H-T-P, técnica proyectiva de dibujo: manual y guía de interpretación. 2ª ed. Madrid: TEA;
- Busner J, Targum SD. (2007) The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)*.4 (7) ,28-37.
- Corman, L. (1967). El test del dibujo de la familia. Buenos Aires, Argentina: Kapelus
- Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Salud mental y calidad de vida en la población infantil*. (Serie Informes monográficos nº 2). (2014). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico. Madrid: TEA Ediciones.
- Fundación Alicia Koplowitz. (2014). *Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente*. Grassano de Pícolo, E. (2002) *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires, Nueva Visión
- Gómez-Beneyto, M., Bonet, A., Catalá, M. A., Puche, E., & Vila, V. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(5), 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01528.x>
- Hamrin, RN., Pachler, M.C. (2005). Chil et adolescent, depression: review of the latest evidence-based treatments. *Journal of Psychosocial Nursing et Mental Health Services*, 43(1),54
- Lasa Zulueta, A., Jorquera Cuevas, C., Solana Azurmendi, B., & Del Arco Heras, S. (2014). *Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia*. (Estudio en Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2014. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la CAM. 2018-2020*. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.
- OMS. (2013). *Plan Integral de Salud Mental, de la Organización Mundial de la Salud 2013-2020*.
- Palacio Espasa, F., & Dufor, R. (2003). *Diagnostico estructural en el niq*. Herder.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla.
- Siquier de Ocampo, M; García Arzeno, M.; Grassano, E. (1975): Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

- Tielsch, A. H., et Allen, P. J. (2005). Listen to them draw: screening children in primary care through the use of human figure drawings. *Pediatric nursing*, 31(4).
- Vilá, F. (2001). *Actualidad de la clínica del Autismo. Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y psicosis Infantil en el Área Mediterránea*. Ministerio Affari esteri. Direzione generale per la promozione e Cooperazione culturale. Ambasciata d'Italia.
- Villero Luque, S., Fuerte Beneitez, P., León Allué, L., Rodriguez Pérez, E., Sánchez-Carpintero Abad, A., & Jiménez Pascual, A. M. (2016). Evaluación del Hospital de Día Infanto-Juvenil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 61.
- World Health Organization (Ed.). (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Décima revisión. [10a rev.]). OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

ANEXO 1.- PROTOCOLO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Información sobre las variables sociodemográficas

Edad	Años
Sexo	Hombre / Mujer
Ocupación	Estudiante infantil / Primaria / E.S.O. / Bachillerato / Formación Profesional / Trabajo / Ninguna
Núcleo de convivencia	Ambos padres / Sólo un padre / Otro familiar o tutor / Institución
Situación económica familiar	Precaria / No precaria
Relación con iguales fuera del núcleo familiar	Sí / No
<i>Información sobre variables clínicas</i>	
Motivo de consulta: Síntomas somáticos / Síntomas psíquicos / Trastorno de la consulta Conducta suicida / Consumo de tóxicos	

Diagnóstico clínico

Discapacidad intelectual / Trastornos de la comunicación / Trastornos del espectro autista / Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad / Trastornos específicos del aprendizaje / Trastornos motores / Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta / Trastornos de Ansiedad / Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés / Trastornos de la desregulación disruptiva del estado de ánimo / Depresión infanto-juvenil / Trastornos psicóticos / Trastornos de la conducta alimentaria / Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos / Trastornos de la excreción / Trastornos del sueño / Diagnóstico secundario

Antecedentes psiquiátricos personales	Sí / No
Acontecimientos vitales estresantes	Sí / No
Acoso escolar	Sí / No
Abuso sexual	Sí / No
Antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones	Sí / No
Consumo de tóxicos	Sí / No

Estudio de prevalencia de ideas, conductas suicidas y autolesiones

Autolesiones	Sí / No
Ideas suicidas	Sí / No
Intencionalidad suicida	Sí / No
Intentos de suicidio	Sí / No
Mejoría global actual	No evaluado / Mucho mejor / Moderadamente mejor / Levemente mejor / Sin cambios / Levemente peor / Moderadamente peor / Mucho peor
Antecedentes psiquiátricos familiares	Sí / No
Antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones en familia	Sí / No
Consumo de tóxicos en la familia	Sí / No

RESEÑA DEL LIBRO

EN JUEGO. TEORÍA Y TÉCNICA DEL JUEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ACTUAL

Autoras: Rosa Royo, Lucy Jachevasky y Teresa Pont

Por: Rosa Royo



Rosa Royo



*Lucy
Jachevasky*



Teresa Pont

Me hace especial ilusión hacer esta reseña para la Revista de la SERYMP, ya que las tres autoras y editoras, formamos o hemos formado, durante mucho tiempo parte de la Sociedad del Rorschach y consideramos que los inicios del libro que os presento están justamente en nuestra sociedad.

Empezaré haciendo un breve resumen de cómo pensamos y construimos el libro.

EN JUEGO nació del deseo inicial de Teresa, Lucy y mío de potenciar y poner en valor el juego como herramienta para trabajar, para comprender y relacionarnos con nuestros pequeños pacientes, quienes han sido nuestros mejores maestros.

Las tres, de una forma u otra, aprendimos y compartimos la pasión por el juego con Alberto Campo, psicoanalista que impartió seminarios sobre “el juego” en la SCRIMP, lugar que fue pionero en la enseñanza sistemática de esta técnica.

En esos seminarios aprendimos sobre el juego, la teoría y su técnica, pero sobretudo Alberto Campo nos transmitió la pasión por el juego y por jugar con los niños. Cuando faltó, el seminario lo continuó Lucy, coeditora del libro.

A raíz de aquellos cursos, hablamos del año 1989, Alberto Campo y Cristina Ribera escribieron el libro “El Juego, los niños y el Psicodiagnóstico”, uno de los pocos que existen sobre el tema y que está más que agotado. Libro muy estimado por nosotras, en el que participamos y lo consideramos la pre-historia de EN JUEGO. Por la gratitud y el afecto que le tenemos a Alberto Campo el libro está dedicado a él.

Todo esto es el background, pero la chispa que encendió el proceso fue la idea que el juego en la práctica clínica, tanto en el diagnóstico como en la terapia, estaba variando de estatus. A pesar de que el material de juego está casi siempre presente en las sesiones, nos parecía que había perdido protagonismo como herramienta básica.

Evidentemente no es así para todos, seguro que muchos de vosotros usáis el juego dándole valor, quizás el cambio lo vemos en las generaciones más jóvenes.

Por ejemplo, observamos que no se destina un tiempo adecuado en el diagnóstico, sino que se hace “un ratito” de juego. Unas veces para romper el hielo inicial, otras, a modo de relleno, cuando sobra algo de tiempo en las sesiones. Por su lado en la terapia, “jugar” puede no ser una actividad central en el proceso.

Una de las hipótesis que hicimos es la complejidad de la técnica del juego cuando no se tiene una formación específica. Usar el juego en la consulta no es tan sencillo como “ponerse a jugar” con el niño y ya está. Si no hay algunas ideas que orienten para comprender lo que está sucediendo, el juego de los niños puede parecer bastante surrealista, más o menos como los sueños.

En cambio, cuando se tienen algunos elementos que ayuden a entenderlo, nos puede dar mucho “juego”. Es una manera natural de relacionarnos con los niños, nos permite generar un clima de confianza. Y, por descontado, el juego puede ser, en sí mismo, altamente transformador.

Así pues, el deseo de recuperarlo como método esencial para trabajar con los niños, ayudando a comprenderlo un poco más; la poca bibliografía existente y la posibilidad de actualizar su teoría y su técnica, fueron fuertes motivaciones para escribir un libro sobre el juego.

Nos pusimos manos a la obra, conversando, pensando, buscando,... y la estructura del libro fue cogiendo forma, la cual os paso a describir.

La perspectiva teórica desde la que está escrito es la psicoanalítica. Cómo sabéis el psicoanálisis no es un bloque monolítico, siguiendo el espíritu freudiano, es una disciplina viva, en transformación, en la que conviven diferentes orientaciones. Una de las primeras ideas que tuvimos fue incluirlas. Así un apartado del libro está dedicado a que cinco psicoanalistas de cinco líneas diferentes, actualizadas (freudiana, kleiniana, winnicottiana, lacaniana y relacional), reflexionen sobre el juego desde la perspectiva teórica en la que trabajan. Son: Ma Elena Sanmartino, Elena Fieschi, Joseph Knobel, Gabriela Galarraga y Pablo Nieva. Cinco profesionales y compañeros de amplia experiencia en el tema que, además de la teoría, con el fin de ilustrar mejor su técnica comentan una misma hora de

juego, material cedido por Gemma Maspons. Las tres autoras y editoras consideramos que es un ejercicio novedoso y muy valiente.

A partir de aquí, seguimos ampliando y convencimos a otros compañeros, buenos conocedores del tema, para que colaboraran. Como a Julio Moreno para reflexionar sobre los juegos y también sobre los juguetes, dando una visión histórica. A Daniel Antebi, que nos habla de un tema imprescindible, la inclusión de los juguetes tecnológicos dentro de las sesiones.

Nos pareció sugerente incluir otras miradas. De las varias posibles decidimos una técnica, el juego en la arteterapia con Rosa Barquero y una teórica, la sistémica constructivista con Meritxell Pacheco.

Para nosotras tres, Lucy, Teresa y yo, nos reservamos todo lo que tenía que ver con las cuestiones del juego en general, su evolución según las edades; la técnica de diagnóstico y de terapia; el juego del niño sin dificultades especiales y las derivas patológicas que se pueden observar en las maneras de jugar, con un apartado específico para el juego de los niños con autismo que ha trabajado Lucy con Dolors Cid.

El texto está ilustrado con abundantes ejemplos clínicos, muchos de nuestra propia práctica, pero también de compañeros, tanto de la consulta privada como de la pública, los que nos han confiado el material de sus pequeños pacientes.

El libro cuenta también con una cálida introducción, que bien podría ser otro capítulo, de José Manuel Ibañez, psiquiatra infantil y su alter ego, el querido payaso Brunno.

Una mención al título, EN JUEGO es una invitación y también un reconocimiento de que en las sesiones no juega el niño solo en nuestra presencia, sino que estamos todos “en juego”. Si, de una forma u otra, no jugamos todos, la cosa no funciona.

De esta manera, poco a poco el libro fue creciendo y, sin pretenderlo, llegó a ser una especie de libro de consulta, que se puede leer del tirón, por supuesto, pero también se puede utilizar según las necesidades de cada momento. Y aunque sea un libro para profesionales del mundo “psi”, por la amplitud de temas que abarca, puede interesar a otros profesionales que deseen profundizar en el juego, como maestros, educadores, trabajadores sociales,...

Para terminar esta particular reseña, a todos, autores, compañeros que cedieron material, editores, amigos lectores de los borradores, a los que lo leeréis,... y muy especialmente a los niños que se atrevieron y se siguen atreviendo a jugar con nosotros ¡GRACIAS!

DOCENCIA

CURSO: PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO CON TÉCNICAS PROYECTIVAS

Profesor: Dr^a Marina Bueno Belloch

ALUMNO/A	TITULACIÓN	DOCUMENTO
Irene Harto García	Graduada en Psicología	06031465Z
Patricia Guerrero López	Graduada en Psicología	47057520A
Raquel Bendala Estrada	Graduada en Psicología	02742892G
Itxaso Torrea Arraiz	Graduada en Psicología	44635011S
Aimée Jassen Avellaneda	Licenciada en Psicología	Y3830002X
Leticia Rico Romero	Graduada en Psicología	48675210B
Eduardo Marbán Piñeira	Licenciado en Psicología	05439042W
Miriam Rodríguez Moreno	Graduada en Psicología	02552916P

Curso: PAICODIAGNÓSTICO DE RORSCHAC
(Sistema Comprensivo)

Profesor: Dr. Jesús de Felipe Oroquieta

ALUMNO/A	TITULACIÓN	DOCUMENTO
Elena Mauri Aranda	Licenciada en Psicología	14304360Q

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA REVISTA - 2022

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

Editorial	5
<i>Antonio Carlos Martín</i>	
Desde la SERYMP 2020	7
<i>Ana Fernández-Manchón</i>	
Impresiones sobre el congreso centenario del Rorschach (<i>on line</i>)	9
<i>Consuelo Liberal Górriz</i>	
Revisión histórica, clasificación y criterios fundamentales en el diagnóstico de esquizofrenia	11
<i>María Vives Gomila</i>	
Diferencias entre la conversión histérica y los trastornos psicosomáticos	33
<i>Antonio Carlos Martín y Alicia Delgado Campo</i>	
Imagos en quiebra y parentalidad: análisis de un Rorschach de un adolescente	57
<i>Isabel Duarte, Ana Silva, Sabrina Gomes y Teresa Rebelo</i>	
Aportaciones clínicas del autorretrato al H-T-P.	71
<i>Jesús de Felipe Oroquieta y Pilar Pina Peña</i>	
Huellas del trauma en el rorschach de sobrevivientes del holocausto	87
<i>David Ephraim, Tammy Saltzman y Daniela Schmeichler</i>	
Trastorno disociativo. Evidencia de perfil deficitario en el test de Rorschach	113
<i>Yolanda González Rivero y Javier Pamparacuatro Martín</i>	
Transformaciones de la máscara: de lo que se oculta a lo que se revela	129
<i>Isabel Duarte</i>	
La presencia del diablo en el Rorschach: reflexión clínico-diagnóstica	141
<i>Jesús de Felipe Oroquieta y Pilar Pina Peña</i>	
¿Es posible utilizar las técnicas proyectivas en el sistema público de salud?	153
<i>Alicia María Delgado Campos, Patricia Alcindor Huelva y Lourdes Sipos Gálvez</i>	
Reseña bibliográfica	171
Docencia	175