

Artículo Regular El test de Rorschach en el diagnóstico diferencial de 245 pacientes esquizofrénicos ingresados

María Vives Gomila, Ph D.

Profesora Titular de la Universidad de Barcelona

Resumen

Este artículo tiene un doble objetivo: comprobar, en primer lugar, si el test de Psicodiagnóstico de Rorschach, administrado a 245 pacientes esquizofrénicos ingresados, permite confirmar el diagnóstico psiquiátrico, obtenido a partir de los criterios del RDC y DSM-IV para la diferenciación de esquizofrenia. En segundo lugar, comprobar si existen diferencias, estadísticamente significativas, entre dos muestras depuradas de 191 pacientes esquizofrénicos de 'exacerbación aguda' y 54 crónicos.

Se utilizan las siguientes pruebas: el test de psicodiagnóstico de Rorschach (Sistema Comprensivo), el Research Diagnostic Criteria, el DSM-IV y la Escala de adaptación de Katz.

Se utiliza un diseño transversal de comparación de grupos, mediante la 'U' de Mann Withney para comprobar si existen diferencias entre las dos muestras depuradas de agudos y crónicos.

El análisis de los datos permitiría confirmar la precisión y eficacia del test de Rorschach en el diagnóstico diferencial de esquizofrenia, diferenciándolo del de personalidad borderline y trastorno bipolar.

La aplicación de la 'U' de Mann Withney a las dos muestras depuradas de agudos y crónicos (depuradas por contener sus protocolos $L > 5$; $R < 14$; $X + \% > 70\%$; pocas M, ninguna M- y ningún código especial de nivel 2), permitiría comprobar la existencia de diferencias, estadísticamente significativas, a tres niveles de confianza ($< 0,01$; $0,02$ y $0,05$).

En los dos grupos depurados de exacerbación aguda y crónicos se confirmarían al 100%, la presencia de mecanismos de escisión, pérdida de precisión perceptiva, pensamiento disociado y delirante, aislamiento, relación interpersonal deficitaria, cumpliéndose, en todos ellos, los 6 criterios del índice de esquizofrenia y los 5 del Perceptual Thinking Index. Características que también se observan en los 245 pacientes de la muestra global, en los que no se cumplen totalmente dichos índices.

El análisis de los valores del resumen estructural del Rorschach en las muestras de agudos y crónicos estudiadas, permite conocer aún más la personalidad y el comportamiento de estas personas, y enfocar su tratamiento. Pero lo más importante, es que con el test de Rorschach no se precisa de un periodo de tres, seis meses o dos años como se requiere con el RDC y el DSM-IV, para efectuar un diagnóstico diferencial de las personas con esquizofrenia.

Palabras Clave: Esquizofrenia, test de Rorschach, diagnóstico diferencial

Recibido: 04/10/2010 Aceptado: 31/07/2011

INTRODUCCIÓN

El concepto de esquizofrenia ha evolucionado desde que Morel (1853, 1860) utilizó el término 'Dementia praecox', y Bleuler (1911) lo sustituye por el de esquizofrenia, o "grupo de esquizofrenias", aludiendo a la escisión (spaltung) de las diversas funciones psíquicas como una de sus características más importantes.

Son numerosos los autores que han descrito las causas, los síntomas, así como los criterios de clasificación y diagnóstico diferencial de esquizofrenia (Kraepelin, 1896, 1918; Bleuler, 1911; APA; Arieti, 1955, 1959; Weiner, 1966; Ey, 1971, 1973; Portuondo, 1973; McReynolds, 1974; Jenkins, 1974; Jackson, 1974; Spitzer, Endicott y Robins, 1975, 1977, 1978; Crow, 1980, 1982; Obiols y Obiols, 1988; Obiols, 2000; Meyer (2002); Exner, 1968-2005) entre muchos otros.

Datos de contacto:

María Vives Gomila, Ph D.
Profesora Titular de la Universidad de Barcelona
Provenza, 304, 3º-2ª
08008 - Barcelona
Telf.: 630 912 445

Weiner (1966) partía de cuatro criterios para diagnosticar al paciente esquizofrénico: presencia de un trastorno de pensamiento, evidencia de la percepción inexacta del criterio de realidad, control emocional pobre e ineffectividad en la relación interpersonal, criterios recogidos por Exner (1978) en el primer Índice de esquizofrenia del que sería su Comprehensive System. Dos variables en el Rorschach son fundamentales para demostrar la presencia de un trastorno psicológico: X-% y Wsum6. El X-% (porcentaje de todas las respuestas de calidad formal menos) es un indicador de un trastorno de la percepción de la realidad (cuando $X - \% > 29\%$), y Wsum6 (suma ponderada de los códigos especiales de nivel 2), traduce, cuando es $>$ que 17, la presencia de trastornos graves del pensamiento (Weiner, 2002; Exner, 2000, 2003). Las dos variables indicadas forman parte de los Índices de esquizofrenia (SCZI) y del Perceptual Thinking Index (PTI).

El Índice (SCZI), hasta la implantación del Perceptual Thinking Index (PTI) permitía confirmar el diagnóstico de esquizofrenia si se cumplían 6, incluso 4 ó 5 de sus variables. Se introduce el Perceptual Thinking Index como forma de evitar los falsos positivos del entonces considerado último índice de esquizofrenia en el Rorschach (SCZI).

La revisión de diagnósticos de personas con esquizofrenia, realizada mediante Rorschach por tres rorschachistas de la

Cuadro I. Variables del índice de esquizofrenia (SCZI) y del perceptual thinking index (PTI)

Índice de esquizofrenia (SCZI)	Perceptual Thinking Index (PTI)
1.- X+%<61%	1.- XA%<70% y WDA%<75%
2.- X-%>29%	2.- X-%>29%
3.- FQx->=FQxu ó R.FQ->FQo ó RFQ->FQo +FQ+	3.- Nivel2 de CE>2 y FABC2>0
4.-SUM CE. nivel2>SUM CE nivel1 y FABC2>0	4.- R<17 Y WSUM6>12 ó R>16 Y WSUM6>17
5.- SUM6 >6 ó SUM ó WSUM6>17	5.- M->1 ó X-%>40
6.- M->1 ó X-%>40	

Escuela Europea (Loosli-Usteri, Bohm y Alcock) y Portuondo, entre los americanos, permite conocer el alcance y utilidad del test de Rorschach en el diagnóstico de esquizofrenia: Loosli-Usteri (1965) obtiene en el test de estos pacientes: bajo número de respuestas, fracaso en las Láminas I y VII y contenidos 'disgregados'. Bohm (1972) observa en los protocolos de pacientes con esquizofrenia: un número medio o elevado de respuestas, ausencia de Populares en la lámina V, fracasos en las láminas VIII, IX y X, secuencias de formas bien o mal vistas, aumento de respuestas G (globales) y G-, e incremento de Dd (detalles inusuales) en esquizofrénicos paranoides que ocasionalmente presentan ideas delirantes. Alcock (1965) defiende tres características para identificar en el test la presencia de esquizofrenia: fuga de ideas, ideas de referencia y percepción alucinatoria. Alcock toma de Bleuler el concepto de 'fuga de ideas', que se corresponde con una forma de ideación que se detiene en la mitad de un pensamiento y es seguido por otras ideas sin conexión entre sí (las actuales DR2 y las DR de Portuondo). Respecto a las 'Ideas de referencia', la frecuente asociación de las imágenes percibidas cuando se vinculan a la experiencia personal, puede ser indicativa, según Alcock, de esta característica, no siempre para ella patognomónica. En el caso de la 'percepción alucinatoria', la realidad de la mancha es reemplazada por las sensaciones y sentimientos que los pacientes proyectan en ellas, dando lugar a las respuestas de movimiento, de nivel formal menos y de contenido mórbido (M-, FQx-, MOR). Portuondo (1973) atribuye a estos pacientes las siguientes características: pérdida del sentido de realidad (F+%), pocas populares (P), verbalizaciones desviadas (DV) con predominio de lógica autística, respuestas desintegradas (DR), pocas respuestas de destalle usual (D↓), bajo control emocional (FC↓), pocos intereses humanos, H y Hd <20%, predominio de impulsos destructivos (CF+C>FC), movimientos humanos (M) de bajo nivel formal, oposicionismo (S), movimiento animal e inanimado superior a movimiento humano (FM+M>m).

El punto de referencia de este estudio lo constituyen los grupos normativos norteamericanos (muestras de Exner, 2000, 2002) y un primer documento sobre personas con esquizofrenia aguda (Vives, 1984, 1989), citado por Exner (1986, 1994), en las que se detectó la presencia de los cuatro criterios básicos enunciados por Weiner (1966). En la actual indagación, nos interesa comprobar la hipótesis de nuestro primer estudio (1984) y en muestras mucho más amplias –

dado el incremento del número de pacientes-, y depuradas -excluyendo los valores, muy elevados o muy bajos, de determinadas variables que podrían repercutir en la interpretación global, sin dejar de considerarse esquizofrénicos-.

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación consiste en efectuar, mediante el test de Rorschach, el diagnóstico diferencial de 245 pacientes esquizofrénicos internos, y comprobar si existen diferencias significativas entre dos muestras depuradas de 'agudos' y crónicos. Se plantean dos hipótesis: 1) Si, a través de la prueba del Rorschach, aplicada a 245 pacientes esquizofrénicos ingresados puede confirmarse el diagnóstico psiquiátrico, obtenido mediante Research Diagnostic Criteria y los criterios del DSM-IV para la diferenciación de esquizofrenia, y 2) Si los valores obtenidos en una muestra depurada de personas con esquizofrenia de 'exacerbación aguda' difieren significativamente de los obtenidos en una muestra depurada de personas con esquizofrenia crónica, al aplicarles a ambas muestras, el test de Rorschach.

PARTICIPANTES

El estudio actual consta de dos grupos de participantes varones, 191 agudos y 54 crónicos, con edades comprendidas entre 19 y 45 años, con una media de edad de 35 años. El intervalo entre 19 y 45 años creemos que es suficientemente amplio como para abarcar un abanico de posibilidades que, justificadas desde el punto de vista clínico y del Rorschach, no restringe las oportunidades de estudio del mismo. Su nivel socio-cultural es medio y medio-bajo. El uso de diferentes vías para realizar este estudio (RDC, DSM-IV y Rorschach), asegura el diagnóstico diferencial de esquizofrenia y su diferenciación de otros cuadros diagnósticos. De acuerdo con un argumento de Weiner (1966,1982), especialmente indicado en investigaciones clínicas, la utilización del Rorschach requiere que previamente a su aplicación, los sujetos hayan sido confirmados en su condición, teniendo en cuenta qué índices representan mejor estas características.

El primer grupo está formado por 191 pacientes en una fase aguda de la enfermedad (ingresos por primeros brotes) que coincide con los criterios de esquizofrenia definida y presente del RDC (Spitzer, Endicot & Robins, 1977) y los criterios del DSM-IV (APA, 1997, 2002) que se definen en

los apartados A, B, C (Signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses, y durante más de un mes si cumplen diferentes síntomas del criterio A), D y E. Excepto 5 personas analfabetas, 95 tienen estudios primarios, 67, primarios y medios inacabados, y 24, carreras técnicas. Sólo 15 están actualmente casados.

El segundo grupo está integrado por 54 pacientes de larga estancia en el hospital con indicios importantes de esquizofrenia, presentes de forma más o menos continua durante un periodo de dos años como mínimo. Presentan una sintomatología que coincide con los criterios descritos en el RDC y DSM-IV para la definición de esquizofrenia crónica. Su nivel socio-cultural varía: 32 poseen estudios primarios, 9, cursos sueltos de primaria, 7 son analfabetos, 6 han cursado carreras técnicas de grado medio. Respecto a su estado civil, 50 están solteros, 3 divorciados, uno viudo. Poseen antecedentes familiares de enfermedad, 30 de ellos, y de 5 se desconocen los datos. Los dos grupos de sujetos proceden de diversas regiones españolas: Extremadura, Cataluña, Galicia, Andalucía, Castilla, Zaragoza. Se han excluido los protocolos de personas con trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo (criterio D* del DSM-IV), y los pacientes considerados por Rorschach, depresivos y 'borderline', al no cumplir en el test ni las variables del índice de esquizofrenia (SCZI) ni del Perceptual Thinking Index (PTI).

INSTRUMENTOS

Se han aplicado las siguientes pruebas: el Psicodiagnóstico de Rorschach (Sistema Comprensivo de J.E. Exner, 2000-2004), los RDC (1975, 1977) y los criterios del DSM-IV (2002) para la diferenciación de esquizofrenia. Complementariamente, los respectivos cuidadores aplicaron a sus pacientes la Escala de adaptación de Katz (Katz y Liberty, 1963).

Se utiliza un diseño transversal de comparación de grupos, mediante la 'U' de Mann Withney, efectuando previamente un análisis descriptivo de las variables del resumen estructural del test de Rorschach de los 245 pacientes ingresados. Los 191 pacientes 'agudos' obtuvieron un primer diagnóstico, efectuado por un psiquiatra del servicio de agudos de tres hospitales de la provincia de Barcelona. Dos 'jueces' aplicaron a las entrevistas realizadas, los criterios del RDC (Todos cumplen con el criterio no. 8), y los criterios indicados en el DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia. Los pacientes crónicos, permanecían ingresados en la institución un mínimo de dos años, caracterizándose por la gradual disminución de su capacidad cognitiva, descrita por sus respectivos psi-

quiátras y cuidadores. De hecho no pudimos abarcar el estudio de pacientes catatónicos, dadas sus características de rigidez y aislamiento que presentaban. La prueba del Rorschach se administró entre los 10 y 15 primeros días de su ingreso para los agudos y a partir de dos años de ingreso para los crónicos. Los protocolos obtenidos, y revisados por tres 'jueces' (1998-2004), constituyen los primeros resultados de personas con esquizofrenia, obtenidas mediante Rorschach en Cataluña y en este país con el Sistema Comprensivo. Todos los pacientes llegaban medicados con flufenazina o tioridazina, sulpiride, ezkazine o levomepronazine, y Risperdal (Risperidona), Zyprexa (Olanzapina), Clozapina, Serroquel (Quetiapina) desde sus respectivos CAPS y seguían medicados a diario, una vez ingresados.

RESULTADOS

Se han efectuado cinco tipos de análisis: 1) Análisis descriptivo de medias y desviaciones típicas de las agrupaciones de variables del RE del test de Rorschach de 191 pacientes esquizofrénicos de 'exacerbación aguda'. 2) Análisis descriptivo de medias y desviaciones típicas de las agrupaciones de variables del RE del test de Rorschach de 54 pacientes esquizofrénicos crónicos. 3) Análisis de la tipología del período actual de esquizofrenia en las dos muestras depuradas de agudos y crónicos. 4) Análisis comparativo de las dos muestras depuradas de agudos y crónicos mediante la 'U' de Mann Withney. 5) Análisis descriptivo del determinante de movimiento humano, M y su relación con el contenido humano, H pura. El análisis cualitativo de la Escala de adaptación de Katz confirmó las características aportadas por otras variables e índices.

1) Análisis descriptivo de medias y desviaciones típicas de las agrupaciones de variables del RE del test de Rorschach de 191 pacientes esquizofrénicos de 'exacerbación aguda'.

Observamos que se trata de personas que no tienen un estilo definido de respuesta (EB) que intentan evitar cualquier estímulo, percibido como ambiguo o complejo (Λ), y con una actividad mental aplanada (FM+m). Tienden a ser flexibles en su ideación (a: p) y a concretar sus experiencias (respuestas de forma pura, F, y de detalle usual, D). También tienden a aislarse, a disociar y simplificar la realidad (Λ da \uparrow). Presentan trastornos graves del pensamiento (DR2, INC2, FABC2, CONT), que junto a la suma ponderada de códigos especiales de nivel2 (Wsum6) mostraría la existencia de seria patología. (Anexo: Tablas XVI y XVII) ¹.

Muestra de pacientes esquizofrénicos agudos.

Tabla I: Variables de ideación

EB= M: SumC = 2,25:1,92	a:p=3,3:1,4	MOR=1,14	Niv-2=6,49
DR2= 3,30	INCOM2=2,24	FABCOM2= 1,67	CONTAM = 0,92
WSum6= 59,9 M=-0,87			

Tabla II: Variables del procesamiento de la información y la mediación cognitiva

Zf= 8,16	Zd= 0,32	W:M= 7,46: 2,25	PSV=0,53	DQ+=3,57	DQv=2,9
P= 3,6	X+%= 45%	XA%<70%	WDA%<75%	FQx>FQxu =	5,59>2,95
FQf->FQfu= 3,24>1,80	X-%= 33%				

A pesar de su poca iniciativa para observar y organizar el campo de estímulos (Zf), el resultado de este esfuerzo organizativo tiende a situarse dentro de los parámetros de no pacientes (Zd), siendo sus aspiraciones ligeramente superiores a su capacidad operativa (W: M). El bajo número

(M=2,25; M-=0,87). Cumplen la mayoría de variables de los Índices de esquizofrenia (SCZI= 4,37) y del Perceptual Thinking Index (PTI= 4,79), este último más fiable (Cuadro NºI y Anexo: Tablas XX, XXI, XXII).

Tabla III: variables de la afectividad

Afr=.43	Blends:R= 1,72:17,01	CF+C>FC= 1,39>0,72
SumC'=1,46	SumY= 0,45	
T= 0,14	V= 0,04	S=1,93

de respuestas populares (P=3,6) en láminas significativas (I, III, V, VIII y X) constituiría un índice de su dificultad para participar del pensamiento común, y una muestra de su peculiaridad (FQxu; Xu%). Poseen mal ajuste perceptivo (X+%; XA%, WDA%), con pérdida creciente de precisión perceptiva (FQx->FQxu; FQf-> FQfu; X-%>29%) (Anexo: Tablas X, XII, XIX).

Presentan baja receptividad al estímulo emocional (Afr), no pudiendo interactuar fácilmente con su medio (ausencia de M en H pura). Muestran ambivalencia, disociación y traducen un estado afectivo doloroso (análisis de las 'blends' ó DM). Tienen dificultades para controlar sus emociones, tendiendo a comportamientos de 'acting-out' que pueden interferir en sus procesos cognitivos (CF+C>FC) (intentos de suicidio, sólo uno consumado). Predomina su restricción afectiva (SumC'), además de sufrimiento, indefensión (SumY), frágil búsqueda (T) o renuncia (T=0) de proximidad afectivas, e introspección negativa (V), asociada a la depresión y a tentativas de suicidio -aunque globalmente estos últimos sean valores relativamente bajos-. La producción de contenidos de anatomía (An), en respuesta al estímulo agresivo (S) no integrado, podría estar relacionada con la dificultad de expresar afecto (SumC'), que retienen o somatizan (Anexo: Tablas X, XII, XXI).

¹ Se han añadido otro grupo de tablas (en ANEXO) con objeto de clarificar la interpretación de las variables del Rorschach, utilizadas en este estudio (Tablas X a XXII).

Poseen una baja autoestima (Índ. de egoc.), que junto a la pérdida de precisión perceptiva (FQx-, X-%) y la complejidad y mezcla de sentimientos dolorosos comentada (DM, C', Y, V), influye en su deficitaria relación interpersonal

2) Análisis descriptivo de medias y desviaciones típicas de las agrupaciones de variables del RE del test de Rorschach de 54 pacientes esquizofrénicos crónicos.

Se observa que se trata igualmente de personas que intentan evitar cualquier estímulo, percibido como ambiguo o complejo (Lambda), cuyo funcionamiento psicológico les lleva a controlar y a restringir tanto afectos como necesidades primitivas, casi nunca satisfechas (FM). Poseen trastornos graves del pensamiento, indicativo de la severa desorganización cognitiva que padecen (DR2, CONTAM), mal ajuste perceptivo (X+%, F+%; X-%; XA%, WDA%) y pérdida de precisión perceptiva (X-%, FQ->FQu) (Anexo: Tablas XVII, XIX, XX).

Tienden a replegarse psíquicamente (Afr↓) por temor a sentirse desbordados o invadidos por afectos que no puedan controlar (CF+C>FC). Presentan, además de baja autoestima, pocos intereses humanos y una relación interpersonal deficiente o muy deficiente [M- en contenidos Hd, (H), (Hd), A, Ad]. Apenas un sujeto puede lograr una interacción más adecuada con el medio (Anexo: Tablas XXI, XXII).

3) Análisis de la tipología del período actual de esquizofrenia en las dos muestras depuradas de 39 pacientes agudos y 24 crónicos.

En cada muestra, se confirman, mediante Rorschach, los diagnósticos efectuados, aplicando los criterios del RDC y DSM-IV para la diferenciación de esquizofrenia, obteniéndose una coincidencia diagnóstica del 98% en los agudos y del 97,8 en los crónicos. Sólo para dos pacientes agudos y uno crónico, no se cumplen ni el Índice de esquizofrenia (SCZI) ni el Perceptual Thinking Index (PTI) (Cuadro I).

Tabla IV: Variables de la autopercepción y relación interpersonal

Ego [x de 3r +(2)/R=.25]	FD=0,15	MOR=1,14		
(M= 2,25; M- =0,87)	H=1,74	Hd=1,59	A=5,95	(A)=0,1
Ad=0,97 (Ad)=0,03				

Muestra de pacientes esquizofrénicos agudos.

Tabla V: Variables de ideación, del procesamiento de la información y la mediación cognitiva

EB= 2:2	a:p=2,57:1,23	es = 3,53		
DR2= 2,04	CONT=.85	FABC2=1,67	INC2=1.63	MOR=1.83.
X+% =43%	X-%=44%	XA% <70%	WDA% <75%	
FQx->FQxu	Wsum6= 47.30	M=-.70		

4) Análisis comparativo de las dos muestras depuradas de agudos y crónicos mediante la ‘U’ de Mann Withney.

El estudio comparativo de ambas muestras (N=39 y N=24), realizado mediante la ‘U’ de Mann-Whitney, revela diferencias, estadísticamente significativas, a tres niveles de confianza < al 0.01, 0.02 y 0.05.

interpersonal. N de C <0,01); pérdida de precisión perceptiva (FQf-↑=.045. N de C <0.05) y la tendencia a efectuar procesos de síntesis equívocos (DQv/+=.035. N de C <0.05). En la tabla VIII pueden observarse la totalidad de los valores obtenidos y su significación (Anexo: Tablas XVII, XIX, XXI).

Tabla VI: Variables de la afectividad, autoestima y relación interpersonal

Afr=.50	CF+C>FC	SumC'= 73	SumY=.73		
T=.17	V=.03	S=1,63			
Ego=.25	Blends:R=.90:	17,50	FD=.03	MOR=1,83	
H=1,43	Hd=1,17	(H)=.87	(Hd)=.17	A=5,97	Ad=1,40

La reducción y depuración de los protocolos se debe al incremento o descenso de los valores de determinadas variables [Lambda alto o muy alto (L>5). Bajo número de respuestas (R<14). X+% superior al 70%; protocolos sin M y M-; pocos códigos especiales (ausencia de DR y CON-TAM), y 1 ó 2 variables del Índice de esquizofrenia (SCZI)] (Anexo: Tabla XVII).

5) Análisis descriptivo de los determinantes de movimiento humano, M y su relación con el contenido humano, H pura (interés por las personas y relación interpersonal).

El análisis cualitativo de los determinantes de movimiento humano (M) en relación con el contenido humano, H, aporta información del interés por las personas, y la baja calidad de su relación interpersonal [(M-, ó Mo en Hd, A, (H, Hd)].

Aplicando la ‘U’ de Mann-Whitney, se observan falta de ajuste perceptivo o peculiaridad perceptiva (Xu% =.007. N de C < 0,01 y FQxu%=.013. N de C <0,02), pérdida de objetividad (dispersión y escisión de las asociaciones mentales, DR2=0,02. N de C=0,02), y experiencias de estrés e insatisfacción (FM+m=0,02. N de C= 0,02) en los pacientes esquizofrénicos ‘agudos’. En los crónicos, se observan incrementadas, la tendencia a defenderse del estímulo emocional (Afr↓=.009) (ansiedades derivadas del temor a la relación

En esta tabla se observa la proporción del determinante de movimiento humano, M, la distribución de su calidad formal (+, o, u, -), el incremento de M-, vinculada a relaciones interpersonales deficitarias, así como el aumento de contenidos de detalle humano, Hd y animal completo, A, aspectos vinculados con relaciones parciales de objeto y estereotipias del pensamiento, respectivamente. Los valores

Cuadro II: Tipología del período actual de esquizofrenia. Diagnósticos de dos muestras depuradas de 39 pacientes agudos y 24 crónicos, mediante RDC, DSM-IV y Rorschach

DIAGNÓSTICOS MEDIANTE RDC y DSM:	DIAGNÓSTICOS MEDIANTE RORSCHACH:
Muestra de ‘agudos’	Muestra de ‘agudos’
- 36 esquizofrénicos paranoides.	- 37 esquizofrénicos paranoides.
- 2 esquizofrénicos no diferenciados.	- 2 pacientes no esquizofrénicos por Rorschach
- 1 esquizofrénico hebefrénico. (No cumplen las variables del índice SCZI, ni del PTI).	
Muestra de ‘crónicos’:	Muestra de ‘crónicos’:
- 22 esquizofrénicos paranoides.	- 22 esquizofrénicos paranoides
- 2 esquizofrénicos residuales.	- 1 esquizofrénico residual.
	- 1 paciente no esquizofrénico por Rorschach (SCZI, PTI).

Tabla VII: Diferencias estadísticamente significativas entre 'agudos (n= 39)' y crónicos (n= 24) mediante la 'U' de Mann Withney

Esquizofrénicos 'agudos'	Esquizofrénicos 'crónicos'
- Xu% = .007 **	- Afr↓ = ..009 **
- FQxu% = .013 *	- FQf↑ = .045 .
- FM+m = .015 *	- DQy/+ = ..035 .
- DR2 = .02.	

** p < 0.01 * p < 0.02 . p < 0.05

Tabla VIII: Análisis comparativo de las variables del R. estructural del T. de Rorschach de dos muestras depuradas de pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos, mediante la 'U' de Mann Withney

T-test: pacientes esquizofrénicos agudos (media 1: n = 39)

Pacientes esquizofrénicos crónicos (media 2: n = 24).

Variable	Media 1	Media 2	Z	Probabilidad
Z Sum	35.55	26.23	19.615	.0498 .
Dd	35.69	26.00	20.791	.0376 .
DQy/+	29.06	36.77	21.018	.0356 .
Fqxu	36.40	24.85	24.713	.0135 *
FQf-	28.46	37.75	19.983	.0457 .
Sum C'	35.54	26.25	20.494	.0404 .
Blends	35.55	26.23	20.396	.0414 .
DR2	36.10	25.33	23.093	.0209 .
FM+m	33.31	25.00	24.222	.0154 *
Es	35.73	25.94	20.804	.0375 .
S-%	35.64	26.08	20.641	.0390 .
Xu%	35.81	24.19	26.588	.0078 **
Afr	27.33	39.58	25.902	.0096 **

** p < 0.01 * p < 0.02 . p < 0.05

Tabla IX: Análisis descriptivo del determinante m en la muestra de pacientes agudos (n=39). Su relación con el contenido humano, h.

Variable	Media	Desv. Std.	Minimum	Maximum
M	2.25	1.98	0	7
MQ+	0	0	0	0
Mqo	1.15	1.21	0	5
Mqu	0.24	0.43	0	1
MQ*	0.87	1.11	0	4
Ma	1.62	1.64	0	7
Mp	0.69	1.01	0	4
H	1.74	1.63	0	6
(H)*	0.97	1.14	0	5
Hd*	0.127	0.33	0	10
(Hd)	0.127	0.33	0	1
A	5.95	2.42	1	11
Ad	0.97	1.31	0	6

de las variables de color cromático (FC:CF+C), acromático (SUMC'), y la relación entre las respuestas de espacio, S y los contenidos An y AG (como vías de salida a su agresivi-

dad), reflejarían descontrol afectivo (C) y dificultades para canalizar su oposicionismo u hostilidad (relación S, AG y An), más visible en 'agudos' (Anexo: Tablas XII, XIV, XXI).

DISCUSIÓN

Del análisis descriptivo de las muestras de agudos y crónicos se desprende que son personas disociadas que evitan situaciones complejas ($L\uparrow$), tienden a simplificar la realidad y a concretar sus experiencias. Si la escisión de las asociaciones mentales constituye una de las características del pensamiento de estos pacientes, el test de Rorschach constataría su presencia al reflejar el incremento de códigos especiales graves o de nivel 2 ($W\text{Sum}6=56,9$ en agudos; $47,30$ en crónicos) y específicamente con la producción de respuestas desviadas ($DR2 A=3,3$; $Cr.=2,04$) y Contaminaciones ($CONT A=0,93$; $Cr.=0,80$) que mostrarían su proceso delirante, presente en todos los pacientes agudos y gran parte de los crónicos. Su peculiaridad perceptiva y cognitiva, unida a la presencia de trastornos graves del pensamiento, constituiría otro indicio de la severa desorganización que padecen ($X+\%$, $XA\%$ y $WDA\%$ muy inferiores al 60%, 70 y 75%, respectivamente). El deficitario control afectivo $CF+C>FC$, su restricción afectiva (C') y su intensa experiencia dolorosa influirían en la fragilidad de sus relaciones interpersonales, matizadas por su baja autoestima. Este contraste de sentimientos dolorosos motivaría sus tentativas de suicidio, y que sólo un paciente logró consumar. Su Rorschach mostraba las variables que podrían alertarnos de posibles tentativas de suicidio ($S\uparrow\uparrow+m+Determ.$ múlt de color-sombreado $+Lambda\uparrow$). Todos estos datos coinciden con las variables obtenidas por Exner (2002) en sus investigaciones sobre pacientes esquizofrénicos ingresados ($N=200$).

Las diferencias significativas entre agudos y crónicos comentadas, resaltan el incremento en ambas muestras de respuestas desviadas ($DR2$), pérdida gradual de una percepción realista y su influencia en los procesos de almacenamiento de la información. Se observan coincidencias con el estudio de Vives (1989) en el predominio de $FM+m$ entre los agudos y respuestas $FQx-$ entre los crónicos.

Los análisis descriptivos de las respuestas de movimiento humano negativas ($M-$) podrían confirmar la presencia de relaciones interpersonales deficitarias, más acusadas entre los agudos. Exner (1978, 1986) comprobó que la presencia de $M-$ confirmaba la existencia de un trastorno del pensamiento, ya que es poco frecuente encontrar $M-$ entre los no pacientes. A partir de entonces constituye uno de los criterios de los índices $SCZI$ y del actual PTI . La presencia de $M-$ en pacientes esquizofrénicos pudo comprobarse en el estudio de las primeras muestras de Vives (1984, 1989). De los 25 pacientes que presentaban M , 17 eran $M-$ y 20 de los 25 se daban junto a Mu o Hd y (H), con lo que la precariedad de su relación interpersonal se hacía patente.

Comparando los resultados de los 191 agudos con los de esquizofrénicos internos norteamericanos ($N=128$), observamos que en nuestra muestra se cumplen entre 4 y 6 de las variables de los Índices de esquizofrenia ($SCZI$) y 4 del *Perceptual Thinking Index* (PTI). Se incrementan notablemen-

te los códigos especiales $DR2$ y $CONTAM$; $Lambda$; S en localización; los determinantes $M-$, m , C pura, F pura, y los contenidos de anatomía (An), nubes (Cl), sexo (Sx) y radiografía (Xy). Mientras decrecen los valores de $W\text{Sum}C$, EA , es , $DAj.$, Mov , activos y pasivos, reflejando que las características que destacan a las personas con esquizofrenia estarían más marcadas en los pacientes de nuestras regiones (Anexo: Tabla XVIII).

CONCLUSIONES

Al preguntarnos 'si, a través de la prueba del Rorschach, aplicada a pacientes esquizofrénicos ingresados, puede confirmarse el diagnóstico psiquiátrico obtenido mediante RDC y $DSM-IV$ para la diferenciación de esquizofrenia' (1ª hipótesis), la respuesta es afirmativa. El Rorschach discriminaría adecuadamente la enfermedad y coincidiría con el diagnóstico obtenido mediante la aplicación de ambos sistemas de clasificación en el 98% de los 'agudos' y en el 97% de los 'crónicos' de las muestras depuradas. En la muestra total de 191 agudos y 54 crónicos, la coincidencia entre los diagnósticos de ambos sistemas de clasificación y el Rorschach, es menor. Pero también en este caso se confirmaría la precisión y eficacia del test, para diferenciar al paciente con esquizofrenia de personas 'borderline' y con trastorno bipolar. Este hecho permitió que se pudieran eliminar de la muestra los falsos positivos del índice $SCZI$ -debido al bajo no. de respuestas, pocas o ninguna M y $M-$, escasos códigos especiales o con adecuada calidad formal. Los 39 pacientes agudos y los 24 crónicos dieron positivo en todas las variables del índice de esquizofrenia y del *Perceptual Thinking Index*. Por todo lo anterior, creemos que sería conveniente evitar un diagnóstico diferencial, en este caso de esquizofrenia, aplicando exclusivamente los criterios de los conocidos sistemas de clasificación.

Uno de los mayores logros conseguidos, en esta investigación, ha sido el continuo descubrimiento, en las muestras de 'agudos', de códigos especiales de nivel 2, observándose, en el mismo protocolo, la presencia de $DR2$ -escisión de las asociaciones verbales- y $CONTAM$ -pensamiento delirante-, respuestas más floridas que las emitidas por los crónicos-, presencia que constituirían, en el test, un indicador de esquizofrenia.

Estos resultados coinciden, en gran parte, con los obtenidos por los iniciadores de la Escuela Europea, (Alcock y Bhom), y los de autores más actuales, europeos (Rosell, Merceron, Hussein) y norteamericanos (Exner, Weiner, Meyer, Viglione y Portuondo) sobre el diagnóstico de pacientes con esquizofrenia.

Las diferencias significativas detectadas entre ambas muestras depuradas de agudos y crónicos, así como el análisis de cada grupo, permitirían constatar que el incremento de trastornos graves del pensamiento ($DR2$, $CONTAM$, $FABC2$),

junto a M-, WSum6 elevada, y la pérdida creciente de precisión perceptiva (variables del PTI), constituirían en Rorschach, un indicador del pensamiento y estilo del paciente esquizofrénico y haría del test su mejor instrumento para detectarla.

REFERENCIAS

- Alcock, T. (1965). *La prueba de Rorschach en la práctica*. México: Fondo de Cultura Económica (Original del inglés, 1963).
- 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.
- 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.
- Bohm, E. (1970). *Manual del test de Rorschach*. Madrid: Morata (3ª. Edic.) (Original del alemán, 1966).
- Bohm, E. (1972). *Vademecum del test de Rorschach*. Madrid: Morata (Original del alemán, 1960).
- 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 y 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. Cork: 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* (3ed. ed.). Asheville, N. C. Rorschach Workshops.
- Exner, J.E. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensive*. Madrid: Psimática. (Original del inglés, 1986).
- Exner, J.E. (1995). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System* (Fourth Edit). 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.
- Exner, J.E. & Sendín, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach*. Madrid: Psimática
- Ey, H. (1971). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations*. París: Masson et Cie.
- Jackson, D.D. (1974). *Etiología de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original del inglés, 1960).
- Jenkins, J. (1974). Can you have a theory of meaningful memory? En R. L. Solso (Edit): *Theories in Cognitive Psychology*. Hillsdale: Erlbaum.
- Kraepelin, E. (1896). *Lehrbuch der psychiatrie*. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1918). *Dementia Praecox*. Londres: Livingstone.
- Loosli-Usteri, M. (1965). *Manual práctico del test de Rorschach*. Madrid: Rialp. (Original del francés, 1948).
- McReynolds, P. (1974). Ansiedad, percepción y esquizofrenia. En D.E. Jackson (Ed.). *Etiología de la esquizofrenia*. (Original del inglés, 1960).
- Meyer, G. J. (2002). Exploring possible ethnic differences and bias in the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 78, 104-129.
- 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.
- Portuondo, J. (1973). *El Rorschach psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva;
- Rorschach, H. (1972). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Paidós. (Original del alemán, 1921).
- 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 (3ª Ed.)*. 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.
- Vives, M. (1983). *Analysis of Rorschach data from acute and chronic Spanish schizophrenics*. Estudio no. 291 (inédito) de la Rorschach Workshops.
- Vives, M. (1985). El Rorschach en el diagnóstico de la esquizofrenia crónica. *Cuadernos de Psicología*, 1985, I, 99-110
- 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 Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Vives, M (2008). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Barcelona. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.:
- 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 (2ª 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.

ANEXO

Proceso de codificación de la R, e interpretación de las principales variables estructurales. Incluye medias y Dt de adultos no pacientes norteamericanos (n=600).

Tabla X: Localización: forma de enfocar y organizar el estímulo

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN y medias del grupo control
W	respuesta global	Se utiliza la mancha entera, todas sus partes.	Unido a la calidad evolutiva + u ordinaria: capacidad de análisis y síntesis. $x=8,28$; $DT=2,36$
D	Detalle usual	Se utiliza una parte de la mancha identificada con frecuencia	Capacidad de percibir lo obvio. El S. participa del pensamiento común. $x=12,88$; $DT=3,77$
Dd	Detalle inusual	Se utiliza una área de la mancha raramente identificada.	Precisión, detallismo. $x=1,16$; $DT=1,67$
S	Respuesta de espacio	Se utiliza una área de espacio en blanco, que se codifica junto a otros símbolos de localización (WS, DS, DdS).	Puede reflejar oposicionismo u hostilidad. $x=1,57$; $DT=1,28$

Tabla XI: Calidad evolutiva: calidad de la selección del área (vinculada a la activ. organizativa, Zf y Zd)

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
+	Respuesta de síntesis	Descripción de objetos distintos, pero interrelacionados. Al menos, uno de ellos tiene que tener una forma específica.	Capacidad para establecer procesos de análisis y síntesis y relaciones entre conceptos. $x=7,36$; $DT=2,23$
v/+	Respuesta de síntesis	Descripción de dos o más objetos distintos, pero relacionados entre sí. Ninguno presenta una forma específica.	Tendencia a alcanzar niveles de actividad cognitiva de mayor complejidad (similar a DQ+). $x=0,39$; $DT=0,61$
o	Respuesta ordinaria	Descripción de objetos con una forma específica.	Definición sencilla, pero adecuada del campo de estímulos. $x=13,58$; $DT=3,67$
v	Respuesta vaga	Descripción de objetos que no requiere una forma específica.	Funcionamiento cognitivo demasiado simplista. $x=0,98$; $DT=1,26$

Tabla XII: Determinantes: forma en que se interpreta el estímulo, es procesada la informac. y elaborada la R

CATEGORÍA	SÍMBOLO	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
R DE FORMA	F	Respuesta de forma pura.	Capacidad de percibir la realidad (F+, Fo). $x=7,95$; $DT=2,83$
MOVIMIENTO	M	Movimiento humano.	Relaciones interpersonales adecuadas y estables (Mo en H pura). $x=4,30$; $DT=1,95$
	FM	Movimiento animal	Satisfacción de necesidades primitivas. $x=3,74$; $DT=1,31$
	M	Movimiento inanimado	Ansiedad como tensión. $x=1,28$; $DT=1,28$
COLOR CROMÁTICO	FC	Predominio de la forma sobre el color cromático.	R. basadas exclusivamente en el color puro y color nominal.
	CF	Predominio del color cromático sobre la forma	Manifestación espontánea del afecto. $x=2,41$; $DT=1,31$
	C, CN	R. basadas exclusivamente en el color puro y color nominal.	Expresión impulsiva del afecto. $x=0,12$; $DT=0,37$ Fracaso de las defensas.
COLOR ACROMÁTICO	FC', C'F, C'	Según predomine la forma, el color acromático, o el .color acromático puro.	Inhibición de la emoción. Afecto plano. SumC' $x=1,49$; $DT=1,16$

SOMBREADO-TEXTURA	FT, TF, T	Los rasgos de sombreado se interpretan como textura. Predomina la forma sobre el sombreado (FT), éste sobre la forma (TF) o ausencia de forma (T).	↑ Necesidad o ↓ renuncia de proximidad afectiva. SumT x=0,95; DT=0,61
SOMBREADO-DIMENSIÓN	FV, VF, V	Los rasgos de sombreado se interpretan como profundidad, dimensión, volumen.	Introspección dolorosa asociada a la depresión y al suicidio. SumV x=0,28; DT=0,61
SOMBREADO DIFUSO	FY, YF, Y	Se interpreta el sombreado de una forma inespecífica cuando no es textura ni vista.	Ansiedad como indefensión. SumY x=0,61; DT =0,96
FORMA-DIMENSIÓN	FD	Las impresiones de profundidad, dimensionalidad y distancia están creadas por los contornos y no por el sombreado de la mancha como en las V.	Capacidad de tomar distancia y ser objetivo. x=1,18; DT=0,94
PARES Y REFLEJOS	(2) FR, RF	Se describen objetos idénticos. Se describen objetos idénticos reflejados.	Egocentrismo. x=8,52; DT=2,18 Grandiosidad, narcisismo. x=0,11; DT=0,09

Tabla XIII: Calidad formal: exactitud perceptiva del objeto (bondad del ajuste) (tablas a del Cs).

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
+	Superior	Respuesta ordinaria enriquecida.	Máxima calidad formal. Respuesta ordinaria enriquecida.
o	Ordinaria	Respuestas concretas que se captan con facilidad.	Percepción adecuada de la forma.
u	Única	Respuestas que se dan con una baja frecuencia y cuyo contorno básico no está forzado.	Puede indicar tanto la originalidad del sujeto como cierta falta de ajuste perceptivo.
-	Menos	La R se crea usando la forma de un modo distorsionado y arbitrario que se impone sobre la estructura de la mancha.	Distorsión severa de la forma. Pérdida de precisión perceptiva.

Tabla XIV: Contenidos: tipo de objeto seleccionado

SÍMBOLO	CATEGORÍA	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
H	Figura humana completa	percepción de una figura humana completa	Interés por las personas de su entorno. x=3,21; DT=1,71
Hd	Detalle humano	Percepción de una figura humana incompleta	↑ Minuciosidad. Relación parcial de objeto. x=0,84; DT=1,02
(H)	Figura humana completa de ficción	Percepción de una figura humana de ficción o mitológica.	Interés por las personas en la fantasía. x=1,22; DT =1,02
A	Figura animal completa	Percepción de una figura animal completa	↑ Estereotipias del pensamiento. x=7,96; DT=2,25
An	Anatomía	Respuestas que identifican el esqueleto, la musculatura o la anatomía interna	Preocupación por el cuerpo. ↑ Autoagresividad. Somatización. x=0,54; DT =0,77
Sx	Sexo	Percepción de órganos sexuales o de una actividad de naturaleza sexual	Preocupación por el sexo. x=0,11; DT =0,47
Xy	Radiografía	Percepción de la radiografía de partes del esqueleto o de órganos internos	Preocupación por aspectos corporales, vinculados al autoconcepto. x=0,05; DT =0,24

Tabla XVI: Códigos especiales: deficiencias en el proceso cognitivo. Presencia de trastornos del pensamiento

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
DV	Frase desviada	Neologismos. Redundancias.	Índices fugaces de desorganización cognitiva. $x=0,59$; $DT=0,78$
DR2	Respuesta desviada de nivel 2.	Alteración del discurso. Interrupción de las asociaciones en la formulación de la R.	pérdida de objetividad, escisión, disociación del pensamiento. $x=0,01$; $DT=0,11$
INCOM2	Combinación incongruente de nivel 2.	Condensación de detalles inapropiados en un solo objeto.	Dificultades para desarrollar pensamiento simbólico. $x=0,02$; $DT=0,13$
FABCOM2	Combinación fabulada de nivel 2.	Combinación inadecuada, entre dos o más objetos.	Posibilidad de distorsionar la percepción. El sujeto establece conclusiones a partir de premisas falsas. $x=0,03$; $DT=0,16$
CONTAM	Contaminación	Dos o más impresiones se fusionan en una sola área, alterando gravemente la realidad.	Desorden severo del proceso de pensamiento. Aboca al pensamiento esquizofrénico. $x=0,00$; $DT=0,00$
ALOG	Lógica inadecuada	Uso de razonamientos excesivos para justificar la respuesta	Lógica caprichosa, consecuencia de un pensamiento malogrado. $x=0,04$; $DT=0,20$
AG	Movimiento agresivo	R de movimiento que implican acciones claramente agresivas	Agresividad manifiesta. $x=1,11$; $DT=1,15$
MOR	Contenido mórbido	Objetos rotos, destruidos, deteriorados. Cualidades disfóricas.	Pensamiento pesimista, depresivo. $x=0,79$; $DT=0,89$

Símbolos, criterios e interpretación de las principales agrupaciones de variables del resumen estructural del Rorschach
Tabla XVII: Ideación

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
R	No. de R del protocolo	Se recomienda no sobrepasar 5 R por lámina.	Influye en la decisión de validez del protocolo si $<a 14$ ó $>a$ la media. $x=22,32$; $DT=4,40$
L	Lambda	Proporción entre las R de F pura y el resto de R del protocolo.	Influye en la decisión de validez del protocolo. $x=0,60$; $DT=0,31$
EB	Erlebnistypus	Relación entre M y WSumC ($EB=M: C$)	Indica el estilo de R del S, hoy ampliado por Exner. $x=4,30:4,36$; $DT=1,95:1,78$
FM+M	Movimient animal, fm Movimiento inanimado, m	Suma de los valores de movimiento animal e inanimado.	Actividad mental incitada por el estrés, por necesidades no satisfechas, o por ambas al mismo tiempo. $x=5,01$; $DT=1,70$
A:P	Movimientos activos y pasivos	Proporción de movimientos activos y pasivos del protocolo.	Ofrece información sobre la flexibilidad o rigidez de las operaciones cognitivas. $x=6,44:2,90$ $DT=2,23:1,64$
MA: :MP	Movimientos humanos, activos y pasivos	Proporción de movimientos humanos, activos y pasivos en el protocolo.	$Mp > Ma$ en más de 1 punto indicaría pasividad, dependencia. $x=2,90:1,42$; $DT=1,57:1,03$
DR2	Respuesta desviada de nivel 2	Alteración del discurso. Interrupción de las asociaciones en la formulación de la R. De mayor severidad que en las R de nivel 1.	pérdida de objetividad, escisión, disociación del pensamiento. $x=0,01$; $DT=0,11$
INCOM2	Combinación incongruente de nivel 2.	Condensación de detalles inapropiados en un solo objeto.	Dificultades para desarrollar pensamiento simbólico. $x=0,02$; $DT=0,13$
FABCOM2	Combinación fabulada de nivel 2.	Combinación inadecuada, entre dos o más objetos.	Posibilidad de distorsionar la percepción. El sujeto establece conclusiones a partir de premisas falsas. $x=0,03$; $DT=0,16$
CONTAM	Contaminación	Dos o más impresiones se fusionan en una sola área, alterando gravemente la realidad.	Desorden severo del proceso de pensamiento. Aboca al pensamiento esquizofrénico. $x=0,00$; $DT=0,00$
WSUM6	Suma ponderada de los 6 códigos especiales.	Se obtiene de aplicar a cada código especial, su valor correspondiente (INC2x4; DR2x6; CONTx7), etc.	Indica el grado de severidad del trastorno cognitivo y su repercusión en los procesos del pensamiento. $x=4,48$; $DT=4,8$

Tabla XVIII: Control, tolerancia al estrés y estrés situacional

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
D	Puntuación D	Proviene de relacionar EA y (es), los recursos disponibles y las necesidades de estimulación.	Refleja aspectos de control y tolerancia al estrés actuales. $x=-0,03$; $DT=0,97$
DAJ.	Valor D ajustado. Indicador más fiable y válido que el de la puntuación D	Se obtiene restando todas las m e Y menos 1 de cada valor, y se obtiene de nuevo la (es), cuyo resultado se resta de EA.	Capacidad para demorar la acción, control, rigidez- resistencia al cambio, o sobrecarga emocional. Indica si se trata de estados habituales. $x=0,15$; $DT=0,82$
CDI	Índice de Déficit de Recursos o coping.	Integra una agrupación de variables: EA; Daj; COP; AG; SumC; a;p; Sum T, Fd.	Señala aspectos de inmadurez, inadaptación, indefensión e ineficacia del S. $x=0,79$; $DT=0,89$
EB	Erlebnistypus	Relación entre M y WSumC ($EB=M: C$)	Indica el estilo de R del S. $x=4,30:4,36$; $DT=1,95:1,78$
EA	Experiencia actual o accesible.	Derivación que procede de la suma de las dos partes del EB (M y SumC)	Refleja la capacidad reflexiva del S para acceder y beneficiarse de sus recursos. $x=8,66$; $DT=2,38$.
EB	Experiencia base.	Relación entre dos agrupaciones de variables: movimiento animal (FM) e inanimado (m), y la suma de R de color acromático (C') y de sombreado (T, V, Y).	Peso de las necesidades inmediatas y tensiones del S en relación a su restricción afectiva y afectos dolorosos. $FM+m: SumC'+SumShad$ $x=5,01:3,32$; $DT=1,70:2,09$
ES	Estimulación experimentada o sufrida.	Derivación que se obtiene de la suma de los dos lados de eb, determinantes de movimiento animal e inanimado ($FM+m$) y los de color acromático (C') y de claroscuro ($T+V+Y$)	Recoge las necesidades, ansiedades, restricciones y sentimientos dolorosos que pueden actuar negativamente sobre el sujeto. $x=8,34$; $DT=2,99$
M, Y, T	Movimiento inanimado, y sombreados.	R de movimiento inanimado, sombreado difuso y sombreado-textura.	Tensión, indefensión y proximidad afectiva (por defecto ↓ o por exceso ↑).
DM	Determinantes múltiples o 'blends'	Se incluyen todos los determinantes, emitidos en una R y en el orden en que se obtienen, dando prioridad a las R de movimiento humano.	Indica la presencia de actividad psicológica compleja. $x=5,15$ $DT=2,08$

Tabla XIX: Procesamiento de la información

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
L	Lambda	Proporción entre el no de R de F pura y el resto de R del protocolo.	Influye en la decisión de validez del protocolo y representa cierta economía en el uso de los recursos. $L\uparrow$ =tendencia a evitar lo complejo. $x=0,60$; $DT=0,31$
Zf	Frecuencia de Z	El no. de veces que el S ha dado R de síntesis (W+, Wo), o ha organizado diversas áreas de la lámina (D+, Dd+), o ha incluido el espacio blanco.	Capacidad de observación del medio. $x=11,84$; $DT=2,78$
Zd	Z diferencia.	Diferencia entre la Suma de todas las puntuaciones Z obtenidas (ZSum) y la Z estimada correspondiente a dicho valor (Zest).	Eficacia del esfuerzo confirmado en Zf. $x=0,57$; $DT=2,98$
W: D: Dd	R global, detalle usual e inusual	Relación entre los códigos básicos de localización..	Indican la forma de interpretar la realidad: procesos de análisis-síntesis (W) o su sustitución por otros más económicos (D), minuciosos o parciales (Dd)..
W:M	índice de economía	Proporción entre las R globales y las de movimiento humano.	Refleja el nivel de aspiración del examinado en relación a su dotación natural.
DQ	calidad evolutiva	Se selecciona, según el tipo de organización de la R, y el tipo de calidad evolutiva (DQ+, DQo; DQy/+; DQy).	Implica la capacidad de analizar y sintetizar el campo de estímulos de forma significativa, concreta, aproximada a la síntesis, o vaga..

Tabla XX: Mediación

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
P	R populares	Percepción de objetos de fácil descripción en las láminas.	Capacidad de percibir la realidad como la mayoría. $x=6,58$; $DT=1,39$
X+%	Forma convencional.	Porcentaje de R en las que se ha usado la forma de modo convencional en el protocolo.	Percepción convencional de la realidad. $x=0,77$; $DT=0,09$
Xu%	Forma única.	Proporción de R en las que se ha usado el objeto de forma peculiar u original.	Indica la percepción original o levemente distorsionada de la forma. $x=0,15$; $DT=0,07$
X-%.	Forma distorsionada.	Proporción de R en las que se ha alterado severamente el uso de los contornos del objeto.	Indica una percepción distorsionada de la forma. $x=0,07$; $DT=0,05$
XA%	Porcentaje de R de forma ampliada.	Proporción de R de calidad formal +, o, y u en todo el protocolo.	Capacidad de ajuste psicológico. Contrasta el resultado obtenido por X+%..
WDA%	Porcentaje de R de forma ampliadas.	Proporción de R de calidad formal +, o, y u en R globales y de detalle usual.	Capacidad de ajuste psicológico. Juntamente con XA% son indicadores de la capacidad perceptiva del sujeto, siempre y cuando sean valores inferiores al 70 y 75%, respectivamente.
FQ-	R de nivel formal menos.	Comprende el número de R de nivel formal menos.	Distorsión perceptiva y pérdida de percepción perceptiva.

Tabla XXI: Afectividad

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
Afr	Proporción afectiva	Comparación entre el no. de R obtenido en las 3 últimas láminas, en relación a las obtenidas en las 7 restantes.	Capacidad de respuesta al estímulo afectivo. $X=0,67$; $DT=0,16$
DM	Determinantes múltiples o 'blends'	Se incluyen todos los determinantes, emitidos en una R y en el orden en que se obtienen, dando prioridad a las R de movimiento humano.	Indica la presencia de actividad psicológica compleja.
CF+C>FC	Proporción del color	Predominio de las R de Color-F y Color puro y nominal sobre las de Forma-Color	Forma de modular la descarga y el intercambio emocional.
SUM C'	Suma de los determinantes de color acromático (Fc', C'F, C').	Proceden de suma de la producción de objetos negros, grises y blancos en el protocolo, predominando la forma, el color acromático, o la ausencia de forma.	Representa una forma de defensa consciente de la expresión afectiva. $x=1,49$ $DT=1,16$
FT, TF, T	Determinantes de sombreado-textura	Los rasgos de sombreado se interpretan como textura, predominando la forma (FT), el sombreado (TF), o la ausencia de forma (T).	Se interpreta como necesidad de proximidad afectiva. $SumT x=0,95$; $DT=0,61$
FV, VF, V	Sombreado- dimensión	Los rasgos del sombreado se interpretan como profundidad, perspectiva, volumen.	Introspección negativa y dolorosa, asociada a la depresión y al suicidio. $SumV x=0,28$ $DT=0,61$
FY, YF, Y	Sombreado-difuso	se identifica por exclusión de las otras categorías de sombreado.	Indefensión, desorientación. $Sum Y x=0,61$ $DT=0,96$
AG	Movimiento agresivo	R de movimiento que impliquen acciones claramente agresivas.	R de movimiento que impliquen acciones claramente agresivas.
S	R de espacio	Se utiliza una área de espacio en blanco, que se codifica junto a otros símbolos de localización (WS, DS, DdS).	Puede reflejar oposicionismo u hostilidad. $x=1,57$; $DT=1,28$

Tabla XXII: Autoestima y relación interpersonal

SÍMBOLO	DEFINICIÓN	CRITERIO	INTERPRETACIÓN
EGO	Índice de egocentrismo: $3r+(2)/R$	Contiene todas las R de pares (2) y reflejos (Fr, rF) del protocolo.	Concepto de sí mismo, autoestima, auto-centramiento. $x=0,40$ DT=0,09
FD	Forma-dimensión	La respuesta se crea por las impresiones de profundidad, dimensionalidad y distancia de los contornos de la mancha y no por las características de sombreado, como ocurre en el sombreado-dimensión (V).	Capacidad de tomar distancia y ser objetivo. $x=1,18$; DT=0,94
H, Hd, (H) (Hd)	Contenidos humanos, parahumanos y de detalle humano.	Percepción de figuras humanas, H, Hd y parahumanas (H) (Hd) enteras, H (H) y en detalle, Hd (Hd).	Interés por las personas en la realidad, H y en la fantasía (H). Ver tabla de contenidos.
An	anatomía	Respuestas que identifican el esqueleto, la musculatura o la anatomía interna	Falta de mentalización de los impulsos hostiles. $x=0,54$; DT =0,77
Sx	sexo	Respuestas vagas, fabulaciones y elaboraciones raras respecto al sexo.	Preocupación por el sexo. En un protocolo constreñido sugiere patología. $x=0,11$; DT=0,47
M, FM, m; MoR, FQ-	Movimientos, contenido mórbido, R de nivel formal menos.	R. de movimiento humano (M) animal (FM) e inanimado (m); objetos rotos, deteriorados (MOR), y R que implican inadecuación entre la descripción y los contornos del área seleccionada (FQ-).	Representan las 3 categorías de R proyectivas en el test.
a:p	Movimientos activos y pasivos	Se incluyen todas las R de movimiento del protocolo.	Ofrece información sobre la flexibilidad o rigidez de las operaciones cognitivas. $x=6,44::2,90$; DT=2,23:1,64
Fd	R. de comida	Comprende las R de comida, natural o condimentada.	Pasividad, dependencia, inmadurez. $x=0,21$: DT=0,47.
AG	Movimiento agresivo	R de movimiento que impliquen acciones claramente agresivas.	Agresividad manifiesta. $x=1,11$; DT=1,15