

R. 10682
(PS)

TJ PS
171

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
SECRETARÍA GENERAL

Sevilla, a los _____ días del mes de _____ de 1991.
El Jefe del Negocio de Tesis,

[Handwritten signature]

TESIS DOCTORAL

UN ESTUDIO
DE LA DEPRESION INFANTIL
MEDIANTE
EL TEST DE RORSCHACH

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Departamento de
de la
de Sevilla, a los _____ días del mes de _____ de 1991.

de _____ de 19

ELOISA GOMEZ-ESTERN SANCHEZ
SEVILLA, 1991.

Facultad de Psicología
UNIV. DE SEVILLA BIBLIOTECA

CERTIFICADO

JAIME RODRIGUEZ SACRISTAN, CATEDRATICO DE PSIQUIATRIA INFANTIL
DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

CERTIFICA:

Que D^a Eloisa Gómez-Estern Sánchez ha realizado bajo
mi dirección el presente trabajo denominado: "UN ESTUDIO DE LA
DEPRESION INFANTIL MEDIANTE EL TEST DE RORSCHACH", que presenta
como Tesis Doctoral y que reúne las condiciones exigibles para
optar al grado de Doctor.

Jaime Sacristan

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento va dirigido a todos los que de alguna forma, han prestado su colaboración; especialmente:

 Al profesor Dr. D. Jaime Rodríguez Sacristán por su inapreciable ayuda, paciencia y dirección.

 A los profesores Dr. D. Manuel Francisco Martínez García, Dr. D. José María León Rubio, y Dr. D. Luis Rodríguez Franco.

 A Dña. Julia Gómez de Terreros Guardiola y Dña. Pilar Nordman Benítez.

 Gracias a ellos ha sido posible llevar a feliz término el presente trabajo.

INDICE .

CERTIFICADO

AGRADECIMIENTOS

INDICE	1
A. INTRODUCCION	6
I. ANTECEDENTES HISTORICOS Y BIBLIOGRAFICOS	
A NUESTRA INVESTIGACION	9
II. DEPRESION INFANTIL	15
1. BREVE RESEÑA HISTORICA	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Configuraciones Preliminares	21
2. APROXIMACION CONCEPTUAL	30
2.1. Dificultades Conceptuales	30
2.2. Desarrollo Conceptual	33
3. ACERCAMIENTOS ETIOLOGICOS	58
3.1. Modelos Explicativos	60
3.1.1. Modelos Psicoanalíticos	64
3.1.2. Modelo Biológico	67
3.1.3. Modelo Genético	73
3.1.4. Modelo Comportamental	77
3.1.5. Modelos Cognitivos	83
3.2. Factores de Riesgo y Vulnerabilidad	101
3.2.1. Factores de Riesgo	102
3.2.2. Vulnerabilidad	110
4. EPIDEMIOLOGIA	112
III. EL TEST DE RORSCHACH	118
1. ANTECEDENTES HISTORICOS	118
2. HERMANN RORSCHACH Y SU PSICODIAGNOSTICO	120
3. EL DESARROLLO DEL MOVIMIENTO RORSCHACHIANO	123

	<u>Pág.-</u>
4. CARACTERISTICAS GENERALES	133
5. CLASIFICACION	139
6. ESTUDIO TEORICO E INTERPRETATIVO DE LOS SIMBOLOS MAS RELEVANTES	146
6.1. Localización	146
6.1.1. Respuestas Globales	146
6.1.2. Respuestas Globales Confabulatorias	150
6.1.3. Respuestas de Detalle Usual	151
6.1.4. Respuestas de Detalle Inusual	153
6.1.5. Respuestas de Detalle Oligofrénico	155
6.1.6. Respuestas de Espacio en Blanco	156
6.1.7. Calidad Evolutiva de la Localización	158
6.2. Determinantes	161
6.2.1. Respuestas de Forma	162
6.2.2. Calidad Formal	169
6.2.3. Respuestas de Movimiento ..	175
6.2.4. Respuestas de Color	201
6.2.5. Respuestas de Color Acromático	205
6.2.6. Respuestas de Sombreado ...	209
6.2.7. Respuestas de Forma- Dimensión	221
6.2.8. Respuestas de Reflejos	223
6.2.9. Respuestas de Pares	225
6.3. Contenido	226
6.3.1. Contenido Animal	227
6.3.2. Contenido Humano	229

	<u>Pág.-</u>
6.4. Respuestas Populares y Originales .	231
6.4.1. Respuestas Populares	231
6.4.2. Respuestas Originales	234
6.5. Actividad Organizativa	235
7. PSICOGRAMA	237
7.1. Interpretación	239
8. OTRAS DIMENSIONES DE ANALISIS	249
8.1. Fenómenos Especiales	250
8.2. Aplicaciones a la Psicopatología ..	251
8.2.1. Depresión Infantil en el Test de Rorschach	252
B. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE NUESTRO TRABAJO	267
C. MATERIAL	270
I. SUJETOS	272
1. CARACTERISTICAS GENERALES	272
2. GRUPOS	272
II. CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESION INFANTIL (C.E.D.I.)	275
III. ESCALA AUTOEVALUATIVA DE BIRLESON	284
IV. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM III)	290
1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS	291
1.1. Episodio Depresivo Mayor	291
1.2. Trastorno Distímico	292
V. EL TEST DE RORSCHACH	295
D. METODO	296
I. SELECCION DE SUJETOS	297
II. CONDICIONES MATERIALES DE APLICACION DE LAS PRUEBAS	299

Pág.-

III. APLICACION DEL CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESION INFANTIL (C.E.D.I.) Y LA ESCALA DE DEPRESION INFANTIL DE BIRLESON	300
IV. APLICACION Y VALORACION DEL TEST DE RORSCHACH	302
1. ADMINISTRACION	303
2. ENCUESTA	306
3. CLASIFICACION	308
V. TRATAMIENTO DE LOS DATOS	310
E. RESULTADOS	321
I. PROGRAMA ESTADISTICO DESCRIPTIVO	322
II. PROGRAMA ANOVA Y CONTRASTE DE MEDIAS	335
III. PROGRAMA DE CONTRASTE DE PROPORCIONES	375
IV. PROGRAMA DE CORRELACIONES DE PEARSON	388
V. PROGRAMA DE ROTACION VARIMAX	392
F. DISCUSION	397
I. SOBRE EL TEMA OBJETO DE ESTUDIO	398
II. DE LOS OBJETIVOS E HIPOTESIS	403
III. DEL MATERIAL Y METODO	407
IV. DE LOS RESULTADOS	418
1. ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS, ANALISIS DE VARIANZA, CONTRASTE DE MEDIAS Y CONTRASTE DE PROPORCIONES	418
2. CORRELACIONES DE PEARSON Y ANALISIS FACTORIAL CON ROTACION DE VARIMAX	449
G. CONCLUSIONES	470
RESUMEN	474
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	482

A. INTRODUCCION.

"La depresión, como una intensa epidemia, atenaza al hombre contemporáneo, suscitando en él, a pesar del avance tecnológico, análogos sentimientos a los que la peste acostumbraba a desencadenar en el hombre medieval". Estas palabras, de Polaino-Lorente (1988a, pag. 3) reflejan un problema actual que alcanza magnitudes alarmantes.

La epidemia se ha extendido hasta la infancia, la postura de algunos sectores acerca de una inmunidad en los niños hacia este mal, ha sido rebatida y demostrada su falsedad.

Es necesario alzar la voz... clamar, pues en nuestra sociedad prepotente, la del confort, del consumo, de la tecnología..., hay niños que sufren. Sí, hay niños a nuestro alrededor, muy cerca, entristecidos, apáticos, ¡cansados ya! de vivir, enfermos de tristeza.

Es difícil explicarse, entender cómo un prepúber ha podido llegar a sentir cansancio de vivir, e incluso opte por quitarse la vida, pero es una realidad que ya muchos conocemos de cerca. Existen datos de que la

depresión en la infancia existe, y también de su más funesta consecuencia: el suicidio.

Fué allá por el año 1983, a propósito de un Symposium Internacional sobre "Avances en Depresiones Infantiles", celebrado en nuestra ciudad, organizado y presidido por el director de esta tesis Doctor Don Jaime Rodríguez Sacristán, cuando empecé a gestar la idea de realizar este estudio. El tiempo, por muy diversas circunstancias, ha resultado muy dilatado, pero al fin estoy desarrollando aquella vieja idea, aquel anhelo: contribuir con mi esfuerzo, mi trabajo, a profundizar en este campo tan penosamente de actualidad como es la Depresión Infantil.

I.- ANTECEDENTES HISTORICOS Y BIBLIOGRAFICOS A NUESTRA INVESTIGACION.

La bibliografía sobre depresión infantil y el test de Rorschach, recogida a partir de las sucesivas búsquedas bibliográficas retrospectivas, es tan escasa, que con frecuencia nos acosó la duda acerca de la efectividad y/o calidad de las mismas.

Aparte de las búsquedas y consultas ordinarias por bibliotecas, hemerotecas..., etc. las fuentes a las que hemos acudido para obtener datos bibliográficos han sido fundamentalmente:

- Servicio de Información y Documentación de la Biblioteca Universitaria de Sevilla (se efectuaron dos búsquedas retrospectivas: 14-XI-85 y 11-III-90).

- Búsquedas manuales:

- Current Contents.
- Excerpta Medica.
- Psychological Abstracts.

- Servicio de búsqueda retrospectiva de la Hemeroteca de Facultad de Medicina de la

Universidad de Sevilla (Medline: Base de datos en CD-ROM, elaborada por la National Library of Medicine de USA), en Octubre de 1990.

- El Instituto de Información y Documentación de Ciencias Sociales y Humanidades CSIC de Madrid ha sido nuestro principal proveedor, pero también hemos solicitado, directamente de los autores, el envío de sus artículos.

Y... después de este arduo y lento recorrido no nos quedó más remedio que asentir a lo que apuntaba Campo (1988, pag. 224): "Existen muy pocas publicaciones Rorschach específicas acerca de la depresión en la niñez".

Esta no referencia expresa a la depresión infantil en los estudios sobre el test de Rorschach tiene una explicación muy simple:

Por una parte topamos con que la utilización del concepto "depresión infantil" como entidad psicopatológica fue de aparición tardía. Como ya se pondrá de manifiesto al desarrollar el capítulo sobre depresión infantil, los estudios sobre este tema comienzan a proliferar en la década de los sesenta; de

aquí a entonces el concepto de depresión infantil ha recorrido muchos caminos.

Por otro lado la resistencia, por parte de algunos autores, a aceptar la posibilidad de aparición de depresión en edades tempranas (antes de la adolescencia). Esta resistencia, implícita a las teorías psicoanalíticas más ortodoxas, supuso una contribución importante a la aparición tardía de estudios sobre el tema, aludido anteriormente.

En la búsqueda y/o exposición de razones a la escasez de estudios sobre el tema podríamos, por ejemplo, y sin ir más lejos, referir las que hemos sufrido en nuestra propia piel: dificultad de completar una muestra de niños afectos de depresión y lo laborioso que resulta trabajar con el test de Rorschach.

Pese a lo apuntado, no han faltado, incluso desde los comienzos del desarrollo del test, alusiones, estudios... de alguna forma relacionados con el tema, ya que no referido explícita y/o expresamente a la depresión infantil. Como ya indicaba Salas (1944, pág. 108): "El método es muy útil para conocimiento de los

niños superdotados, oligofrénicos, psicópatas y melancólicos".

En 1929 Loosli-Usteri publicó un estudio titulado "Le test de Rorschach appliqué à différents groupes d'enfants de 10 à 13 ans"; uno de los grupos estaba integrado por niños de un orfanato (es decir, niños abandonados, carentes de afecto), el aumento de respuestas M observado en este grupo lo interpretó esta autora como indicativo de repliegue precoz y desecamiento de la vida afectiva. También Francis-Williams (1968) observó un aumento de respuestas M en un grupo de niños que sufrían privaciones, así como otros tres índices Rorschach, que presentamos en un punto desarrollado más adelante como epílogo al desarrollo teórico sobre el test de Rorschach, denominado "Aplicaciones a la Psicopatología". Por su parte, Beck (1968, Tomo II), en su estudio de casos prácticos, incluye el de un niño de un internado médico-pedagógico, al que se le aplica el test de Rorschach en tres ocasiones. Las tres respuestas Y (de difuminado), registradas en la primera aplicación, las comenta expresamente relacionándolas con estado disfóricos. Bohm (1972) refiere cuatro signos Rorschach para el "síndrome de abandono" en niños de nueve a trece años.

En las obras de Guilbert (1975) y Rausch de Traubenberg y Boizou (1984), que tratan diversos casos clínicos en niños, también hemos podido recoger alusiones a la depresión; en concreto, Rausch de Traubenberg y col., catalogan uno de los casos estudiados de depresión grave; y Guilbert relaciona las respuestas de color acromático, que aparecen en sus protocolos estudiados, con síntomas depresivos.

Kohler y Bernard (1970) realizan un estudio sobre depresión infantil y el test de Rorschach, basándose en los índices diagnósticos para la depresión adulta de Rorschach (1921) y de Bohm (1972).

Exner y Weiner (1982), después de examinar la utilidad de algunos índices depresivos en la depresión infantil, no llegan a conclusiones muy definitivas, sembrando pues la duda sobre infalibilidad de estos índices. Exner, Thomas y Mason (1985) en un estudio longitudinal realizado con 23 pacientes deprimidos, con edades comprendidas entre los once y los catorce años, sólo confirmaron la estabilidad de tres de los cinco índices depresivos utilizados en el Sistema Comprensivo.

El estudio de Lobovits (1986) titulado "The use of selected Rorschach indices to diagnose depression among latency aged children", también examina la utilidad de cinco variables Rorschach para el diagnóstico de depresión infantil, concluyendo cuán escasa es su validez como índices para el diagnóstico de depresión infantil.

Para Lipovsky, Finch y Belter (1989), las variables Rorschach en general no están relacionadas con la depresión en la adolescencia.

Campo (1988) tras una revisión de la literatura sobre Rorschach y depresión, lleva a cabo una recapitulación y reagrupamiento de índices depresivos en la infancia.

Queda por advertir que este primer apartado lo hemos tratado con carácter introductorio e informativo y por lo tanto con desarrollo limitado; ya que al final de la introducción, en "Aplicaciones a la Psicopatología", hemos introducido también un punto sobre depresión infantil y el test de Rorschach en donde completamos el tema.

II.- DEPRESION INFANTIL.

1. BREVE RESEÑA HISTORICA.

1.1. ANTECEDENTES.

La enfermedad depresiva, cuenta con una larga tradición histórica, no obstante, "hasta finales del siglo pasado, el vocablo <<depresión>> era desconocido en psiquiatría" (Castells, 1983, pag. 517). Antes se hablaba de "melancolía", término que sirvió para las más diversas y ambiguas conceptualizaciones hasta quedar adscrito a la clínica, abandonando estas otras connotaciones (acedia, perspectiva moralizante,...) con que aparece en los escritos de la Edad Media, y que siguieron vigentes, incluso en la época moderna.

Polaino-Lorente (1984) alude a la primera vez que en la Sagrada Escritura se narra explícitamente un acontecimiento depresivo. Es en el libro primero de los macabeos donde aparece la historia del rey de Siria y Macedonia, Antíoco IV (+164 a. de C.), de cuyo texto transcribimos algunos párrafos significativos: "...Ante tales noticias, el rey quedó pasmado y lleno de turbación, y púsose en cama, y enfermó de melancolía,

viendo que no le habían salido las cosas como él se había imaginado. Permaneció así en aquel lugar por muchos días; porque iba aumentando su tristeza, de suerte que pensó que se moría. Con esto llamó a todos sus amigos y les dijo: el sueño ha huído de mis ojos; mi corazón se ve abatido y oprimido de pesares, y digo allá dentro de mí: ¡A que aflicción me veo reducido, y en que abismo de tristeza me hallo!. Yo que estaba antes tan contento y querido, gozando de mi regia dignidad. Más ahora se me presentan a la memoria los males que causé en Jerusalén, de donde me traje todos los despojos de oro y plata que allí cogí, y el que sin motivo alguno envié a experimentar los moradores de la Judea. Yo reconozco ahora que por eso han llovido sobre mí tales desastres; y ved aquí que muero de profunda melancolía en tierra extraña" (pag. 6-7).

Los primeros atisbos de modelos explicativos pueden encontrarse en Hipócrates y Galeno (Jackson, 1981); ahora bien, en los escritos de Hipócrates (460-370 a. de C.) como señala Tellenbach (1976), no encontramos ni una delimitación clara del tipo melancólico, ni una definición completa de melancolía como entidad nosológica, sino el bosquejo de un perfil de tipología predisponente o disposicional para una determinada enfermedad del espíritu.

Galeno de Pérgamo (130-201) se plantea si la melancolía tiene categoría de síntoma o es un estado fisiológico.

Areteus de Capadocia, a mediados del S. I d. de C. vislumbró una conexión entre la manía y la melancolía, que también anteriormente había establecido Hipócrates. Ayuso Gutiérrez (1980, pag. 545) transcribe el siguiente párrafo de Areteus: "La melancolía es una alteración apirética del ánimo que está siempre fijo y adherido a un mismo pensamiento. A mí me parece que la melancolía es el principio y una parte de la manía. Mientras que el ánimo de los maníacos tiende al furor y al placer, el de los melancólicos está inclinado a la tristeza y a la pesadumbre".

En esta primera época de gestación, también se encuentran algunas referencias infantiles al concepto de melancolía. No obstante, es a partir del siglo XIX, cuando los primeros textos clásicos de psiquiatría, nos proveen de información válida para centrar este breve recorrido histórico en la infancia.

Autores como West en Gran Bretaña; Delasiauve, Filibiliu y Moreau de Tours en Francia; Vidal Perera en

España; y Ebbinghaus en Alemania, van conformando con sus monografías el panorama de la patología mental infantil.

Ya en 1852, el psiquiatra Louis Delasiauve publicó: "Leçons sur la mania infantile", obra muy infrecuentemente citada en la bibliografía sobre la depresión (Domènech y col., 1988).

El pediatra inglés Charles West en 1874, en sus disertaciones sobre enfermedades infantiles, incluye un capítulo descriptivo de los estados depresivos; en realidad, no es que aluda explícitamente al término depresión o similar, pero muchos aspectos de la descripción de West son identificables con las características del cuadro depresivo.

En la obra de Pierre N. Filibiliu: "Contribution à l'étude de la folie chez les enfants", publicada en 1887, se encuentran referencias y alusiones ambiguas a la depresión infantil. Por ejemplo en estos párrafos transcritos en Domènech y col. (1988, pag. 16): <<"...cuántos trastornos mentales pasan desapercibidos y cuántos niños enfermos se encuentran en la calle, sin que lo sospechemos ...; algunos son tristes, melancólicos, prefieren la soledad, son dulces,

deprimidos, inofensivos,..."; sobre la palidez del melancólico escribe: "... el melancólico tiene el semblante pálido con ojeras, ojos sin brillo, expresión, ni movimiento...; el conjunto de su faz expresa la apatía y la tristeza">>.

Moreau de Tours (1804-1884) en sus trabajos sobre "Locura en el niño" describe casos de aparente psicosis maniaco-depresiva a partir de los siete años de edad.

Ebbinghaus en 1887 aportó, al completar el manual pediátrico de Gerhardt, detalladas explicaciones sobre los trastornos afectivos en la infancia.

Stern (1933) distingue entre niños indolentes, lunáticos, maniacos, afectivos..., deprimidos. Sobre estos últimos escribe: "No son capaces de obrar, estrechados siempre por apuros. Los niños deprimidos no pueden reír, y un niño que no ríe, ni puede allborotarse ni enfadarse, es un enfermo. Los muchachos deprimidos son tímidos, huraños, huyen de la compañía de los demás, no juegan, no tienen confianza en sí mismos, sienten envidia por los que les rodean, lo ven todo turbio, se consideran incapaces para el trabajo y sienten anhelos de estímulos y aprobación.

Permanecen con frecuencia incomprendidos, y entonces su sentimiento de inferioridad se convierte en amargura. A algunos la constante censura de sí mismos anula su ya escasa actividad; son pesimistas innatos, sin iniciativas. A veces aparecen en ellos estados de obsesión y miedo que pueden llevarlos incluso al suicidio." (págs. 64-65). En esta primera mitad de nuestro siglo, el término depresión va tomando cada vez más auge a través de una pródiga literatura, que va suscitando un creciente interés entre científicos cercanos al ámbito clínico (psicólogos, pedagogos,... etc.).

Estamos de acuerdo con Domènech y col. (1988, pag. 14) cuando escribe: "sería muy difícil de explicar el interés suscitado por la depresión (en esta época de la primera mitad de nuestro siglo), sin apelar a las aportaciones realizadas por el psicoanálisis, cuyas influencias son predominantes en aquel contexto histórico y científico".

Con el trabajo "Contribution à l'étude de la psychogénese des états depressifs" de Melanie Klein publicado en 1934 comienza un estudio más sistemático de la depresión, dentro de la óptica psicoanalítica (Castells, 1985), que trataremos de forma más rigurosa en el siguiente apartado.

1.2. CONFIGURACIONES PRELIMINARES.

Freud en su trabajo "Duelo y Melancolía", publicado en 1917, compara "la melancolía con el duelo, afecto normal paralelo a ella" (pag. 2.091); la melancolía es un duelo por la pérdida de un objeto libidinoso y tiene una finalidad reparatoria, sólo que, a diferencia del duelo se desconoce qué objeto amoroso ha sido perdido. Así pues, para este autor, se da esta progresión: pérdida de objeto, culpabilidad por la misma y depresión.

Anteriormente a Freud, ya Abraham (1911), pionero en lo que respecta a trabajos de orientación psicoanalítica sobre depresión, llamó la atención sobre la semejanza del depresivo fuera de su crisis con la estructura del obsesivo (caracterizada por un Super-yo muy desarrollado), siendo las exigencias del Super-yo, las causantes de la culpa depresiva.

El psicoanálisis ortodoxo no reconoce la existencia de depresión hasta la llegada de la adolescencia, etapa en que el Super-yo, la instancia más tardía en el desarrollo, de entre las tres reconocidas por la teoría psicoanalítica (Ello, Yo,

Super-yo) ha alcanzado suficiente estructuración, como para que se de el conflicto intrapsíquico, que explica la depresión desde esta perspectiva. No obstante, como señala Segal (1969), dentro del psicoanálisis existen divergencias importantes en torno a esta cuestión. Según Melanie Klein, tanto el complejo de Edipo, como el Super-yo se manifiestan mucho antes de lo que se suponía. A esta autora, como refiere Castilla del Pino (1972), debemos la atención acerca de los estados depresivos en la primera infancia, y la conexión de los mismos con las pérdidas de objetos y el duelo subsiguiente que ha de aparecer con posterioridad.

Con los términos posición esquizo-paranoide y depresiva, Melanie Klein (1932) alude a fenómenos que aparecen durante el primer año de la vida, en la denominada etapa oral, la primera ocupa los tres o cuatro primeros meses, y la segunda, la segunda mitad del primer año.

En el desarrollo normal, la posición esquizo-paranoide se caracteriza por la escisión entre los objetos buenos y malos; el infante organiza sus percepciones por medio de procesos proyectivos e introyectivos; lo malo se echa fuera, se aleja, se odia, se destruye; lo bueno se incorpora, se ama. El

reconocimiento de la madre como objeto total marca el comienzo de la posición depresiva, que se caracteriza por la relación con objetos totales y por el predominio de integración, ambivalencia y ansiedad depresiva y culpa. El bebé va reconociendo cada vez más claramente que es una sola persona (el mismo), quien ama y odia a otra (única) persona (su madre), que puede ser buena o mala. En la posición esquizo-paranoide, el motivo principal de la ansiedad es que el objeto u objetos malos lleguen a destruir el Yo. En la posición depresiva, la ansiedad sobreviene ante el temor de que los propios impulsos destructivos hayan destruido al objeto amado, de quien dependen totalmente; esto provoca fuertes sentimientos de pérdida y de culpa.

Aún en este fugaz recorrido por la obra de Melanie Klein, podemos comprender cómo concibe la depresión: como regresiones a una etapa del desarrollo en que el estado depresivo se manifiesta como un fenómeno natural, en respuesta a las vicisitudes características de una determinada etapa temprana del desarrollo infantil.

Paralelamente a las teorías de Melanie Klein, pero en otra línea de investigación más experimental, se desarrollan los estudios de Spitz relacionados con la

carencia afectiva, para este autor una desorganización de las relaciones objetales durante el primer año, puede provocar diversos trastornos, de los que interesan resaltar los comportamientos depresivos observados en niños institucionalizados.

Depresión anaclítica denominó Spitz (1946), al cuadro que presenta el lactante a consecuencia de una privación emocional parcial. "Una de las condiciones -escribe Spitz (1970, pag. 109)- para que el niño adquiera una depresión anaclítica es que haya estado anteriormente en buenas relaciones con su madre". Con esta condición previa, y tras un período de separación de la madre más o menos largo, observó, el mencionado autor, un cuadro clínico semejante al de la depresión en el adulto, que progresaba de mes en mes, en función de la duración de la separación. El cuadro, que comienza con llantos frecuentes y continúa con pérdida de peso y estacionamiento del desarrollo, evoluciona en gravedad al tercer mes, mostrando además rechazo a cualquier contacto, insomnio, tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, generalización del retraso motor, y rigidez en la expresión facial. Después del tercer mes se fija la rigidez del rostro, sigue aumentando el retraso y los lloros desaparecen, siendo reemplazados por gemidos extraños. Si la

relación con la madre se normaliza antes de los tres meses de privación remiten los síntomas; si ocurre entre los tres y cinco meses de ausencia no se consigue la remisión de todos los síntomas, quedando como secuela una alteración y un retraso del desarrollo. Si transcurren más de cinco meses de separación sobreviene un deterioro progresivo e irreversible, que puede desembocar en una situación de marasmo e incluso de muerte.

Para Spitz, escribe Monedero (1982, pag.82): "esta depresión anaclítica coincide con la adulta en que ambas están provocadas por la pérdida del objeto amoroso, pero se diferenciaría de ella estructuralmente en la medida en que la personalidad del lactante es diferente".

Aunque las observaciones e hipótesis de Spitz, escuetamente expuestas, han sido sometidas a posteriores rectificaciones y críticas (p. ej. acerca de la irreversibilidad de los síntomas) no se le puede negar un lugar privilegiado en el desarrollo de la depresión infantil, al haber iniciado una línea de investigación que, como afirma Mesa (1986), posteriormente se ha revelado muy fructífera.

En esta misma línea experimental, se desarrollan los trabajos de Burlingham y Freud (1942 y 1943); Robertson y Bowlby (1952); Robertson (1953); Bowlby (1953); Heinicke (1956); Schaffer y Callender (1959); Heinicke y Westheimer (1965), que contribuyen junto a una larga pléyade de autores a configurar el modelo de "pérdida de objeto", uno de los diez modelos sobre la depresión en adultos propuesto por Akiskal y Mc Kinney (1975); y en el que el mecanismo etiológico es la separación y ruptura de un lazo afectivo.

Para estudiar los efectos de una privación materna, Bowlby y su grupo de investigación (especialmente Robertson y Heinicke) probaron estrategias de investigación alternativas. Durante la década de los 50, se centraron en las respuestas del niño durante la fase de la experiencia de separación y en el periodo inmediatamente consecutivo a la misma. Las observaciones de comportamientos de niños, de 1 y 2 años fundamentalmente al ser apartados de su madre o sustituta, y trasladados a ambientes extraños, donde permanecían durante algún tiempo, así como del que se producía de retorno al hogar, encaminaron a Bowlby (1960) a formular la tesis de que los lactantes y niños pequeños, al igual que los adultos que han sufrido la pérdida de un ser querido, experimentan pena y pasan

por períodos de duelo. Sólo que en la infancia los procesos que conducen al desapego tienden a desarrollarse prematuramente, y ello tanto más cuando coinciden con una intensa tristeza residual y la enmascaran. La tristeza y la ira persisten, pero fundamentalmente a un nivel inconsciente. A consecuencia de este comienzo prematuro de desapego, los procesos de duelo infantil adoptan habitualmente, según Bowlby (1961) un curso que es considerado patológico en adultos y niños de más edad; quedando además una predisposición a responder de manera similar ante futuras pérdidas de seres queridos.

La mayoría de los estudios desarrollados en este campo, identifican comportamientos depresivos y de ansiedad a partir de la separación y/o experiencias de pérdida. Ahora bien, este tema ha suscitado múltiples controversias, difícilmente superables desde el momento en que no se ha tenido en cuenta las muchas variables que influyen sobre el comportamiento infantil durante y después de la separación (Bowlby, 1961). La edad del niño, la pérdida del hábitat inherente a la separación materna, su duración, comportamiento de la madre, características temperamentales del niño, etc., son variables intervinientes, y van a producir desde

groseras hasta sutiles diferencias en los comportamientos de los niños.

En este panorama los estudios de Psicopatología Experimental Animal también contribuyen con importantes aportaciones. Los trabajos de Yerkes (1929), Engel (1954), Lehmann (1959) y Saul (1962) aluden a relaciones entre separación materna y depresión en el comportamiento animal. Otros estudios sobre los efectos de la separación materna en el comportamiento animal, refieren cambios importantes como la aparición de anorexia mental en monos (Kohler, 1925), o los cambios comportamentales en perros y pájaros observados por Lorenz (1952). Con el trabajo de Seasy, Hansen y Harlow (1962) se consigue por primera vez un modelo animal de depresión anaclítica, que promueve a su vez un creciente número de investigaciones tras el logro de modelos análogos de depresión; en este contexto la aparición del modelo de indefensión aprendida de Seligman (1975), marca un hito culminante.

En este estado de cosas, hemos llegado a la actualidad, con el interés vivo, suscitado tiempo atrás, por el hecho de la separación de la madre y sus efectos en la conducta del niño. Aunque se reconoce que es una situación potencialmente traumática, no podemos

establecer, sin más, una relación unívoca entre "separación" y "depresión". Sabemos, por ejemplo, que el desapego no es un paso invariante en la secuencia de la depresión anaclítica (Bowlby 1958); que la reunión con la madre no siempre produce el inmediato regreso a la conducta anterior a la separación. Los estudios posteriores a los de Spitz, aunque parcialmente, han ido confirmando, ampliando, pero también rectificando sus hipótesis; la depresión anaclítica en niños no está totalmente libre de problemas de moldeamiento (Akiskal y Mc Kinney, 1975); existiendo aún desacuerdo sobre si la depresión anaclítica es representativa, de algún modo, de las depresiones del adulto. En cualquier caso, esta etapa de investigación sobre la existencia de depresiones en niños pequeños, sirvió para fortalecer y clarificar la posición conceptual de este trastorno, al restarle por primera vez su tradicional ambigüedad (Mesa, 1986).

2. APROXIMACION CONCEPTUAL.

2.1. DIFICULTADES CONCEPTUALES.

El estudio psicopatológico de la depresión infantil es el que más fuertes controversias ha suscitado entre diferentes escuelas. De hecho, lo que apuntaba Herzog y col. (1982) de que aún no se habían conseguido criterios que pudieran converger en un adecuado marco conceptual, es todavía cierto hasta la actualidad.

Desde la imprecisión del término "depresión" comenzamos ya una lista de obstáculos interminables, que se inicia con su utilización tanto en sentido psiquiátrico/psicopatológico, como no psiquiátrico. En un sentido exclusivamente psiquiátrico/psicopatológico se usa alternativamente como síntoma, síndrome o trastorno.

Como síntoma se refiere a un estado de ánimo disfórico que puede aparecer en respuesta a una pérdida o desengaño y/o puede presentarse sin una razón aparente que la explique. Cuando el estado de ánimo disfórico se considera como síntoma, puede o no formar parte de un síndrome depresivo o de un trastorno

depresivo, y también formar parte de otro trastorno psiquiátrico (Cantwell, 1987a).

En la depresión como síndrome la disforia aparece acompañada de otros síntomas. Los síntomas que configuran un síndrome depresivo no son exclusivamente afectivos, también se incluyen perturbaciones en las funciones vegetativas y psicomotoras, así como cambios cognitivos y motivacionales.

Con el concepto depresión referido a un trastorno o entidad clínica, se alude a la existencia de un síndrome depresivo con un cuadro clínico característico, una historia característica, una respuesta al tratamiento característica y posiblemente con unos correlatos familiares, ambientales y biológicos. Si a estos factores familiares y ambientales añadimos los cognitivos y de desarrollo, presentes en la infancia, el cuadro clínico resultará incesantemente empañado; de acuerdo con Rodríguez-Sacristán y Caballero (1990) la presentación de lo depresivo a lo largo de la vida del hombre ya es bastante complejo, como para que además añadamos las características del enfermar psíquico en el niño. Todos estos aspectos que tanto dificultan el significado de la depresión infantil como entidad clínica específica,

han suscitado serias discusiones entre los profesionales de esta actividad, y así lo refiere Petti (1986).

Sucesivamente se han ido perfilando corrientes en forma de alternativas conceptuales que corren paralelas a las escuelas de psicopatología preocupadas por el estudio de este tema; desde la no aceptación del concepto depresión en la infancia, mantenida por los psicoanalistas (p. ej. Mahler, 1961; Rie, 1966), hasta la extensión del concepto a todo el abanico sintomatológico de la psicopatología infantil, podemos encontrar desarrollos de diversa índole.

Por otro lado, los criterios para el diagnóstico de depresión infantil siguen en la actualidad en vías de desarrollo, al ir ampliándose los aspectos y/o niveles estudiados (clínicos, bioquímicos, neuroendocrinos, sociales, cognitivos, etc.). Esto que facilita la clarificación y configuración del concepto, lo convierte a su vez en algo confuso, ambiguo, abierto a continuas aportaciones en desarrollo; y de una complejidad que dificulta a todas luces la labor de síntesis necesaria para la elaboración del concepto.

2.2. DESARROLLO CONCEPTUAL.

Es la década de los 60, época de acontecimientos importantes en el estudio de la depresión infantil. Merece resaltar la ocurrencia casi simultánea de los siguientes hechos:

- Publicación de Comprehensive Review, en donde aparece una revisión del tema (Rie, 1966).
- Trabajo científico (posiblemente el primer trabajo sobre el tema), sobre hijos de padres depresivos (Rutter, 1966).
- También en 1966, la Asociación Americana de Psiquiatría (GAP), en su Sección de Psiquiatría infantil, propone una clasificación con 6 categorías diagnósticas, dentro de las cuales los trastornos afectivos podían incluirse en los desórdenes reactivos y en los psiconeuróticos, donde se integran las neurosis depresivas.
- En el Tercer Seminario de la O.M.S., celebrado en París en 1967 se propuso una clasificación de los trastornos paidopsiquiátricos, en donde los

Trastornos Afectivos, fundamentalmente los depresivos, se podrían incluir en las reacciones adaptativas y trastornos neuróticos. En la 8ª revisión (1968) aparecen por primera vez varias categorías diagnósticas dedicadas a la infancia, algunas referidas a los Trastornos Afectivos.

- La Sociedad Americana de Psiquiatría en su publicación DSM II (1968), describe trastornos más específicos de la niñez y la adolescencia, aunque los afectivos se incluyen en las mismas categorías de los adultos.

Los trabajos sobre Depresión Infantil publicados en esta década de los 60 se multiplican a la par que se diversifican los criterios. Como ejemplo citamos entre otros los trabajos de Toolan (1962), Sandler y col. (1965), Boulanger (1966), Dugas (1966), Faux y col. (1967), Frommer (1968), Glaser (1968). Esto acarrea una serie de dificultades en su diagnóstico, siendo quizás la principal una adecuada delimitación de criterios nosológicos y nosográficos.

Como señala Ballesteros y cols. (1986, pag. 104): "Es tópico referirse al IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, celebrado en Estocolmo en 1971,

como el comienzo de una preocupación por los trastornos depresivos del niño que llevaría a la programación de estudios más sistematizados". Esta fecha marca un hito fundamental en lo que se refiere a una aproximación científica de la depresión infantil, y de esta forma es aludida, entre otros, por Kovacs (1985).

Así pues, como señala Mesa (1986), ante el rumbo anárquico desarrollado, los investigadores se afanan por la búsqueda de criterios diagnósticos más sólidos; y es a partir de los 70 cuando se inicia la discusión en torno a estos criterios. B. Penot publica en 1974 una contribución al estudio de las depresiones infantiles. En 1977, J. G. Schulterbrandt y A. Raskin publican los trabajos de una conferencia sobre la depresión infantil organizada por el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos (NIMH). En 1980 M. Dugas y M. C. Mouren publican un libro sobre los trastornos del humor en niños menores de trece años.

Partiendo de estas publicaciones fundamentales son muchos los autores que siguen contribuyendo con sus trabajos al desarrollo del tema que nos ocupa (por ejemplo, Poznanski y col., 1970; Ling y cols., 1970;

Krakowski, 1970; Arajärvi y col., 1972; Malmquist, 1972; Mc Conville y cols., 1973; Cytryn y col., 1974a; Mouren y col., 1982; Herzog y col., 1982; Kovacs, 1983; Kovacs, 1989; Rodríguez-Sacristán y col., 1990).

Las distintas modalidades conceptuales, que atendiendo preferentemente a una perspectiva clínica, han ido apareciendo, se pueden agrupar de la siguiente forma:

- a) La depresión, como entidad clínica, no existe en la infancia.

Esta idea es compartida por la mayoría de autores psicoanalistas, basándose en la teoría psicoanalítica, de que antes de la adolescencia no se dispone de un Super-yo lo suficientemente estructurado como para desarrollar un cuadro depresivo.

En esta línea se sitúan todos los autores psicoanalistas (Freud, Abraham, Klein, etc.), cuyas opiniones, ya aludidas en configuraciones preliminares, son inscribibles en este apartado.

Más recientemente Mahler (1961), Rie (1966), Rochlin (1959),... fieles al dogma psicoanalítico siguen rechazando el concepto de depresión infantil.

Como ya señalamos dentro de la escuela psicoanalítica, algunos autores (por ejemplo Melanie Klein, Spitz) admiten la aparición de manifestaciones depresivas, pero en conexión con determinados periodos evolutivos; por lo que no tienen validez psicopatológica (angustia del nacimiento, angustia del octavo mes, periodos evolutivos depresivos durante la fase edípica, etc.).

En otra línea, Lekowitz y Burton (1978), psicólogos experimentales, sostienen que la prevalencia de los síntomas del síndrome depresivo infantil es tan elevada en los niños normales que no son estadísticamente atípicos, ni psicopatológicos, ni de larga duración.

b) Depresión enmascarada.

La conceptualización de la depresión infantil en los 60 y principios de los 70 se centró en la depresión enmascarada como expresada por equivalentes depresivos. Este concepto, aunque introducido

previamente en el ámbito psicopatológico adulto, fue en el ámbito infantil donde consiguió su relativa y fugaz consolidación.

El término equivalentes depresivos, puesto en circulación con anterioridad al de "depresión enmascarada", alude a síntomas conceptualizados como equivalentes de la depresión, aunque estos, por su naturaleza no reúnen los atributos necesarios para reagruparlos con los síntomas típica y tradicionalmente depresivos (Polaino, 1988b).

Los partidarios del concepto "depresión enmascarada" aceptan la existencia de depresión infantil, aunque con un cuadro clínico integrado por una amplia variedad de síntomas, bajo los que subyacen los síntomas característicos de la depresión adulta (humor disfórico, anhedonia, etc.) y a los que enmascaran. Los síntomas que integran este cuadro se diversifican hasta el punto de que todo el abanico sintomatológico de la psicopatología infantil puede considerarse como parte integrante de una depresión. Como podemos observar en este contexto, los equivalentes depresivos sirven de fundamento para la conceptualización de depresión enmascarada.

Con Sperling (1959) y Toolan (1962) se abre paso esta nueva corriente como alternativa conceptual para la depresión infantil.

Para Sperling, la depresión infantil podía estar enmascarada por síntomas tales como cefaleas, dolores abdominales, pruritos y anorexia.

Por su parte, Toolan aludía a las depresiones del niño como situaciones enmascaradas que rara vez se dan en la infancia y adolescencia con síntomas abiertos (Cardoze, 1979). Como síntomas encubridores de la depresión infantil distingue este autor los siguientes:

- Rabietas.
- Desobediencia.
- Vagabundeo.
- Fugas del hogar.
- Tendencia a accidentes.
- Masoquismo.
- Conducta autodestructiva.
- Aburrimiento.
- Inquietud motora.
- Conducta sexual inadecuada.

Y como síntomas abiertos los siguientes:

- Aislamiento social.
- Sensación de depresión.
- Apatía.
- Sentimiento de ser rechazado.
- Preocupaciones mórbidas (muertes, accidentes, etc.).

En la misma línea de continuidad, defendiendo en mayor o menor grado la naturaleza enmascarada de las depresiones infantiles se encuentran: Glasser (1968), Backwin (1972), Connel (1972), Malmquist (1972), Renshaw (1974), Cytryn y Mc Knew (1974a), Raskin (1977), Murray (1970), etc.

Llegados a este punto culminante de focalización y aceptación del concepto "depresión enmascarada" comienza también su rápida declinación. Kovacs y Beck (1977), después de una amplia revisión concluyeron que el término era engañoso e innecesario; los que proponen este concepto, prosiguen estos autores, dejan patente que no se puede diagnosticar depresión enmascarada sin haber probado que existe depresión. Por su parte, Carlson y Cantwell (1980a) reafirmaron esta opinión al realizar un estudio con niños de un hospital

psiquiátrico. Para Mouren (1982, pag. 563) "la noción de depresión enmascarada no es muy operativa y puede crear cierta confusión. Personalmente nunca hemos observado depresión enmascarada propiamente hablando...".

Actualmente no tiene credibilidad alguna, considerándose sólo como parte integrante del pasado histórico en la gestación del concepto Depresión Infantil.

c) Depresión infantil en función de los diversos estadios de desarrollo.

La tendencia a conceptualizar la Depresión Infantil en función de las etapas de desarrollo surge a tenor de circunstancias varias. Principalmente como eco a una nueva corriente denominada psicopatólogos del desarrollo (p. ej. Achenbach, 1978, 1982a y 1982b; Rutter y cols. 1984 y 1986, etc.), que plantea la necesidad de inclusión de criterios de desarrollo en psicopatología infantil; así como reacción al malogrado concepto de depresión enmascarada.

Los partidarios de esta conceptualización critican la aplicación a los niños de los criterios de la

depresión adulta, especialmente los de depresión mayor y sostienen que aunque la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil es necesario considerar el nivel de desarrollo emocional, cognitivo y de conciencia de sí mismo del niño como factores determinantes de la capacidad de experimentar y expresar estados de ánimo (Garralda y cols. 1984; Kreuz y cols. 1985).

Teorías psicoanalíticas más recientes, al relacionar la depresión con el Yo, más que con conflictos del Super-yo, reconocen su existencia en la infancia, pero tomando en consideración las diferencias de desarrollo (Bemporad, 1970). Así pues, también entre los psicoanalistas encontramos un nutrido grupo representativo de esta forma de conceptualización (Arieti y Bemporad, 1978; Anthony, 1975; Bemporad y Wilson, 1978; Bemporad, 1982, etc.) que admite la posibilidad de depresión en la infancia pero con unas manifestaciones en constante dependencia de un desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y perceptuales, específicas de sus periodos evolutivos.

Para la Psicopatología del desarrollo los síntomas de la depresión pueden variar a través de los diversos

estadios de desarrollo, poniendo claramente de manifiesto la necesidad de distinguir entre síntomas comunes al desarrollo normal, de aquellos otros configuradores de un trastorno afectivo. Esto se ve refrendado por los resultados de algunos estudios epidemiológicos; p. ej. en el de Macfarlane y cols. (1954), el 33% de los niños de seis años manifestaron falta de apetito, proporción que descendía hasta el 7,5% en los niños de nueve años. Según la definición estadística de patología: un comportamiento es anormal si se da como máximo en una proporción del 10% de la población no-patológica dentro del mismo grupo de edad (Sheperd y cols. 1971). Así pues, aplicando este criterio podemos considerar la falta de apetito como síntoma de depresión de niños de nueve años de edad, pero no en niños de seis años.

A la discutible inadecuación de aplicar el criterio estadístico de anormalidad propuesto por Sheperd y cols., que no analizaremos aquí, hay que añadir la opinión de algunos investigadores, de ampliar la obtención de datos de prevalencia de síntomas específicos a una constelación de síntomas (síndrome), ya que, puntualiza Costello (1980), puede ocurrir que aún siendo alta la prevalencia de síntomas individuales depresivos a una determinada edad, no se da una

constelación de síntomas depresivos estadísticamente alta para esa edad específica.

Mc Conville y cols. (1973) a partir de un análisis de respuestas de 15 ítems de un cuestionario, proponen una clasificación de síndromes depresivos por grupos de edad:

1) De los seis a los ocho años de edad. El denominado "Tipo Afectivo" que se expresa fundamentalmente con sentimientos de tristeza y desamparo.

2) De los ocho a los once años de edad. En este grupo lo predominante es la autoestima negativa con intensos sentimientos de desvalorización y de no ser querido.

3) De los once a los trece años de edad. Se expresa fundamentalmente con ideas de culpabilidad y autodestrucción, que el niño verbaliza. Esta tercera forma es menos frecuente que las anteriores y se manifiesta predominantemente de los doce a los trece años.

Según Nissen (1971) la manifestación de la depresión en la infancia va a depender de la edad y del sexo. Con respecto a la edad distingue tres grupos:

1) Los lactantes y los niños de edad preescolar, que manifiestan su depresión por síntomas casi exclusivamente psicossomáticos.

2) Los niños de edad escolar, la manifiestan predominantemente con inhibición afectiva de las pulsiones y síntomas psicossomáticos (eneuresis, onicofagia, terrores nocturnos, crisis de llanto, gritos y manipulación genital).

3) En los adolescentes y preadolescentes, la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y depresión); manifestándose la cefalea como síntoma psicossomático dominante.

Por su parte Herzog y col. (1982) presentan los siguientes "criterios específicos de desarrollo" que se observan en la Tabla 1.

TABLA 1

SINTOMAS DE LA DEPRESION INFANTIL SEGUN HERZOG Y COL.
(1982)

HUMOR DISFORICO
(Debe estar presente)

Cara triste, o inexpressiva, mirada de aversión o repugnancia, fijar la vista en blanco, apatía, irritabilidad.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
(Al menos 4 síntomas presentes)

0-36 MESES

- (1) Trastornos somáticos.
 - (2) No juega.
 - (3) Irritación permanente o letargo.
 - (4) Problemas ligados con la separación y/o con el apego, angustia de separación (12 a 13 meses). Ninguna angustia de separación (9 a 36 meses).
 - (5) Dificultad de comportamiento.
 - (6) Retrasos de desarrollo (especialmente en el lenguaje y la motricidad).
 - (7) Dificultades de alimentación.
 - (8) Trastornos del sueño.
-

Cara triste, mirada afligida, irritabilidad, afecto sombrío o lábil.

3-5 AÑOS

- (1) Trastornos somáticos (encopresis, eneuresis, asma, eczema, retraso de desarrollo).
- (2) Retraimiento social.
- (3) Hiperactividad y letargia.
- (4) Problema de separación incluyendo fobia escolar.
- (5) Comportamiento agresivo o quejumbroso.
- (6) Comportamiento peligroso para sí mismo (predisposición a accidentes, golpearse la cabeza) o juegos mórbidos (o morbosos).
- (7) Dificultades alimentarias.
- (8) Trastornos del sueño.

TABLA 1 (Continuación)

HUMOR DISFORICO (Debe estar presente)	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO (Al menos 4 síntomas presentes)
Prolongada tristeza, irritabilidad, afecto sombrío.	<p style="text-align: center;">6-8 AÑOS</p> (1) Trastornos somáticos (quejas difusas, dolores abdominales, eczema, episodios pasajeros convulsivos, asma, eneuresis, encopresis. (2) Débil socialización. (3) Excesiva actividad o letargo. (4) Comportamiento fóbico y/o problema de separación. (5) Comportamiento agresivo, mentira o robo. (6) Comportamiento de autoagresión, preocupaciones mórbidas. (7) Modificación del apetito o del peso. (8) Trastornos del sueño. (9) Dificultades escolares. (10) Baja autoestima.
Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad o irritabilidad.	<p style="text-align: center;">9-12 AÑOS</p> (1) Trastornos somáticos. (2) Pérdida de placer para las actividades habituales. (3) Agitación o letargo. (4) Comportamiento fóbico y/o problema de separación. (5) Comportamiento antisocial. (6) Comportamiento de autoagresión o pensamientos mórbidos. (7) Cambios de apetito o de peso. (8) Trastornos del sueño. (9) Decrecimiento de la habilidad para concentrarse. (10) Sentimiento de culpabilidad (excesiva o autodeprecia- ción).

TABLA 1 (Continuación)

HUMOR DISFORICO (Debe estar presente)	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO (Al menos 4 síntomas presentes)
Apariencia de tristeza, apatía, desesperanza o irritabilidad.	<p>13-18 AÑOS (Postpubertad)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Trastornos somáticos (anorexia nerviosa, colitis ulcerosa, dolores abdominales, reacciones de conversión). (2) Pérdidas de placer para las actividades habituales. (3) Agitación o letargo. (4) Comportamiento fóbico y/o problemas de separación. (5) Comportamiento antisocial. (6) Ideas recurrentes de muerte o de suicidio. (7) Cambios en el apetito y en el peso. (8) Trastornos del sueño. (9) Decrecimiento de la habilidad para concentrarse. (10) Sentimiento de culpabilidad excesiva, autodepreciación.

Estos criterios están basados en el modelo DSM III, y al igual que éste se requiere la presencia de un número determinado de síntomas durante un mínimo de tiempo, en este caso cuatro semanas.

Digdon y col. (1985), en un artículo que se considera único en la descripción de diferencias relativas a la edad en el desarrollo cognitivo, emocional, físico o comportamientos que afectan a la manifestación de la depresión, refieren que mientras numerosos comportamientos y síntomas han sido adscritos a niños depresivos, poco se ha hecho para relacionar estos comportamientos y síntomas con una edad particular y unos niveles de desarrollo del niño, obviando el que ciertos comportamientos pueden no ser sintomáticos en todas las edades. Datos epidemiológicos, elementos de diagnóstico y métodos de evaluación se contemplan desde una perspectiva de desarrollo; se describen las influencias del desarrollo tanto en las formas de manifestación de la depresión como en su evaluación. Se lleva a cabo un análisis de las cuatro teorías principales de la depresión -biológica, psicoanalítica, comportamental y cognitiva- en relación con los estadios evolutivos y la etiología y tratamiento de la depresión. Proponiendo y auspiciando metodologías alternativas e investigaciones

que mejoren el estado actual en el desarrollo y estudio de la depresión infantil desde esta perspectiva conceptual.

Para García Villamizar y col. (1988, pag. 64): "la alternativa planteada por la psicopatología del desarrollo tiene un alto valor significativo, pues pone de manifiesto que los síntomas de depresión pueden variar a través de los diversos estadios del desarrollo, alertándonos de la posible confusión entre síntomas que son más comunes al desarrollo normal y aquellos otros más específicos de un trastorno afectivo. En contraposición, Kovacs (1989) pone en entredicho esta corriente cuando puntualiza: El concepto de depresión enmascarada en la infancia puede ser contemplado como un ejemplo de la aplicación de principios involucrados en la Psicopatología del desarrollo. Por ejemplo, intrínseco al concepto de depresión enmascarada, está la noción de que las manifestaciones de los trastornos afectivos varían en función de la edad y madurez del niño.

- d) La depresión infantil se manifiesta de forma similar a la de los adultos.

La línea de conceptualización más aceptada en los últimos tiempos es partícipe de la semejanza entre las manifestaciones de la depresión infantil y adulta, al menos en sus aspectos esenciales.

Para comprender la veracidad de estas similitudes se han generado investigaciones que focalizan y amplían áreas de estudio cada vez más asequibles. A este respecto comentan Puig-Antich y Gittelman (1985), el investigador en el campo de los trastornos afectivos se encuentra en un momento histórico relevante, debido a las técnicas disponibles para la medición de parámetros psicobiológicos, que se han comprobado están característicamente alterados en la depresión mayor en los adultos, al menos durante el periodo de enfermedad. De esta forma el síndrome puede ser validado, utilizando unas evaluaciones mucho más amplias de las que habitualmente se disponen, en la investigación de otros trastornos psiquiátricos a cualquier edad.

Algunas de las investigaciones desarrolladas con respecto a los correlatos psicobiológicos, neuroendocrinos y poligráficos (p. ej. Kane y cols.,

1977; Puig-Antich y cols., 1979; Mc Knew y Cytryn, 1979; Poznanski y cols., 1982; Puig-Antich y cols., 1984a, etc.) parecen probar la existencia de ciertas analogías entre la depresión infantil y adulta; aunque, los resultados no pueden aún considerarse definitivos.

Con las investigaciones sobre la semejanza entre el cuadro clínico de la depresión infantil y adulta, se inicia una serie de contribuciones que a la vez que refuerzan esta alternativa conceptual, promueven su liderazgo. Así pues, Ling y cols. (1970); Weinberg y cols. (1973); Puig-Antich y cols. (1978); Carlson y Cantwell (1980a, 1980b, 1982); Cytryn y cols. (1980); Chambers y cols. (1982); Puig-Antich (1982); Cantwell (1987a); Kovacs y cols. (1984a, 1984b), entre otros aportan datos de semejanzas entre ambos cuadros clínicos. Ryan y cols. (1987) apoyan dichas similitudes pero aclaran que esta uniformidad sindrómica no debe confundirse o identificarse con una uniformidad etiológica.

Estas investigaciones sobre analogías en el cuadro clínico, están, en su mayoría, basadas en el Criterio de Diagnóstico de Investigación (RDC) y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III). Concluyéndose que estos criterios son

igualmente válidos en su aplicación a los niños (Kovacs, 1985; Beardslee y cols., 1985; Lobovits y col., 1985). Como refieren Weinberg y cols. (1973), sorprende la frecuencia de síntomas depresivos encontrados en niños prepuberales utilizando los mismos diagnósticos descriptivos de los adultos.

Estos criterios diagnósticos operativos desarrollados, en un principio, para asegurar la homogeneidad de los pacientes en estudios de investigación, requieren que el paciente exhiba un número determinado de rasgos clínicos para la aplicación de un diagnóstico específico (Schaffer, 1987).

El concepto de criterios operativos, tanto para la depresión como para otros trastornos psiquiátricos surgió del Psychiatric Group de la Universidad de Washington, en St. Louis (Feighner y cols., 1972). Este grupo publicó una serie de criterios operativos "Criterios Feighner", para la investigación psiquiátrica en adultos. A partir de estos criterios Spitzer y cols. (1978a y 1978b) elaboraron los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), aplicables a un conjunto más amplio de trastornos psiquiátricos. Estos criterios fueron a su vez el

principio generador de los Criterios Diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales "DSM III" (American Psychiatric Association, 1980), del que se ha publicado una reciente revisión DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

En el capítulo de los trastornos afectivos, el DSM III utiliza criterios diagnósticos independientes de la edad. Con caracteres y rasgos incluyentes o excluyentes y en formas clínicas mayores y menores, aceptando el criterio de lo manifiesto, y matizando las condiciones especiales evolutivas de la infancia. El DSM III-R incluye cambios en varios criterios diagnósticos, y aunque reconoce que pueden existir diferentes características para distintas edades y niveles de desarrollo, para los trastornos afectivos los cambios son relativamente menores (Rodríguez-Sacristán y col., 1990).

Mientras que el DSM III y el RDC, fueron aplicados a niños sin modificar apenas las versiones para adultos. Otros autores, como por ejemplo Ling y cols. (1970), Weinberg y cols. (1973), partiendo de los criterios adultos elaboraron otros más específicos para niños.

Como se puede apreciar en la Tabla 2, los criterios del DSM III, para la depresión mayor, y del RDC guardan entre sí más semejanzas que las que puedan existir con respecto a los de Weinberg.

Además de los criterios de inclusión presentados tan someramente, existen tanto en el RDC como en el DSM III, como ya hemos comentado, unos criterios de exclusión, no especificados en los de Weinberg.

Somos conscientes de las limitaciones de estos aludidos criterios operativos (DSM III, DSM III-R, RDC,...), y concordamos con Van Praag (1982) cuando, aún reconociendo el avance que ha supuesto la nomenclatura del DSM III y DSM III-R, opina que no es la última palabra sobre el tema.

El criterio del DSM III es descriptivo sin implicaciones etiológicas ni de ningún otro tipo, ya que como afirma Hodman (1985), en el estado actual de conocimientos, serían prematuras. Los que utilizamos este instrumento hemos de tener presentes estas limitaciones y contribuir, en la medida de lo posible, al desarrollo de medidas biológicas y genéticas clarificadoras, así como a la identificación de

TABLA 2
CRITERIOS DE SPITZER (RDC), DEL DSM III Y DE WEINBERG
PARA LA DEPRESION.

SPITZER-RDC

- A. Estado de ánimo disfórico y/o pérdida generalizada de interés o placer.
- B. Como mínimo cinco de los siguientes síntomas:
 - 1. Pérdida/aumento de peso y/o de apetito.
 - 2. Trastornos del sueño: insomnio o hipersomnía.
 - 3. Pérdida de energía, fatigabilidad.
 - 4. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 5. Pérdida del interés o placer en los contactos sociales o sexuales.
 - 6. Sentimientos de autoreproche o culpabilidad.
 - 7. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse.
 - 8. Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio.
- C. Duración: una semana como mínimo.

DSM III. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

- A. Estado de ánimo disfórico o anhedonia.
- B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:
 - 1. Pérdida/aumento de peso/apetito.
 - 2. Insomnio o hipersomnía.
 - 3. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 4. Pérdida de interés o placer en las actividades habituales.
 - 5. Pérdida de energía, fatiga.
 - 6. Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada.
 - 7. Disminución de la capacidad de concentración.
 - 8. Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida.
- C. Duración: dos semanas como mínimo.

WEINBERG

- I. Estado de ánimo disfórico (melancolía).
 - II. Ideación autodespreciativa.
- Se exige la presencia de los dos síntomas I y II. Además han de estar presentes dos o más de los ocho síntomas siguientes:
- III. Conducta agresiva (agitación).
 - IV. Alteraciones del sueño.
 - V. Cambios en el rendimiento escolar.
 - VI. Socialización disminuida.
 - VII. Cambio de actitud hacia la escuela.
 - VIII. Quejas somáticas.
 - IX. Pérdida de energía habitual.
 - X. Cambios en el apetito y/o peso habituales.
- Duración: un mes como mínimo.

componentes psicológicos en áreas tan importantes como puede ser la del funcionamiento cognitivo.

e) Un enfoque conciliador e integrador: Modelo de Clasificación de Rodríguez-Sacristán (1983).

Como epílogo a este apartado incluimos un modelo de clasificación propuesto por Rodríguez-Sacristán, y que incluye los siguientes criterios: Criterio sintomatológico, etiológico, psicopatológico y cronológico.

En el primer criterio, puntualizan Rodríguez-Sacristán y col. (1990), se considera la posibilidad de que la sintomatología se exprese de forma enmascarada o con síntomas más cercanos a los del adulto. Según el criterio etiológico, la clasifica en endógena, somatogena y psicógena. Desde una visión psicopatológica, es decir según un criterio fenomenológico estructural, hay dos opciones: la que considera la aparición del fenómeno clínico, según se presente en forma de síntoma, síndrome y de enfermedad; o aquella que realiza una ordenación con arreglo a la categoría estructural de los fenómenos depresivos (esta es la clasificación del DSM III en Mayores y Menores).

Por último el criterio evolutivo que tiene en cuenta la edad y los cambios en relación a la edad, reúne e incluye a los otros tres.

3. ACERCAMIENTO ETIOLOGICO.

¿Qué niños tienen un alto riesgo de padecer de enfermedad depresiva?. Para Birleson (1980) niños ansiosos, con baja autoestima, tendencia a la impotencia y con experiencias de pérdidas previas o déficit de soporte son teóricamente vulnerables. Según este autor, existen estudios empíricos que prueban que los niños deprimidos tienden a tener historiales de problemas de alimentación tempranos, separación de los padres, cambios de casa, que pueden estar asociados con experiencias de déficits de cuidados,...etc. Concluyendo que el trastorno depresivo fluye en las familias, aunque los mecanismos de transmisión no sean simplemente genéticos, ni tampoco meros resultados de falta de atención por parte de un padre depresivo.

En el estudio de Polaino-Lorente y col. (1988b) se pone de manifiesto una mayor frecuencia de síndromes depresivos en los niños que viven separados de sus padres por causas no identificadas (50%), seguidos de los niños que no viven con sus padres, a causa de la

separación conyugal (34,4%). De estos resultados se concluye que la separación conyugal es un factor significativamente implicado con la aparición de síndromes depresivos en la infancia.

A lo largo de diferentes estudios se han ido señalando como causas de la depresión: el divorcio, la muerte de alguno de los padres, el abandono o separación, el fracaso escolar,... etc. Aspectos inscribibles en diversos ámbitos sociales, psicológicos, biológicos, se han ido señalando como posibles factores etiológicos y/o de riesgo de la depresión infantil. Buscando un punto de conexión entre los diferentes autores recordamos una frase de Rodríguez-Sacristán y col. (1990, pág. 124): "En cuanto a cómo empiezan las depresiones infantiles existe un acuerdo en que no existen causas únicas, ni explicaciones etiopatogénicas fáciles."

Ante esta confusión, la idea de interrelación mutua de estos tres factores biológico, social y psicológico en la etiología de la depresión infantil, viene a resolver parcialmente el dilema, y nos precipitan a la posibilidad sugerida, por ejemplo, por Rodríguez-Sacristán y col. (1990) de un nuevo modelo biopsicosocial que facilitaría la comprensión y el

tratamiento de este trastorno en la infancia. Para Lewis y col. (1981) p. ej. un estado "depresivo" bioquímico alterado, se puede contraer ante una experiencia de pérdida temprana y a su vez la vulnerabilidad ante estas experiencias de pérdida pueden tener unas bases genéticas.

No obstante, de acuerdo con Doménech (1988) creemos que la investigación en este campo está sólo en sus inicios; y que muchos factores etiológicos y su mecanismo de acción son aún desconocidos.

Así pues, nuestras pretensiones no pueden ir más allá del título adscrito a este apartado "acercamiento etiológico". Un acercamiento realizado de la mano de aquellos autores, a nuestro juicio, más representativos en este ámbito, utilizando una doble perspectiva: Modelos explicativos y Factores de riesgo y vulnerabilidad.

3.1. MODELOS EXPLICATIVOS.

Desde distintos modelos se han ido elaborando explicaciones más o menos plausibles acerca de la depresión, que comportan claras alusiones a la etiología. Pero, como escribe Polaino-Lorente (1985,

pag. 125) no podemos olvidar que el término modelo hace referencia "a un modo de explicar la plural realidad y, por lo tanto, se limita a tratar sólo ciertos aspectos de la complejidad real".

Para este autor, se pueden distinguir cinco modelos o niveles de observación en psicopatología: nivel clínico-descriptivo, nivel neurofisiológico, nivel bioquímico, nivel comportamental y nivel psicoanalítico. Añadiendo, que una alteración no ha de manifestarse obligadamente y con idéntica relevancia (para el diagnóstico) en cada uno de estos cinco niveles; y a su vez cuestionando a los modelos psicoanalíticos de depresión, por no considerarlos inscribibles dentro de lo que en síntesis abarca la compleja conceptualización del modelo.

Akiskal y Mc Kinney (1975) proponen la integración de diez modelos para una mejor comprensión de la depresión en adultos. Estos diez modelos reflejan cinco escuelas de pensamiento: la psicoanalítica, la conductista, la sociológica, la existencial y la biológica. Como modelos pertenecientes a la escuela psicoanalítica consideran: el de agresión internalizada, la pérdida de objeto, la pérdida de la autoestima y el patrón cognitivo-negativo. Modelos

conductistas: el de la pérdida de reforzamiento y la desesperanza aprendida. Modelos biológicos: las teorías de las aminas biogénicas y las teorías neurofisiológicas. El modelo sociológico de pérdida del status del papel o rol, y el modelo existencial de pérdida del sentido de la existencia.

Estos autores examinaron los factores señalados por las distintas escuelas como causas de la depresión, concluyendo que tanto los factores genéticos como los factores evolutivos, estresores fisiológicos y estresores psicosociales (constitutivos cada uno de diferentes modelos), predisponen al desarrollo de la depresión, y, a su vez estos factores interactuantes pueden producir cambios a nivel bioquímico, que conducen finalmente a la depresión melancólica.

Casi todos los modelos de depresión propuestos para los adultos se han ampliado a la infancia y así lo constatan numerosos estudios. Por ejemplo Kashani y col. (1981) examinaron la relevancia de los modelos propuestos por Akiskal y Mc Kinney, aludidos en párrafos anteriores, en la etiología de la depresión infantil. No obstante, cabría cuestionarse, aún más que entre los adultos, la validez de alguno de estos modelos en el ámbito infantil.

Si hemos de aceptar con muchas reservas los modelos propuestos para la depresión adulta, y sobre esto basta recordar la tan traída y llevada afirmación del carácter multifactorial y complejo en su etiología. Esto se agrava y se multiplica en la depresión infantil, en donde a la complejidad de factores interactuantes que incidían en la etiología de las "depresiones" de adultos, hay que añadir las dificultades de trasvase y aplicabilidad a unas estructuras biológicas, cognitivas, sociales,... etc. en vías de desarrollo, con todo lo que ello comporta, en cuanto a unos nuevos e incontrolables factores implicados, entre los que destacan aspectos tales como vulnerabilidad y transitoriedad. Todo esto, sin olvidar los planteamientos éticos que en algunos estudios biológicos impelen al investigador en su renuncia de abordaje.

Aún después de estas reflexiones, estimamos interesante pasar revisión a los modelos más citados en la bibliografía de la depresión infantil. Siempre, y en función de nuestros intereses, marcando el acento en los modelos comportamentales y cognitivos.

3.1.1. MODELOS PSICOANALITICOS.

De acuerdo con Mises y col. (1985) pensamos que una presentación sintética en este campo se torna en una labor harto dificultosa, entre otras razones por la diversidad de corrientes que se han ido generando dentro de este ámbito psicoanalítico, así como la multiplicidad de aspectos clínicos.

En cualquier caso, pese a las diferencias, y como hilo conductor cabría dar una explicación de la depresión a partir de la "pérdida objetal". Ahora bien, en la amplitud y ambigüedad de esta formulación, tienen cabida concepciones diversas (como las ya aludidas de Freud, Melanie Klein, Spitz, Bemporad,...), que nosotros siguiendo a autores como Cantwell (1987b), Lewis y col. (1981), Ballesteros y col. (1986), Petti (1986) y Urquiza (1986) entre otros, presentamos en tres groseras direcciones:

1º) En primer lugar tendríamos la clásica posición psicoanalítica original sobre depresión, formada por la unión Abraham-Freud-Rado, y que como refieren Kovacs y Beck (1977) es bastante compleja, e implica numerosas

emociones, estados evolutivos y psicodinámicos en la depresión.

Esta posición psicoanalítica no explicaba, y esto ya lo hemos apuntado anteriormente, el trastorno depresivo en niños, pues requería de la superación de ciertos estadios psicosexuales y de desarrollo del yo, para que se diera la posibilidad de su presentación.

Abraham, Freud y Rado ponen de manifiesto la necesidad de ciertas experiencias tempranas para un posterior desarrollo de depresión, lo que no implica que estas experiencias signifiquen depresión en el estadio de la infancia en que ocurren. Por ejemplo, para Rado (1928) la depresión era el resultado de la pérdida del amor de uno mismo. Ahora bien, esta pérdida tenía que ocurrir durante la infancia (específicamente antes de la resolución del conflicto edípico).

En resumen, aunque estas primeras teorías psicoanalíticas han tenido en cuenta los factores evolutivos al postular las causas de la depresión, no ha ocurrido así al explicar las manifestaciones de este trastorno (Digdon y Gotlib, 1985).

29) Para Bibring (1953) y Jacobson (1961) la depresión se manifiesta a consecuencia de una discrepancia entre el "yo ideal" y el "yo mismo" que da como resultado un decrecimiento de la autoestima. Según esta formulación, la depresión difícilmente se podrá manifestar en niños menores de seis o siete años, pues aún no se ha desarrollado una representación del sí mismo en forma estable.

30) Por último, la línea comenzada por Spitz, Bowlby y Robertson, subraya la importancia de la separación y alteración del vínculo de unión para el desarrollo de la depresión.

Por otra parte Sandler y Joffe (1965) consideran la depresión como un afecto básico negativo que aparece cuando se pierde un estado de bienestar, considerándola como una respuesta psicobiológica que, siguiendo a una privación puede ser canalizada normalmente buscando nuevas fuentes de bienestar, siendo anormal cuando aparece en circunstancias inadecuadas, cuando persiste durante un periodo de tiempo excesivamente largo, y cuando el niño no consigue adaptarse a la misma de acuerdo con su nivel de desarrollo. Estos autores, al igual que Winnicott y Bowlby introducen distinciones

importantes entre sufrimiento, respuesta depresiva y organización patológica.

Como señala Herzog y col. (1982), según la teoría sostenida por Sandler y Joffe, el bebé que sufre una privación física y psicológica puede mostrar una respuesta depresiva a la pérdida del bienestar psicofisiológico, y es desde esta perspectiva desde la que nos situamos al incluirlas, con reservas, en la misma "línea direccional" de Spitz, Bowlby, etc.

3.1.2. MODELO BIOLÓGICO.

Si nos atenemos a lo que representa sintéticamente el término modelo: "una categoría de hechos ensamblados, un patrón", no existe, como señala Zarifian (1985, pag. 52) un modelo biológico de la depresión. No obstante, las teorías preocupadas por asignar a ciertas irregularidades químicas, físicas y moleculares un papel etiológico en la depresión, van "in crescendo" a la vez que la constancia en algunos resultados permite vislumbrar este fértil y prometedor campo. De acuerdo con Ruiz Ruiz y cols. (1988), parece sobradamente probado el componente biológico de los trastornos afectivos, y esperamos que ulteriores

estudios vayan concluyendo en una mayor unificación de las diversas hipótesis y líneas de investigación.

"La historia de los estudios biológicos sobre la depresión en adultos, está estrechamente relacionada con el desarrollo farmacológico de sustancias de las que se comprobó que tenían efecto sobre el humor en los pacientes a los que se les había prescrito." (Lowe y Cohen, 1987, pag. 203). Este desarrollo facilitó el de la teoría de las aminas biógenas sobre el trastorno afectivo. Según esta teoría, descrita en principio por Schildkraut y Kety, en los trastornos afectivos mayores existía una alteración en la regulación de las monoaminas neurotransmisoras centrales.

Los trabajos centrados en torno a esta teoría tienden a corroborar la consistencia de dos grandes hipótesis como explicación de las bases biológicas de la depresión (Polaino, 1985).

a) Según la hipótesis catecolaminérgica, en ciertas depresiones se da un déficit de noradrenalina (NA) en algunas regiones cerebrales.

b) Para la hipótesis indolaminérgica, existe, en ciertos depresivos, un decremento de los niveles funcionales de serotonina (5-HT) cerebral.

Estos estudios sobre las catecolaminas y las indolaminas, se han realizado mediante dos métodos fundamentalmente:

- Por medición directa de las mismas y sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo, lo que requiere de una punción lumbar (este es el único método para determinar la actividad cerebral de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico).

- Mediante la determinación de los metabolitos de las catecolaminas en la vinculación periférica y en la orina, por la que se excretan. La medición urinaria de MHPG (3-metoxi-4-hidroxi-feniletileno-glicol) refleja en general el metabolismo de la noradrenalina en el sistema nervioso central.

A pesar de que en la depresión adulta, debido a la diversidad de técnicas utilizadas, heterogeneidad de las muestras, etc., los hallazgos acumulados hasta la fecha no son del todo consistentes (Polaino y col., 1988a). Se tiende a apoyar la tesis de que los

diferentes tipos de depresión en adultos pueden ser diferenciados neuroquímicamente; aunque algunos estudios más recientes advierten de que un sistema noradrenérgico disfuncional no es específico de una sola categoría diagnóstica, pues se observa a su vez en otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo en trastornos de ansiedad (Iqbal y cols., 1989).

En los estudios biológicos con niños, las cuestiones éticas planteadas ante la aplicación de la técnica de la punción lumbar, dificultan la comprensión de ciertos sistemas neuroquímicos. Siendo el acceso indirecto al sistema de la noradrenalina, mediante la medición urinaria del MHPG, lo que ha posibilitado el desarrollo de algunas investigaciones sobre el funcionamiento noradrenérgico de los niños con síntomas depresivos, así como identificar posibles características biológicas subyacentes comunes entre la depresión infantil y adulta. Cytryn y cols. (1974b), por ejemplo, encontraron que los cambios que se producen en la secreción de metabolitos urinarios en los niños depresivos son semejantes a aquellos encontrados en los adultos, tendiendo a variar en función de la edad. También Mc Knew y Cytryn (1979) observaron menor secreción de MHPG en niños depresivos hospitalizados que en los normales; pero la

inconsistencia de los resultados (también se observó secreción disminuida de MHPG en un grupo de niños hospitalizados en la sección de ortopedia), así como las dificultades obvias inherentes a la edad, criterios diagnósticos, etc., son la causa de que estos estudios bioquímicos en contraposición a la proliferencia de los de los adultos, sean más limitados. Los hallazgos de Rogeness y cols. (1990) en relación a un grupo de niños, son consistentes con la hipótesis aludida a los adultos, que relaciona un déficit de la función noradrenérgica tanto con trastornos depresivos como de ansiedad.

Otro campo abierto para el entendimiento de la depresión adulta, el referido al área del funcionamiento neuroendocrino, ha permitido comprobar un funcionamiento alterado de diversos sistemas endocrinos:

- a) Sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (por ejemplo, con niveles aumentados de cortisol en plasma).
- b) Sistema de la hormona del crecimiento.
- c) Sistema de la hormona luteinizante.
- d) Sistema de hormona estimulante tiroidea.

Sobre el funcionamiento neuroendocrino en la depresión infantil, Puig-Antich y cols. (1979), Poznanski y cols. (1982) y Pfeffer (1989), entre otros, hallaron una producción de cortisol alterada, en grupos de niños depresivos, consistente con los resultados en la depresión adulta. En otro estudio Puig-Antich y cols. (1984a) observaron la hiposecreción al test de tolerancia a la insulina, de la hormona del crecimiento. En un grupo de niños prepuberales diagnosticados de depresión mayor, Puig-Antich y cols. (1984b) encontraron hipersecreción durante el sueño de la hormona del crecimiento.

Una serie de características polisomnográficas se han mostrado repetidamente asociadas a la depresión adulta (Polaino-Lorente, 1985). Para Puig-Antich (1987, pag. 196) por ejemplo: "queda claro que las variables del sueño pueden resultar útiles en el diagnóstico clínico de la depresión mayor en adultos y que también pueden ayudar a definir subtipos según grupos más homogéneos dentro de los trastornos depresivos mayores".

En lo que respecta a la depresión infantil, la mayoría de los registros polisomnográficos no arrojan diferencias significativas entre el grupo de pacientes

depresivos y el grupo de control (Young y cols., 1982; Puig-Antich y cols., 1982), lo que no concuerda con las alteraciones del sueño referidas en entrevistas clínicas, tanto por los niños depresivos como por sus padres. Como explicación, avalada por algunas investigaciones, por ejemplo la de Coble y col. (1980), cabría admitir que las diferencias en los parámetros del sueño en pacientes depresivos vienen a expresar diferencias madurativas. Queda pendiente señalar, que pese a todo lo apuntado, algunos autores, p. ej. Lahmeyer y cols. (1983) y Emslie y cols. (1990), sí observaron un acortamiento de la latencia REM en niños depresivos igual al hallado en adultos.

3.1.3. MODELO GENETICO.

La mayoría de los resultados de los estudios de familias, de adopción, etc. resaltan la importancia de la genética en la etiología de la depresión (Herzog y col., 1982; Shaffer, 1987) aunque sin asignarle un papel único y exclusivo. A la evidencia de que la depresión fluye en las familias, de que la depresión en los padres está relacionada con los síntomas depresivos en los niños (Beardslee y cols., 1983; Cytryn y cols., 1980) hay que añadir la incertidumbre acerca de los

mecanismos de transmisión que no parecen ser simplemente genéticos (Birlleson, 1980).

Los estudios con gemelos y de adopción, en este área de los trastornos afectivos, aún restringiéndose al ámbito adulto, son escasos y susceptibles de críticas; entre otras razones por el escaso número de sujetos que integran las muestras y las diferentes clasificaciones de diagnóstico utilizadas (Kringlen, 1985).

Las concordancias observadas en los estudios de gemelos es más alta entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos. Tsuang (1978), por ejemplo, detectó una tasa de concordancia, para las alteraciones afectivas, del 76% en gemelos monocigóticos, frente al 19% en el caso de gemelos dicigóticos, y el 67% en los gemelos monocigóticos criados por separado. Un papel relevante del factor genético en la etiología de la depresión mayor se deduce de los estudios de Torgersen (1986a), contrariamente a lo que ocurre con los trastornos distímicos en los que la herencia no parece constituir un factor a considerar.

De los estudios de adopción también se han obtenido algunos datos, por ejemplo los de Cadoret

(1978), que apoyan la importancia del factor genético en la depresión. También Mendlewicz y col. (1977) informaron de más psicopatología de naturaleza afectiva en los padres biológicos de sujetos adoptados con enfermedades bipolares que en los padres adoptivos de los mismos sujetos afectados de enfermedad bipolar. Sin embargo Knorring y cols. (1983) no observaron incremento alguno de psicopatología afectiva en los padres biológicos de los sujetos adoptados con trastornos afectivos.

Los informes referentes a la actuación de los factores genéticos en los trastornos afectivos infantiles provienen fundamentalmente de estudios de familia y de alto riesgo. Según Morrison (1983) la tasa de riesgo para hijos de padres con alteraciones afectivas uni o bipolares oscila entre el 17% y el 85%. Ante semejante variabilidad cabe pensar en una actuación multifactorial, donde la relatividad del papel de los factores genéticos se pone de manifiesto.

Fieve y cols. (1984), citados por Polaino (1988c) encontraron relación entre la susceptibilidad al padecimiento de depresiones en niños y un marcador genético que fue positivo para la haptoglobina GC y el properdín factor B. En este estado de seguimiento

epidemiológico de tipo genético se llegó a las siguientes conclusiones: la enfermedad depresiva bipolar tiene un espectro genético y hereditario muy amplio, heredándose a través de un tipo de transmisión genética multifactorial, que no es sinónimo de la herencia poligenética, y no vinculado al cromosoma x.

De acuerdo con Polaino (1988c), estos estudios iniciales respecto a la etiología genética en la depresión, necesitan de estudios adicionales para su confirmación.

En resumen, los datos aportados por diferentes estudios (de los que hemos mostrado una pequeña muestra), no son suficientemente confluentes como para configurar un modelo genético de depresión, y los autores aconsejan cierta cautela antes de llegar a conclusiones genéticas prematuras sobre los trastornos afectivos (Kringlen, 1985; Domènech, 1988).

Tan sólo en el caso específico de las alteraciones afectivas bipolares el acuerdo, en lo que respecta a su transmisión genética, es casi unánime.

3.1.4. MODELO COMPORTAMENTAL.

Dentro de este marco se inscriben aquellas teorías y/o autores para los que la cualidad y la frecuencia de los acontecimientos externos, como escribe Vera (1985), son aspectos líderes en la etiología de la depresión.

Frente al reconocimiento general, por parte de las teorías comportamentales, de que son los cambios en el reforzamiento los constituyentes del factor etiológico primordial en la depresión, existen discrepancias con respecto a qué tipos de cambios son considerados críticos para que se desarrollen los síntomas depresivos. Para Ferster (1973) y Lazarus (1968), por ejemplo, es la disminución del número de reforzadores lo que conduce a la depresión. Según Lewinsohn (1974) la depresión aparece como consecuencia de una pérdida o disminución de respuestas reforzadas positivamente de modo contingente. Lo importante para Costello (1972) no es el número de reforzadores, sino la efectividad de estos; para este autor un sujeto llegaría a deprimirse cuando unos reforzadores que previamente son efectivos se vuelven inefectivos.

Volviendo sobre Ferster, es importante puntualizar que si bien señala como característica esencial de la depresión la reducción en la frecuencia de conductas que son reforzadas positivamente, no lo presenta como única causa. Para Ferster (1981) el comportamiento es un producto de varios procesos psicológicos, siendo tres las situaciones que pueden provocar los síntomas depresivos:

- Una tasa reducida de reforzamiento.
- Una tasa elevada de castigo.
- Un cambio de estímulos discriminativos responsables de la secuencia respuesta/ reforzamiento.

Una tasa reducida de reforzamiento, se puede favorecer ante la presencia irregular del reforzamiento.

Una tasa elevada de castigo, cuando, por ejemplo, un comportamiento agresivo es castigado y se consigue su disminución pero aparecen comportamientos de evitación con lloros, irritabilidad, ansiedad,...

La supresión de estímulos discriminativos en la secuencia respuesta/reforzamiento, se puede producir

por ciertos cambios en el entorno que conducen a una pérdida de control del estímulo.

Aunque para Lewinsohn (1974, 1975), al igual que para Ferster una tasa reducida de reforzamiento positivo de respuesta contingente, constituye uno de los elementos principales en el desarrollo del síndrome depresivo, Lewinsohn añade que la cantidad reducida de refuerzos positivos constituye a su vez un estímulo que provoca otros comportamientos depresivos (sentimientos de disforia, fatiga, etc.). Además Lewinsohn sostiene que la cantidad y calidad de reforzamiento positivo de respuesta contingente que un sujeto recibe están en función de tres variables:

- De la cantidad de acontecimientos potencialmente reforzantes, dependientes de factores individuales (edad, sexo, experiencia previa, etc.).

- Del número de reforzadores que puede proporcionar el ambiente.

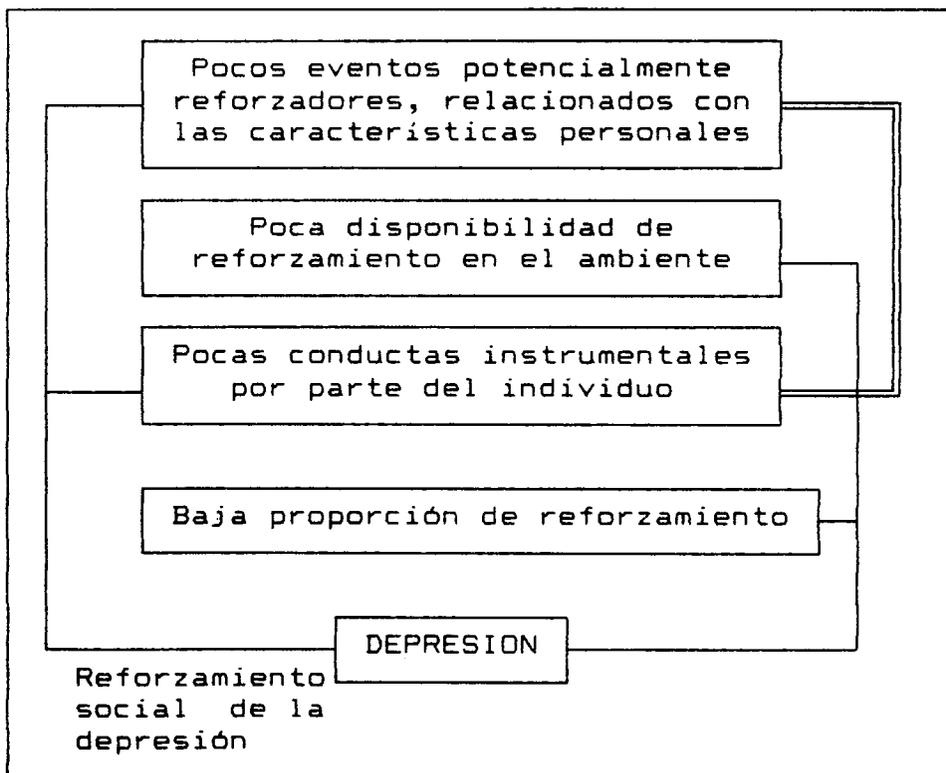
- De la habilidad social del sujeto tanto para presentar comportamientos que reciban

reforzamiento, como para recibir refuerzos del ambiente.

El modelo de Lewinsohn, que nosotros, siguiendo a Párraga y col. (1984), presentamos esquemáticamente en la Tabla 3, simplifica la comprensión de la dinámica entre factores predisponentes, factores precipitantes, comportamientos depresivos y factores de mantenimiento. Sobre estos factores, ya volveremos en otro apartado posterior dedicado a ellos. Ahora, tras lo expuesto sobre Lewinsohn, valga esta tabla que insertamos como epílogo-resumen de lo comentado sobre el autor.

De entre los modelos más destacables en la literatura comportamental, Vera (1985) sitúa junto a los ya aludidos Ferster y Lewinsohn al de Rehm. El modelo de depresión que propone Rehm (1977) se basa en déficits del nivel de autocontrol. Los depresivos, según Rehm, son personas que no han aprendido a controlar su propio comportamiento. En este aprendizaje están implicados aspectos tales como la atención, auto-evaluación y auto-reforzamiento. La atención, porejemplo, del depresivo focaliza preferentemente los acontecimientos negativos y los resultados más

TABLA 3
MODELO DE LEWINSOHN



inmediatos; esta atención selectiva favorecerá, en última instancia, el desarrollo de distorsiones cognitivas de la realidad.

En lo que respecta a la auto-evaluación, Rehm coincide con Seligman, al considerar a las personas deprimidas como incapaces de percibir un vínculo causal entre respuesta y consecuencia.

Estos modelos de Rehm y Seligman, considerados por muchos autores como comportamentales, lo inscriben otros, por ejemplo Kaslow y cols. (1984), entre los denominados modelos social-cognitivos. Investigando sobre la utilidad de estos modelos entre la población infantil, estos autores encontraron, en una muestra de niños deprimidos, déficits social cognitivos paralelos a los observados en los adultos deprimidos. Concretamente los niños deprimidos presentaron:

- Baja autoestima.
- Más atribuciones depresivas que los niños de la muestra de control.
- Déficit de autocontrol: autoevaluación negativa, bajas expectativas para la actuación, más

criterios rigurosos para el fracaso, y una preferencia para el castigo sobre la recompensa.

3.1.5. MODELOS COGNITIVOS.

En este epígrafe incluimos junto a las teorías propiamente cognitivas, las de la Indefensión Aprendida. Estas, aún partiendo de un modelo comportamental, siguen en su desarrollo un modelo más cercano a las teorías cognitivas. Como Akiskal y McKinney (1975) señalan, el modelo de Indefensión Aprendida de Seligman comprende aspectos del cognitivo, del existencial y del psicológico tras la fachada del armazón conductista.

a) Modelo de Indefensión Aprendida.

Los trabajos experimentales de Overmier y Seligman (1967) y Seligman y Maier (1967), aportaron la idea fundamental para elaborar la teoría de la "Indefensión Aprendida" formulada por Seligman (1975).

En estos primeros experimentos, realizados con perros, se castigaba al animal con un estímulo aversivo (shock inescapable) independientemente de cual fuera su

respuesta (indiferente, de evitación o de escape al estímulo aversivo).

Estos experimentos generaron, en la mayoría de los animales, unas expectativas de incontrolabilidad, generalizables a otras situaciones, que a su vez provocaron unos déficits de aprendizaje, pasividad, desinterés,..., en fin, unas manifestaciones que Seligman denominó "desvalimiento aprendido".

La observación de un fenómeno similar cuando se experimentó con sujetos humanos (Hiroto y Seligman, 1975), así como su relación con ciertos síntomas depresivos, impelen a Seligman y sus colaboradores a ir configurando esta teoría original de la "Indefensión Aprendida" como modelo experimental de "depresión reactiva".

En los sujetos experimentales indefensos (Seligman, 1975) las expectativas de incontrolabilidad vienen a producir unos déficits presentes también en sujetos con alteraciones depresivas. Estos déficits afectan a tres áreas:

- Motivacional.
- Cognitiva.
- Emocional.

Motivacional. Ante la expectativa de que el suceso aversivo y la conducta son independientes, se reduce el incentivo para intentar escapar posteriormente. Como consecuencia surge la pasividad y la inhibición.

Cognitiva. "Lo que se aprende es algo aberrante: que nada puede aprenderse porque nada congruente se sigue de hacer esto o aquello, o de hacerlo o no" (Polaino, 1985, pag. 75).

Emocional. Las sucesivas presentaciones del evento traumático, producen unas respuestas de ansiedad y miedo, que una vez encronificadas, son sustituidas por síntomas depresivos.

Los déficits motivacional y cognitivo son considerados el núcleo principal de la "Indefensión Aprendida". Ahora bien, ante la dificultad de distinguir entre el déficit cognitivo y motivacional, hay autores que consideran superfluo, incluso redundante, hablar de "déficits cognitivos".

Según Seligman (1975), el aprendizaje de que cualquier acción sobre un evento determinado es inútil,

conduce a un estado de desvalimiento a cuyo término aparecerá la depresión.

Cuando un sujeto reacciona con depresión ante circunstancias adversas (fracaso escolar, muerte de un ser querido, enfermedad física,... etc.), el conocimiento de su desvalimiento sería, en última instancia, para Seligman la causa de esta depresión.

Teniendo en cuenta que para la aparición de un estado de "Indefensión Aprendida", según esta formulación original, lo necesario es que el organismo en cuestión tenga capacidad para aprender que los resultados son incontrolables; teóricamente la "Indefensión Aprendida" (y análogamente la depresión) también se puede dar en niños pequeños (Digdon y col., 1985).

En la teoría original de la "Indefensión Aprendida" pronto se apreciaron limitaciones importantes, al no poder explicar:

- Cuándo la indefensión o impotencia es estable a lo largo del tiempo y cuándo no.

- Cuando la indefensión se generaliza a multitud de situaciones, o sólo se da en circunstancias específicas.

- Por qué desciende la autoestima en función del estado de indefensión.

- A qué se deben las diferencias en la susceptibilidad humana a la indefensión.

Todos estos interrogantes llevaron a Abramson, Seligman y Teasdale (1978) a presentar una reformulación de la teoría de la "Indefensión Aprendida". Según esta nueva formulación, son las atribuciones que el sujeto hace de la no contingencia entre sus actos y las consecuencias generadas por estos (atribuciones referidas a experiencias presentes y pasadas), las que realmente van a influir en las expectativas respecto de futuras no contingencias, y en consecuencia las responsables de la aparición de los síntomas de indefensión.

De esta manera se introduce la idea de la necesidad de mediación de unos procesos de atribuciones y expectativas (procesos cognitivos intermedios), entre

la experiencia objetiva del reforzamiento no contingente y los síntomas de depresión.

Tres tipos de dimensiones atribucionales propone esta reformulación: interna-externa, estable-inestable y global-específica.

Dimensión atribucional interna-externa. En un extremo de la dimensión, el sujeto mantiene la creencia de que es él (o en él está) la causa de los sucesos aversivos (explicación interna). En el otro extremo la causa la situaría en circunstancias externas. El descenso de la autoestima dependerá del grado en que un sujeto se adjudica a sí mismo la responsabilidad de la ocurrencia de los sucesos aversivos. La disminución de la autoestima explicada mediante esta dimensión constituye el cuarto déficit de la indefensión en los sujetos humanos.

Dimensión atribucional estable-inestable. Cuando un sujeto atribuye determinada no contingencia a causas estables, tenderá en el futuro a seguir experimentando una falta de control sobre los eventos. En la atribución a causas inestables, no hay razón para volver a experimentar la incontrolabilidad del presente en otras situaciones venideras. Así pues, el carácter

crónico de los déficits de la "Indefensión Aprendida" viene determinado por las atribuciones a causas estables.

Dimensión atribucional global-específica. Si el sujeto cree que la causa del evento es un factor global, la indefensión seguirá apareciendo incluso en situaciones muy distintas a la que la originó. Si atribuye la causa a un factor más específico, los déficits de la indefensión sólo se observarán si se vuelve a repetir una situación similar a aquella que originalmente desencadenó el estado de indefensión.

Los aportes de esta nueva formulación también clarifican e ilustran acerca de la intensidad de los déficits. Abramson y cols. (1978) sostienen que los déficits motivacionales y cognitivos aumentan ante la convicción de la expectativa de no contingencia, los déficits emocionales y de autoestima, si bien aumentan en función de esta convicción, también dependen de la importancia que tengan para el sujeto las consecuencias no controladas.

Todas estas observaciones conducen finalmente a Abramson y cols. (1978) a realizar la siguiente formulación: las personas que habitualmente atribuyen

sus fracasos a causas internas, estables y globales, y sus éxitos a causas externas, inestables y específicas, tienden a experimentar más estados de indefensión que aquellas personas con atribuciones opuestas.

Esta tendencia, marcada por un estilo explicatorio o atribucional mal adaptativo, deviene en última instancia en un modelo de depresión, en el que este estilo explicatorio es considerado un importante factor predisponente (Nolen-Hoeksema y cols., 1986).

La predicción, sostenida por Abramson y cols. (1978), de que las personas que habitualmente atribuyen los eventos negativos a causas internas, estables y globales tienden a padecer más episodios depresivos, que aquellas sin estos estilos explicatorios mal-adaptativos, ha sido confirmada en estudios posteriores, generalmente realizados con adultos, por ejemplo en el de Stiensneier-Pelster (1989). Algunos trabajos, desarrollados con niños, van también confirmando esta predicción en el ámbito infantil (p. ej. los de Seligman y cols., 1984; los de Blumberg y cols., 1985; y los de Nolen-Hoeksema y cols., 1986). No obstante, y como señala Urquiza (1986), es importante tener en cuenta las diferencias evolutivas a la hora de

utilizar la desesperanza aprendida como modelo explicativo de la depresión infantil.

Digdon y Gotlib (1985) revisando la literatura existente sobre las atribuciones de los niños, concluye que hasta los nueve años, aproximadamente, los niños son asistemáticos en sus atribuciones, si es que las hacen.

b) Modelo Cognitivo de Beck.

Este modelo, considerado por algunos como puente entre los modelos psicoanalítico y conductual (Petti, 1986), fue gestado por Beck en el curso de unas breves incursiones en el campo psicoanalítico, cuando comenzaba sus investigaciones acerca de la depresión.

Durante estas incursiones, pronto abandonadas, pudo, no obstante, observar que las personas deprimidas no buscaban el fracaso sino que eran incapaces de asumir el éxito cuando se presentaba.

Estas primeras observaciones dieron a Beck la idea para trabajar en una línea de investigación, que ha ido contribuyendo a elaborar el rol de las cogniciones en la depresión (Harrison y cols., 1984).

En esta línea de investigación, muy saturada de pruebas experimentales con sujetos humanos, van destacando los aspectos cognitivos en la explicación de la "indefensión". Como señala Polaino (1985), para Beck la característica de la indefensión es la aparición de un set cognitivo de tipo negativo que se alimenta de una especial alteración de la percepción.

La tesis de Beck (1967, 1976) es que tanto las reacciones afectivas como las conductas de una persona vienen determinadas por sus cogniciones (fenómenos verbales e imaginativos dentro del campo de la conciencia) que a su vez encuentran apoyo en actitudes (esquemas) que han ido desarrollándose a través de experiencias pasadas.

Situados en esta perspectiva, los síntomas de la depresión ocurren como consecuencia de la activación de unos esquemas cognitivos organizados y fijados a partir de experiencias negativas previas. En la depresión, refiere Emery y cols. (1987), la persona reacciona ante el stress o ante una serie de hechos estresantes activando un patrón (esquema) de creencias disfuncionales. Este patrón denominado terna cognitiva

(Beck y col., 1979) está constituido por los siguientes contenidos:

- Visión negativa de sí mismo. Los pacientes depresivos tienen una visión negativa de sí mismos, hasta el punto de considerarse inútiles, llenos de defectos y carentes de aquellas cualidades necesarias para conseguir la felicidad. De esta autoimagen negativa se derivan actitudes dependientes.

- Visión negativa del mundo. Los pacientes depresivos consideran que su entorno les exige demasiado, presentándoles obstáculos insuperables que les impiden alcanzar sus objetivos. Como consecuencia se manifiesta un estado de ánimo depresivo y parálisis de la voluntad.

- Visión negativa del futuro. Los pacientes depresivos creen que sus problemas actuales continuarán indefinidamente. Esta falta de esperanza, en su expresión más extrema, puede conducir a intentos de suicidio.

Estos esquemas funcionales negativos, representan patrones cognitivos estables, que distorsionan la

realidad para que esta no entre en contradicción con ellos. De esta forma sirven de sostén y de guía a una serie de alteraciones perceptivas que a su vez dan lugar a errores sistemáticos en la lógica del pensamiento de los sujetos depresivos.

Los errores más comúnmente observados son según Beck (1976) y Beck y cols. (1979), los siguientes:

19) Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): es el proceso mediante el cual se llega a una conclusión específica, sin que existan datos empíricos que la apoyen, o incluso, con datos que la contradicen.

29) Abstracción selectiva (relativo al estímulo): cuando se extrae determinado detalle de todo un contexto, ignorando otras características centrales de la situación y llegando a conclusiones a partir de ese único detalle.

39) Excesiva generalización (relativo a la respuesta): ocurre cuando se llega a una conclusión general a partir de hechos aislados, aplicando esta misma conclusión a otras

situaciones que poco o nada tienen que ver con el acontecimiento primitivo.

49) Magnificación y minimización (relativo a la respuesta): se tiende a restar importancia a las habilidades y cualidades de uno mismo, así como a trivializar los acontecimientos positivos, y por el contrario se sobrevaloran los asuntos negativos (defectos de uno mismo, dificultades).

59) Personalización (relativo a la respuesta): se tiende a relacionar con la propia persona fenómenos externos, aún cuando no exista lógica alguna que justifique esta conexión.

69) Pensamiento dicotómico (relativo a la respuesta): tendencia a clasificar las experiencias en categorías opuestas (malo-bueno, santo-pecador, etc.), siendo las atribuciones negativas las más habituales en el paciente depresivo.

Como señala Harrison y cols. (1984), para el modelo cognitivo tanto el procesamiento defectuoso de la información como el estilo negativo de pensamiento descritos, constituyen manifestaciones sintomáticas del

síndrome clínico depresivo, según Beck y cols. (1979, pag. 19): "son el primer eslabón de una cadena de síntomas, resultando en tales expresiones de depresión como humor triste y retardación psicomotora". Así pues, estos autores, aún admitiendo el peso del estilo negativo en la sintomatología depresiva, reconocen que la última causa del síndrome permanece oculta, resaltando la posibilidad de su pluralidad etiológica. En definitiva lo que esta teoría sugiere es la vulnerabilidad a la depresión de las personas con un estilo negativo de pensamiento (Riskind y col., 1984).

Las investigaciones realizadas sobre sujetos adultos proveen de cierto apoyo empírico a este modelo cognitivo (p. ej. Blaney, 1977 y Gotlib y col., 1984); y pese a la escasez de estudios sobre los aspectos cognitivos de la depresión infantil, sus autores participan de la conveniencia de extender la aplicación y estudio de este modelo al ámbito de la depresión infantil (Kovaks y Beck, 1977). Sobre la pertinencia de esta aplicación se plantea la siguiente cuestión: ¿a partir de qué desarrollo evolutivo se podrían asumir todas las implicaciones cognitivas que incluye el modelo?.

La formación de una triada cognitiva negativa exige o requiere ciertas habilidades cognitivas:

- Habilidad para abstraer temas comunes a partir de situaciones diferentes (p. ej. el tema de que la vida es terrible).
- La generación de esquemas negativos mediante los que se interpretarán nuevos sucesos.
- Habilidad de pensar más allá del presente, especulando sobre el futuro.

Centrándonos en la edad prepuberal y de acuerdo con los especialistas en desarrollo cognitivo (Piaget, 1970 y Flavell, 1977), estos niños se encuentran en el periodo de operaciones concretas. En este estadio el niño tiene una orientación presente, una conexión a la realidad desde el aquí y el ahora que va a obstaculizar y/o impedir anticipar el futuro e inferir consecuencias que pudieran sobrevenir; por lo tanto, y como señala Emery y cols. (1987) estos niños no tienen aún capacidad para experimentar completamente la desesperanza. Pese a esta dificultad, estos autores tras analizar las implicaciones de este estadio de desarrollo, en relación con el modelo cognitivo,

concluyen que los niños prepuberales son capaces de desarrollar un pensamiento negativo asociado a la depresión.

Haley y cols. (1985) encontraron relación entre depresión y distorsión cognitiva, en una muestra con edades comprendidas entre ocho y dieciséis años. Más recientemente Leitenberg y cols. (1986) desarrollaron un "Cuestionario de error cognitivo negativo de niños" (CNCEQ), para medir en los niños cuatro tipos de errores cognitivos negativos derivados de la teoría cognitiva de Beck para la depresión adulta:

- a) La predicción sobregeneralizada de resultados negativos.
- b) Las consecuencias catastróficas de eventos negativos.
- c) Atribuirse incorrectamente la responsabilidad de resultados negativos.
- d) Atención selectiva hacia los factores negativos de cada evento.

Los resultados de la administración de este cuestionario a niños (entre ocho y trece años aproximadamente) con síntomas de depresión, indicaron que éstos cumplían cada tipo de error cognitivo negativo significativamente más que el grupo de niños de la muestra normal.

Por otro lado, en el estudio realizado por Carvallo y García Villamizar (1987) se apreciaron unos déficits motivacionales y cognitivos propios de sujetos depresivos, en un grupo de niños depresivos de ocho años de edad.

Con respecto a edades inferiores, nos encontramos con opiniones contrarias. En la línea de Piaget los niños menores de siete años carecen de capacidad para formar una triada negativa; por el contrario, según las teorías del procesamiento de la información, los niños pequeños sí son capaces de formar una triada cognitiva negativa, si bien, debido a las dificultades inherentes a su estadio de desarrollo evolutivo, las probabilidades de su formación quedaran sensiblemente disminuidas en relación a las de los adultos.

Otro aspecto a considerar en relación al desarrollo, se refiere a las posibles variaciones del

impacto de la triada cognitiva en función de la edad. Es decir, aunque sea posible la triada cognitiva en niños pequeños, queda por aclarar hasta qué punto influirá en sus emociones y conductas. Según Camp, Blom, Herbert y Van Doornick (1977), los niños presentan dificultades para utilizar el pensamiento como mediador de la conducta. No obstante, si se les enseña a verbalizar sus pensamientos (pensar en voz alta), éstos actuarán como mediadores de su conducta al igual que ocurre en los adultos. Por tanto, respecto a la depresión, y como señalan Digdon y col. (1985, pag. 185): "Los niños no pueden espontáneamente utilizar los pensamientos distorsionados negativos para guiar sus comportamientos, al menos que explícitamente se les haya enseñado a hacerlo". En la actualidad, las formulaciones que implican procesos cognitivos distorsionados centrales en la depresión han sido confirmadas en algunos estudios realizados con niños. Por ejemplo, los jóvenes, que se consideran ellos mismos deprimidos, tienen una visión generalmente negativa de ellos mismos, del futuro y de su propia ejecución, aunque todavía no está claro si los niños pueden tener un esquema del "self" consistentemente negativo (Hammen y Zupan, 1984; Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson y Sherick, 1983; Sano y Graves, 1984), citados por Kovacs (1989).

3.2. FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD.

Por los datos dispersos de que disponemos con respecto a la vulnerabilidad y/o predisposición hacia la depresión, sería aconsejable asumir la propuesta de Lewinsohn y cols. (1981) de tratar los distintos factores causales de la depresión como elementos concomitantes.

También Beck (1983) participa de la conveniencia de no referirse a la causa de la depresión, y recomienda como alternativa la interacción entre factores que predisponen al desarrollo del síndrome y variables que lo precipitan. La combinación resultante de esta interacción variará en función de la cantidad que cada individuo aporta a la mezcla. Como señala Harrison y cols. (1984, pag. 630): "Si existe una predisposición elevada es probable que un pequeño incidente, en muchas ocasiones difícil de localizar, sea suficiente para la precipitación del síndrome. En otros casos, debido a algún agente precipitador de considerable intensidad, la sintomatología podría presentarse a pesar de un nivel mínimo de predisposición". Como refiere Domènech (1988) son muchas las experiencias, situaciones traumáticas,

acontecimientos positivos y negativos que, formando parte de nuestro complejo entorno social, pueden provocar depresión en el niño. La dificultad radica en saber cómo actúan, cómo interactúan entre sí, qué mediadores se interponen y cómo impactan al niño estos factores de riesgo. Para Cantwell (1987b) son cuatro las áreas que pueden considerarse etiológicas en la depresión infantil: neuroendocrina, bioquímica, genética y familiar, sin que ninguna de ellas sea mutuamente excluyente.

Esta idea de interrelación mutua de factores diversos en la etiología de la depresión, apuntada en anteriores ocasiones de forma reiterativa, ha sido puesta claramente de manifiesto en cada uno de los modelos explicativos al ser presentados como explicaciones parciales (incluso resaltando su carácter de mero factor predisponente), y no como única alternativa.

Ahora con la inserción de este apartado, a primera vista infructuosa, cumplimos una doble misión:

- Tratar la etiología de la depresión desde la única perspectiva que estimamos hoy en día consecuente con los datos disponibles.

- Detenernos en aquellos aspectos que no han sido incluidos, y por lo tanto tratados en el anterior apartado sobre modelos explicativos.

3.2.1. FACTORES DE RIESGO.

a) La pérdida ha sido señalada por muchos autores (Derdeyn, 1983; Wells y cols., 1985; Rhine y cols., 1986; Kendler, 1990,...) como una de las causas más frecuentes de depresión infantil.

La complejidad y trascendencia de la pérdida, así como aquellos aspectos que interactúan en su dinámica, han movilizadado a muchos autores a teorizar e investigar en este campo, dando lugar incluso a la configuración de algunos modelos explicativos.

Casi todos estos estudios, recordemos los de Spitz, 1946; Robertson, 1953; Bowlby, 1986, etc., ya contemplados en apartados anteriores, han centrado su atención en la pérdida de la madre o sustituta. No obstante, la pérdida de un padre, hermano, abuelo, animal, incluso de un ideal,... en fin, cualquiera que sea la pérdida, si ésta es significativa para el niño puede constituir un importante factor de riesgo. Sin

olvidar que su interacción con otros factores (edad, sexo, características temperamentales, vulnerabilidad, cualidad de las figuras sustitutas, elementos de protección dentro y fuera de la familia,...) pueden incrementar el riesgo pero también disminuirlo hasta anular sus efectos; a este respecto escribe Kringlen (1985, pag. 126): "no es la pérdida en sí misma lo que es crucial sino la carencia de cuidado y las alteraciones en la familia la cuestión más grave".

b) Dentro del entorno escolar, y en función de sus actividades, se generan motivos de muy diversa índole para que se instaure la enfermedad depresiva. Con el ingreso en la escuela el niño entra a formar parte de un entramado socio-cultural, totalmente nuevo para él, y que si bien puede ser fuente de múltiples satisfacciones puede también favorecer la aparición de sentimientos de inferioridad, inseguridad personal, fracaso, marginación, etc. En este caso, como afirma Domènech (1988, pag. 229): "la escuela representa para el niño un factor importante de stress con efectos negativos (por la disminución de su motivación y de la confianza en sí mismo).

c) Trastornos afectivos de los padres. Cuando escribíamos sobre el Modelo Genético, y aludimos a la

relación entre depresión en los padres y síntomas depresivos en los niños, ya apuntamos la complejidad de esta relación, en la que el papel de los factores genéticos fue analizado. Queda por analizar el impacto que produce en el niño la depresión de sus progenitores en cuanto a efectos de interacción y dinámica familiar.

Como señala Doménech (1988) la variabilidad y discordancia de datos que arrojan los diferentes estudios sobre la relación entre la depresión de los padres y la de los hijos, sugieren la presencia de otros factores de riesgo, además de los puramente genéticos. Los factores destacados por esta autora son los elementos de stress en la familia, aparición de life-events de carácter negativo, dificultades económicas y otros factores sociales sin especificar. A todo esto hay que añadir que el peso proporcional de los factores ambiental y genético no es el mismo en las distintas etapas evolutivas, y que existen diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad del niño hacia el desarrollo de síntomas depresivos.

Para Eisenbruch (1987, pag. 242): "el campo de mira tanto de las reacciones inmediatas del niño como de sus respuestas de más larga duración ante la enfermedad depresiva de sus padres puede tener lugar en

uno o más de tres niveles: rol social asumido por el niño en su familia. Después está la gama de fenomenología y sintomatología observable en la exploración. Por último, están los cambios intrapsíquicos en lo más interior del núcleo de la estructura de personalidad del niño. Estos niveles están interconectados, pero lo que se ve depende de qué nivel constituye el foco de atención".

Son muchos los estudios que apoyan la influencia de la psicopatología paternal, particularmente la depresión en el niño (Rutter, 1966; Kashani, 1982; Rhyne y cols., 1986; Guedeney, 1989,...). Un padre deprimido está por su misma enfermedad, en cierto modo, incapacitado para rodear de las debidas atenciones y cuidados a sus hijos. Como refiere Orvaschel y cols. (1980), los padres deprimidos se comunican pobremente, ofrecen menos afecto y tienen poca energía para involucrarse emocionalmente con sus hijos. En un estudio de Weissman y col. (1972) sobre el desempeño del rol maternal en un grupo de mujeres deprimidas se encontró que estas se sentían sólo moderadamente implicadas en la vida diaria de sus hijos, manifestando dificultades en la comunicación, afectividad disminuída y roces considerables con sus hijos.

d) Deficiencias físicas y/o psíquicas. A nuestro parecer son insuficientes los estudios dedicados a investigar deficiencias y alteraciones físicas y psíquicas como posibles factores de riesgo en la depresión infantil. Y esto, pese a la amplia diversidad de situaciones de stress que comporta la presencia de estos trastornos en la vida infantil. Por ejemplo, como señala Birleson (1980) los niños que padecen trastornos neuromusculares o neurológicos que limitan sus actividades, constituyen un grupo de alto riesgo para la depresión.

Wells y cols. (1985) mencionan la asociación entre depresión y enfermedades médicas en la infancia, remontándose a una cita de Kasanin (1931) que ya apuntaba a anomalías y defectos físicos como causa de depresión infantil, y a un caso, informado por Bierman y cols. (1958), de un niño de seis años de edad con poliomelitis y depresión, como representativo de padecimiento de depresión durante la etapa de latencia infantil. También Nelms (1989), alude a esta asociación cuando informa de una superioridad de comportamientos depresivos entre niños con padecimientos crónicos de asma y diabetes en relación a otro grupo de niños sanos.

También Rhyne y cols. (1986) incluyen a los niños con deficiencias físicas (obesidad, desfiguraciones faciales, etc.) en la lista de niños con riesgo de depresión.

Por último recordamos a Domènech (1988, pag. 229) para la que "cualquier disminución física o psíquica, coloca al niño en una situación de riesgo, por sentirse distinto, inferior y marginado, facilitando así la aparición de un cuadro depresivo". De entre estas disminuciones, especifica una lista en las que incluye: al niño "inmaduro" neurológica y emocionalmente, las alteraciones del lenguaje y dificultades del aprendizaje, alteraciones en la organización psicomotora, obesidad, pubertad precoz, diferencias de estatura, etc.

e) Acontecimientos vitales y condiciones generales de vida. Aunque siempre se ha considerado los "life-events" como agentes precipitantes de alteraciones psicopatológicas y en concreto de la depresión, los estudios realizados al respecto arrojan resultados contradictorios. En uno de los trabajos más citados, de Paykel y col. (1969), se informa de una fuerte relación entre la depresión y acontecimientos vitales; también Lloyd (1980) concluye que los

acontecimientos vitales son factores de riesgo para la depresión. En contraposición, Smith (1971) no encontró que la presencia de acontecimientos vitales precedieran al inicio de una depresión. Con respecto al papel de estos acontecimientos vitales en la depresión infantil queda aún mucho por hacer. La primera contribución importante se puede adjudicar, creemos que con pleno derecho, a Coddington (1972a y 1972b). Este autor, a partir de un estudio sobre los acontecimientos vitales en la infancia, obtuvo una interesante curva relacionada con la edad, a medida que el niño crece amplía su esfera de contacto con el mundo externo, aumentando la posibilidad de ocurrencia de acontecimientos vitales positivos y negativos, a la vez que su capacidad de adaptación. En un trabajo reciente, Kashani y cols. (1990a) encontraron relación entre los "life-events" estresantes y la depresión infantil.

Domènech (1988) considera importante la distinción entre un "life-event" o acontecimiento con repercusión vital (por ejemplo hospitalización, divorcio de los padres,...) y "life-conditions" o condiciones generales de vida (por ejemplo vivir en un ambiente familiar tenso, tener un sentimiento constante de fracaso escolar); y apunta la posibilidad de que el impacto de

las "life-conditions" sea en muchos niños superior al de los "life-events" de intensidad equiparable.

Además del impacto de los acontecimientos vitales, su frecuencia y cualidad son aspectos dignos de tener en cuenta. A este respecto Beck y col. (1986) llevaron a cabo un estudio en el que encontraron que los niños deprimidos experimentaban más eventos estresores en su vida reciente que los niños con problemas de comportamiento y los niños normales. No obstante, el impacto de cada evento no era necesariamente más negativo en el niño deprimido, aunque este experimentaba más eventos con índices cualitativamente más alto de stress que los otros grupos de control.

3.2.2. VULNERABILIDAD.

Según Harrison y cols. (1984, pag. 629): "determinados componentes genéticos, enfermedades físicas que facilitan persistentes anormalidades neuroquímicas, traumas que elevan el grado de vulnerabilidad del organismo, la falta de habilidad para enfrentarse a determinadas situaciones, estructuras cognitivas contraproducentes, metas poco realistas, valores poco razonables, etc., "favorecen

la vulnerabilidad del organismo al padecimiento de depresión.

Para Chandler (1984), citado por Domènech (1988), es evidente como acontecimientos similares repercuten en unos u otros niños de forma diferente. Estas diferencias en las reacciones a factores de stress semejantes, nos sitúan en el marco de la vulnerabilidad individual.

Domènech (1988) enumera siete causas para la vulnerabilidad individual a la depresión infantil:

- Diferencias de edad y etapa evolutiva.
- Diferencias de sexo.
- Lugar ocupado entre hermanos, número de hermanos y estilo familiar.
- Factores temperamentales.
- Estilo cognitivo.
- Experiencias compensatorias positivas.
- Factores catalíticos: son aquellos que, al interactuar o combinarse con los "life-events", producen en los efectos, incrementos (factores de vulnerabilidad) o disminuciones (factores de protección).

Con respecto a las "diferencias de sexo", señalada por Domènech como una de las causas para la vulnerabilidad individual a la depresión infantil, es de resaltar la observación de algunos autores, por ejemplo Kashani y Sherman (1989), sobre una frecuencia de depresión similar, entre ambos sexos, en los niños prepuberales. Sin embargo, y como apuntan Rutter (1986) y Kashani y cols. (1987), con el incremento de la edad la prevalencia de síntomas y trastornos depresivos tiende a aumentar más entre las niñas que entre los varones.

4. EPIDEMIOLOGIA.

En el abordaje de cualquier enfermedad, consideramos imprescindible un serio detenimiento en los datos epidemiológicos.

De acuerdo con Brady y cols. (1984), en el caso de la depresión infantil estos datos resultan de lo más dispares, así como difíciles de comparar, dada la amplia gama de factores comprometidos (rango de edad, población referencial, definición de depresión, criterios diagnósticos y evaluativos y fuentes de información). Como señala Petti (1986, pág. 406): "hay pocos estudios válidos que emplean una definición

estricta de los trastornos depresivos y muestra de poblaciones generales".

Ajuriaguerra y col. (1982) informa de importantes desviaciones existentes en la estimación de la frecuencia; desviaciones que van desde un 3% hasta un 25%, en función de las distintas conceptualizaciones mantenidas por sus autores. Según Domènech (1988), las tasas de frecuencias halladas en estudios con poblaciones de enfermos pediátricos o psiquiátricos, oscilan desde valores de 1,8%, en una muestra de 6.000 niños de Nissen, hasta valores superiores al 25%, hallados por Carlson y Cantwell y otros autores. Por su parte Lobovit y col. (1985), refiriéndose a las oscilaciones de los datos de prevalencia de la depresión infantil, marca el límite inferior en el 14% informado por Kovacs y cols. en 1976, y el superior en el 62% obtenido por Brumbarg y cols. en 1980.

Estas cifras irreconciliables son un reflejo más de la disparidad de modelos, definiciones, criterios,... que han ido apareciendo en torno al concepto de depresión infantil, desde que fue reconocido como tal.

En esta mañana, estimamos infructuoso plasmar sin más la cantidad de datos que hemos ido observando en nuestra revisión bibliográfica. Valgan pues sólo algunas cifras que nos ayudarán a comprender mejor el difícil y movedizo campo en el que intentamos introducirnos.

Las poblaciones referenciales de la mayoría de las investigaciones epidemiológicas, sobre depresión infantil, son de pacientes (pediátricos o psiquiátricos), siendo escasas las realizadas sobre poblaciones normales.

Rutter y cols. (1970), señalan una prevalencia de depresión del 0,14%, en una población normal de niños prepúberes. Kashani y Simonds (1979), en una investigación muy renombrada y reconocida, estudiaron 103 niños, entre los 7 y 12 años, de una población normal, utilizando el criterio del DSM III, y encontraron una proporción del 1,9% de episodios de Depresión Mayor. También en una muestra de niños de 9 años, de una población normal, Kashani y cols. (1983), encuentran tasas de prevalencia de 1,8 y 2,5 para la depresión mayor y menor respectivamente. Lefkowitz y col. (1985) basándose solamente en el PNID (peer nomination) encuentran unas tasas de prevalencia del

5,2%, en una población normal de niños en edad prepuberal. Las tasas de prevalencia para la Depresión Mayor y el trastorno distímico oscilan, según los más recientes estudios comunitarios realizados con jóvenes, entre el 2% y el 5%. Afortunadamente, y como puntualiza Kovacs (1989) la depresión clínica infantil no aparece muy frecuentemente entre la población general infantil.

Especial mención merece un estudio epidemiológico sobre la depresión infantil, realizado en nuestro país y recientemente publicado, de Polaino-Lorente y Domènech (1988). El estudio se ha desarrollado a partir de una muestra aleatoria de 6.432 niños normales, con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, de colegios públicos y privados, situados en varios puntos de la geografía española. En la identificación de niños depresivos se han empleado dos etapas: En la primera etapa se han administrado el CDI y el PNID; en la segunda etapa, además de una cuidadosa recogida de información de diversas fuentes (padres, profesores, compañeros y el niño), se realizó la entrevista semi-estructurada CDRS-R de Poznanski y cols. emitiéndose por fin un diagnóstico siguiendo los criterios del DSM III. Los resultados obtenidos se detallan en la tabla 4.

TABLA 4
TASAS DE PREVALENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO

		TRASTORNO	
		Depresión Mayor	Trastorno Distímico
CIUDAD	Madrid	2.1%	4.8%
	Barcelona	1.9%	7%
	Sevilla	3.5%	6.9%
	Valencia	0.9%	4.7%
	Gerona	1.1%	6.4%
	La Coruña	2.7%	7.6%
TOTAL		1.8%	6.4%

En los estudios de Petti y Ulrich (1981), citado por Petti (1986), que se realizaron sobre poblaciones de pacientes, se encontró que el 67% de los niños admitidos en una unidad psiquiátrica infantil cumplían los criterios de investigación para la depresión (BDI); Poznanski y cols. (1979) en una muestra de 30 niños, entre 6 y 12 años de edad, ingresados en un hospital infantil, identificaron 8 niños con depresión. Mouren y Dugas (1982) en una población de 1.725 sujetos, menores de 13 años, examinados en el servicio de psicopatología de la infancia y la adolescencia del Hospital Herold de París, hallaron 43 casos de depresión, es decir, una prevalencia del 2,5 %.

Muchos de estos datos epidemiológicos resultan poco fiables y han de ser tratados con mucha cautela, gran parte de las razones ya las hemos ido apuntando en párrafos anteriores. De acuerdo con Domènech (1988) la investigación epidemiológica en salud mental infantil, se enfrenta a dificultades metodológicas mayores que las del adulto; exigiendo la utilización de criterios operativos correctos y la obtención de datos a partir de diversas fuentes de información.

III. EL TEST DE RORSCHACH.

1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La idea de interpretar manchas de tinta de diversas formas viene de muy antiguo. Desde la alusión de Leonardo da Vinci, que a su vez la atribuye a Boticelli, son numerosos los autores preocupados por el tema.

El primer empleo registrado de las manchas de tinta como material psicológico, se halla descrito en una obra de Kerner (1857), donde, ante la imposibilidad de producir manchas de tinta según un plan preconcebido, señala que estas tienden más bien a imponer su sentido y significación al productor. De esta forma tuvo Kerner la ocasión de experimentar el juego recíproco entre los rasgos objetivos de las manchas de tinta y las personales proyecciones del observador, que aún hoy constituye el aspecto más significativo en el primer encuentro con el material de Rorschach. No obstante, quedaba aún un largo camino por recorrer antes de captar, en toda su amplitud, todas las implicaciones de este juego recíproco y, por ende,

utilizarlo como fundamento para un método de diagnóstico de personalidad.

El primero en sospechar las posibilidades de las manchas de tinta en el área de la experimentación psicológica fue Binet (1895), al sugerir su uso para el estudio de ciertos rasgos de personalidad. Estos intentos de Binet, así como las sucesivas investigaciones que continuaron desarrollándose en este campo, fueron revisadas por Whipple (1910), en cuya obra aparecen las primeras series estandarizadas de las manchas de tinta.

Para esta materia en desarrollo la obra de Whipple supuso una importante contribución. No obstante, las manchas seguían considerándose en función de sus aportaciones al conocimiento de los procesos imaginativos, prestándose aún poca atención a las características de la personalidad del sujeto y sus respuestas.

En la década siguiente, los diversos estudios realizados en el campo que nos ocupa, aún cuando seguían focalizando su atención en el contenido de las respuestas del sujeto, iniciaron una dirección que desembocaría en las formulaciones ulteriores de Hermann

Rorschach. Como ejemplo de esta época fructífera tenemos a Bartlett (1916) que, mediante un estudio cuyo objetivo era la percepción y la imaginación, llegó a la conclusión de que las manchas eran capaces de señalar los intereses y, tal vez las ocupaciones de sus sujetos. Así mismo, Parsons (1917) realizó un estudio con noventa y siete niños utilizando algunas de las manchas estandarizadas de Whipple, y aunque perseguía como objeto medir la imaginación, secundariamente obtuvo unos resultados que apuntaban la posibilidad de detectar diferencias individuales significativas.

2. HERMANN RORSCHACH Y SU PSICODIAGNOSTICO.

Hermann Rorschach nació en Zurich, Suiza, el 8 de Noviembre de 1884. Su padre, profesor de dibujo, murió siendo él joven, circunstancia esta que motivó un cambio en la elección de sus estudios, en un principio dirigidos hacia las ciencias naturales. En 1910 se graduó en Medicina, y en 1911 comienza su interés por las manchas de tinta, que ocupó el centro de atención de una vida interrumpida prematuramente a los treinta y siete años, a consecuencia de una peritonitis.

En 1921 publicó el resultado de sus estudios en una monografía: "Psychodiagnostik", que como él mismo

señaló es más que un sistema de conclusiones teóricas, un informe preliminar de sus descubrimientos, en donde se recogen los resultados de sus estudios realizados hasta la fecha. En este trabajo, Rorschach incluyó "sus manchas de tinta seleccionadas, sus hallazgos clínicos y las bases teóricas de sus investigaciones" (Klopfer y Davidson, 1977, pag. 11). Esta primera monografía fue también la última que apareció en vida del autor. Los trabajos realizados en el limitado período que medió entre esta monografía y su muerte, fueron publicados por Oberholzer en 1923; su inclusión en la edición alemana "Psychodiagnostik" se llevó a cabo a partir de 1932.

Las manchas de tinta incluidas en el "Psychodiagnostik" se presentan en una serie estandarizada de diez láminas que constituyen el material de estímulo del método.

Como refiere el mismo Rorschach (1921, pag. 23): "La preparación de estas figuras accidentales es muy sencilla; sobre una hoja de papel déjanse caer algunas gotas de tinta que, al plegarla en dos, se extienden entre ambas mitades de la hoja. Mas no todos los manchones así obtenidos son utilizables...". En este punto entramos en un proceso más complejo: "el de

selección de la serie". Las manchas deben de reunir unas características determinadas en relación a su forma, emplazamiento y simetría. Una forma sencilla y una distribución espacial rítmica, en la cual se incluye la simetría, son requisitos indispensables para conseguir una interpretación sustanciosa. Las láminas de Rorschach no son tan ambiguas como para impedir una interpretación por parte del sujeto, pero si lo suficiente como para que las respuestas tengan un carácter intrínseco.

La diferencia esencial entre los aludidos estudios iniciales sobre manchas de tinta y el "Psychodiagnostik", reside en una desviación del foco de atención desde el contenido más o menos imaginativo de las respuestas del sujeto, a ciertas características formales de las producciones conceptuales. El interés promovido por Rorschach no descansa tanto en lo que el sujeto ve, como en su manera de manejar el material de estimulación. Rorschach supo captar el abanico de posibilidades del juego recíproco entre las características estructurales del material estimulante y la estructura de la personalidad del sujeto. A partir de ahí elaboró todo un método objetivo para el diagnóstico de la personalidad, que es, a juicio de Beck (1966, pag. 141): "el instrumento más

caracterizado y estable para ponderar la personalidad humana en sus diversos niveles". Siguiendo con el tema traemos también a colación lo expresado recientemente por Rodríguez Sutil (1990): cuando estudiamos la obra de Rorschach nos encontramos con una teoría original sobre la estructura de la personalidad, en parte intuitiva y en parte apoyada en una observación psicopatológica de gran riqueza, que poco tiene que ver con el psicoanálisis. Los sistemas de interpretación dinámica han de considerarse como "adiciones" del propio Rorschach, o de autores posteriores.

3. EL DESARROLLO DEL MOVIMIENTO RORSCHACHIANO.

"Entre 1921-1936, aproximadamente, una veintena de psiquiatras y psicólogos de catorce países contribuyeron a la expansión y progreso del método" (Klopfer y Kelly, 1977, pag. 27).

En los primeros años tuvo el método escasas resonancias (Beizmann, 1968). Pero fue particularmente en Estados Unidos donde se concentraron gran parte de las resistencias que obstaculizaron su desarrollo, en esta su primera fase. Una vez superada, a partir de 1936, el método fue adquiriendo la pujanza que aún hoy, en nuestros días, se conserva.

Siguiendo a Klopfer y Kelly (1977) podemos distinguir dos hitos fundamentales dentro del movimiento rorschachiano:

- El de sus inicios en Europa, representado por Rorschach, sus colaboradores y discípulos más inmediatos (por ejemplo Oberholzer, Zulliger,...), se sitúa en una línea ortodoxa, fiel a la técnica original.

- El segundo, coincide con la introducción del método de Rorschach en los Estados Unidos al iniciarse la Segunda Guerra Mundial. En este segundo momento, de perfeccionamiento, se investiga y se introducen los símbolos en lengua inglesa, destacando dos grandes figuras: Samuel J. Beck y Bruno Klopfer.

Desde aquel primer trabajo de Oberholzer, colaborador de Rorschach, han surgido, aún están surgiendo, tantos sistemas como autores. Así podemos citar, entre otros, a Piotrowski, Beck, Hertz, Rapaport, Klopfer, Loosli-Usteri, Exner,... Cada uno, partiendo de una idea común, ha elaborado su propia técnica, de forma que nos resulta hoy en día difícil aunque no imposible, establecer sus equivalencias.

Son las características de la obra de H. Rorschach, por lo imprevisto de su muerte, las que han provocado el que esta larga pléyade de psicólogos y psiquiatras, retomando este fértil germen, hayan dedicado gran parte de sus vidas a ulteriores desarrollos.

Rorschach nos legó un método de trabajo joven y abierto. Sus sucesores así lo han entendido. De aquel prometedor vástago han brotado variantes que, dentro de su polimorfismo, conserva la unidad de la esencia dotada por su autor. A este propósito escribe Exner (1978, pag 28, Tomo I): "la trayectoria del Rorschach, como test, hubiera sido probablemente más favorable si cada autor se hubiera separado completamente de los símbolos de valoración y de los postulados interpretativos de los demás. En estas condiciones, por lo menos, cabría esperar que cada sistema se hubiera convertido en un atractivo objetivo de investigación. Ello no fue posible principalmente porque cada autor incorporó algunos de los fundamentos de Rorschach en su sistema, e incluso adoptó con liberalidad algunos puntos de los demás autores, haciendo con ello las diferencias menos obvias".

En nuestra opinión, si tenemos en cuenta tanto el punto de partida de los distintos rorschachistas como sus conclusiones, las diferencias se hacen menos perceptibles, y el intento de compararlas e igualarlas se volverá cada vez más accesible. Si nos introducimos en los intrincados caminos que cada autor utiliza para elaborar su Rorschach, nos perderemos en la búsqueda de zonas gemelas. Si son las ideas subyacentes, o las conclusiones finales, el objeto de nuestra atención, es decir, si hacemos abstracción, podremos observar que todos dicen lo mismo utilizando unas herramientas que, si bien son iguales en cuanto a utilidad, son distintas en apariencia. <<Muchos rorschachistas resuelven el dilema entre varios sistemas de modo privado, mezclando intuitivamente "un poco de Klopfer", "una pizca de Beck", unos "granos" de Hertz y unas gotas de Piotrowski, según su propia experiencia, llamándole "El Rorschach". Este método personalizado resulta, con frecuencia muy útil>> (Exner, 1978, pag. 10, Tomo I).

Contemplando el desarrollo del movimiento rorschachiano en función de las escuelas que se van perfilando, cabe destacar las siguientes:

- a) La escuela suiza.
- b) Las escuelas francesas.
- c) Las escuelas americanas.

a) La escuela suiza.

Representada por los discípulos directos de Rorschach (Oberholzer, Morgenthaler, Zulliger,...) y otros seguidores que se atienen rigurosamente a la técnica original, por ejemplo Bohm, quien comenta: "en los últimos años han aparecido numerosas direcciones y escuelas que sólo tienen de común el nombre con la primitiva concepción de Rorschach. No somos, en modo alguno, refractarios a la aceptación de novedades, ya que resultan inevitables en un método que, en el momento de la muerte de su autor, estaba aún sin completar y, en muchos puntos, aún lo está, pero sentimos el deber de limitar las innovaciones a aquellas que constituyen una verdadera necesidad y que, por otra parte, sean fácilmente incluibles en el método sin afectar a sus fundamentos (Bohm, 1949, pag. XXXII).

b) Las escuelas francesas.

Según Beizmann (1968, pag. 6): "Las técnicas utilizadas por los autores de lengua francesas se muestran más conciliatorias e incluso eclécticas, situándose, por así decirlo, a caballo entre la técnica

clásica suiza y las innovaciones americanas más o menos admitidas". Como principales representantes podemos citar a M. Loosli-Usteri, A. Ombredane, N. Canivet, N. Rausch de Traubenberg. A Loosli-Usteri, suiza, muchos autores le encuadran dentro del movimiento rorschachiano ortodoxo. Ella misma manifestó en el discurso de apertura del III Congreso Internacional de Rorschach en Roma (Septiembre, 1956), su deseo expreso de que "sea respetado el pensamiento de Rorschach. Ciertamente que los seguidores han perfeccionado sus métodos, que la muerte no permitió perfeccionar al autor, pero no han encontrado ningún aspecto fundamental que los modifique. Situémonos, pues, dentro de la línea trazada por el creador, línea que podemos ampliar y profundizar gracias al desarrollo metodológico ulterior al que nosotros, sus sucesores, tenemos mucho que agradecer" (Loosli-Usteri, 1965, pag. 13). Nina Rausch de Traubenberg es considerada en la actualidad representante máxima del Rorschach francés (Campos, 1980). Esta autora de orientación psicoanalítica, que también ha trabajado ampliamente el Rorschach en la infancia (Rausch de Traubenberg y col., 1984), recoge el sistema francés del Rorschach, con su simbolización básicamente propia (Rausch de Traubenberg, 1977).

c) Las escuelas americanas.

Varios autores americanos han desarrollado sus propios métodos con puntos convergentes a la vez que divergentes. Cada uno de ellos, por tanto, constituiría su propia escuela, La obra de estos autores, de los más sobresalientes (Klopfer, Beck, Piotrowski, Hertz, Rapaport y Schafer) ha servido de base para que Exner (1974-78-82) desarrolle su sistema comprensivo del Rorschach.

Bruno Klopfer, de orientación fenomenológica y con un marco de referencia psicoanalítico Jungiano se formó en el método Rorschach en Zurich allá por el año 1933; pero tuvo que abandonar Europa huyendo del dominio nazi y emigró a América. Las importantes aportaciones introducidas por este autor y sus colaboradores, se desarrollaron en función de las necesidades que surgieron de la práctica. Para Klopfer era más importante promover el test que restringirse a perpetuar el pensamiento de Rorschach, por esta razón no tuvo reparos en renegar de algunos conceptos básicos postulados por Rorschach, introduciendo otros y elaborando su propio sistema cuyos componentes básicos se desarrollaron entre 1936-1942.

Samuel J. Beck, de formación behaviorista, fue el primer psicólogo norteamericano que trabajó con el Rorschach y que presentó una tesis doctoral sobre el test. Entrenado por Oberholzer en 1928, sigue de tal forma la tradición Rorschach-Oberholzer, que Campos (1980) presupone el apoyo del mismo Rorschach, e incluso que este hubiera seguido desarrollando un sistema similar, si hubiera vivido.

Marguerite Hertz, de orientación psicométrica y experimental, llegó posteriormente a interesarse por los rasgos cualitativos e individuales del test. Como señala Exner (1978, Tomo I) su intención no fue la de crear un sistema Rorschach distinto, pero tampoco llegó a aceptar totalmente cualquiera de los otros sistemas. Por ejemplo, durante bastante tiempo se mantuvo de acuerdo con Beck pero nunca llegó a aliarse con él, en su posterior acercamiento a Klopfer fue muy selectiva y crítica. Esta posición intermedia fue la que le permitió aportar una perspectiva de las necesidades de investigación, los avances metodológicos y la comprensión interpretativa que se iba logrando.

Piotrowski se formó básicamente en Psicología Experimental. Su interés por el test de Rorschach surgió a partir de su asistencia a un seminario de

Klopfer sobre Rorschach; no obstante su formación tan diferente de la de Klopfer, provocó su alejamiento. Su propio trabajo con el test fue radicalizando una postura diferente de Klopfer y también de Hertz y Beck. Sus esfuerzos cristalizaron en su propio y singular sistema de Rorschach.

Rapaport, de orientación psicoanalítica, se doctoró en el Royal Hungarian Petrus en 1938, poco después emigró a Estados Unidos. En la clínica Menninger, donde trabajaba, realizó Schafer, bajo su dirección, su internado. Juntos desarrollaron el quinto sistema principal de Rorschach en los Estados Unidos. Los fundamentos básicos del método se publicaron en 1946 en dos volúmenes dedicados a la batería de tests titulados "Tests de diagnóstico psicológico". La obra de Schafer "Interpretación psicoanalítica del Test de Rorschach" (1954) vino posteriormente a completar el sistema. Este sistema, basado claramente en la psicología dinámica, se centra fundamentalmente en la situación del test, y dentro de este marco lo que ellos llaman el "nacimiento de la respuesta", que representa un compuesto de la actividad perceptiva y proceso proyectivo.

Estos cinco sistemas elaborados por Beck, Hertz, Klopfer, Piotrowski y Rapaport-Schafer se desarrollaron en un período de tiempo relativamente corto, entre 1936 y 1957 todos de habían desarrollado íntegramente, los cambios producidos con posterioridad fueron de escasa importancia.

En este mismo marco americano y en épocas ya más cercanas, nos encontramos con los desarrollos más importantes (Weiner, 1986; Exner, 1974 y 1978; Exner y Weiner, 1982) que, como señala Rodríguez Sutil (1990), categorizan la prueba del Rorschach como una tarea perceptual cognitiva de resolución de problemas, activando el estilo característico de cada individuo en su conducta de enfrentamiento con la realidad, representativo de su comportamiento en otras situaciones. Estos desarrollos han conseguido un resurgimiento del test de Rorschach cuando se empezaba a notar cierta declinación, y algunos auspiciaban su ocaso.

El sistema comprensivo de J. E. Exner (1974-78-82) integra y reúne lo mejor de cada uno de los cinco sistemas americanos reseñados (Beck, Hertz, Klopfer, Piotrowski y Rapaport-Schafer), con el propósito de conseguir un lenguaje común y una base razonablemente

unificada, que permitan el correcto uso del Rorschach, así como su investigación y ulterior desarrollo (Rovira, 1983).

Tras un cuidadoso escrutinio y basándose ampliamente en datos empíricos desarrolló Exner su Sistema Comprensivo. Este pretende que el Rorschach presente una alta fiabilidad entre los clínicos y que supere las diversas pruebas de validez. Al no basarse en una posición determinada resulta útil desde cualquier orientación (conductista, dinámica,...) que se asuma.

4. CARACTERISTICAS GENERALES.

El ámbito de aplicación del test de Rorschach se extiende hasta la infancia. De esta aplicación tenemos ya referencia del mismo Rorschach así como de otros autores, por ejemplo Behn-Echenburg (1921), Löpfe (1926) y Schneider (1933). También de M. Loosli-Usteri tenemos constancia acerca de una vasta labor investigatoria con el test en la infancia. Con su primer estudio, publicado en 1929 bajo el título "El test de Rorschach aplicado a diferentes grupos de niños de diez a trece años", los psicólogos comenzaron a interesarse cada vez más por este test aplicado a la

infancia, ya que probó su validez y esclareció algunos puntos que quedaban un tanto confusos (Sáinz-Amor, 1965, pag. 11).

Como ejemplos ilustrativos, de aplicación a niveles más inferiores de edad, tenemos la obra de Beizmann (1968) en la que se examinan clínica y estadísticamente las reacciones al Rorschach de niños normales, cuyas edades oscilan entre los dos años y nueve meses y los diez años; y la de Ames y cols. (1972), que incluye niños desde los dos hasta los diez años, con el propósito de establecer normas adecuadas para cada edad.

A efectos prácticos la utilización del test de Rorschach viene realizándose aproximadamente desde los cinco años de edad. Por ejemplo, Campo (1988) utiliza el Rorschach, generalmente dentro de una batería de tests, desde los cuatro y cinco años. Exner (1981) incluye tablas con datos normativos, de las distintas variables Rorschach, desde la edad de cinco años.

Los procedimientos de administración y evaluación, así como los valores "nucleares" de interpretación de las variables del test, son básicamente los mismos para los niños que para los adultos. Sobre esto, habiendo un

acuerdo casi general, hay alguna que otra disidencia, por ejemplo en Rausch de Traubenberg (1986), aunque en aspectos puntuales que ya iremos analizando. Lo importante es tener en cuenta la frecuencia y estructuración de las variables en los protocolos infantiles que, obviamente y en función del desarrollo evolutivo, han de ser diferentes de las de los adultos.

El método de Rorschach es una prueba diagnóstica basada en la percepción que consiste en la interpretación de formas accidentales (Oberholzer, 1923); con la particularidad de que las respuestas, al ser recogidas siempre de la misma serie de diez láminas, son susceptibles de cómputo.

A consecuencia de la falta de estructuración y ambigüedad de las manchas, se produce una situación en la que el sujeto introduce o proyecta en sus respuestas sus propias necesidades, intereses, conflictos, etc. (Frank, 1939). La hipótesis de este autor que llega a identificar el Rorschach como un "método proyectivo" limita, en cierta forma y como iremos viendo, las posibilidades del test. Por otro lado, Rorschach, como señala Exner (1978), quizás hubiese aceptado la hipótesis proyectiva de Frank, pero en realidad nunca

manifestó que considerase la existencia de tal proceso en su test.

En el sentir de algunos autores (Exner, 1978, Tomo I; Rausch de Traubenberg, 1977; Campos, 1980), y con ellos concordamos, está la idea de que Rapaport y sus colaboradores han hecho una de las mejores descripciones del proceso de las respuestas a las manchas de tinta. Para esta escuela las respuestas representan una gama de actitudes que van de lo perceptivo a lo proyectivo, de lo percibido a lo vivido, reflejan las modalidades de acción y relación del sujeto con las diferentes situaciones con las que se enfrenta. En cada respuesta, la importancia relativa de lo perceptivo y proyectivo es difícil de determinar. Como explicitan Rapaport y cols. (1946), se trata de un complejo proceso en que el estímulo externo (la mancha) se internaliza perceptivamente y, después de diversos intentos para identificar el estímulo, principalmente basado en la memoria y las similitudes estructurales, se produce la identificación, esta constituye un producto compuesto por lo que la persona ve realmente y, por otra parte, lo que tiende a ver en un momento determinado, en función de sus necesidades. En resumen, la respuesta, en el test de Rorschach, viene a

representar un compuesto de la actividad perceptiva y el proceso proyectivo.

Según Morgenthaler (1940, pag. 206): "El método más importante y difundido para comprender la estructura de la personalidad "es el método de Rorschach"; este "es un procedimiento empírico que hace posible obtener comprobaciones seguras y verificables acerca del estado y el curso de diversas condiciones y funciones psíquicas, permitiendo además captar la personalidad total de un modo mucho más nuclear que cualquier otro método de exploración".

Parecidas opiniones se pueden recoger en la actualidad. Para Campo (1988), las indicaciones acerca de la estructura de la personalidad del niño, que nos puede facilitar un test de Rorschach, no admite parangón con ningún otro método o test proyectivo. Un Rorschach pone de manifiesto, entre otras muchas cosas, la manera habitual de reacción, las defensas más utilizadas, la estructura perceptiva del pensamiento y de la afectividad; unos "estilos de respuesta" que según Exner (1978, Tomo I), son consistentes y perduran a través del tiempo, a pesar de los cambios que se producen por el desarrollo evolutivo.

Todos estos aspectos han ido siendo apuntados por los distintos autores que han trabajado el Rorschach como instrumento para investigar la personalidad del niño (Beizmann, Ames, Rausch de Traubenbergr, Exner, Loosli-Usteri, etc.). Los han ido presentando de forma más o menos desmembrada o desde perspectivas diferentes. Por ejemplo, podríamos hablar de actividad imaginativa, de fantasía inconsciente, relaciones de objeto, intereses, estilo cognitivo, etc. En relación al estilo cognitivo nos interesa resaltar los hallazgos de Forns, Aznar y Fogued (1985) en un estudio, realizado con 111 adolescentes de 12 a 14 años, en el que comprueban, entre otras cosas, que los dependientes de campo tienden a respuestas emocionales no controladas ($ep > EA$, $CF+C > FC$), mientras que los independientes de campo muestran un mayor control emocional ($EA > ep$, $FC > CF+C$).

Casi todas las investigaciones sobre la infancia tropiezan con el mismo obstáculo: "personalidad en desarrollo". Pero esta personalidad ya posee una estructura definida dentro de su correspondiente etapa evolutiva. Mediante el test de Rorschach se puede captar la dinámica de esta estructuración progresiva y, a su vez, comprender, a través de la percepción, las

posibilidades o los trastornos del desarrollo afectivo e intelectual del niño.

5. CLASIFICACION.

Podríamos considerar el proceso de clasificación de las respuestas como el núcleo de la técnica del Rorschach sobre el que se orienta toda su interpretación.

Pero antes de adentrarnos en tan densa frondosidad, convendría delimitar el concepto de respuesta. Para Bohm (1973, pag. 86) "no deben considerarse como respuestas observaciones al margen de la prueba, ya sean descriptivas, valorativas o afectivas (exclamaciones, críticas, observaciones sobre la simetría o sobre la semejanza)...". Por su parte, Klopfer y Davidson (1977, pag. 54) definen la respuesta como "una idea independiente, separada, dada a una porción claramente específica o a la totalidad de la mancha de tinta. Es clasificable con respecto al uso de ciertas cualidades del material de la mancha".

En el sistema de clasificación de Rorschach se distinguían cuatro categorías básicas:

- Localización: establece distinciones según el área de la mancha utilizada en la formación de la respuesta.

- Determinantes: se refiere a las características de la mancha, a las cualidades que de alguna forma han intervenido en la elaboración de la respuesta (forma, color, movimiento,...).

- Contenido: clase de contenido de la respuesta, es decir ¿qué ve el sujeto?.

- Popularidad-originalidad: cada respuesta se valora en función de la frecuencia que se da en una población.

Portuondo (1976) presenta una forma muy sencilla y clara para comprender lo implícito en cada categoría de clasificación; la localización sería "dónde lo ve"; los determinantes "cómo lo ve"; el contenido "qué ve"; la popularidad u originalidad "¿ve lo mismo que los demás?".

Estas categorías de clasificación propuestas por Rorschach, han sido respetadas e incorporadas por todos los autores a sus sistemas respectivos. La única

innovación la realizaron Hertz (1940) y Beck (1937) al añadir una quinta categoría, la actividad organizativa, en la que se contempla el grado de organización de los diversos elementos de la mancha que integran la respuesta. Partiendo de estos autores, también Exner (1974-78-82) ha incluido una quinta categoría en su sistema de clasificación.

En el estudio de la clasificación vamos a delimitar dos aspectos:

- a) Las categorías (ya tratadas).
- b) Los símbolos y criterios de que consta cada categoría.

El tratamiento del punto b sería, sin seguir ningún autor determinado, una tarea demasiado larga. Vamos a abordarlo agrupando los símbolos por escuelas.

En la Tabla 5 (Tipos de apercepción o localización), Tabla 6 (Determinantes) y Tabla 7 (Contenidos), que a continuación presentamos, incluimos:

TABLA 5
TIPOS DE APERCEPCION O LOCALIZACION

ALEMAN	FRANCES	INGLES	EXPLICACION
G	G	W Wx Klopfer wx Klopfer y Hertz	<u>Interpretación o respuesta global.</u> <u>Global inadvertidamente incompleta.</u> <u>Global cortada (señalándolo expresa-</u> <u>te se omite una pequeña parte.</u> <u>Interpretación global partiendo de:</u> - Detalle grande (D). - Detalle inusual (Dd). - Espacios en blanco (bl y S). (Estos símbolos se cuentan como G o W).
DG	DG	DW	
DdG	DdG Db1G	DdW SW	
D	D	D: D Klopfer d	<u>Interpretación de una parte de la lámina frecuentemente interpretada.</u>
Do	Do	Do	<u>Detalle oligofrénico: Se interpretan figuras parciales, donde comúnmente se ve una figura total (L. III ver sólo cabezas humanas).</u>
Dd	Dd	Dd: dd (detalle muy pequeño). de (d. de borde). di (d. interior). Dr (d. raro). Klopfer y Hertz.	<u>Interpretación de una pequeña parte de la lámina que no es frecuente.</u>
DzW	Db1	S	<u>Interpretación del espacio en blanco o fondo blanco.</u>

TABLA 6
DETERMINANTES

ALEMAN	FRANCES	INGLES	EXPLICACION
E	F	F	<u>Respuesta únicamente determinada por la forma.</u> Se distingue F+, Et, F--.
B BK1	K Kp	M M	<u>Respuesta de movimiento humano.</u> <u>Respuesta de movimiento humano proyectado en una parte muy pequeña de la lámina.</u>
FB	FK (o Kan) k (o kob)	FM m:	<u>Respuesta de movimiento animal.</u> <u>Movimiento inanimado (Klopfer lo combina con forma).</u>
Fb	C	Fm: mov. en un obj. con forma. mF: mov. en un obj. con forma indefinida. m: mov. sin forma.	<u>Respuesta determinada únicamente por el color.</u>
FbC	CF	CF	<u>Respuesta determinada sobre todo por el color pero en la que también interviene la forma.</u>
FFb	FC	FC	<u>Respuesta determinada por la forma; además el color ha de corresponder a la realidad.</u>
<u>BZDR</u> (Fb)* (Fb)F* F(Fb)*	(C) (o E) (C)F (o EF) F(C) (o FE)		<u>Respuesta determinada por los diferentes matices del gris, o por los diferentes matices de un color con diferentes combinaciones de forma.</u>
<u>BZDR</u> HD* HDF* FHD	Clob ClobF FClob		<u>Respuesta determinada por el carácter sombrío no matizado de algunas láminas con diversas combinaciones de forma.</u>
		FT TF T	<u>Respuesta de textura con diversas combinaciones de forma (los sombreados crean la impresión de textura).</u>

TABLA 6 (CONTINUACION)
DETERMINANTES

ALEMAN	FRANCES	INGLES	EXPLICACION	
		Fc cF c FV VF V FCH CHF CH FY YF Y Fk kF k FC' C'F C' FCh' Ch'F Ch' FCh'' Ch''F Ch''	<p>Hertz y Klopfer</p> <p>Hertz y Klopfer</p> <p>F (C) HERTZ (C)F V BK</p> <p>FCH HERTZ CHF CH </p> <p>K Klopfer KF </p> <p>Klopfer</p> <p>Klopfer</p> <p>Hertz</p> <p>Hertz</p> <p>Hertz</p>	<p><u>Respuesta de textura, superficie, reflejo o brillo</u> (determinada por los elementos del sombreado).</p> <p><u>Respuesta de vista</u> (determinada por el sombreado, aunque Klopfer incluye todas las respuestas de vista a pesar de no estar determinadas por el sombreado).</p> <p><u>Respuestas de sombreado en las que se incluyen los elementos de difusión</u> (humo, nubes); en cada autor hay diferentes matices.</p> <p><u>Respuesta determinada por el sombreado, y definida como una construcción tridimensional proyectada sobre un plano bidimensional</u> (rayos X y mapas topográficos).</p> <p><u>Empleo de los colores negro, gris y blanco.</u></p> <p><u>Empleo de los colores gris o blanco.</u></p> <p><u>Empleo del color negro.</u></p>

TABLA 7
CONTENIDOS

ALEMAN	FRANCES	INGLES	EXPLICACION
M	H	H	<u>Respuesta del cuerpo humano.</u>
Md	Hd	Hd	<u>Respuesta interpretando una parte del cuerpo humano.</u>
T	A	A	<u>Respuesta que designa un animal.</u>
Td	Ad	Ad	<u>Respuesta que designa algunas de las partes de un animal.</u>
Anat.	Anat.	Anat.	<u>Respuestas anatómicas.</u>
Sex.	Sex.	Sexo. Klopfer	<u>Respuesta de contenido sexual.</u>
N	N	N	<u>Respuestas de Naturaleza.</u>
Geograf.	Geof.	Geo.	<u>Respuestas geográficas.</u>
Obj.	Objeto	Obj.	<u>Respuesta interpretando objetos.</u>
Pfl.	Plant.	Pl.	<u>Respuesta interpretando plantas.</u>

- Símbolos en Alemán: Incluye los símbolos originales de Rorschach y la nomenclatura entrada en uso posteriormente (marcada con asteriscos).

- Símbolos en Francés.

- Símbolos en Inglés: Cuando el símbolo es específico de un autor, pondremos entre paréntesis el nombre de éste.

En nuestras explicaciones vamos a utilizar los símbolos en inglés con los que estamos más familiarizados, además de ser los seleccionados para nuestra investigación; concretamente los utilizados por J. E. Exner.

6. ESTUDIO TEORICO E INTERPRETATIVO DE LOS SIMBOLOS MAS RELEVANTES.

6.1. LOCALIZACION.

6.1.1. RESPUESTAS GLOBALES (W).

Para Rorschach (1921) tienen relación con los procesos intelectuales y con la capacidad de organizar los componentes del propio entorno en un concepto total

significativo. Todos los sistematizadores del Rorschach incluyen este postulado en sus sistemas de interpretación, advirtiendo que sólo alcanza su verdadero significado en relación con los otros determinantes y en términos de la calidad de W. En resumen, lo que vienen a señalar es que esta tendencia a captar la realidad en forma global, en conjunto, puede o no estar relacionada con la capacidad de abstraer y, por ende, con la inteligencia, dependiendo de la calidad y elaboraciones de la respuesta. Si son globales ricas, la relación con la inteligencia abstracta y teórica es pertinente (por ejemplo, en L.I: especie de baile moderno, con una mujer en el centro levantando las manos y dos personas bailando alrededor). De no ser así (por ejemplo, en L. VII: nubes de diversas formas), esta relación no procede.

Las respuestas W no tienen, pues, un significado unívoco. Para Rausch de Traubenberg (1977, pag. 39): "la actitud W es un enfoque mental, una orientación anímica, una tendencia a captar las cosas en su conjunto: el enfoque en sí mismo no es más que una disposición que está en el ámbito del querer más que del poder, más en el ámbito dinámico que en el intelectual, que está a caballo de lo afectivo y lo intelectual. Este enfoque es potente o no, según esté

la W organizada, articulada y según haya un esfuerzo de combinación activa o haya una simple constatación perceptiva, reflejo pasivo del estímulo".

Según Rorschach, los adultos con un nivel de inteligencia normal dan de siete a diez respuestas globales. Con respecto a los niños Ames, Learned y cols. (1972) encontraron en un grupo de niños de dos a diez años, un tanto por ciento de respuestas W superior al 50% del total, excepto a los nueve años, que desciende al 42%. En líneas generales, los porcentajes más altos se registran a los tres años y medio, con una media W% del 60%, declinando en forma gradual a través de los años de la infancia y adolescencia, hasta alcanzar, en los sujetos adultos, una proporción situada aproximadamente entre el 25 y 35% del total de respuestas.

Según Levitt y Truuma (1972) la media de respuestas globales desciende de un 38%, a la edad de diez años, a un 22% a los dieciséis años. Este declive, en el porcentaje de respuestas globales, indica una mayor capacidad de abstracción. Las respuestas globales difusas o vagas son las que abundan en edades inferiores, siendo reemplazadas, con el paso del tiempo, por otras de mayor diferenciación e integración

(Goodman, 1973; Hertz, 1960). También Baringoltz (1984) alude a esta tendencia a la reducción de respuestas globales al aumentar la edad en la etapa infantil.

Contrariamente a todo lo apuntado, Loosli-Usteri (1965) mantiene que en el niño de edad escolar las respuestas W son más raras que en el adulto, observando una tendencia a aumentar, con la edad, en los varones, y a disminuir en las niñas. Además, estas respuestas W de los niños de edad escolar, en lugar de indicar buena disposición, vienen a reflejar una actitud crispada.

Mc Clain Smith (1981) encuentra una relación significativa y positiva entre los estadios del desarrollo cognitivo de los niños dentro del marco piagetiano y el número y complejidad de las respuestas globales que estos niños producen en el Rorschach.

Independientemente de la edad, y de acuerdo con Loosli-Usteri (1965), el número de globales tiende a aumentar con una buena disposición, alegría y ambición, mientras que la depresión las hace disminuir. Esta señalización de disminución de respuestas W en los sujetos depresivos, suele encontrarse en gran parte de la literatura especializada sobre el tema (Rapaport y cols., 1976; Rovira, 1983; Exner, 1978).

6.1.2. RESPUESTAS GLOBALES CONFABULATORIAS

(DW).

En estas respuestas, como el propio Rorschach (1921) nos refiere, el sujeto capta, con más o menos precisión, un detalle de la lámina y designa el conjunto basándose en la interpretación de este detalle, sin considerar apenas las partes restantes. Por ejemplo, en L. I cuando se ve un cangrejo, por las pequeñas manchas en forma de pinzas de la parte superior central de la lámina. Puesto que el resultado de producir DW conduce siempre a una forma mal visualizada, consideramos importante señalar la conveniencia de que se de esta coincidencia entre DW y F-.

Las respuestas DW vienen a indicar un trastorno en el razonamiento lógico (Alcock,1965). Para Beizmann (1968) al ser una forma de captación inmediata, intuitiva y rápida, aunque expresan una visión global de la realidad, revelan una mentalidad superficial e irreflexiva, que confunde la parte por el todo. Según Exner (1978, Tomo 2) representan un trastorno perceptual-cognitivo, más que un articulación descuidada.

Como señala Alcock (1965) la producción de respuestas DW en la niñez, en estos primeros años en los que la fantasía domina la realidad, es un proceso normal; posteriormente, con la edad, se va dando una disminución progresiva. Los datos aportados por Beizmann dan cuenta de dicha disminución: del 18,5% de respuestas DW (a los tres y cuatro años) se desciende al 4,7% (a los nueve y diez años).

En la edad adulta una respuesta confabulatoria es generalmente patognomónica y suelen producirlas los sujetos esquizofrénicos, débiles mentales, maníacos, epilépticos, otros sujetos con lesiones cerebrales (Rorschach, 1921; Loosli-Usteri, 1965; Portuondo, 1976, etc.).

6.1.3. RESPUESTAS DE DETALLE USUAL (D).

Nos reflejan la tendencia del sujeto a ver lo obvio, lo específico, lo concreto; lo que puede ser interpretado como una aplicación práctica, cotidiana, del sentido común, de la inteligencia (Klopfer y Davidson, 1977). Es decir, estas respuestas se pueden relacionar con la inteligencia práctica.

Una producción disminuida de respuestas D viene a señalar desinterés por lo real (Rausch de Traubenberg, 1977). Ahora bien, desde una perspectiva psicopatológica la disminución, de estas respuestas D, se observa en los esquizofrénicos crónicos, en quienes el sentido común y los vínculos con la realidad son muy débiles, y también en los trastornos de ansiedad, por la proliferación de W vagas, como nubes, mapas, etc. (Rapaport y cols., 1976). Un aumento de respuestas D puede ocurrir a consecuencia de una inercia depresiva que limita la ideación del sujeto, o a una minuciosidad compulsiva que atiende preferentemente a los estímulos más obvios, obligados y seguros.

Durante el desarrollo la tendencia a la disminución de respuestas W al aumentar la edad, corre paralela con la tendencia al aumento de respuestas D. De una media del 47% a la edad de diez años se alcanza una media del 51% a los dieciséis años (Exner y Weiner, 1982). Así, "junto a la creciente capacidad para la conceptualización abstracta (respuestas W bien estructuradas) se da una mayor armonización de lo práctico, lo común, y los aspectos concretos de la experiencia (respuestas D), que sirven de base para el proceso de abstracción" (Berg, 1986, pag. 117).

6.1.4. RESPUESTAS DE DETALLE INUSUAL (Dd).

En estas respuestas se incluyen todos los detalles de la mancha que quedan después de haber eliminado las D, o sea, las de mayor frecuencia estadística. Sin tener en cuenta las diversas matizaciones introducidas por algunos autores en estas respuestas, podemos, en general, relacionarlas con la tendencia a percibir los aspectos inusuales de la realidad, en donde se incluyen los detalles muy pequeños, por lo que tienen de recóndito. Una respuesta Dd está determinada por elementos personales, como señala Rausch de Traubenberg (1977, pag. 44): "al contrario de las D, las Dd no se imponen; dependen mucho más del sujeto que de la estructura perceptiva de la mancha". En estas respuestas el sujeto no se limita a percibir lo dado, lo obvio, lo configurado (respuestas D), sino que crea más que percibe. No obstante, este proceso creativo y proyectivo del sujeto puede, o bien enriquecer las percepciones, o bien distorsionarlas; esto vendrá determinado por el grado de adecuación de estas respuestas a la realidad.

En realidad, en la clasificación de respuestas Dd se incluye un grupo tan variado de localizaciones, que es difícil trazar un significado general y convergente

sin incurrir en omisiones y/o errores. Dentro de las Dd están incluidos tanto detalles raros, interiores, grandes,... como pequeños,... , y a todo esto hay que sumarle el grado y calidad de adecuación formal.

La frecuencia con que aparece la respuesta Dd es inferior a la de W o D, tanto en adultos como en niños. Ames y cols. (1972) informan de una media Dd %, para el espectro de edades de los diez primeros años, ligeramente inferior a la de los adultos; y para las edades de diez a dieciséis años, Ames y cols. (1977) informan de una media Dd% del 8%, también inferior a la de los adultos. Según Loosli-Usteri (1965) estas respuestas Dd suelen ser más frecuentes en el niño que en el adulto.

"Muchas Dd las vemos en depresivos, en neuróticos-compulsivos y en las esquizofrenias" (Portuondo, 1976, pag. 120). En las depresiones y neurosis obsesivo-compulsiva irán acompañadas de un buen nivel formal. También los deficientes mentales pueden tener aumentadas estas respuestas aunque con una negativa o pobre adecuación formal.

El aumento de respuestas Dd puede indicar "evasión, huida, un aferrarse a lo más seguro, un

intento de estrechar el entorno para defenderse o dominarlo mejor" (Rovira, 1983, pag. 27). De ahí que en algunas formas de depresión puedan aumentar.

Una proporción adecuada de Dd con respecto a W y D representa un signo favorable de búsqueda de precisión y detalle y de capacidad de inhibición.

6.1.5. RESPUESTAS DE DETALLE OLIGOFRENICO

(Do)

Esta denominación de debe a Rorschach, que en un principio creyó que estas respuestas eran características de los oligofrénicos o personas limitadas intelectualmente. Las investigaciones realizadas al respecto, a las que Loosli-Usteri (1965, pag. 43) hace alusión, señalan el "valor sistemático de las Do como índice de inhibición del pensamiento a causa de un desorden o desarreglo afectivo"; y es más, parece que en los protocolos con Do se observa aumento, a su vez, de Dd y S; de aquí que cuando Dd-Do y S sobrepasan sus valores normales, podría relacionarse con un síndrome de incertidumbre o inhibición. Estas respuestas Do son (Rorschach, 1921) una forma especial de Dd, en las que se interpreta sólo una parte del cuerpo humano, por ejemplo, donde normalmente o

generalmente la mayoría de las personas capta una figura humana completa. Muchos rorschachistas, especialmente americanos (por ejemplo Exner, Klopfer,...) no contemplan esta forma de localización en sus sistemas.

6.1.6. RESPUESTAS DE ESPACIO EN BLANCO (S).

El hecho de interpretar el fondo en lugar de la figura, está relacionado con unas actitudes oposicionistas, a las que ya Rorschach hacía alusión. Dependiendo de la frecuencia S y de otras características del protocolo, estas formas o rasgos oposicionistas se van a presentar en distintas modalidades y por ende van a considerarse más o menos útiles.

A pesar de que la mayoría de los rorschachistas apoyan esta interpretación de las respuestas de espacio en blanco, como indicativas de oposicionismo o negativismo, existen, de hecho, estudios, en los que esta asociación, entre hostilidad y frecuencia de respuesta S, no ha podido ser establecida (por ejemplo, Murray, 1957).

En tanto que inversión figura-fondo, la presencia de S significa una diferenciación, una riqueza intelectual con capacidades de combinación y de plasticidad estructural, que es bien resaltada por el estudio genético de las respuestas S. Las verdaderas respuestas S no aparecen hasta la edad de seis y ocho años (aunque hay muchas observaciones antes de esta edad sobre el carácter incompleto, roto, o fracturado de las figuras) y, si las respuestas S determinadas por el contorno van progresando, aquellas que por el contrario no tienen forma, desaparecen. Por lo tanto algunas son índice de diferenciación perceptiva con capacidad de romper y reestructurar el estímulo; dadas al final de la lámina por adultos demuestran la capacidad de ver las cosas bajo diferentes ángulos y el poder de combinación de las aptitudes intelectuales (Rausch de Traubenberg, 1977).

En la misma línea de la aludida por Rausch de Traubenberg se sitúa un estudio de Tegtmeyer y col. (1983) en el que se explora el significado de las respuestas S en un grupo de niños con edades comprendidas entre los siete y los trece años. Los resultados de este estudio no apoyan la relación de respuestas S y hostilidad, encontrándose una relación

entre la frecuencia "S" y una mayor diferenciación y flexibilidad cognitiva.

6.1.7. CALIDAD EVOLUTIVA DE LA LOCALIZACION

(DQ).

Como hemos ido apuntando, en el desarrollo de las categorías de localización, el valor interpretativo de las áreas utilizadas, está vinculado estrechamente con su calidad. Esto, aún no habiendo pasado por alto a ningún rorschachista, en la mayoría de los casos no ha sido tampoco recogido con objetividad.

Ya Rorschach aludió a las distintas formas de estructurar estas áreas de localización tratándolas bajo el nombre de tipos aperceptivos. Otros sistematizadores, la gran mayoría, describen distintos tipos de respuestas W (por ejemplo, global simple o no organizada y global combinatoria organizada o superior). También algunos autores han elaborado sus propios métodos para plasmar distintos tipos de respuesta en función de la calidad en la localización. Rapaport y cols. (1976) diferenció cuatro tipos de respuestas globales, según el grado de integración de los elementos de la mancha. Pero el método de Friedman

(1952) fue el más completo al hacerlo extensivo a todas las localizaciones, y no sólo a las respuestas W.

Recogiendo los aspectos más positivos de Rapaport y Friedman, Exner (1978, Tomo I) distinguió cuatro categorías, de calidad evolutiva (DQ), diferenciadoras de las distintas localizaciones.

Por el método de Friedman y el de Exner, se evalúa el desarrollo cognitivo, en función de diferencias cualitativas en la localización de las respuestas de los sujetos al Rorschach. Los fundamentos teóricos de ambos métodos derivan de la teoría de Werner sobre el desarrollo cognitivo: "el desarrollo avanza desde un estado de globalidad relativa y carencia de diferenciación a un estado de diferenciación incrementada e integración jerárquica" (Werner, 1948, pag. 24).

La utilidad del método de Friedman para el estudio de "niveles de desarrollo" y de las funciones cognitivas viene avalada por un considerable número de investigaciones. Por ejemplo Goldfried, Stricker y Weiner (1971) resaltan su capacidad para diferenciar distintos niveles evolutivos en la infancia, así como para discriminar entre adultos normales y neuróticos,

ancianos, sujetos con lesión cerebral y esquizofrénicos.

Para probar la validez de los dos sistemas de Friedman y de Exner, como medidas de desarrollo cognitivo, Ridley y col. (1983), realizaron un estudio, con 134 niños de cinco a dieciséis años, obteniendo unos resultados que apoyan la validez convergente y discriminante de ambos sistemas, como medidas del desarrollo cognitivo. Según Ridley (1987) los niveles más altos de DL (nivel de desarrollo de Friedman) y de DQ (calidad evolutiva de Exner) en las respuestas, son probablemente resultado de una habilidad cognitiva alta, y las respuestas de niveles más bajos pueden emanar de una habilidad cognitiva baja, de un trastorno psicológico, o de ambos.

El estudio de la Calidad Evolutiva, en conjunción con los demás elementos relacionados con la localización, suele ser, como señala Exner (1978, Tomo 2, pag. 34): "un buen principio para el examinador ya que constituye un índice de la orientación cognitivo-perceptiva del sujeto". Si abundan las valoraciones DQ inferiores debe considerarse la posibilidad de un tipo de cognición rígida, concreta y algo inmadura; la frecuencia de DQ superiores se relaciona con la

flexibilidad y un alto nivel de las operaciones cognitivas. Las DQ superiores se dan generalmente en sujetos brillantes y/o efectivos, mientras que las inferiores abundan más entre los niños muy pequeños, sujetos con limitaciones intelectuales, sujetos con lesión cerebral y en los seriamente perturbados.

En la depresión infantil un tipo aperceptivo empobrecido (D y Dd) con globales disminuidas y vagas, y ausencia de W superiores, ha sido, uno de los aspectos comunes informado por distintos autores (Campo, 1988).

6.2. DETERMINANTES.

Las diferencias de clasificación entre los distintos autores es en los determinantes donde se acusan más, especialmente si nos adherimos meticulosamente a los símbolos y su interpretación; no obstante, si no independizamos estos símbolos, y su interpretación, del contexto general del protocolo, podremos aun siguiendo a uno u otro autor, obtener unos resultados finales convergentes, a los que ya se hizo alusión al comienzo del capítulo.

6.2.1. RESPUESTA DE FORMA (F).

La gran mayoría de las respuestas al Rorschach, en los sujetos adultos, 50% aproximadamente, se inspiran en la forma inmóvil de una porción o del total de la mancha (Beizmann, 1968). Una respuesta de forma sería, por ejemplo, L. I: "Una mariposa con sus antenas, alas, cabeza y cuerpo".

El criterio básico para la interpretación de respuesta de F pura, fue ya sugerido por Rorschach. Para el autor, un alto porcentaje de F buenas "constituye un índice de agudeza de ciertos procesos asociativos -o quizás de todos- así como del grado de persistencia de la atención y la capacidad de concentración" (Rorschach, 1977, pag. 57). Esta idea inicial de Rorschach fue retomada y generalizada por la mayoría de los sistematizadores al describir la respuesta de forma pura como indicativa de una forma de demora o control afectivo (Beck, 1945; Klopfer y cols., 1954; Rapaport y cols., 1946; Exner, 1978; Rovira, 1983,... etc.).

La relación de todas las respuestas de determinante únicamente formal (independientemente de

su calidad) con el número total de respuestas (F%), fue introducido por Klopfer. Este F% expresa la relación entre la función consciente racional y los "momentos" afectivos (Beizmann, 1968). También Loosli-Usteri (1965) alude a la conveniencia de calcular el porcentaje de todas las respuestas-forma con relación al número total de respuestas, o sea el F%, que nos viene a indicar la importancia del factor formativo-activo en la adaptación a la realidad.

Como señala Rausch de Traubenberg (1977, pag. 58), el recurso a la forma, "tiene como finalidad la de "dominar el caos" y este dominio se hace en función de los contornos de los elementos perceptivos propuestos. Es, por lo tanto, un intento de organización racional, pero también un intento de adaptación a lo dado. Sea lo que fuere, la utilización de la forma supone un vínculo estrecho con la configuración del objeto, esta domina y reduce a un mínimo la participación de la imaginación creadora y la intervención de las reacciones emocionales".

Para Alcock (1965) las respuestas formales están menos expuestas a la influencia de una carga afectiva que cualquier otro determinante del Rorschach. Representan un modo normal de percepción que es

agradable al estar libre de toda tensión emocional, es lógico y está en armonía con el proceso intelectual habitual de otros. Según Rapaport y cols. (1976) el F% viene a indicar la medida en que los procesos del razonamiento formal pueden proseguir su curso sin verse interrumpidos o reorientados por la intrusión de afectos, ansiedades y preocupaciones. La capacidad para una postergación o demora de impulsos y la medida de la misma es indicada aproximadamente por el F%. Por su parte Beck (1945) y Klopfer y cols. (1954), aun apoyando esta noción de demora afectiva, también sugieren que un exceso de F puras pueden indicar alguna forma de defensa y/o constricción, que no suponen que estén libres de conflicto, ni necesariamente carentes de emoción. En la misma línea se sitúa Rausch de Traubenberg y col. (1984) cuando señalan la necesidad de matizar la posición mantenida por la mayoría de los autores acerca de las conductas intelectuales de las respuestas formales; lo que no lleva implícito la exclusión absoluta de todo valor emocional, de hecho presente en muchas respuestas formales.

Las proporciones de respuestas formales, relativamente altas, observadas en diferentes estudios realizados sobre niños y adolescentes, vienen a apoyar

esta postura de Beck, Klopfer y Rausch de Traubenberg, anteriormente citada,. Asi, por ejemplo, en el estudio de Ames y cols. (1972) la media de F va desde el 90% a los dos años hasta el 52% a los siete años. El F% sobrepasa el 60% en todas las edades excepto a los siete y ocho años en que desciende a 52 y 58% respectivamente. En otro estudio de Ames y cols. (1977), realizado con niños de diez a dieciséis años, la media de F% permanece definitivamente por encima del límite ideal del 50%. Según Ames y cols. (1972), de este F% más elevado que el del adulto podemos deducir que la espontaneidad de un niño de dos años no se refleja en su protocolo Rorschach, al menos en su interpretación tradicional. No obstante, al aumentar la edad el niño va reaccionando a otras cualidades además de las puramente formales, aproximándose cada vez más a las reacciones del adulto. A los siete años la mitad caen dentro de los límites de los adultos normales, si bien de ahí en adelante el porcentaje de F aumenta de nuevo.

Hertz (1960) informa de una reducción en F%, del 50 a los doce años al 41 a los quince, interpretando esta tendencia como parte de la capacidad de maduración para el refinamiento cognitivo, el cual puede tener

afectos, impulsos y fantasías integrados con los elementos objetivos de la realidad.

Según Rausch de Traubenberg y col. (1984) el niño al ser incapaz de disociar la forma de la emoción, tiene reacciones más psicofisiológicas. Esto es particularmente cierto en el niño de más corta edad al no poder verbalizar de una manera diferenciada, de ahí que mientras más pequeños más frecuencias de respuestas formales. En cualquier caso, y esto lo expresan todos los estudios normativos, la forma es más utilizada por el niño que por el adulto, No obstante, conforme se van acercando a la edad adulta la implicación personal se va expresando por determinantes más específicos.

Esta proporción elevada de respuestas F pura, en niños y adolescentes, fue ya en su momento interpretada por Klopfer y col. (1956) como una forma de rigidez que refleja la incapacidad del niño y/o adolescente para manifestar sus afectos sin temor o represión.

Exner (1978, Tomo II) tras una revisión sobre diferentes estudios focalizados sobre este tema, concluye que con las actitudes y/o posturas defensivas aumenta el número de respuestas de F pura. Por el contrario estas respuestas se reducirán cuando el

sujeto es incapaz de ejercer las demoras necesarias para la formulación de la respuesta F pura.

En cuanto a estudios y/u observaciones sobre grupos clínicos nos interesa resaltar el F% elevado informado por algunos autores en diferentes formas de depresión (Portuondo, 1976; Rapaport y cols., 1976; Rausch de Traubenberg, 1977; Alcock, 1965; Campo, 1988,...). Según Exner (1978, Tomo II), y en función de los resultados obtenidos en sus investigaciones, son las personas que atraviesan una crisis, independientemente del grado de debilitación, las que tienden a dar mayor número de respuestas que no son de Forma pura, posiblemente manifestando sus tensiones emocionales más directamente.

Resumiendo, hasta llegar incluso a la simplificación, podemos concluir que las respuestas basadas únicamente en la forma se relacionan con la capacidad de percibir la realidad objetivamente, libre de interferencias emocionales. No obstante, una afirmación planteada de esta manera es algo prematura. Esta capacidad esta relacionada no sólo con la delimitación de una respuesta por los aspectos formales de la mancha, sino también con el grado de adecuación entre las características formales del concepto dado, y

las cualidades formales del área de la mancha interpretada. En función de este grado de adecuación podremos hacer inferencias acerca de la capacidad de un sujeto para captar la realidad objetivamente, libre de interferencias; capacidad que está relacionada con la inteligencia (pertinencia de juicio y razonamiento lógico) y el control (captar los datos objetivos de la realidad sin que interfieran las emociones).

Como refieren Rapaport y cols. (1976) por el F% se puede calcular el grado en que las consideraciones lógico-formales dominan la conducta y el pensamiento, pero es la calidad formal lo que aporta la medida de la eficiencia o deficiencia de estas consideraciones, es decir, la calidad del "examen de la realidad" representado por la actitud crítica de control hacia las propias producciones. Cuanto más baja es la cantidad de respuestas formales más posibilidades hay de que el Yo sea débil; pero también el nivel del desarrollo del Yo y su solidez se reflejan mediante el nivel cualitativo de las respuestas formales.

Así pues, es necesario considerar dos aspectos importantes en las respuestas formales:

- el cuantitativo
- el cualitativo.

6.2.2. CALIDAD FORMAL.

La manera o calidad en que se emplea la forma refleja, según Rorschach, la capacidad para percibir las cosas convencionalmente o de modo realista.

Rorschach dividió las formas en dos categorías: las buenas (F+) y las "malas" (F-). Para la asignación de una de estas categorías siguió un criterio estadístico. "Como norma y base, tomamos aquellas respuestas formales suministradas con mayor frecuencia por una gran cantidad de sujetos normales (aproximadamente cien). Esta selección nos permite establecer determinada gama normal de la visualización de formas, o sea un gran número de respuestas que se repiten a menudo y que cabe denominar "formas buenas" (F+). Al hacerlo, forzosamente hubimos de valorar como F+ muchas interpretaciones que de forma subjetiva no habría incluido entre las formas buenas. Todas las interpretaciones mejores que éstas, también considéranse como F+, y las que son peores, las que se visualizan menos claramente, se designan F-. A pesar de esta gama normal, estadísticamente demarcada, el arbitrio subjetivo tiene aun cierta ingerencia en la apreciación de lo que es mejor o peor que las "buenas"

respuestas normales, pero es dable decidir con relativa seguridad cuáles formas son visualizadas mejor y cuáles peor que las respuestas normales". (Rorschach, 1977, pag. 31). Como señala Loosli-Usteri (1965): la lista de respuestas basada sobre los trabajos de Rorschach y de sus discípulos contiene suficiente número de ejemplos para clasificar las respuestas-forma según su precisión.

Todos los autores continúan en la línea de Rorschach al reconocer la calidad formal como uno de los elementos cuantificables de más importancia en el test. También coinciden al diferenciar las respuestas en dos categorías básicas, aquellas con forma buena y aquellas con forma deficiente. Los criterios difieren en lo referente a la forma de evaluar la adecuación de las forma utilizada en las respuestas. La propuesta de Rorschach de seguir un criterio de frecuencia estadística es respetada por una gran parte pero no por todos.

Entre el criterio fundamentalmente empírico (basado en tablas de frecuencia estadística) y un criterio subjetivo (valoración por analogía del contenido) se desarrollan posturas más o menos radicales.

Algunos, siguiendo las recomendaciones de Rorschach, utilizan tablas de frecuencia estadística, elaboradas por ellos mismos, para la asignación del signo + o - a las respuestas formales (por ejemplo, Beck, Beck y cols., 1961; Hertz, 1970,...). También Loosli-Usteri realizó una lista de respuestas F+ y F- (en Loosli-Usteri y cols., 1946) a partir de protocolos de 63 niños ginebrinos de edades comprendidas entre diez y trece años, que según refiere la autora es casi idéntica a las que existen de adultos.

En Francia, Beizmann (1981), a partir de una recopilación de valoraciones de H. Rorschach, S. Beck, C. Beizmann y M. Loosli-Usteri, publica un catálogo de valoración de Formas, ampliamente reconocido. Rausch de Traubenberg (1977, 1984), por ejemplo, reconoce su utilidad tanto para clasificar protocolos de adultos como de niños.

Otros autores, como Piotrowski (1957) y Rapaport y cols. (1946), aunque no han elaborado tablas de frecuencia estadística para determinar la calidad formal, son partidarios de su utilización. Klopfer, más extremista, eligió el criterio subjetivo del examinador para determinar la calidad formal; renunciando también

a la utilización de los símbolos + y -, y desarrollando en su lugar su propio sistema de clasificación del Nivel Formal (Klopfer y Kelly, 1946).

Las dos categorías (F+ y F-) sugeridas por Rorschach fueron consideradas insuficientes y por lo tanto ampliadas por algunos autores. Uno de los métodos más elaborados para evaluar la calidad formal es el de Mayman (1966, 1970) que consta de seis categorías de nivel formal.

Partiendo y simplificando este método, y en combinación con el de frecuencia estadística de Beck, desarrolla Exner (1978, Tomo I) su propio modelo para la valoración de la calidad formal.

"Las respuestas F+ indican agudeza perceptiva, una observación precisa y una actividad nemotécnica satisfactoria, así como una buena capacidad de concentración" (Beizmann, 1968, pag. 163).

Por la calidad formal obtenemos información acerca del control de la realidad. Pero en el proceso de elaboración de esta calidad formal intervienen tanto factores intelectuales como afectivos. Como refiere Rovira (1983, pag. 70) "es imprescindible determinar si

la pérdida de contacto con la realidad es por lo afectivo y no por lo ideacional o perceptivo.

La relación entre F+% y la inteligencia como objeto de estudio fue un punto de mira importante en las primeras investigaciones sobre test de Rorschach y, aunque no faltan resultados contradictorios, los autores que estudiaron las relaciones entre F+% bajo y una capacidad intelectual limitada, obtuvieron en su mayoría relaciones significativas (por ejemplo, Beck, 1932; Sloan, 1947; Klopfer y Kelly, 1942,...).

En consonancia con estos resultados, es de esperar que también los niños arrojen unos resultados de F+% más bajos que los de los adultos, debido a su inmadurez intelectual. Ames, Learned y cols. (1972) encontraron, en los diez primeros años de vida, un sostenido aumento en la media de F+% desde 54% a los dos años, a 89% a los diez años (a pesar de que las respuestas se compararon con las de sujetos con idéntica edad). En el estudio de Ames y cols. (1977), cuyas edades oscilan entre los diez y los dieciséis años, la media de F+% va desde el 90 al 93% con poca variabilidad de año en año. Rausch de Traubenberg (1986) recomienda evaluar la calidad de la forma, en niños, utilizando normas adultas por la ventaja que supone comparar el

desarrollo y el progreso del juicio; aunque para esta autora el F+% no se eleva de una manera notable de un grupo de edad al otro (Rausch de Traubenberg y col., 1984).

En los estudios realizados con grupos clínicos es predominantemente entre los sujetos esquizofrénicos donde se detectan niveles más bajos y/o deficientes de calidad formal (por ejemplo, en Friedman, 1952; Knopf, 1956; Molish y Beck, 1958; Exner y Murillo, 1973; Mason y cols., 1985; Weiner, 1986; Nuovo, Laicardi y Tobino, 1988; Peterson y Horowitz, 1990,...). Este dato está perfectamente justificado dada la relación existente entre la fuerza del control de la realidad y la calidad formal.

Entre los sujetos depresivos se dan resultados contradictorios, dependiendo de la gravedad o modalidad de depresión. Por ejemplo, la despreocupación y desinterés por la realidad puede dar lugar a una pobre y parcial visión de la misma, con una consiguiente merma en la calidad formal (Exner, 1978, Tomo II; Bohm, 1973; Kohler y Bernard, 1970,...). Pero también en algunos pacientes depresivos se da una tendencia a interpretar las formas más obvias y populares de las manchas, las que reciben una puntuación óptima según

los criterios de frecuencia estadística para evaluar la calidad formal (Rapaport, 1976; Rausch de Traubenberg, 1977,...).

6.2.3. RESPUESTAS DE MOVIMIENTO.

Las manchas tienen unas cualidades formales y de color a las que el sujeto puede reaccionar y captar dando, bien respuestas de forma, de color o de sombreado. El movimiento es un aspecto que no está en la mancha; una respuesta de movimiento no es producto de una simple captación del mundo externo, surge fundamentalmente del mundo interno y, por lo tanto, nos refleja aspectos de este mundo, de sus contenidos (imaginación, fantasía, instintos, impulsos, tensiones,...). Como señalan Klopfer y Kelly (1977, pag. 159): "la proyección de acción en las manchas de tinta, objetivamente estáticas, suponen el empleo de la imaginación por parte del sujeto. Las fuerzas que provocan tales proyecciones imaginativas son varias. Pueden señalarse desde la cualidad de brillantez de las ideas y pensamientos originales, o los coloridos productos de una fantasía brillante, hasta las oscuras excitaciones de impulsos instintivos o conflictos interiores. Estos "impulsos interiores" aprovechan en todos los casos la situación provocada por el Rorschach

para hacerse sentir, para proyectarse en las reacciones del sujeto frente al material de estímulo".

a) Respuestas de movimiento humano (M).

Rorschach sólo adjudicó el movimiento como categoría de la prueba a los seres humanos o a animales dotados de movimiento antropoide. Estas respuestas M representan para el autor la introversión, la interioridad. Como puntualiza Exner (1978, Tomo II) esta noción de introversión implica que M manifiesta, de alguna forma, la experiencia interior deliberada de un modo que resulta afectivamente adaptativa.

La vinculación de estas respuestas con el inconsciente fue aludida por Rorschach y confirmada por Furrer, Binder y Bohm.

Según Furrer, citado por Loosli-Usteri (1965), la interpretación de M es imputable a una doble ilusión, perceptiva y motriz, ya que en una mancha sin significación proyectamos simultáneamente una forma y un movimiento. Para este autor la ilusión interpretativa proviene de nuestro pensamiento artístico; como el contenido de este pensamiento no es nunca fruto de la casualidad, no hay más remedio que

suponer que las respuestas M no lo son tampoco. Con este planteamiento concluye Furrer que las respuestas M provienen del inconsciente.

Tanto para Binder como para Bohm también las respuestas M provienen de la esfera inconsciente instintiva. Para Binder, citado por Beizmann (1968), la elaboración de una respuesta M es el resultado de interferencias múltiples entre los factores instintivos e intelectuales, no habiendo encontrado nunca una respuesta de movimiento únicamente intelectual.

Klopfer interpreta las respuestas M en función de la vida interior pero consciente: "19) Al proyectar movimiento en una mancha de tinta estática, la percepción M implica un proceso imaginativo que el individuo emplea libremente. 20) La percepción M implica un concepto humano o que posee atributos humanos, que implica capacidad para sentir empatía con otras personas. 30) Las respuestas M implican una percepción de naturaleza altamente diferenciada. El individuo que posee todas estas características posee un nivel de funcionamiento del Yo relativamente alto. Es alguien capaz de aceptarse a sí mismo, sus propios impulsos, sus fantasías y que al mismo tiempo puede mantener buenas relaciones de objeto. No habiendo otras

variantes, probablemente se trate de un individuo inteligente, bien integrado, capaz de experiencias creativas" (Klopfer y Davidson, 1977, pag. 146).

Beck (1945), continuando la línea postulada por Rorschach sobre la noción de introversión en las respuestas M, considera a estas respuestas indicativas de la conciencia del mundo exterior donde la energía se utiliza para desarrollar una fantasía particular a través de la cual se permite el desplazamiento de necesidades inmediatas. Aunque M refleje emociones, estas no se evidencian en el comportamiento manifiesto.

Según Rapaport (1976) las respuestas M son el resultado del juego recíproco entre los procesos perceptuales y asociativos. La sensibilidad hacia el dinamismo perceptual de la configuración espacial de la mancha depende en gran parte de la capacidad de empatizar con ese equilibrio dinámico, que a su vez está en función de unos movimientos familiares (para ser M una respuesta, puntualizó Rorschach, debe también sentirse el movimiento y no meramente ser visto). Para este autor, además del caudal y disponibilidad de las imágenes y recuerdos que participan en la producción de estas respuestas M, es necesaria la presencia de una activa y rica ideación. Por otro lado, la presencia de

cierta demora es imprescindible para que se de la interpretación asociativa de los elementos que participan en la producción de M; lo que implica cierta facultad de posponer los impulsos o el despliegue afectivo en la vida cotidiana.

El artículo más citado de Piotrowski, publicado en 1937, sobre la diferenciación de las respuestas de movimiento, levanta cierta consternación, por el alejamiento de su postura con respecto a la de Rorschach y otros sistematizadores, al considerar las respuestas M como indicativas de "rol vital" del sujeto.

Meili-Dworetzki (1952) intenta aclarar el problema de las M desde puntos de vista genéticos. A partir de investigaciones con niños concluye que la línea plástica y la curvatura de ciertas formas desencadenan impulsos psicomotores que, proyectándose sobre la imagen dan lugar a una respuesta M. Además, el aumento de respuestas M en el niño está en relación con el desarrollo del esquema corporal, lo mismo que con el desarrollo intelectual y perceptivo (capacidad de elaborar formas complejas y "reestructurar" la imagen).

Exner (1978, pag. 57, Vol. II) adscribe a M diversas interpretaciones: "M tiene una base intelectual que incluye un cierto tipo de razonamiento, componentes de imaginación y una conceptualización de alto nivel. Es una forma de demora frente a los impulsos o respuestas más espontáneas, que depende de un tipo activo de ideación. Es una experiencia interna que parece ser deliberada y que manifiesta fantasías relacionadas con el mundo exterior. Las fantasías, o experiencias internas, parecen desempeñar una función importante en la formulación de respuesta seleccionada para una determinada constelación de estímulos. Las tendencias de respuestas pueden ser desviadas y/o desplazadas en una actividad ideacional continua o pueden ser exteriorizadas, ya sea directa o indirectamente, en conductas interpersonales. M no parece ser un proceso "consciente", sino más bien una forma de defensa prudente a través de la cual se criba el mundo y las respuestas potenciales relacionadas con él".

Rausch de Traubenberg y col. (1984) debido a la amplia perspectiva desde la que contemplan las respuestas M, nos facilitan también una variedad de interpretaciones. Entre los adultos las relacionan con la madurez afectiva y la capacidad para demorar el

impulso, con la creatividad, flexibilidad y plasticidad en las identificaciones. También pueden expresar concentración extrema sobre las propias elaboraciones o vibración intensa en los demás o en el mundo; pero de entre todas las explicaciones, algunas diametralmente opuestas, destacan el aspecto ideacional implícito en todas estas respuestas. El movimiento humano tiene un rol primordial en el Rorschach infantil según Rausch de Traubenberg (1986, pag. 145): "la toma de conciencia de la imagen del cuerpo y la proyección de una relación determinada por la problemática o la posición libidinal en relación con las imágenes parentales tales como ellas son fantaseadas".

Krauskopf (1984), tras un intento de integración de los diversos enfoques desde los que se contemplan estas respuestas de movimiento, presenta una serie de procesos implicados en la respuesta M, enfatizando aquellos aspectos que no son los de mayor consenso en su interpretación. Estos procesos son: elaboración interior de las relaciones afectivas, ideación, concepción profunda de las actitudes en el rol actual, repliegue precoz en niños, rechazo a la acción en adolescentes, sustitución del manejo realista por situaciones imaginarias en M con calidad formal mala.

Por nuestra parte concordamos con Campo (1988) cuando justifica la diversidad de interpretaciones aportadas por los diferentes autores, dándoles en parte la razón, pero no toda. De acuerdo con su propia experiencia, interés y formación teórica, cada autor ha enfatizado uno u otro aspecto de las múltiples facetas de las respuestas M. Campo, aunque las considera predominantemente como "actividad ideacional deliberada", no pierde de vista un encuadre más amplio desde donde también se pueden relacionar estas respuestas con los conceptos de mundo interno, fantasía inconsciente, de las relaciones objetales y del carácter. Así pues, concluye la autora, que aunque la respuesta M sea considerada predominantemente como una actividad ideacional deliberada, básicamente es una manifestación de una fantasía que puede ser consciente o no y estar más o menos conectada con la realidad externa.

Para Exner (1978, Vol. II) esta variedad de interpretaciones obedece fundamentalmente a los distintos tipos de respuestas que se incluyen en la categoría M. Todo intento, pues, de abarcar el significado psicológico total de las respuestas M resultará insuficiente para describir las actividades extremadamente complejas que están implicadas.

Uno de los aspectos a considerar es la calidad formal de las M, a la que ya Rorschach aludió expresamente. Cuando la forma de la figura en movimiento no se adecúa a los aspectos formales de la mancha (M-) podemos interpretarlo como una desconexión entre la actividad ideacional (movimiento) y la realidad (Forma); en esta línea, por ejemplo, estarían los delirios. Si el movimiento se da en una figura que se corresponde con las cualidades formales de la mancha, podemos encontrarnos ante un proceso creativo, en el que interviene la inteligencia (F+). Es un proceso en el que, partiendo de la subjetividad de la imaginación (movimiento), se elabora una respuesta teniendo en cuenta los datos aportados por la realidad (F+).

Pese a toda esta diversidad de opiniones, y como epílogo a todo lo apuntado sobre las respuestas M, recordamos los resultados de una revisión, de todos los estudios realizados hasta la fecha, efectuada por Dana (1968) en la que demuestra la amplia validez interpretativa de las respuestas M, y agrupa sus posibles interpretaciones en torno a seis constructos: demora, sentido del tiempo, inteligencia, creatividad, fantasía y relaciones interpersonales.

La distinción de dos categorías en las respuestas M, de extensión y flexión, propuesta por Rorschach, fué, con más o menos fidelidad, aceptada por los demás sistematizadores. Las personas que dan movimientos extensivos son activas, con poderoso impulso de autoafirmación, aunque a menudo están dominadas por inhibiciones neuróticas; los movimientos de flexión se encuentran fundamentalmente entre personas pasivas, "neurasténicos", resignados, etc. (Rorschach, 1921). Exner (1978, Vol. I) asigna a cada categoría de movimiento (no restringiéndose sólo al movimiento humano), la cualidad de activo o pasivo ("a" para movimiento activo, "p" para el pasivo).

El número promedio de respuestas de movimiento en protocolos de Rorschach de niños es bajo, aunque se observa un aumento progresivo y casi continuo desde los dos a los diez años (Ames y cols., 1972); después de esta edad Ames y cols. (1977) observan que M no continúa aumentando de manera regular como lo hacía antes. Más bien fluctúa de un año al siguiente apareciendo los cambios más notables a los trece y los quince años. Esta fluctuación es también referida por Hertz (1960) cuando alude al "vaivén introversivo" de la mediana adolescencia.

Exner y Weiner (1982) también informan de un incremento de las respuestas M (de un promedio de 2 respuestas M a los diez años de edad a 3,2 a los dieciséis), Según Alcock (1965) los niños dan respuestas M en frecuencia progresiva desde los tres a los siete años; ahora bien, entre los siete y nueve años la frecuencia decrece, para aumentar nuevamente después.

En cualquier caso, y como señala Campo (1988), casi todos los autores coinciden en la observación de que lo esperable son una o dos M hasta los diez años. Un número elevado de M (superando el promedio de la edad) adquiere según algunos autores, diferente significación que entre los adultos. En el estudio de Loosli-Usteri (1929), la alta frecuencia de M exhibida por un grupo de niños de asilo impelen a la autora a interpretar este hecho como indicativo de repliegue precoz y desecamiento de la vida afectiva. Su vinculación con experiencias de privación emocional también fue informada por Levi y Kraemer (1952) y Francis-Williams (1968).

De acuerdo con Exner (1978, Vol. II), los datos más relevantes para la interpretación de M proceden de

los distintos grupos psicopatológicos. Entre los grupos depresivos se dan pocas o ninguna M (Rorschach, 1921; Guirdham, 1936; Rapaport y cols., 1976; Kohler y Bernard, 1970; Exner, 1978; Mason y cols., 1985,...).

La excesiva frecuencia de M en algunas formas de esquizofrenias (sobre todo paranoides que cursan con delirios interpersonales) ha sido bastante señalizada (por ejemplo, en King, 1960), incluso en referencias hechas expresamente a la etapa infantil (Halpern, 1953; Thetford, 1952).

Un número elevado de M suele vincularse, de forma más general, con los delirios y psicosis (Rausch de Traubenberg y col., 1984, hace esta alusión referida a los niños); si además están asociadas con una calidad formal negativa (M-), no cabría dudar de la presencia de una alteración psicopatológica grave. Así, por ejemplo, los datos aportados por Weiner (1966), Exner (1981), Exner y Weiner (1982), Exner (1985), Cipolli y Galliani (1988), apoyan la relación entre psicosis (y/o psicopatologías graves) y M-; existiendo también estudios aplicados al campo infantil y de la adolescencia que lo corroboran (por ejemplo, Exner y cols., 1985; Sonkin, 1985).

b) Respuestas de movimiento animal (FM).

Fue Klopfer quien primero se ocupó de las respuestas de movimiento animal en un artículo, que, como señala Loosli-Usteri (1965), resulta hoy imposible de hallar. Posteriormente Piotrowski (1937) se ocupó de ellas, asignándoles una categoría aparte en su sistema de clasificación, y utilizando el símbolo FM para su designación. A pesar de que Rorschach (1921) sólo clasificó las respuestas de movimiento humano, Klopfer y Piotrowski fundamentan la introducción tanto del movimiento animal como del inanimado en la ya famosa frase del Maestro: "Hay sujetos capaces de percibir cinestéticamente no sólo las figuras humanas y las de animales antropomorfos, sino toda clase de animales, plantas e inclusive figuras geométricas y líneas aisladas. Sin embargo, en tales casos el establecimiento de las M no suele ser difícil, porque casi invariablemente trátase de sujetos con buena capacidad de auto-observación y aptos para dar por sí mismos las informaciones necesarias" (pag. 30). Además Rorschach, en su artículo póstumo apuntó la existencia a una tendencia a las pequeñas Kinestesias y Kinestesias secundarias, "que aunque son respuestas de movimiento su valor sintomático es aún un poco oscuro". A las interpretaciones forma que tenían un determinante

Kinestésico les asignó el símbolo F, en el artículo póstumo. Ejemplos: "dos animalitos con antenas como si estuvieran erguidos", "ardilla erguida y sentada sobre las ramas". Así pues, para Rorschach también podían haber otras respuestas de movimiento además de las proyectadas en el ser humano.

Partiendo de la no utilización del movimiento animal e inanimado hasta llegar a la utilización máxima nos encontramos con diferentes posturas que Krauskopf (1984) presentó mediante el cuadro sinóptico para la calificación de movimiento, que figura en la Tabla 8.

Las posturas de Klopfer y Piotrowski respecto a la interpretación del movimiento animal difieren en tanto que de alguna forma enlazan con posturas previas y más generalizadas acerca del movimiento.

La postura de Klopfer (1954, pag. 265) queda reflejada en la siguiente frase "Las respuestas FM indican una conciencia de impulsos que tienden a la gratificación inmediata..." "...tienden a ser impulsos respecto de los cuales la persona a menudo carece de insight, comprensión y aceptación. Estos impulsos se derivan de las capas más primitivas o arcaicas de la personalidad, teniendo una base instintiva o bien

TABLA 8: CUADRO SINOPTICO DE LA CALIFICACION DE MOVIMIENTO

Autor	Categoría		
	Humano	Animal	Objeto
Rorschach	B: Movimiento humano y antropoide.	F Ocasionalmente: F---->M	F
Bohm	B: Movimiento humano y antropoide. Bk1: Pequeño movimiento (escenas en detalles) Movimiento oculto (cualitativo).	F	F: Descripciones quinéticas: movimientos mecánicos, fuerzas abstractas (cualitativo).
Beizmann y Loosli Usteri	K: Movimiento humano y antropoide. Kp: Escenas en detalles. Kp: Fragmento humano en movimiento.	kan: Movimiento o en animales. FK	kob: Cinestesia o de objeto. k
Beck	M: Movimiento humano y antropoide. Movimiento en fragmentos humanos.	M: Movimiento animal ejecutable por y con identificación emocional del sujeto. F: Movimientos animales típicos.	M: Fuerzas inanimadas y naturales con identificación vivida del sujeto. m: Restantes cinestesis de objeto.
Rapaport	M: Movimiento humano y escenas en pequeños detalles. FM: Movimiento humano en animales. Movimientos humanos débiles.	F	F
Klopfer	M: Movimiento humano y antropoide.	FM: Movimientos en animales.	m: Movimientos menores: fuerzas naturales, abstractas y descripciones físicas (gestos en fragmentos humanos).
Piotrowski y Exner	M: Movimiento humano y antropoide. Gestos en fragmentos humanos.	FM: Movimientos de animales.	m: Movimiento inanimado, equilibrio dinámico de objetos inanimados.

habiendo sido adquiridos muy tempranamente en la vida del individuo -en sus años pre-verbales- o ambas cosas".

Piotrowski (1937, 1957), partiendo de que el conjunto de elementos kinestésicos representa un modelo, potenciales de comportamiento, en el que cada uno de ellos tiene relación directa con el comportamiento manifiesto, concluye que las respuestas FM expresan actitudes (o roles vitales) que fueron dominantes en la primera infancia antes de los seis o incluso de los cuatro años, pero que no son dominantes en el presente y que fracasaron en ser integrados en el total de la personalidad. En contraste, y como ya referimos anteriormente, las respuestas M dan cuenta del rol presentado en la vida actual. Así pues, los aspectos de la experiencia que se expresan mediante el movimiento animal no han sido suficientemente integrados en la personalidad, no obstante, aunque estas respuestas llevan implícitas reacciones poco desarrolladas pueden ser o considerarse positivas en el sentido que reflejan la espontaneidad y fuerza de las reacciones infantiles.

Los criterios evaluativos e interpretativos de los autores que han decidido incluir esta categoría (FM) en

sus respectivos sistemas, parten de estas dos posturas impulsoras de Klopfer y Piotrowski.

Merece destacar la postura de Beizmann (1968) por la aportación que supone el considerar también estas respuestas como portadoras de actitudes defensivas donde se desplazan impulsos perturbadores que se eluden de adscribir a contenidos humanos. En la misma línea estimamos que se encuentran las ideas plasmadas en Rausch de Traubenberg y col. (1984) acerca del movimiento animal.

Tras el análisis que realiza Exner de las respuestas FM, en los sistematizadores americanos que la utilizan (Klopfer, Piotrowski y Hertz), extrae como interpretación básica y común a los tres que "FM representa una operación más "primaria" que la reflejada en la respuesta M. Se indica que manifiesta un sentido de urgencia por lo que el sujeto toma conciencia de los impulsos que exigen una gratificación más inmediata. Así, comparada con M, es una operación menos orientada hacia la demora" (Exner, 1978, Tomo II, pag. 58). La validez de esta interpretación ha sido confirmada por estudios realizados recientemente, por ejemplo el de Moise, Yinon y Rabinowitz (1989).

Cuando la frecuencia de FM es mayor que la de M, la probabilidad de una expresión abierta de los impulsos es mayor que en el caso contrario. Así pues, la preponderancia de FM puede estar relacionada con necesidades que exigen satisfacción inmediata más que objetivos a largo plazo. Estamos de acuerdo con Loosli-Usteri (1965, pag. 73) cuando afirma que poco importa la significación precisa que se da a FM. Todas estas respuestas llevan marchamo de inmadurez, de algo incompleto.

Los estudios de estas respuestas (FM) en niños y adolescentes vienen a apoyar las interpretaciones generales referidas en el párrafo anterior; aunque los autores informan de frecuencias superiores de FM en niños y adolescentes que en adultos (por ejemplo Loosli-Usteri, 1965; Beizmann, 1968; Ames y cols., 1977). Como señalan Exner y Weiner (1982) las respuestas FM disminuyen de 2,7 a los diez años a 2,4 a los dieciséis años. Ames y cols. (1977) puntualizan que mientras en un protocolo de adulto normal es de esperar que M sobrepase a FM en razón de 2:1, en los protocolos infantiles, FM sobrepasa a M con bastante frecuencia. Desde los dos años y medio hasta los diez años Ames y cols. (1972) encontraron que la media de FM superaba la media de M. A los diez años ambas tendían a igualarse.

En el estudio realizado con sujetos con edades comprendidas entre los diez y dieciséis años, Ames y cols. (1977) informan de un "equilibrio inestable" entre M y FM, sin que se llegue, a los dieciséis años, a esa predominancia de M sobre FM observada entre los sujetos adultos.

Teniendo en cuenta el significado de estas respuestas, es de esperar que se den estas frecuencias y/o proporciones en edades tempranas caracterizadas precisamente por la espontaneidad, vitalidad, inmadurez,...; en fin, por aquellas características asignadas a FM. Pferfferbaum y cols. (1987) informan de la tendencia de niños borderline a dar respuestas FM, mientras que Exner, Murillo y col. (1973), tras el estudio de 105 sujetos esquizofrénicos en los doce meses posteriores a la fecha de alta, observan la proporción FM>M como la más frecuente entre los sujetos que sufrieron recaídas. Para Exner (1978, Tomo II) la mayoría de las recaídas se relacionan con dificultades interpersonales en el entorno familiar, la preponderancia de FM sobre M viene a indicarnos las limitaciones en la capacidad de demorar la respuesta en estas situaciones de tensión.

c) Respuestas de movimiento inanimado (m).

En relación a las respuestas de movimiento humano, las respuestas de movimiento animal así como las de movimiento inanimado representan actividades menos sofisticadas y menos organizadas. Ambas llevan implícito un sentido de urgencia como respuesta a condiciones de tensión.

Según palabras de Campo y col. (1980), son Klopfer y Piotrowski (al igual que con las respuestas FM) los dos maestros que más se han ocupado de estas respuestas "m", aunque desde posturas antagónicas. El resto de los autores, que trabajan con esta clase de respuestas, aún los que han introducido variantes, se han limitado bien a seguir a Klopfer, a recurrir a ambas posturas o a partes de las mismas.

Para Klopfer (1954) la presencia de una o dos m, en un protocolo medio, viene a expresar la conciencia de fuerzas fuera de control, que amenazan la integridad de la organización de la personalidad. Estas fuerzas pueden provenir del interior, en este caso "m" representaría tensión y conflicto debido a la necesidad de reprimir impulsos; o del exterior, como fuerzas

ambientales incontrolables y frustrantes. En ambos casos "m" cumple una función de alarma ante las fuerzas que amenazan la estructura del Yo por inundación o por fragmentación de la integración presente. Según este autor, las respuestas m, siempre que no sean excesivas, tienen un valor positivo ya que suponen una capacidad para anticipar conflictos internos o externos que sólo los individuos con una integración emocional bien desarrollada poseen.

Las respuestas m, en Piotrowski (1957) expresan roles vitales prototípicos o tendencias a la acción que se hallan menos (o inadecuadamente) integradas en la personalidad. Estos roles vitales no se manifiestan en la conducta social observable, ya que son sentidos como deseables, agradables pero irrealizables.

Exner (1978, Tomo II) en su labor de recogida señala como válida la existencia de una actividad "m" que opera como una fuerza irritante que es desequilibradora. Esta fuerza refleja, aparentemente, la tensión y malestar experimentados por la incapacidad de alcanzar una relación estabilizada con el entorno, que llevada al exceso puede ser desintegradora y desorganizadora de todos los patrones de respuesta del sujeto; en conclusión, cuando "m" se da con una

frecuencia significativa, debe considerarse como una señal de aviso que puede representar la incidencia de tensión excesiva, frustración y/u hostilidad en la integración de la personalidad.

En lo que respecta a las respuestas "m" en los niños, Alcock (1965) estima que su frecuencia es menor entre los niños que entre los adultos, "pero su significado corresponde al concepto de poder, fuera de control propio, asociado a los temores que se desarrollan durante el periodo de impotencia infantil" (pag. 99). Francis Williams (1968) también alude a la baja frecuencia de estas respuestas entre la población infantil, resaltando su valor como indicativo de angustia a raíz de algún conflicto profundo que el niño trata de reprimir sin conseguirlo. Ames y cols. (1972, 1977) encuentran muy baja la frecuencia de m en los primeros diez años de vida; en el intervalo de los diez a los dieciséis años sí se alcanzan promedios de 1 m en algunas edades. Para Ames y cols. (1977, pag. 73): <<como ocurre en todas las respuestas de movimiento, los movimientos inanimados representan fantasías e identificaciones parciales. Sin embargo, en el caso de m, la fantasía ha sido en parte negada... Por alguna razón, la fantasía resulta inaceptable para la persona, y se la convierte en un sentimiento de ser objeto de

actos, más bien que de actuar uno mismo. El sentimiento reflejado -cólera explosiva, tensión, dependencia, anhelos- es experimentado pero rechazado de alguna manera como "no Yo". Es susceptible de ser expresado en términos de "Esto me sucede" o "esto me invade" más bien que en términos de "Yo hago esto" o "Yo tengo este deseo">>. Con esta interpretación de m como fantasía de "no-Yo", añaden los autores, se puede reconciliar la variedad de interpretaciones propuestas para m: agresividad reprimida, hostilidad abierta, frustración, tensión, ansiedad, anhelos de situaciones cuya gratificación parece imposible. Todos ellos son contenidos posibles de m, que a menudo realmente involucran estados de tensión o de cólera.

Campo (1980), tras un estudio realizado sobre estas respuestas m, propone la siguiente reformulación: "el Yo del sujeto se siente amenazado por la invasión de fuerzas ajenas a su control, tanto en el sentido de sometimiento pasivo a tales fuerzas como en el sentido de perder el control sobre ellas. Estas fuerzas debido a la disociación represión y/o negación, no son consideradas como pertenecientes al Yo. Como vivencia, esta situación de peligro interno da lugar a una sensación de conflicto y tensión. Puede tratarse de fantasías ligadas a impulsos y deseos aceptados o no,

idealizados o no, considerados como irrealizables, por lo que provocan, además, sentimientos de culpa generalmente inconscientes y vividos probablemente con frustración. Aparte de funcionar como "señal de alarma" representando en este caso, una posibilidad de lucha por mantener la integración del Yo y para reconocer peligros, también indicaría una ruptura de defensas inminente.

De esta reformulación, así como de las conclusiones, presentadas en sus primeros estudios sobre las respuestas m (Campo y col., 1980; Campo, 1982), revisadas y rediscutidas más recientemente tan sólo desde la perspectiva infantil (Campo, 1988); seleccionamos, de los aspectos puestos de relieve por la autora, los siguientes:

19) Las respuestas de movimiento inanimado representan una situación de ansiedad persecutoria, paranoide. Según la autora, y basándose en conceptos psicoanalíticos, el Yo pretende librarse de una situación interna que es vivida como peligrosa, amenazante y fuera de control, por medio de la identificación proyectiva, mecanismo de defensa por el que "el Yo" mete dentro de otros objetos sus propios sentimientos e ideas peligrosas, adjudicándolas a

fuerzas u objetos externos, luego vividos como ajenos al Yo. Pero tal proyección no se disipa, se localiza en alguna parte. El término identificación proyectiva de Klein se refiere a la localización del aspecto proyectado, este ya no pertenece al sujeto porque se convierte en parte de otro objeto por lo que posteriormente, debido al proceso de disociación del Yo, es vivido como ajeno, como no-Yo. Todo este proceso produce finalmente un sentimiento de estar, ahora, amenazado desde afuera, es decir, la vivencia persecutoria paranoide. Ahora bien, en situaciones de stress no todos sucumben, recordemos los numerosos suicidios provocados por la gran depresión de 1929 y también a los muchos banqueros que no se arrojaron por la ventana. Esto ejemplifica el hecho de que los sucesos externos pueden crear persecución interna o no, pero que se reacciona alas situaciones externas en base a la situación interna, es decir, puntualiza Campo (1982): cualquier situación amenazante ya sea real o imaginaria, se vive de acuerdo a la situación interna.

Volviendo sobre Exner, comenta Campo (1988) que este enfoque a partir de la situación interna es lo que básicamente hace diferir su postura teórica, respecto a "m", de la adoptada por Exner. Para este autor, las respuestas "m" tienen un valor situacional, es decir,

interpreta el significado de "m" sólo como situación de "stress", es decir, como efecto, de duración limitada, de una situación amenazante. Campo, aunque en concordancia con esto, critica el énfasis puesto sobre el origen externo de la situación.

29) Las respuestas de movimiento inanimado pasivo, aunque no exclusivas del grupo de depresión, pudieran señalar un matiz depresivo coexistiendo junto con la ansiedad persecutoria.

30) Es esencial distinguir tensión, de noción de conflicto. Una respuesta m puede estar expresando simplemente tensión, en este caso el sujeto se halla inquieto, irritable, en pánico o actuando en el sentido de descarga sin noción de conflicto intrapsíquico, o puede llevar aparejada una noción de conflicto, lo que significa que el sujeto puede utilizar su vivencia de ansiedad persecutoria para comprender que algo malo le pasa internamente y que necesita ayuda (recordemos la interpretación de "m" como señal de alarma de Klopfer). Para Campo (1988) es importante intentar esta distinción incluso en los niños, aunque es difícil que se de una verdadera noción de conflicto en estas edades tempranas.

6.2.4. Respuestas de color (C)

Estas respuestas reflejan una actitud pasiva: el color se apodera del objeto sin esfuerzo de atención de este. Las respuestas de color son pasivas e inmediatas; y esa actitud para responder a unos estímulos provenientes del mundo externo está íntimamente relacionada con la afectividad.

Datos empíricos corroboran esta relación entre afectividad y el color (Alimena, 1962; Exner, 1959; Rickers-Ovsiankina y cols., 1963 y Broekmann, 1970), ya constatada por la experiencia del mismo Rorschach y aceptada por todos sus sucesores, sin que falten algunos desacuerdos, particularmente provenientes de Piotrowski (1957).

Esta claridad y/o seguridad empírica acerca de las relaciones entre afectividad y color no está, en la misma medida, sustentada por un completo y acabado desarrollo teórico del proceso perceptivo implícito en la elaboración de estas respuestas C. Como señala Rausch de Traubenberg (1977, pag. 84): "Aunque la asociación color-afecto o color-emoción está aceptada implícitamente, el proceso perceptivo que subyace en la respuesta color está aún por definir".

No obstante, existen estudios teóricos; y no podemos desdeñar las contribuciones teóricas de algunos autores. Uno de los primeros trabajos fue el de Schachtel (1943), para quien el proceso perceptivo, en estas respuestas de color, es esencialmente pasivo. En las relaciones entre percepción visual y afectividad distingue Binder (1933) un factor receptivo-pasivo que da lugar a las respuestas de color y a las respuestas claro-oscuro y un factor formativo activo que produce las interpretaciones forma; en la misma línea (Shapiro, 1956, 1960) sugiere que la respuesta de color implica una pasividad perceptual frente a los estímulos visuales, que a su vez implica una detención momentánea del trabajo activo de organización o una ausencia de capacidad para realizar este trabajo. Rapaport y cols. (1976) también presentan una conceptualización bien formulada del proceso psicológico incluido en la producción de respuestas de color, este proceso es inmediato e indiferenciado, no exige reflexión ni organización y requiere una organización psicológica menos compleja, en el sentido de capacidad para diferir la acción.

Dependiendo de la importancia que en la respuesta tenga el color, Rorschach distinguió tres categorías:

a) FC - Inspiradas sobre todo en la forma de la mancha, y secundariamente en el color. Su interpretación, bastante generalizada, es la de adaptación afectiva.

b) CF - Cuyo factor determinante es el color, y la forma, aunque secundariamente, también es tenida en consideración. Según Rorschach (1921) indican inestabilidad afectiva, irritabilidad, sensibilidad y también sugestibilidad; en palabras de Exner (1978, Tomo II) una afectividad con poca o ninguna capacidad de adaptación.

c) C - Determinadas únicamente por el colorido, son producto de una descarga impulsiva. Como señala Rorschach (1921) son frecuentes en las personas irritables e impulsivas.

Piotrowski (1957) pone de manifiesto leves diferencias cuando sugiere que las respuestas FC implican una actividad cognitiva bastante compleja en la que intervienen tanto la demora como la emoción.

Bodoín y col. (1983) informan de una media de FC+%, en pacientes psiquiátricos, significativamente más baja que la del grupo de sujetos no pacientes.

Como refiere Berg (1986) la capacidad creciente para la modulación del afecto se pone de manifiesto con el descenso de respuestas C (de color puro) conforme aumenta la edad. Según Levitt y Truuma (1972), el número de respuestas C evoluciona desde una media de 0,22 a los diez años a 0,03 a los dieciséis años. Para Ames y col. (1972) hasta la edad de diez años predomina CF sobre FC y C, excepto a los dos años, en que C es la principal respuesta de color.

Como puntualiza Rausch de Traubenberg y col. (1984) los niños pequeños (tres y cuatro años), ante la escasez de medios, ausencia de imágenes asociativas o dificultad en movilizarlas, nombran los colores. Aunque Rorschach se refirió a la nominación color, fue Piotrowski (1936) quien le asignó el símbolo Cn, aunque sin darle el rango de respuesta. Exner, siguiendo a Klopfer y a Rapaport, sí utiliza el símbolo Cn para clasificar la nominación color como respuesta, siempre que el sujeto la de como tal. Estas respuestas constituyen un importante elemento diagnóstico, dado su alto índice de ocurrencia en sujetos con trastornos

graves, excepto en niños muy pequeños que tienen un significado diferente (referido en la alusión de Rausch de Traubenberg).

Las respuestas FC aumentan gradualmente en número, según observación de Ames y cols. (1977), pero en ninguna edad resultan ser las principales. Entre los diez y los dieciséis años las respuestas CF sobrepasan a las FC, y las respuestas FC sobrepasan a las C. Según Exner y Weiner (1982) FC empieza a superar en frecuencia a CF hacia los quince años de edad.

La escasez y/o ausencia de respuestas de color en protocolos de pacientes depresivos ha sido informada con frecuencia (Rovira, 1983; Costello, 1958; Mason y cols., 1985,...).

6.2.5. Respuestas de color acromático (C').

Con esta denominación se alude a la utilización del negro y gris, así como del blanco en los espacios en blanco considerados como colores de superficie. El primero en considerar e incluir estas respuestas en su sistema de clasificación fue Klopfer. Parece que están relacionadas con un tipo de enfoque del mundo exterior más cauto o menos franco que el del

empleo del color en las respuestas cromáticas (Klopper y Kelly, 1977). "Generalmente el uso del sombreado como color acromático es interpretado como respuesta amortiguada al color. Si las respuestas C' ocurren en protocolos con muchas respuestas cromáticas aquellas parecen ser una simple extensión de la receptividad con respecto al color, que implica una reacción rica y variada a toda clase de estímulos presentados por las manchas. Sin embargo, en un registro con pocas respuestas cromáticas, las respuestas C' parecen indicar una responsividad a los estímulos externos amortiguada y vacilante" (Klopper y Davidson, 1977, pag. 149).

Rapaport siguió a Klopper incluso en la utilización del símbolo C'. También Hertz y Piotrowski decidieron incluir este tipo de respuestas en sus respectivos sistemas, empleando distinto símbolo.

Las respuestas de color acromático vienen a señalar, según Rapaport (1976) cierto freno puesto a la afectividad intensa; Piotrowski (1957), además de los puntos concordantes con Klopper y Rapaport, añaden un matiz eufórico a estas respuestas, al poner de relieve que este puede estar presente tanto en las respuestas a

las áreas blancas como a las áreas ligeramente grises de las manchas.

Alcock (1965) interpreta el negro, el blanco, o el gris, usados como color como una forma de eludir tanto el sombreado como el color cromático, lo que es una defensa intelectual ante una sensación desagradable.

Exner (1978, Tomo II) apunta que estas respuestas C' figuran entre las menos estudiadas en la literatura, debido, en parte, a la tendencia, de algunos autores, a incluir estas respuestas en las de "sombreado" o claroscuro. Los autores que la utilizan e investigan suelen asociarlas con sentimientos depresivos. Como señala Rausch de Traubenberg (1977) el elemento de sensibilidad depresiva está presente sobre todo en el negro y el gris.

En lo concerniente a los niños Beizmann (1968) observa que insisten con bastante frecuencia sobre los matices grises, y menos sobre el negro y el blanco. La explicación que da Alcock (1965) es que la palabra gris puede inducir a error, sobre todo en los niños, que pueden utilizarla para designar superficie en lugar de color. Por ejemplo, "piedra gris" es más fácil de verbalizar que la expresión de superficie áspera o

lisa, que fue realmente lo que dió motivo a la respuesta. C' es poco frecuente entre niños y adolescentes. Se da en sólo el 20 % de los protocolos de los adolescentes (Exner y Weiner, 1982).

La respuesta C' puede ser C' pura, C'F o FC': cuando la forma es dominante (FC'), la sensibilidad depresiva o la restricción afectiva está más controlada a nivel cognitivo que en las respuestas C'F. El C' negro sería para Piotrowski (1957) el equivalente al acting-out, un deseo violento de librarse de la angustia.

Volviendo sobre la relación entre este tipo de respuesta y la depresión, Schlesinger y Fox (1980) aunque concluyen que la percepción acromática en el test Rorschach puede ser útil en diferenciar pacientes depresivos de pacientes no depresivos, señalan la necesidad de proseguir la investigación, sobre este punto, con el fin de clarificar muchos temas surgidos a raíz de este estudio. Acklin y col. (1987) informan de una media significativamente mayor de respuestas C' en el grupo depresivo que la de los otros grupos estudiados.

La fiabilidad de algunos índices de depresión en el Rorschach (entre los que se encontraba la variable C') fue confirmada por Sudik (1983) para los trastornos de depresión mayor, y por Haller y col. (1985) para síntomas de depresión y/o desesperanza.

La relación directa entre depresión y C' la pone Exner (1981) en entredicho, arguyendo que no suelen darse estas respuestas entre sujetos con un historial de intentos y/o actos suicidas, y sugiriendo una relación entre las respuestas C' y el afecto contenido. No obstante, entre los cinco signos de depresión presentados, Exner (1985) incluye el de la suma de respuestas acromáticas >2.

6.2.6. Respuestas de sombreado.

Las posibilidades del carácter sombreado de las manchas grises o negras no pasaron desapercibidas para Rorschach; su estudio y desarrollo, apenas iniciado en la fecha en que le sobrevino la muerte, quedaron interrumpidos por esta circunstancia. Pocas semanas antes de su muerte pronunció una conferencia en la Asociación Psicoanalítica de Suiza, y allí, entre otras cosas, se refirió a las respuestas de sombreado. Las aportaciones presentadas en aquella ocasión fueron

publicadas a título póstumo por Oberholzer en 1923 (1932). En Rorschach parece apreciarse una atención preferente a los contrastes de claridad y de sombra; los degradados o los matices apreciables dentro de los grises y los negros quedan más en segundo término. El símbolo utilizado para todas estas respuestas es F(C), interpretándolas como una adaptación afectiva prudente, ansiosa, que supone un esfuerzo de control en presencia de los demás con tendencia a sentimientos de insuficiencia.

Desde entonces, en función de la variedad y sutileza de captaciones que pueden sugerir las cualidades de sombreado de las manchas (perspectiva, difusión, transparencia, textura,...), se han ido proponiendo tal diversidad de símbolos que han convertido estas respuestas en el punto más conflictivo del test.

El primer intento sistemático de reflexión y validación de estas respuestas lo debemos a Binder (1933), y a pesar de estar considerado por muchos como único en su género, no satisface totalmente a bastantes investigadores, en particular de la escuela americana (Beck, Piotrowski, Rapaport, Klopfer y otros), los cuales, cada uno por su parte, han dado sus

clasificaciones impulsados, como ya hemos apuntado, por la gran riqueza de posibles significados que creen observar en el sombreado. De acuerdo con Duran (1981, pag. 57) opinamos que si bien "sus teorías difieren entre sí, y matizan diversamente sus significados, todas ellas no se apartan de un algo que les es común en la interpretación, esto es, el tono ansioso y el humor disfórico, si dejamos aparte la significación especial de unas modalidades llamadas texturas". Como señala Rausch de Traubenberg (1977) el significado de estas respuestas puede hacerse relacionando los colores con los estados afectivos y entonces se impone, validada empíricamente, la relación entre sombra-ansiedad o sensibilidad ansiosa. Puntualizando esta autora que la ansiedad puede tener en el test numerosas manifestaciones además de estas interpretaciones de sombreado.

Con este ánimo de recoger toda la sutileza captable dentro del sombreado algunos autores, por ejemplo Klopfer, han incorporado tal cantidad de símbolos diferentes que han tomado la clasificación de estas respuestas, de por sí laboriosa, en una actividad de exasperante meticulosidad. Aunque con ello Klopfer intentó conseguir la máxima diferenciación incluso en aquellas respuestas en las cuales los matices tienden a

confundirse, a estar en medio camino entre lo táctil y lo difuso, o lo táctil y lo dimensional, o entre lo dimensional y lo difuso, la realidad es que el esfuerzo no está compensado por los resultados. Como señala Campo (1988): estas respuestas que "nadan entre dos aguas son la excepción". Exner, prosigue la autora, con la delimitación tan neta entre lo táctil (T), la vista (V) y lo difuso (Y), ha encontrado una solución, en cierto modo un tanto "olímpica", a este engorroso problema.

a) Respuestas de textura (T, TF, FT).

Fue Klopfer, ya en 1936, el primero en establecer una valoración especial para estas respuestas, asignándoles el símbolo "c". Las relaciona "con la conciencia que una persona tiene con respecto a sus necesidades de afecto y dependencia. A través de la presencia o ausencia de respuestas de textura y de las relaciones entre las clasificaciones Fc, cF y c, un individuo revela que es sensitivo a los matices más finos en su ambiente subjetivo y objetivo y que se preocupa por la cantidad de cariño y atención que puede esperar del mundo circundante". (Klopfer y Davidson, 1977, pag. 147). Beck, algo remiso a emplear esta valoración, terminó en 1949, según Campos (1980)

asimilándola en su sistema con el símbolo T, y aceptando, en cierta forma, el significado que propone Klopfer en lo que respecta a la relación entre la sensación táctil y el deseo de contacto, se trata de una experiencia afectiva dolorosa, que se relaciona con las necesidades "eróticas" más infantiles del sujeto. Tanto para Beck como para Klopfer cuando la forma es dominante existe una necesidad afectiva pero debidamente controlada. Si la forma ocupa un lugar secundario en la formación de la respuesta, o bien está ausente, las necesidades afectivas son tan absorbentes, masivas, que llegan a interferir en los intentos del sujeto para mantener los contactos interpersonales necesarios para el restablecimiento del equilibrio afectivo.

Exner (1978, Tomo II) se inclina por la interpretación de las respuestas de textura como indicativas de necesidades de contacto interpersonal afectivo, asignándoles un carácter, al igual que Beck, más infantil que adulto. Según Exner, cuando aparecen con frecuencia o dominando sobre la forma, las necesidades son tan intensas que interfieren con la orientación hacia la realidad de los procesos cognitivos; la ausencia de respuestas T puede indicar un empobrecimiento afectivo y extremo que se remonta a

edades tempranas, a consecuencia del cual la persona ya no se esfuerza por alcanzar experiencias interpersonales profundas y plenas de sentido. En la misma línea se sitúa Campó (1988) al sugerir que la ausencia de textura puede interpretarse como consecuencia de una temprana carencia de afecto que determina una incapacidad para sentirse cerca de otras personas.

También para Alcock (1965) las necesidades expresadas por las respuestas de textura, son de afecto, derivadas de las experiencias en las relaciones "madre-hijo", aparecidas en una época muy temprana.

Este tipo de respuestas son, como apunta Exner (1981), más comunes en la última etapa de la adolescencia y en adultos, dándose con más frecuencia en sujetos con problemas de adaptación. A este respecto Ames y cols. (1977) informan que, entre los diez y dieciséis años, las respuestas de textura aparecen en relación al resto de las respuestas de sombreado, en segundo término en las edades más tempranas, pasando a ocupar un lugar predominante a los quince y dieciséis años. Rausch de Traubenberg y col. (1984) opinan que las apreciaciones de textura en el "difuminado" de las manchas son extrañas en el mundo infantil.

Mason y cols. (1985) encuentran en el grupo de esquizofrénicos una media "T" significativamente inferior a la del grupo de sujetos normales.

b) Respuestas de vista (V, VF, FV).

Según Rorschach (1923) la capacidad para apreciar lo espacial, la profundidad y la lejanía (dentro del claroscuro) parece guardar relación con una afectividad de índole un tanto aprensiva y cautelosamente medida con matices depresivos.

Para Klopfer (1942), el empleo del claroscuro como profundidad se encuentra más frecuentemente y se revela con mayor nitidez en las respuestas de vista. En estas respuestas el sujeto interpreta las diferencias en los matices del claroscuro como diferencias en la distancia del ojo del observador. Para clasificar estas respuestas Klopfer utilizó tan sólo un determinante (FK), indicando que vienen a expresar excitaciones interiores, sea en forma de ansiedades, o en forma de tendencias introspectivas a las que se recurre en un esfuerzo por disipar tales ansiedades. Si bien la ausencia de estas respuestas para Klopfer no es significativa, su frecuencia es interpretada por el

autor positivamente por cuanto nos indica el esfuerzo que se está realizando para comprender y tolerar la angustia, vinculándolas a una buena adaptación, especialmente como respuesta a la psicoterapia.

Beck (1944), que utiliza un criterio más amplio para clasificar las respuestas de vista, las relaciona también con los esfuerzos introspectivos, pero los sitúa en una dimensión más penosa, al considerar que representan un sentimiento apagado, implicando una depresión de afecto y sentimiento de inferioridad. Como señala Campo (1988, pag. 325) "los motivos de dolor, del no gustarse a sí mismo que conlleva una respuesta de vista y que apunta hacia una vivencia depresiva, de pérdida, pueden vincularse, aunque no siempre, con situaciones en que los procesos de idealización y desvalorización pueden jugar un rol importante. Esto es muy frecuente en la adolescencia."

Después de realizar varios estudios sobre estas respuestas, Exner (1978, Vol. II) concluye que, al igual que la respuestas FD, se relacionan con la actividad introspectiva, ahora bien, las "V" representan un tipo de introspección dolorosa, y se asocian a características depresivas. Dentro de la carga dolorosa asignada de forma generalizada a estas

respuestas, Exner realiza ciertas matizaciones en función de su frecuencia y/o grado de integración formal. Así, por ejemplo, una sola respuesta FV, en un protocolo medio, puede indicar un autoexamen molesto pero productivo, ahora bien, la frecuencia de FV superior a uno es motivo de preocupación, así como de aparición, de por sí rara, de respuestas VF y V.

Si en los adultos y adolescentes estas respuestas son poco frecuentes, aun lo son menos en los niños. "Notoriamente ausentes en los primeros años, comienzan a aparecer en las respuestas de las niñas en una edad tan temprana como los diez años. Cerca de los trece años, las respuestas de vista constituyen el tercer tipo de respuestas de sombreado dominante entre las niñas, perteneciendo a esta categoría el 15% de sus respuestas de sombreado. Y a los catorce, quince y dieciséis años, en los dos sexos combinados, las respuestas de vista obtienen el tercer lugar." (Ames y cols., 1977, pag. 91).

La relación entre las respuestas de vista y la depresión ha sido confirmada por numerosos estudios (por ejemplo, Mason y cols., 1985; Sudik, 1983; Acklin y col., 1987; Haller y col., 1985; Campo, 1988,...)

c) Respuestas de sombreado difuso (Y, YF, Y).

La dificultad de establecer equivalencias comparativas entre las diversas interpretaciones acerca de los símbolos de los determinantes es, a nuestro entender, en este tipo de respuestas, de sombreado difuso, donde se hace más laboriosa. Es mejor quedarse en la más pura superficialidad, que intentar adentrarse y perderse entre los intrincados caminos de este laberinto, en donde, para empezar, según la escuela y/o autor va a variar el criterio de clasificación, tan arbitrario, en algunos casos, como lo atestigua Exner cuando declara que utiliza la Y como categoría un poco "cajón de sastre" en la que caben muchas cosas (Campo, 1988).

Deteniéndonos sucintamente en aquellos autores que presentan aportaciones y/o matices más relevantes, situamos el punto de partida en Binder que, como ya hemos señalado, es el primer autor que presenta un estudio más detallado y sistemático de las repuestas de sombreado; asignándoles a los tonos más oscuros un carácter disfórico, de ansiedad y depresión. Según Klopfer y Kelly (1977) en las respuestas de difuminación, como los humos y las nubes, se expresan ansiedades vagas y generales. Estas respuestas que

utilizan el sombreado para dar un efecto difuso se relacionan con la ansiedad creada por la frustración de necesidades afectivas, frustración contra la cual el individuo no ha erigido defensas adecuadas (Klopper y Davidson, 1977). Aun cuando la tonalidad ansiosa está siempre presente, Beck (1968, Tomo II) relaciona la respuesta que valora como Y, con una ausencia de actividad e incluso apatía, se utiliza como actitud defensiva, y puede incluso jugar el papel de oposición. Algunas respuestas de sombreado de Binder (1933), (las respuestas Clob), comparten este significado interpretativo asignado por Beck a las respuestas Y, en el sentido de abandono pasivo o un sentimiento difuso de angustia.

Piotrowski (1957) establece diferencias entre el difuminado claro y el oscuro. Este autor, en la interpretación de los tonos oscuros, y en contraposición a la consideración de estas respuestas como indicativas de inercia y pasividad, encuentra una combatividad y lucha que vienen a testimoniar una tolerancia a la angustia.

Exner (1978, Tomo II) tras recordar la utilidad limitada del producto final del estudio de las respuestas de sombreado difuso, debido al agregado de

elementos de distinta naturaleza, reconoce que existe apoyo tanto para la hipótesis de sombreado-ansiedad como para la hipótesis de sombreado-pasividad, si bien esta última encuentra un apoyo más consistente que aquella. Por esta razón, este autor prefiere interpretar las respuestas de sombreado difuso "como indicativas de una forma de indefensión psicológica y/o inhibición que pueden ir acompañadas de ansiedad. Estas respuestas de sombreado difuso sugieren parálisis o resignación ante la tensión y son, como otras respuestas a las características grises o negras de las manchas, experiencias emocionales penosas. La utilización de las formas en estas respuestas indica, probablemente, el control cognitivo al que el sujeto somete tal afecto angustioso. Cuando la forma es dominante, la experiencia está controlada y las respuestas manifiestas son, probablemente, demoradas y organizadas. En cambio, cuando la forma es secundaria, o ausente, hay una mayor tendencia a expresar el afecto de modo más directo ya que el sujeto tiende a ser invadido por dicho afecto" (Exner, 1978, Tomo II, pag. 87).

En la literatura tradicional sobre el Rorschach se ha venido señalando a estas respuestas como indicativas de depresión (por ejemplo en Binder, Piotrowski,...)

pero siempre en tanto en cuanto se refieran a los tonos más oscuros y sombríos. En el estudio de Sudik (1983) la respuesta Y fue seleccionada y comprobada su fiabilidad como índice depresivo del Rorschach para el trastorno de depresión mayor. Según Exner (1985) es el grupo de no pacientes el que obtiene frecuencias más bajas de respuestas Y, siendo en el grupo de esquizofrénicos en el que se recogen frecuencias más altas; estos mismos datos aparecen en el estudio de Mason y cols. (1985).

En lo que atañe a la infancia y adolescencia, y según los estudios de Ames y cols. (1972,1977), se observa un incremento gradual de respuestas de sombreado difuso conforme aumenta la edad, tanto a través de la infancia como de la adolescencia, que se corresponde con un aumento de la primacia de la forma en estas respuestas.

6.2.7. Respuestas de Forma-Dimensión.

No todas las respuestas de perspectiva se asientan sobre el sombreado de las manchas, algunas están basadas exclusivamente en la forma, son sugeridas por el tamaño o en relación con otras áreas de la mancha. Estas respuestas, al no tener cabida en ningún

criterio de valoración, son consideradas como F por todos los sistematizadores, excepto por Klopfer que incluye en el símbolo FK todas las respuestas de perspectiva (tanto si están basadas en la forma como si lo están en el sombreado). La actividad introspectiva es el significado asignado indistintamente a estas respuestas, por Klopfer.

La necesidad de diferenciar e independizar las respuestas de perspectiva no sugeridas por el sombreado, partió de una investigación, o mejor de una serie de investigaciones, llevadas a cabo dentro del contexto del desarrollo del Sistema Comprensivo (Exner, 1978, Tomo I y II). Los resultados de estos estudios sugieren que las respuestas de vista, basadas en la forma, tienen un significado, en cierta forma, ajeno al de las respuestas de vista determinadas por el sombreado.

De ahí, la iniciativa de Exner (1974-1978-1982) de incluir, en el Sistema Comprensivo, el símbolo FD para valorar aquellas respuestas de perspectiva para cuya elaboración no se ha requerido de la intervención del sombreado.

Las respuestas FD se relacionan con la introspección, con el distanciamiento y la autoconciencia. Ambas respuestas FD y FV incluyen la actividad introspectiva, pero Exner establece una importante diferenciación, entre FV con su carga dolorosa y FD con su componente de control intelectual, que de acuerdo con Campo (1988) nos parece de una gran utilidad y claridad clínica, que concierne directamente al diagnóstico de depresión.

6.2.8. Respuestas de Reflejos (Fr, rF).

Es otra de las categorías de clasificación introducidas por primera vez por Exner e incorporadas al Sistema Comprensivo (Exner, 1974-1978-1982). Sólo se refieren a aquellas respuestas de reflejos basadas en la simetría de la mancha. Las respuestas de reflejo inducidas por el claroscuro sí son tomadas en consideración por otros rorschachistas, incluyéndolas, al igual que Exner, dentro de la gama de símbolos con que cada autor clasifica las respuestas de claroscuro.

Los estudios llevados a cabo por Exner (1969-1973) y Raychaudhuri y Mukerji (1971) ponen de manifiesto que la respuesta de reflejo aparece muy infrecuentemente en protocolos de adultos, excepto para tres grupos:

- Personas con seria confusión del rol sexual.
- Personas inclinadas al comportamiento antisocial.
- Sujetos esquizofrénicos.

Según refiere Herrero (1984) entre los niños normales el número de respuestas de reflejo va disminuyendo a medida que avanzan desde los nueve a los quince años. En cambio aquellos que tienen dificultades de comportamiento, dan un número significativamente mayor de éstas.

Las respuestas de reflejos parecen estar relacionadas con una forma primitiva de centramiento en sí y el hecho de que aparezca más frecuentemente en niños y jóvenes es una clara muestra de que atraviesan por problemas y dificultades en sus relaciones interpersonales. Ya Bohm (1949) afirmó que las respuestas de reflejo son expresión de intenso narcisismo, sobre todo cuando son captadas en situación horizontal. Neiger (1956) encontró estas respuestas en personas obsesivas y narcisistas, y Morgenthaler (1954) entre personas preocupadas excesivamente de la impresión que causan a los demás.

El término narcisismo utilizado para interpretar este tipo de respuestas es pronto desechado por Exner argumentando en contra la complejidad de este término, y sustituyéndolo con el concepto de "egocentrismo" (Exner, 1978, Vol. I).

6.2.9. Respuestas de Pares (2).

Estas respuestas indican que el sujeto ha percibido algo similar a ambos lados del eje de la mancha. Es otra de las innovaciones de Exner, al incorporarlas con un símbolo específico a su sistema de clasificación.

Para Bohm (1949) todo tipo de respuestas que muestren una percepción intensa del centro son indicadoras de angustia con sentimientos de inseguridad. Por esta razón recomienda anotar toda acentuación de la simetría incluso cuando el sujeto niegue haberlo percibido o interroque sobre ello.

Fue en el curso de las investigaciones sobre las respuestas de reflejos, cuando Exner (1973) descubrió la íntima relación de estas respuestas con las de pares. En opinión de este autor la respuesta de tipo

par podría ser una forma más sutil o controlada de respuestas de reflejo (Exner, 1974).

6.3. CONTENIDO.

La clasificación de las respuestas por su contenido no supone ninguna complicación, lo que no las exhime de su importancia dentro del proceso interpretativo.

Los seis símbolos (H, Hd, A, Ad, Ls y Obj), utilizados por Rorschach (1921) para la valoración del contenido, no permiten una mínima diferenciación para toda la gama de contenidos que se detectan frecuentemente en los protocolos Rorschach. Casi todos los autores ampliaron el número de símbolos pero, como es norma constante entre los rorschachistas, cada uno seleccionó distintos contenidos para incorporar a su sistema de clasificación, e incluso en muchos casos símbolos diferentes para idéntico contenido.

Exner (1974-78-82) tomando como punto de partida las 35 categorías de Beck seleccionó 22 categorías básicas de contenido y siguiendo a otros autores con Klopfer, Piotrowski y Rapaport utilizó además cuatro valoraciones suplementarias entre paréntesis. De todas

estas categorías trataremos sólo algunas, las más frecuentes y por lo tanto las más relevantes.

6.3.1. Contenido Animal [A, Ad, (A), (Ad)].

El contenido que aparece más frecuentemente, y en esto coinciden autores y/o investigaciones, es el animal. Como el mismo Rorschach (1921) señalaba: no hay nada que se preste más fácilmente a la interpretación que el cuerpo animal en sus infinitas variedades.

Según Beck y cols. (1961) el contenido animal se da en el 45% de las respuestas de un protocolo adulto. Klopfer y Davidson (1977) sitúan entre el 20 y el 35% los valores más frecuentes para sujetos adultos. Todos los autores informan de porcentajes superiores entre los niños y adolescentes; así, por ejemplo, Ames y cols. (1972) obtienen, en los primeros diez años, un 41% como valor más bajo y un 56% como el más elevado. Entre los diez y dieciséis años el espectro de A% medio, para todo el grupo, va desde el 44 hasta el 53% (Ames y cols., 1977). En el estudio de Exner y Weiner (1982) las respuestas animales permanecen bastante estables, en un 45%, a través de la adolescencia, descendiendo en la adolescencia tardía y en la adultez temprana a un 39% aproximadamente.

En estas respuestas veía Rorschach (1921) la medida de la "estereotipia de pensamiento". Esta esterotipia, como señala Loosli-Usteri (1965) da la medida de la capacidad de disponer de mecanismos mentales automatizados que funcionan sin que intervenga la reflexión; aunque como puntualiza Draguns y cols. (1967) la capacidad de reaccionar de una manera rutinaria y predecible que refleja un A% alto, ilustra también un potencial de confusión cuando la información estimular del entorno es compleja y variada. En esta misma línea de interpretación es en la que han continuado todos los autores hasta nuestros días.

Un A% elevado revela por tanto un pensamiento pobre, rígido, e ideas limitadas, y puede atribuirse tanto a limitaciones intelectuales como a perturbaciones emocionales, como por ejemplo en la depresión (Klopfer y cols., 1960; Beck, 1945; Exner, 1978, Tomo II; Beizmann, 1968).

Un A% bajo puede indicar un pensamiento muy personal y hasta original (Beizmann, 1968); también para Draguns y cols. (1967) es indicativo de una personalidad más idiográfica que percibe el mundo de un modo personal; lo que puede interpretarse tanto como

signo de inteligencia superior y de imaginación como de distanciamiento de la realidad (por ejemplo, en sujetos esquizofrénicos y esquizoides).

6.3.2. Contenido Humano [H, Hd, (H), (Hd)].

Se le pueden adscribir variadas interpretaciones: dependiendo de si es H (figura humana completa), Hd (detalle humano), (H) (seres humanos irreales como brujas, fantasmas), de la postura, de la proporción H/Hd,... La capacidad e interés para las relaciones interpersonales sería el significado más extendido asignado a estas respuestas H, pero está sujeto a variaciones, en función de diversos factores que iremos analizando.

La superioridad de Hd sobre H puede indicar: defensa constrictiva (Molish, 1967; Rovira, 1983; Beizmann, 1968), ansiedad (Beck, 1945; Rorschach, 1921; Rausch de Traubenberg, 1977; Ames y cols., 1977), depresión (Beck, 1945; Rovira, 1983; Rorschach, 1921; Bohm, 1973), limitaciones intelectuales (Beizmann, 1968; Bohm, 1973; Rorschach, 1921,...), intelectualización y compulsibilidad (Beizmann, 1968; Klopfer y cols., 1954).

Un H% elevado sin respuestas de movimiento humano se relaciona con la dificultad para establecer contactos e identificaciones (Rausch de Traubenberg, 1977).

La proliferación de Hd unida a la de Ad indica, como señala Exner (1978, Tomo II) una preocupación excesiva por el detalle que revela un estilo crítico y/o constrictivo.

Según Beizmann (1968, pag. 245) las respuestas (H) "se refieren a un mundo infantil e indican en el adulto una falta de madurez afectiva, así como la tendencia a complacerse en un mundo irreal". Para Exner (1978, Tomo II) tanto las respuestas (H) como las (A) (monstruos, dragones,...) y (Hd), (Ad) pueden referir despreocupación indebida por el mundo real y el refugio en otro en el que la fantasía desempeña una función principal. Ames y cols. (1977) observan que durante los primeros diez años, ni (H) ni (A) son frecuentes. Entre los diez y dieciséis años (A) no aparece sino ocasionalmente, sin embargo en estas edades si aparece (H) con frecuencia.

La tendencia general que se observa en el total de respuestas H es, según Ames y cols. (1977) a aumentar

con la edad hasta alcanzar un promedio del 16% hacia los diez años, permaneciendo esencialmente estable durante la adolescencia. Levitt y Truuma (1972) por su parte informan de un aumento de respuestas H desde el 18% a los diez años al 12% a los dieciséis.

6.4. RESPUESTAS POPULARES Y ORIGINALES.

Esta categoría de clasificación nos va a aportar información acerca de la capacidad para percibir el mundo de la misma manera que la mayoría de las personas, de forma convencional (respuestas populares) o, por el contrario, para percibirlo en forma diferente (respuestas originales).

No todas las respuestas son susceptibles de clasificar dentro de esta categoría; los criterios de popular y original, aún unidos, no abarcan a todas las respuestas posibles; por lo tanto, muchas quedan sin recibir este tipo de clasificación.

6.4.1. Respuestas Populares (P).

Todos los autores coinciden con Rorschach en cuanto al significado, ya expresado en el párrafo anterior, de las respuestas populares. La discrepancia

se centra en torno al criterio para su valoración. Como recuerda Rausch de Traubenberg (1977, pag. 137): "las respuestas se llaman vulgares cuando aparecen frecuentemente, pudiendo variar este criterio de frecuencia según los medios culturales y la edad,..." Según esta autora "una respuesta es vulgar para un grupo dado, cuando la proporciona un sujeto sobre seis..."

Rorschach (1921) definió las respuestas populares como aquellas que se encuentran por lo menos en uno de cada tres protocolos. Este criterio ha sido ampliado por muchos autores, y no todos lo han establecido estadísticamente. La lista de diez respuestas populares de Klopfer (1977) fue desarrollada a partir de su "experiencia clínica", siguiendo el criterio de Rorschach "una de cada tres". Piotrowski (1957) se apoya en criterios estadísticos para la elaboración de su lista, incluyendo en esta categoría todas aquellas respuestas que aparecen al menos una vez cada cuatro protocolos. Hertz (1970) amplía aun más el criterio, al considerar como popular la respuesta que aparece al menos una vez en cada seis protocolos. Basándose y modificando la lista de Hertz, Ames y cols. (1977) presentan una lista de formas populares para niños y adolescentes. Para Rapaport (1976) son respuestas

populares aquellas que da por lo menos un sujeto de cada cinco de la población general. La lista de trece respuestas populares adoptadas para el Sistema Comprensivo (Exner, 1974-78-82) sigue el criterio original "una de cada tres", establecido estadísticamente.

Entre los adultos seis respuestas P, para un protocolo de productividad media (25 respuestas), es el valor aproximado establecido como óptimo por la mayoría de los autores (Rausch de Traubenberg, 1977; Exner, 1978, Tomo II; Klopfer y Davidson, 1977; Rapaport, 1976,...). Ames y cols. (1977) observan un aumento de respuestas P conforme aumenta la edad, estableciendo entre 5 y 8 P los valores esperables para la adolescencia.

La incapacidad para ver respuestas populares suele considerarse como indicio de un debilitamiento serio de los vínculos con la realidad, y como señalan la mayoría de los autores (Exner, 1978, Tomo II; Rapaport, 1976; Klopfer y Davidson, 1977; Rovira, 1983, etc.), suele observarse predominantemente entre los sujetos esquizofrénicos. Las frecuencias superiores de P que se observan en los depresivos (Guirdham, 1936) reflejan "un empobrecimiento de los procesos perceptuales y

asociativos, con la consiguiente dependencia excesiva de las configuraciones de las manchas más seguras y obligadas" (Rapaport, 1976, pag. 228).

6.4.2. Respuestas Originales (0).

Según Rorschach (1921), para que a una respuesta se le asigne esta valoración, ha de darse en una frecuencia no superior a uno de cada cien protocolos.

Los estudios estadísticos necesarios para elaborar una lista de originales, según este criterio, son de una amplitud que hace imposible su realización; así pues, hoy en día, se utiliza esta sugerencia de Rorschach en forma orientativa. Siendo, en última instancia, el criterio de cada examinador, el que, basándose en su experiencia, decida a qué respuesta se le puede aplicar esta clasificación.

En la interpretación de las respuestas originales, la consideración de la calidad de la forma (+ o -) nos vendrá a determinar si estamos ante una imaginación creadora (+) o autista (-).

Exner (1978, Tomo I) no incluye este símbolo de valoración en su Sistema Comprensivo aduciendo como justificación "las complicaciones creadas por las frecuencias estadísticas, sumadas al hecho de que el apoyo empírico de la valoración O es extremadamente limitado" (pag. 164).

6.5. ACTIVIDAD ORGANIZATIVA (Zf, Zd).

La clasificación Z para apreciar la capacidad de actividad organizativa de un sujeto fue una de las contribuciones más sobresalientes de Beck (Campos, 1980). También Hertz (1940) se interesó en clasificar la actividad organizativa mostrada en las respuestas, utilizando la letra "g", coincidiendo su significado con el de Beck. Exner sigue básicamente a Beck para la valoración de la actividad organizativa, que incorpora a su Sistema Comprensivo (Exner, 1974-78-82). Los restantes autores no han utilizado esta categoría de clasificación en sus sistemas respectivos; aunque Klopfer y col. (1944), si bien no utilizó esta categoría básica, si la tuvo en cuenta para la clasificación del Nivel Formal.

A pesar de que la relación entre las puntuaciones Z y la inteligencia ha sido constatada en varios

estudios (por ejemplo, en Sisson y Taulbee, 1955), los datos de Exner sugieren "que mientras habitualmente se requiere una cierta inteligencia básica para producir Z, la frecuencia y el tipo de organización que se registre estarán influenciados por otros factores" (Exner, 1981, Tomo III, pag. 160).

Merecen resaltar dos puntuaciones, extraídas de la valoración de la actividad organizativa del Sistema Comprensivo, por el significado interpretativo que aportan: Zf (número de respuestas que reciben puntuación Z), Zd (puntuación diferencial obtenida por la sustracción de Zest de Suma Z).

Como señala Rovira (1983) mediante la Zf podemos obtener información acerca del grado en que el sujeto es capaz de organizar el campo del estímulo. Estando los límites normales de Zf entre los valores 8 y 11, una Zf baja, según Exner (1978, Tomo II) puede asociarse a limitaciones intelectuales, o puede ser el resultado de una falta de predisposición para englobar la complejidad del campo de estímulos. Una Zf alta puede ser el resultado de un esfuerzo intelectual, o indicar la necesidad de tratar el campo de estímulos con más cuidado y precisión.

Zd tiene unos valores considerados normales entre +3 y -3, en líneas generales representa la eficiencia del esfuerzo organizativo.

Según los estudios de Exner y Leura (1974), referidos por Exner (1981, Tomo III), los sujetos con Zd negativa alta tienden a responder sin una integración total del estímulo; contrastando con los sujetos con Zd positiva alta que ponen un esmerado cuidado en la mediación del estímulo.

Los sobreincorporadores (Zd positiva alta) "son más cautelosos, casi rumiativos, en su aproximación al campo de estímulos. Los infraincorporadores (Zd negativa y alta) se muestran más predispuestos a correr riesgos, en el sentido de tratar de descifrar estímulos complejos sin esperar a que aparezcan los segmentos críticos de la información" (Exner, 1981, Tomo III, pag. 163).

7. PSICOGRAMA.

El significado aislado de cada uno de los elementos, que hemos ido considerando, no es rígido e inmutable, sino que oscila según los casos y la relación en que se halla con el cuadro total; por él

son comprendidos los datos en su verdadera dimensión, aunque algunas veces ciertos factores aislados pueden, por su poca frecuencia, aportar indicios diagnósticos importantes (Bohm, 1973).

Al igual que la personalidad que refleja, un protocolo Rorschach hay que considerarlo en su totalidad, como una "Gestalt". De esta manera es concebido por muchos autores con los que concordamos (Loosli-Usteri, 1965; Bohm, 1973, etc.). "Una personalidad no es, ni mucho menos, una reunión de fragmentos -somos nosotros quienes la fragmentamos con nuestros esfuerzos de penetración-, sino que está constituida por un todo indivisible más o menos armonioso y en constante esfuerzo por mantener el equilibrio." (Loosli-Usteri, 1965, pag. 145).

La configuración total que permite las comparaciones entre los diversos componentes se consigue, una vez terminada la valoración de las respuestas, mediante la síntesis cuantitativa de los resultados o psicograma (Exner, 1978, Tomo I).

Se denomina psicograma al conjunto de cálculos, porcentajes y proporciones que se elaboran a partir de

distintos recuentos y combinaciones, efectuados con los símbolos de la clasificación.

Cada uno de los porcentajes y proporciones tiene una interpretación específica que a su vez está en función de las restantes. Así pues, la validez de la interpretación de un porcentaje, de una proporción, siempre será relativa.

Sin seguir a ningún autor, hemos seleccionado aquellos porcentajes y proporciones más significativos y relevantes, y por lo tanto de utilización más generalizada, que presentamos en la Tabla 9.

7.1. INTERPRETACION.

Número de respuestas.

Los sujetos normales dan generalmente de quince a treinta respuestas (Rorschach, 1921). Para este autor el número depende más de los factores emocionales que de los asociativos. En la infancia se observa una tendencia general hacia el aumento con el avance de la edad (Ames y cols., 1972). A este respecto Levitt y col. (1972) informan de un incremento desde una media de 10 respuestas a los diez años hasta una

TABLA 9: PORCENTAJES Y PROPORCIONES MAS SIGNIFICATIVOSDEL PSICOGRAMA

- Nº de Respuestas.
- W% |
- D% | Tipo de apercepción.
- Dd% |
- S% |

- W/M | Proporción entre: total de respuestas globales y total de respuestas de movimiento humano.
- F% | Porcentaje de todas las respuestas de forma.
- F+% | Porcentaje de todas las respuestas de forma positivas.

- M: SumC | Proporción entre total de respuestas M y total de respuestas de color (FC+CF+C)
FC=0.5; CF=1; C=1,5.
- FC: CF+C
- SumFM+m: SumC'+T+Y+V | Proporción entre total de respuestas (FM y m) y total de respuestas de sombreado.

- Porcentaje de las respuestas de las tres últimas láminas.
- A%
- H%
- Nº de P (número de populares).
- Nº de O (número de originales).
- TR medio (tiempo de reacción medio).
- Variedad de contenido.

media de 21 a los dieciséis. Para Berg (1986) este incremento de la productividad refleja el crecimiento de la capacidad y flexibilidad cognitiva que a su vez genera la capacidad para procesar la información hacia ideas organizadas. De acuerdo con Beizmann (1968) dar muchas respuestas no siempre es signo positivo; existe productividad real si el número de respuestas alcanza o sobrepasa los valores normales y si, además, comprende un número suficiente de "formas buenas".

Tipo de apercepción.

De la observación de W%, D%, Dd% y S%, así como de la Calidad Evolutiva (Exner, 1985) y sus respectivas comparaciones con unos valores esperables, estadísticamente establecidos, se obtiene información del tipo de apercepción, es decir, de la forma que un individuo aprehende, capta la realidad:

- Si percibe la realidad globalmente (W% elevado).
- Si tiene capacidad de abstracción (W% elevado y Calidad Evolutiva + o V/+).
- Si atiende predominantemente a lo más obvio y cotidiano (D% elevado).
- Si se pierde en consideración de nimiedades (detalles muy pequeños inusuales Dd% elevado).

W/M.

Correpondencia entre ambiciones (W) y posibilidades reales (M). La proporción óptima sería 2/1.

F% (L en Beck y Exner) y F+%.

Se deben interpretar unidos. Nos facilita información acerca del grado de control ejercido por el sujeto (F%) y también sobre la adecuación de ese grado de control y/o la objetividad de pensamiento (F+%).

X+%.

Completa la información aportada por F% y F+%, al incorporar todas las respuestas que incluyen (con más o menos prioridad) al elemento formal. Reflejan el grado de exactitud perceptiva, de control que puede mantener un sujeto aún cuando manifiesta sus afectos, tensiones, ideaciones, etc. Esta fórmula la incorpora Exner (1974-78-82) a su Sistema Comprensivo basándose en la "F+% ampliada" sugerida por Rapaport y cols. (1946) y elaborada por Schafer (1954).

Tipo vivencial ("Erlebnistypus"): M/Sum C.

Es una de las características más importantes del test. Como señala Rorschach (1921) refleja el estilo de respuesta preferente que subyace en el sujeto. Mediante esta proporción comparamos aquellos aspectos del mundo interno (M) y externo (C), conscientes y aceptados por el sujeto, es decir, nos aporta información acerca del grado de responsividad interna y externa.

- Si $M > \text{Sum } C$: Persona introversiva,
predominantemente estimulada desde dentro.

- Si $M < \text{Sum } C$: Persona extratensiva,
predominantemente estimulada desde fuera.

Como refiere Rodríguez Sutil (1990), el "Erlebnistypus" se ha relacionado frecuentemente con variables cognitivas; según algunos estudios mientras los intratensivos piensan más, tienen tiempo largo de reacción y efectúan menos movimientos para alcanzar la solución, los extratensivos manipulan con mayor frecuencia.

$$\underline{(eb): (FM+m)/(C'+T+Y+V)}.$$

Esta proporción fue sugerida inicialmente por Klopfer para comparar aquellos aspectos del mundo interno y externo no aceptados y reprimidos, completando, de esta manera, los datos aportados por la proporción M:Sum C. "Las respuestas FM+m indican tendencias introversivas que no son plenamente aceptadas o asequibles para el sujeto en ese momento". En el otro lado de la proporción están las respuestas acromáticas que "indican tendencias extratensivas que no son plenamente aceptadas o asequibles momentáneamente" (Klopfer y Davidson, 1977, pag. 154). Cuando el peso de esta proporción recae sobre el mismo lado que M: C, este cociente sirve para reforzar y confirmar la impresión producida por el cociente de M y la suma de C. A esta proporción, que también Exner (1974) adoptó para su sistema, la denomina este autor Experiencia Base (eb).

$$\underline{FC: CF+C}.$$

Esta proporción nos facilita el grado de control de la afectividad.

Porcentaje de respuestas de las tres últimas láminas: Afr.

Nos informa acerca de la responsividad general a los estímulos externos, que puede, o no, expresarse en la conducta, mediante las respuestas de movimiento, color, sombreado. Como aclara Exner (1981, pag. 148, Tomo III): "El estilo u operación que representa la Proporción Afectiva parece implicar una receptividad psicológica a estímulos emocionales. Refleja la tendencia o expectativa para procesar estos estímulos en las operaciones cognitivas, y el procesamiento en sí mismo se convierte en una forma de respuesta, que parece servir de estímulo a otras respuestas.

El índice de egocentrismo ($3r+(2)/R$).

Esta proporción ponderada, utilizada en el Sistema Comprensivo de Exner (1974-78-82), facilita algunas indicaciones relativas al egocentrismo y/o autoestima. Si la proporción es inferior a unos valores esperables refleja una baja autoevaluación, que puede, en parte, estar originada por una preocupación excesiva por los demás y por los valores del mundo exterior. La proporción alta viene a indicar una valoración excesiva

de sí mismo, aunque también las proporciones muy altas pueden estar reflejando unas defensas erigidas ante profundos sentimientos de desvalorización (Exner, 1981, Tomo III). Duricko, Norcross y Buskirk (1989), en un estudio realizado con niños y adolescentes entre los seis y los dieciséis años de edad, confirmaron la validez de la utilización de este "índice de egocentrismo" como medida de la autoestima.

Entre los sujetos que presentan índices de egocentricidad bajos destacamos los de los grupos depresivos y suicidas.

Determinantes múltiples: R.

Aunque ya Rorschach (1921) aceptó la clasificación de varios determinantes por respuesta (por ejemplo MC), la cuestión sobre la admisión y valoración de todos los determinantes que integran una respuesta ha sido objeto de debate entre algunos rorschachistas. Nos detendremos para recordar la postura de Klopfer (1942-1954), que difiere al utilizar tan sólo un determinante en principal (el único que computa), dándoles a los otros, si los hubiera, una clasificación en adicional (no computable y por lo tanto sólo susceptible de interpretación cualitativa).

Según Exner (1978, Tomo II), los determinantes múltiples indican una actividad compleja en el momento de la respuesta, que puede ser característica del sujeto, o simplemente de manifestación de una operación compleja provocada por un estímulo particular (por ejemplo por el color, sombreado, etc.).

Cuando esta proporción alcanza niveles elevados podemos suponer que las operaciones psicológicas son tan complicadas que pueden llegar a provocar un estado de desorganización en la persona. En el supuesto inverso, Exner sugiere la existencia de una constricción excesiva de los procesos psicológicos.

T. R. medio.

Si es lento se puede relacionar con capacidades intelectuales limitadas y/o depresión.

Variedad de contenido: Cont/R.

Esta proporción se relaciona comúnmente con la flexibilidad y variedad de intereses (Klopfer y Davidson, 1977; Exner, 1978, Tomo II).

Recapitulación y reorganización de algunos
datos del psicograma con significados
convergentes.

- Control:

- F% o L
- F+%
- X+%
- FC/CF+C
- M/FM+m

- Conexión con la realidad:

- F+%
- X+%
- D%
- NQ P
- A%

- Aspectos intelectuales

- NQ de respuestas.
- W%
- Calidad de W
- NQ de M
- Calidad de M
- F+%
- Variedad de contenido

- W/M
 - Z
 - Calidad Evolutiva
 - Calidad Formal
 - TR medio
 - Sucesión: (distribución de las clasificaciones de la localización en cada lámina). Nos revela el modo típico como una persona enfoca los problemas cotidianos.
- Aspectos emocionales:
- M:Sum C (Tipo Vivencial)
 - (FM+m):Sum C'+T+Y+V
 - Afr
 - FC:CF+C

8. OTRAS DIMENSIONES DE ANALISIS.

La consideración de variados aspectos no contenidos por el Psicograma, puede añadir información muy valiosa a la interpretación final.

8.1. FENOMENOS ESPECIALES.

Bajo esta rúbrica se incluyen un gran número de factores que, como Bohm (1973) señala, no pueden ser medidos ni pesados, pero que, sin embargo, son de gran importancia en la valoración de la prueba. En esta obra de Bohm se incluye una lista de 73 fenómenos especiales, junto con la opinión de diversos autores y su interpretación.

De entre la amplia información aportada por los distintos fenómenos especiales de Bohm, conviene destacar la reflejada por las confabulaciones y contaminaciones, que se refieren a trastornos del pensamiento y de la percepción; o a la del "choc" al rojo, "al color", "al gris", que suelen aparecer en personalidades neuróticas.

Para Exner (1985, pag. 37): "El uso de los fenómenos especiales permite la cuantificación de muchos aspectos de las respuestas que habían sido interpretados con anterioridad de una manera más cualitativa."

En el Sistema Comprensivo hay, en la actualidad, doce Fenómenos Especiales, seis referidos a

verbalizaciones inusuales, dos utilizados en las perseveraciones y fallos en la integración, dos referidos a aspectos especiales del contenido, uno empleado cuando la respuesta es personalizada y otro utilizado en un fenómeno especial de color. Estos fenómenos especiales se han incluido entre las variables Rorschach objeto de nuestro estudio experimental. Si lo estimamos procedente nos ocuparemos más adelante de aquellos que resulten significativos. En este apartado sólo nos interesa aludir a uno de los referidos al contenido: Contenido Mórbido (MOR). El MOR, como señala Rovira (1983, pag. 87): "indica que la depresión se está volviendo invasora, está pasando a nivel ideativo. Penetra en la zona del pensamiento al que fácilmente puede distorsionar".

B.2. APLICACIONES A LA PSICOPATOLOGIA.

Muchos autores (Rorschach, Bohm, Portuondo, Oberholzer, Piotrowski, Exner,...etc.) han presentado en sus obras índices del Rorschach más frecuentes para determinadas entidades nosológicas (psicosis orgánicas, endógenas, neurosis, depresión,...). Casi todos los datos sobre depresión se centran en la edad adulta, siendo escasas las publicaciones Rorschach específicas acerca de la depresión infantil (Campo, 1988).

8.2.1. Depresión infantil en el test de Rorschach.

La literatura especializada recoge índices diagnósticos para distintas formas de depresión de consideración no necesariamente patognomónica.

Distimia depresiva según Rorschach (Bohm, 1977).

1. F+% (80-100).
2. Sucesión más rígida.
3. Disminución de las W (0 a 3).
4. Tipo aperceptivo más pobre (D-Do).
5. Variabilidad de contenido reducida y aumento del A% (60-80).
6. Disminución de las respuestas originales.
7. Tipo vivencial coartado: M reducidas casi a 0, ausencia de color.
8. Número de respuestas por debajo del promedio.
9. Tiempo de reacción prolongado.
10. F+% inversamente proporcional a M.

Melancolía según Rorschach (Bohm, 1977).

1. Variabilidad de contenido aún menor que en la distimia depresiva, aumentando A% (70-90).
2. Número de respuestas generalmente próximo al promedio.
3. Tiempo de reacción prolongado.
4. F+% inversamente proporcional a M.
5. Muchas Hd y O o muy pocas H.
6. Muchos objetos.

Depresión caracterógena (consecutiva a la inhibición neurótica de la agresión) según Bohm (1972).

1. Tipo vivencial introversivo.
2. F+% elevado.
3. Muchas M.
4. Con frecuencia también muchas W+
5. Muchas S.
6. Casi siempre respuestas de complejos orales (agresivas).
7. A veces Do.
8. Choque al rojo.
9. Pocas o ninguna respuestas de color.

10. Dd aumentadas.
11. Casi siempre Hd>H.
12. A veces respuestas de claroscuro.

Signos que pueden aparecer en todas las formas de depresión (Bohm, 1972, pag. 173).

1. Displacer en la interpretación.
2. "Fórmula de la resignación" de Beck ("esto es todo" o "no se más").
3. Coartación del tipo vivencial.
4. Respuestas ocasionales de negro y gris.

Neurosis depresiva, según Portuondo (1976).

1. Pocas respuestas.
2. T. R. alargados.
3. Choque al color o al gris.
4. Ausencia de respuestas de colores, no más de una.
5. M muy disminuida.
6. Pocas W.
7. Aumento de las respuestas Dd.
8. Respuestas de complejos de tipo depresivo, agresivo o sexual.
9. F+% alto.

10. F% alto.
11. De aparecer respuestas sexuales, puede indicar conflictos o preocupación (sentimientos de culpa) al respecto.
12. Respuestas de claroscuro y color acromático.
13. Alto A%.
14. Aumenta la proporción de Hd y de Ad.
15. A veces un P% alto (por sometimiento a las normas del grupo, dependencia).
16. Tipo vivencial coartado.

17. A veces presencia de uno o más fracasos.
18. Escasa variabilidad de contenido.

Depresión según Alcock (1965).

1. Lentitud en la reacción a las láminas.
2. F% elevado (frecuentemente más de 70).
3. FC > CF.
4. El sombreado se usa con parsimonia y frecuentemente con más énfasis en la difusión y en el oscuro que en la textura.
5. Choque al sombreado.
6. Falta de organización en las respuestas W.
7. D% elevado.

8. Tipo vivencial constreñido.

9. Frecuentemente, pero no siempre, número reducido de respuestas.

A pesar de las dificultades que se derivan tanto de las diferencias de enfoque psicopatológico, como de las diferencias de clasificación de estos autores, estos datos sobre signos depresivos, en opinión de algunos, siguen siendo útiles. Para Campo (1988, pag. 229) por ejemplo: "en la clínica se encuentran niños (y adultos) en quienes se halla ese empobrecimiento tan típico de ciertas depresiones severas y que parecieran quedar fuera de las observaciones de Exner.

Ruiz Lapuente (1986), sin embargo, tras analizar los protocolos Rorschach de 30 enfermos depresivos endógenos, neuróticos y orgánicos, comprueba que el Psicograma medio resultante no coincide con lo señalado por la mayoría de los autores clásicos excepto en el número de respuestas bajo y el porcentaje de respuestas de contenido animal alto. Sin embargo en el análisis de los subgrupos por separado se destaca el tipo vivencial introversivo predominante en el grupo de depresivos neuróticos, con más respuestas M, FM y de S que en los depresivos endógenos; así como un mayor número de signos de deterioro en los depresivos orgánicos. En

este estudio también se puso en evidencia el que los resultados del Rorschach en las depresiones dependían de la personalidad, el nivel sociocultural y el momento evolutivo de la enfermedad, y por lo tanto refleja mejor estos aspectos que el diagnóstico clínico del tipo de depresión. En otro estudio posterior (Ruiz Lapuente, 1987) se vuelve a poner de manifiesto la escasa validez de los signos de depresión señalados en el Rorschach por los autores clásicos.

En las sucesivas búsquedas bibliográficas desarrolladas en el curso de esta investigación, se pudo comprobar la escasez de estudios existentes sobre la depresión infantil y el test de Rorschach. Valga pues la advertencia de que al centrarnos en este tema, contamos con menos apoyo y/o información de lo que sería deseable.

Bohm (1972) distingue cuatro signos Rorschach para el "síndrome de abandono" en niños de nueve a trece años:

1. EB o tipo vivencial coartado (0:0).
2. Pocas W.
3. Pocas H.
4. F+% bajo.

En un estudio de Francis-Williams (1968) sobre un grupo de niños que sufrían privaciones se encontraron los siguientes índices Rorschach:

1. Pocas respuestas de color, sobre todo a partir de los siete años.
2. Mayor énfasis de las respuestas de color negro y oscuro, especialmente de cinco a nueve años.
3. Aumento de respuestas M y disminución de FM.

A este aumento de respuestas M en niños que sufrían privaciones, ya aludimos con anterioridad a propósito de un trabajo de Loosli-Usteri (1929); para esta autora la frecuencia de M indicaba repliegue precoz y desecamiento de la vida afectiva, lo que concuerda con lo apuntado por Francis-Williams, para quien el aumento de respuestas M en su grupo de niños expresa pseudo madurez, falta de vivacidad y espontaneidad.

En el estudio de protocolos infantiles de Rausch de Traubenberg y col. (1984) destacamos la interpretación de las respuestas C' como depresivas, en un caso; pero en otros, en los que también aparecen

estas respuestas, no se les asigna la misma interpretación. En otro de los casos estudiados por estas autoras, catalogado de depresión grave, se observan varios contenidos mórbidos (señalado como signo de depresión por Exner, 1985), y a los que se alude de esta forma: "los elementos dominantes y obsesivos son la mutilación-desvalorización y la tonalidad depresiva grave directamente dada en todo el protocolo" (pag, 208).

La obra "L'enfant face au test de Rorschach" de Guilbert (1975) contiene casos clínicos, en los que aparecen alusiones a la depresión a propósito de las respuestas de color acromático. Por ejemplo, en la pag. 103 se comenta acerca de una respuesta C'F: "tienen generalmente en el test de Rorschach implicaciones depresivas". También alude a la depresión en relación al color acromático asociado a un contenido que bien pudiera ser mórbido según Exner. También Perdikidi (1973) destaca algunos contenidos mórbidos en sus referencias al Rorschach en el duelo infantil.

Kohler y Bernard (1970), en un estudio sobre depresión infantil y el test de Rorschach presentan diecisiete casos de niños y adolescentes, y tomando como referencia los índices diagnósticos de Rorschach

(1921) y de Bohm (1972), llegan a identificar: cuatro casos de depresión melancólica, cinco casos de depresiones reactivas y neuróticas, dos casos de depresión pre-esquizofrénica y seis casos mixtos difícilmente clasificables.

Exner (1985) distingue cinco signos para la depresión:

1. $FV+VF+V > 0$
2. Determinantes múltiples color-claroscuro mayor que cero.
3. $3r+(2) < 0,30$ para adultos, o inferior a 1 D.T. de la media adecuada para cada edad en niños.
4. Suma $FC'+C'F+C' > 2$.
5. Suma $MOR > 3$.

Aunque el autor considera como requisito para el diagnóstico de depresión la presencia de cuatro signos, también Exner llegó a puntualizar que no se puede descartar, sin más, la presencia de una depresión, aun con tres signos o menos. Según los resultados del estudio de Viglione, Brager y Haller (1988), el índice de depresión de J. E. Exner si bien no identifica a

muchos de los sujetos depresivos, si identifica a la mayoría de los pacientes depresivos extratensivos.

Campo (1988) tras una revisión de la literatura sobre el Rorschach y la depresión, lleva a cabo una recapitulación y reagrupamiento de índices depresivos en la infancia. Diferencia dos cuadros fundamentalmente: a) Para las depresiones graves. b) Para la depresión reactiva, neurótica o "mixta".

a) Índices para las depresiones graves.

1. Coartación generalizada del EB.
2. Afectos más lábiles; a veces respuestas de sangre, o ausentes.
3. Afr. bajo (coincide con constelación suicidio niños).
4. Muchas R. de Forma (F% alto o Lambda alto)(coincide con constelación suicidio niños).
5. F+% y X+% más bajos (coincide con constelación suicidio niños).
6. Ausencia de H (coincide con constelación suicidio niños).
7. Tipo aperceptivo empobrecido (D y Dd) con

globales disminuidas y vagas, ausencia de W+.

8. Ausencia de S.
9. A% alto, medio o bajo.
10. Pocas P o P% alto.
11. Pocos deseos de interpretar, o sea NQ de R bajo.
12. Perseveración y rechazo de láminas posible.
13. Pocos fenómenos especiales.
14. Posiblemente MOR 4 (signo de depresión de Exner).
15. Posible presencia de C' (signo de depresión de Exner).
16. Índice de egocentricidad bajo (signo de depresión de Exner) (coincide con constelación suicidio niños).
17. Ausencia de R de claroscuro.

b) Indices para la depresión infantil más reactiva.

1. Presencia de H y M con EB introversivo y disminución de FM.
2. Escasísimo uso del color.
3. Afr bajo (coincide con constelación de

- suicidio en niños).
4. Enfasis en color negro y oscuro (signo de depresión de Exner, $C' > 2$).
 5. F+% y X+% más altos.
 6. Tipo aperceptivo con W y D.
 7. Muchas S.
 8. A% medio.
 9. P normal.
 10. Vista > 0 (signo de depresión de Exner)(coincide con constelación suicidio niños).
 11. Determinantes múltiples con mezcla color-claroscuro > 0 (signo de depresión de Exner)(coincide con constelación suicidio en niños).
 12. Índice de egocentricidad bajo [$3r+(2)$] (signo de depresión de Exner)(coincide con constelación suicidio en niños) o conservado?.
 13. MOR presente (signo de depresión de Exner).
 14. Presencia de T ?.
 15. Hipoincorporación ? (Zd-).
 16. eb elevado hacia la derecha.

Para Campo (1988) en esta aproximación al Rorschach en la depresión infantil se han señalado algunos aspectos de la escuela "clásica", ya que estos nos "permiten detectar la depresión en ausencia de los signos de Exner conocidos para ese diagnóstico y viceversa"; añadiendo "que los índices diagnósticos descritos podrían ser considerados como perdigonada. Sin embargo la perdigonada puede resultar más eficiente que el error diagnóstico" (pag. 231).

No todos opinan lo mismo que Campo acerca de la utilidad de los índices diagnósticos Rorschach para la depresión infantil. Chabrol y col. (1985, pag. 117 y 118) estiman que "a pesar del entusiasmo de ciertos autores, ni la presencia de índices específicos aislados, ni los contenidos de las respuestas son buenos indicadores: por ejemplo los chocs o los contenidos mórbidos o los rechazos son bastante frecuentes en las depresiones, pero están también en cualquier otra parte"... "A menudo los resultados obtenidos penosamente entre sujetos adultos son directamente aplicados a la infancia, o tratados de manera intercambiable", lo que para estos autores es una forma de proceder inadmisibile. Por su parte Lipovsky, Finch y Belter (1989) estudiaron a sesenta adolescentes internos, con el propósito de examinar la

relación entre medidas de auto-informes de depresión y la variable Rorschach comúnmente asociada con depresión; y aunque observaron algunas relaciones significativas entre las medidas de auto-informes y los indicadores Rorschach de depresión, en general las variables Rorschach no estaban relacionadas con la depresión, siendo las medidas de auto-informes más exactas que las variables Rorschach en la discriminación entre sujetos depresivos y no depresivos.

La fiabilidad de los índices depresivos Rorschach utilizados en el Sistema Comprensivo se puso de manifiesto en el estudio de Sudik (1983) y Haller y col. (1985) para el trastorno depresivo mayor y para pacientes con síntomas de depresión respectivamente.. Con la intención de hacer extensiva esta fiabilidad a edades inferiores (concretamente de los ocho a los doce años), Lobovits (1986) emprendió una investigación seleccionando cinco variables (contenido mórbido, índice de egocentricidad, vista, mezcla de color-claroscuro, eb); sólo dos (mezcla de color-claroscuro y eb) arrojaron diferencias significativas. Concluyendo el autor que estos índices no eran instrumentos válidos para el diagnóstico de depresión en la etapa de latencia infantil.

Exner y cols. (1985) en un estudio longitudinal realizado con 23 pacientes deprimidos, con edades comprendidas entre los once y catorce años, demostraron la estabilidad de tres de los cinco índices depresivos utilizados en el Sistema Comprensivo. Las dos variables que acusaron cambios fueron: Suma C' y Determinantes múltiples color-sombra o Mezcla de color-sombra.

En este contexto de conglomerado de datos no podemos descartar sin más los distintos índices Rorschach, de acuerdo con Campo, y en el estado actual de conocimientos, todos pueden ayudar, en un momento dado, a la comprensión y diagnóstico de la depresión infantil. Pero la cuestión queda aun abierta a futuros estudios, que esperamos vayan despejando este campo tan lleno aun de incógnitas como es el de la depresión infantil vista a través del Rorschach. Con este objetivo nos hemos planteado la presente investigación.

**B. OBJETIVOS E HIPOTESIS
DE NUESTRO TRABAJO.**

Nuestro objetivo en general, es estudiar, comprender, la personalidad del niño depresivo mediante el instrumento que juzgamos más idóneo para tal fin: el test de Rorschach.

Con este objetivo esperamos cubrir, a su vez, otros más específicos y prácticos. Por ejemplo, acceder a toda una gama de rasgos característicos de personalidad que presumiblemente nos ayudarán a comprender lo más específico, individual y diverso que puede subyacer tras el diagnóstico de depresión infantil, lo que a su vez facilitará, entre otras cosas, y en gran medida, posibles formas de intervención psicoterapéutica.

Con la intención de articular y configurar estos objetivos de forma más concreta, hemos desarrollado las siguientes fases:

- 1) Identificar aquellas variables del test de Rorschach, que por su alto poder discriminativo en relación a los otros grupos objetos de investigación, pueden ser utilizadas como índices depresivos en la infancia.

2) Mediante agrupamientos de las variables Rorschach, obtención de unos factores de personalidad que a su vez permitan clarificar y contrastar las organizaciones de personalidad en los grupos estudiados.

En relación con estos objetivos, nos hemos planteado las siguientes hipótesis:

1) A partir de la discriminación o búsqueda de los índices y/o signos depresivos, no es posible determinar un tipo Rorschach característico de la depresión infantil.

2) El contraste de las organizaciones de personalidad entre los distintos grupos nos van a permitir apreciar sutiles diferencias, mediante las cuales sí podremos identificar una organización de personalidad única para cada grupo.

3) Es decir entre el grupo de niños depresivos, el grupo de niños normales y el de otras categorías diagnósticas se observan unas diferencias de personalidad que atañen a aspectos cualitativos (de organización de personalidad), más que a cuantitativos (referente al grado en que se dan las distintas variables Rorschach).

C. MATERIAL.

Para la realización práctica de esta investigación, hemos seleccionado tres grupos distintos de niños:

- Niños con trastornos afectivos.
- Niños con otras categorías diagnósticas.
- Niños normales o sin evidencia de alteraciones psicológicas.

A todos les hemos aplicado las siguientes pruebas:

- Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.). Modificado de Kovacs y Beck.
- Escala autoevaluativa de Birmleson.
- Test de Rorschach.

Las distintas categorías diagnósticas han sido asignadas siguiendo la clasificación del DSM III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

I. SUJETOS.

Para el presente estudio hemos seleccionado un total de noventa y un sujetos, descartando de antemano a todos aquellos que:

- Son considerados deficientes mentales.
- Padecen algún tipo de trastorno psicoorgánico.
- Sufren las consecuencias de algún tipo de stress psico-social.

1. CARACTERISTICAS GENERALES.

Todos los sujetos, residentes en Sevilla o su provincia, cursan estudios de E.G.B. Sus edades oscilan entre los ocho y trece años, con una media de diez años y siete meses. El nivel socioeconómico se estimó como suficientemente equilibrado, así como el medio de que procedían, tanto urbano como rural.

2. GRUPOS.

Los sujetos se distribuyen en tres grupos: un primer grupo formado por niños sin evidencias de

alteraciones psicológicas, un segundo grupo integrado por niños con distintas categorías diagnósticas o neuróticos, y un tercer grupo constituido por niños con trastornos afectivos.

El grupo de niños normales o sin evidencias de alteraciones psicológicas lo integran treinta sujetos, con una media de edad de once años. Sus puntuaciones, en el Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.) y en la Escala de Depresión Infantil de Birleson, no superan los 6 y los 11 puntos respectivamente.

El segundo grupo formado por treinta sujetos de distintas categorías diagnósticas, con una media de edad de diez años, se constituyó a partir de los niños que acudían a consulta por motivos de diversa índole (síntomas psicósomáticos, fóbicos, compulsivos, trastornos de conducta, estados de ansiedad, encopresis, eneuresis, terrores nocturnos, etc.). Siendo sus puntuaciones en el Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.) y en la Escala de Depresión Infantil de Birleson iguales o inferiores a los 10 y los 11 puntos respectivamente.

El tercer grupo consta de treinta y un sujetos con diagnósticos de trastornos afectivos, según criterios del DSM III (doce niños fueron diagnosticados de Depresión Mayor y diecinueve de trastorno distímico), con una media de edad de once años. Las puntuaciones registradas por este grupo, tanto en el Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.) como en la Escala de Depresión Infantil de Birmleson, fueron superiores a los 15 puntos.

Con respecto a la distribución por sexo y hábitat entre los grupos, la prueba de Ji cuadrado (3x2) indicó que los tres grupos no diferían en cuanto al sexo y hábitat (rural o urbano); siendo $X^2(2)=0,84$. n.s. para $p<0,05$; y $X^2(2)=1,73$. n.s. para $p<0,05$ respectivamente.

Si se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la edad, con $F(2)=4,8857$, con $p<0,05$. El contraste posterior de medias indicó diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión entre los grupos 1 y 2, con $t(58)=2,61$, $p<0,05$, y entre los grupos 2 y 3, con $t(59)=2,68$, $p<0,05$. Es decir el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas tiene una edad significativamente inferior a la de los otros dos grupos (grupo normales y depresivos).

II. CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESION INFANTIL (C.E.D.I.).

El Inventario para la Depresión Infantil, CDI (Kovacs y Beck, 1977; Kovacs, 1980/81), es una versión modificada del inventario de depresión para adultos (BDI) de 21 ítems (Beck, Ward y cols., 1961; Beck, Rush y cols., 1979).

El CDI consta de 27 ítems que evalúan varios síntomas. En la primera versión de 1977, para cada ítem había cuatro opciones que graduaban la gravedad del síntoma. La versión más actual, para una población entre los ocho y los trece años de edad, contiene sólo tres opciones para cada ítem, presentándose cada opción mediante una frase (Kovacs, 1980/81). Ambas versiones fueron diseñadas para evaluar la gravedad de una gama de síntomas de depresión.

La presentación de frases en cada ítem no sigue un mismo orden con el fin de que el sujeto no se sienta influenciado por la estructura formal de la prueba sino por su contenido.

El contenido de los ítems es el siguiente:

1. Estado de ánimo.
2. Pesimismo.
3. Sentimiento de fracaso.
- 4 y 21. Insatisfacción.
5. Sentimiento de culpa.
- 6 y 24. Descontento de sí mismo.
- 7 y 8. Auto-acusaciones.
9. Ideas suicidas.
10. Tendencia al llanto.
11. Preocupación excesiva.
- 12, 20, 22 y 27. Aislamiento social.
13. Indecisión.
14. Preocupación física.
15. Inhibición laboral.
16. Insomnio.
17. Fatigabilidad.
18. Pérdida del apetito.
19. Hipocondría.
23. Dificultad en el trabajo.
25. Sentirse ignorado.
26. Desobediencia.

Como señala Ezpeleta y cols. (1988) con estos 27 items se intenta abarcar casi todos los aspectos de lo que hoy se considera como síndrome depresivo infantil.

En España contamos con una modificación del CDI, el C.E.D.I. (Rodríguez Sacristán, Cardoze y cols., 1984), seleccionada para nuestra investigación por su probada validez en una población infantil con características muy similares al grupo del presente estudio.

En esta modificación se recogen algunos items del CDI (Kovacs y Beck, 1977) y del BDI (Beck y col., 1974), introduciéndose otro item que no está presente en el CDI de Kovacs ni en el BDI de Beck. En total el número de items queda reducido a dieciséis.

Otro aporte interesante fue el de hacer dos pruebas diferentes, una para niños de cinco a diez años y otra para niños de diez a dieciséis años. En la prueba para niños más pequeños cada item se dividió en tres niveles (0, 1, 2); en la prueba para niños de diez a dieciséis años para cada item se correspondían cuatro niveles (0, 1, 2, 3).

CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESION INFANTIL

(Rodríguez Sacristán y Cardoze. Modificado de Beck)
(5-10 años)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha _____ NOHA _____ Puntuación _____

A. Trastornos del sueño

- 0 Generalmente duerme bien.
- 1 Le es difícil quedarse dormido.
- 2 Le es difícil quedarse dormido y además tiene un sueño muy alterado (se despierta durante la noche y no puede volver a dormirse, pesadillas, habla o llora dormido...)

B. Anorexia

- 0 Generalmente come bien.
- 1 Su apetito no es tan bueno, más bien come poco.
- 2 Casi nunca tiene apetito y no come casi nada.

C. Irritabilidad

- 0 Generalmente es tranquilo.
- 1 Algunas veces se altera más de lo normal ante ciertas situaciones.
- 2 Es muy irritable, ante cualquier cosa por pequeña que sea.

D. Aislamiento social

- 0 Le gusta estar con otros niños.
- 1 Es poco interesado en el juego con otros niños.
- 2 Quiere estar siempre solo, rechaza la compañía de los demás niños.

E. Sentimientos de fracaso

- 0 Es un niño bastante seguro de sí mismo.
- 1 A veces expresa temor de que las cosas que debe hacer le salgan mal.
- 2 Siempre dice que a él todo le sale mal, que no sirve para nada.

F. Fatigabilidad

- 0 No suele sentirse cansado.
- 1 Se siente fatigado, sin fuerzas con frecuencia.
- 2 Siempre está cansado, sin fuerzas aunque no haya hecho nada.

G. Dificultad para el trabajo

- 0 Generalmente hace sin dificultad su trabajo escolar.

- 1 Le cuesta trabajo realizar su trabajo escolar.
- 2 No rinde absolutamente nada en su trabajo escolar, no es capaz de hacer un trabajo por pequeño que sea.

H. Tristeza

- 0 Generalmente tiene buen ánimo.
- 1 Se le nota triste, decaído, con cierta frecuencia.
- 2 Siempre está triste.

I. Autolisis

- 0 Nunca habla de hacerse daño.
- 1 A veces expresa el deseo de morir.
- 2 Siempre dice que quiere matarse, que no quiere vivir más.

J. Llanto

- 0 No suele llorar más de lo normal.
- 1 Llora con cierta facilidad.
- 2 Llora por cualquier cosa y a veces sin motivo aparente.

K. Insatisfacción

- 0 Generalmente disfruta de las cosas (juguetes, juegos, situaciones placenteras...)
- 1 No suele disfrutar de las cosas en la medida en que lo hacen los demás niños.
- 2 Nunca disfruta de nada, siempre está insatisfecho, descontento.

L. Pesimismo

- 0 Suele ser un niño optimista.
- 1 A veces expresa temores respecto a las cosas futuras.
- 2 Siempre está temiendo que sucedan cosas terribles, está preocupado siempre por el futuro.

M. Autoimagen

- 0 No suele expresar sentimientos de ser menos que los demás en cualquier sentido.
- 1 A veces se compara con los demás en un sentido negativo (sentirse menos atractivo, más malo o inferior).
- 2 Suele decir con mucha frecuencia que es más malo o feo que los demás.

N. Quejas somáticas

- 0 No suele preocuparse de problemas de salud.
- 1 Se preocupa muchas veces de problemas de salud.
- 2 Está tan preocupado de problemas de salud que no suele hablar de otra cosa.

O. Actitud ante la escuela

- 0 Le gusta ir al colegio.
- 1 A veces pone alguna excusa para faltar al colegio.
- 2 Se niega a ir al colegio sin que exista un motivo aparente.

P. Culpabilidad

- 0 No suele expresar sentimientos de culpa.
- 1 En ocasiones se siente culpable de algunas cosas que pasan.
- 2 Siempre se siente culpable de cualquier cosa que pasa.

CUESTIONARIO ESPAÑOL DE DEPRESION INFANTIL

(Rodríguez Sacristán y Cardoze. Modificado de Beck)
(11-16 años)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha _____ NOHA _____ Puntuación _____

A. Trastorno del sueño

- 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto hasta 1 o 2 horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme.
- 3 Me despierto hasta varias horas más temprano de lo que acostumbro y no puedo volver a dormirme.

B. Anorexia

- 0 Mi apetito no es peor que antes.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2 Mi apetito es mucho peor ahora.
- 3 Ultimamente no tengo nada de apetito.

C. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo acostumbrado.
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2 Ultimamente me siento irritable todo el tiempo.
- 3 No me irritan en absoluto las cosas que acostumbran a irritarme.

D. Aislamiento social

- 0 No he perdido el interés en otras personas.
- 1 Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como lo estaba antes.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
- 3 He perdido todo el interés en otras personas.

E. Sentimientos de fracaso

- 0 Yo no me siento un fracasado.
- 1 Pienso que he fracasado más que las otras personas.
- 2 Pienso que mi vida ha sido una acumulación de fracasos.
- 3 Siento que soy un fracaso completo como persona.

F. Fatigabilidad

- 0 No suelo sentirme más cansado de lo normal.
- 1 Me canso con mayor facilidad que antes.
- 2 Me canso casi con cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa, no puedo hacer nada sin cansarme.

G. Dificultad para el trabajo

- 0 Puedo trabajar tan bien como siempre.
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que hacer un esfuerzo demasiado grande para realizar cualquier cosa.
- 3 No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

H. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Estoy triste casi todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

I. Autolisis

- 0 Nunca he pensado en matarme.
- 1 He pensado en matarme pero no lo haría.
- 2 Me gustaría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera una oportunidad.

J. Llanto

- 0 No lloro más de lo normal.
- 1 Ahora lloro más que antes.
- 2 Ahora lloro todo el tiempo.
- 3 Antes podía llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.

K. Insatisfacción

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto de las cosas como antes.
- 2 No obtengo una satisfacción verdadera de nada.
- 3 Estoy descontento y aburrido de todo.

L. Pesimismo

- 0 No me siento pesimista respecto al futuro.
- 1 Me siento pesimista respecto al futuro.
- 2 Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- 3 Siento que el futuro es para mí descorazonador y que las cosas no mejorarán.

M. Autoimagen

- 0 No creo que me vea o luzca peor que antes.
- 1 Me preocupa parecer más viejo o sin atractivo.
- 2 Me siento como si hubiesen cambios permanentes en mi aspecto que me hacen lucir con menos atractivo.
- 3 Creo que mi aspecto es feo.

N. Quejas somáticas

- 0 No estoy más preocupado por mi salud que antes.
- 1 Estoy preocupado por problemas de salud física como dolores y molestias (problemas de estómago, estreñimiento, dolor de cabeza,..).
- 2 Estoy muy preocupado por problemas de salud física y me es difícil pensar en otras cosas.
- 3 Estoy tan preocupado con los problemas de tipo físico que no puedo pensar en nada más.

O. Actitud ante la escuela

- 0 Me gusta ir al colegio.
- 1 No me gusta mucho ir al colegio.
- 2 Falto mucho al colegio sin necesidad de estar enfermo.
- 3 No quiero ir al colegio.

P. Culpabilidad

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable algunas veces.
- 2 Me siento culpable muchas veces.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

La baremación para esta modificación, utilizada también por nosotros, es la siguiente:

	CEDI-P (5-10 años)	CEDI-M (11-16 años)
Niños sin depresión.....	0-6 puntos	0-6 puntos
Niños con depresión ligera..	7-12 puntos	7-12 puntos
Niños con depresión moderada	13-17 puntos	13-17 puntos
Niños con depresión severa..	18 o más	18 o más

III. ESCALA AUTOEVALUATIVA DE BIRLESON.

Esta escala de autoevaluación fue publicada por Birleson (1981) para discriminar los estados depresivos en la infancia, a partir de los siete años.

En un principio se seleccionaron 37 items, identificados y asociados como parte integrante de la sintomatología depresiva de la infancia, y recopilados de la literatura correspondiente.

Estos items, elaborados algunos de forma positiva y otros negativamente, fueron distribuidos al azar, dividiéndose las respuestas en tres categorías diferentes: nunca, a veces y siempre, adjudicándoseles las puntuaciones 0, 1 y 2 (Tabla 10).

Este inventario primitivo se aplicó a cuatro grupos de niños: depresivos, pacientes con otras categorías diagnósticas, niños mal adaptados y grupo control normal. A partir de los resultados arrojados por estos grupos, y sus correspondientes estudios estadísticos, se seleccionaron aquellos items que diferenciaban al grupo depresivo de los restantes grupos, constituyéndose, a partir de ellos, la

definitiva escala de autoevaluación que consta de 18 items (Tabla 11).

En la Tabla 12 figura la Escala utilizada en nuestro trabajo. Su traducción al castellano y su correspondiente validación y baremación para nuestro medio, así como el análisis de cada item para asignar la consistencia interna de la escala, ha sido realizada por Santisteban, Gómez, Núñez, Pérez, Santos y Rodríguez-Sacristán (1984), utilizando grupos de niños sevillanos, con edades comprendidas entre los siete y quince años.

Entre las conclusiones de esta investigación nos interesa resaltar las siguientes:

1. La Escala para la Depresión de Birlson presenta un alto índice de validez por la relación tan significativa que establece con el C.E.D.I.

2. El baremo obtenido para el diagnóstico de depresión infantil es de 12 puntos.

TABLA 10

Item	Positive or negative
1. I look forward to things as much as I used to	N
2. I find it very hard to keep my mind on my schoolwork	P
3. I get very tired	P
4. I find it very hard to sit still	P
5. I feel like crying	P
6. I feel like running away	P
7. I get tummy aches	P
8. I like to go out and play	N
9. I sleep very well	N
10. I worry about going to school	P
11. I worry about my parents	P
12. I think other children don't like me	P
13. I think other children talk about me	P
14. I have lots of energy	N
15. I am afraid of many things	P
16. I get very angry with people	P
17. I enjoy my food	N
18. I can stick up for myself	N
19. I blame myself for a lot of things	P
20. I think life is not worth living	P
21. I skip school	P
22. I am good at things I do	N
23. I worry about death and dying	P
24. I get frightened in the dark	P
25. I enjoy the things I do as much as I used to	N
26. I like talking with my family	N
27. I get headaches	P
28. I feel as though I am a bad person	P
29. I am moody and bad tempered	P
30. I prefer to be on my own	P
31. I have horrible dreams	P
32. I find myself having to check things again and again	P
33. I feel very lonely	P
34. I find that I fight with people more than I used to	P
35. I am easily cheered up	N
36. I feel so sad that I can hardly stand it .	P
37. I feel very bored	P

TABLA 11Questionnaire

	<u>Most</u>	<u>Sometimes</u>	<u>Never</u>
1. I look forward to things as much as I used to
2. I sleep very well
3. I feel like crying
4. I like to go out to play
5. I feel like running away
6. I get tummy aches
7. I have lots of energy
8. I enjoy my food
9. I can stick up for myself
10. I think life isn't worth living
11. I am good at things I do
12. I enjoy the things I do as much as I used to
13. I like talking with my family
14. I have horrible dreams
15. I feel very lonely
16. I am easily cheered up
17. I feel so sad I can hardly stand it
18. I feel very bored

TABLA 12
ESCALA DE DEPRESION INFANTIL DE BIRLESON

Nombre.....Edad.....Sexo.....
Fecha.....

	Siempre	A veces	Nunca
10 Me ilusiono por las cosas tanto como antes			
20 Duermo muy bien			
30 Tengo ganas de llorar			
40 Me gusta salir a jugar			
50 Tengo ganas de huir			
60 Me entran dolores de barriga			
70 Tengo mucha energía			
80 Disfruto comiendo			
90 Puede defenderme solo			
100 Creo que no vale la pena vivir			
110 Hago las cosas bien			
120 Disfruto de las cosas que hago como antes			
130 Me gusta hablar con mi familia			
140 Tengo pesadillas			
150 Me siento muy solo			
160 Cuando estoy triste, me animo con facilidad			
170 Me siento tan triste que apenas puedo soportarlo			
180 Me encuentro muy aburrido			

3. En correspondencia con el C.E.D.I. se han distinguido cuatro grupos diagnósticos, para marcar los distintos grados de depresión en la infancia:

Grupo 1º) Sin depresión	0-11 puntos.
Grupo 2º) Depresión ligera	12-15 puntos.
Grupo 3º) Depresión moderada	16-18 puntos.
Grupo 4º) Depresión severa	más de 18 puntos.

IV. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980).

Es un sistema que clasifica a los trastornos en categorías. Como ya apuntábamos en la introducción, este criterio DSM III es descriptivo sin implicaciones etiológicas ni de ningún otro tipo.

En la American Psychiatric Association "los trastornos afectivos se dividen en trastornos afectivos mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo), en otros trastornos afectivos específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración) y, por último, en trastornos afectivos atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas). Los trastornos afectivos mayores comprenden el trastorno bipolar y la depresión mayor. Otros trastornos afectivos específicos comprenden el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico." (1983, pag. 215-216)./

La sintomatología esencial, para todo el grupo de trastornos afectivos, es una alteración del estado de

ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo, no derivado de ningún otro trastorno mental o físico. Este estado de ánimo corresponde a un estado emocional que de forma permanente colorea por completo la vida psíquica, tanto en la depresión como en la euforia.

1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS (DSM III).

1.1. Episodio depresivo mayor.

A. Estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de capacidad para el placer.

B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas, como mínimo):

- Variación significativa del apetito o peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación psicomotora o hipoactividad.
- Pérdida de interés para experimentar placer.
- Pérdida de energía, fatiga.
- Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada.

- Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar.
- Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

C. No evidencia de delirios, conductas extravagantes y alucinaciones.

D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

1.2. Trastorno distímico.

A. Durante los dos últimos años (niños y adolescentes: un año) presencia, durante mucho o todo el tiempo, de síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser más o menos persistentes, o estar separadas por periodos de estado de ánimo normal que pueden durar unos días o pocas semanas, pero nunca más de unos meses.

C. Durante los periodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo, o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

D. Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo, los siguientes síntomas:

- Insomnio o hipersomnia.
- Disminución de la energía o cansancio crónico.
- Pérdida de autoestima y sentimientos de autodesprecio.
- Disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa.
- Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad.
- Retraimiento social.

- Pérdida de interés y de la capacidad de experimentar placer.
- Irritabilidad o cólera excesiva (los niños lo expresan respecto de los padres y cuidadores).
- Incapacidad para responder con placer a los elogios o esfuerzos.
- Menos activo y hablador que de costumbre.
- Pesimismo.
- Lágrimas o llanto.
- Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos.

F. Si el trastorno distímico se sobreañade a una alteración mental preexistente, debe ser distinguible claramente de ésta, por su intensidad y efectos.

V. EL TEST DE RORSCHACH.

Una serie estandarizada de diez láminas de manchas de tinta, seleccionadas entre miles de manchas de ensayo, constituye el material de estímulo del método. Estas diez láminas desarrolladas por H. Rorschach consisten en unas figuras de manchas de tinta casi simétricas, cada una impresa y centrada sobre un cartón blanco. Las figuras I, IV, V, VI y VII son de color gris de intensidad variable; en las figuras II y III aparecen, además del gris, manchas de un color rojo brillante; las figuras VIII, IX y X están formadas por manchas de diversos colores, estando también en la X incluido el tono grisáceo.

D. METODO.

I. SELECCION DE SUJETOS.

Para el grupo de niños normales, se acudió a distintos colegios de E.G.B. de Sevilla (Colegio Alfonso X El Sabio y Colegio Nacional Manuel Altolaguirre) y su provincia (en Mairena del Alcor: Colegio Nacional San Bartolomé y Colegio Nacional Juan Caraballo); tres colegios públicos y uno privado, con el fin de obtener características similares respecto al medio rural y urbano, y al nivel socioeconómico. La primera selección se realizó en función de una supuesta carencia de psicopatología, para lo que se necesitó la ayuda de los profesores, a los que se les pidió identificaran, de entre sus alumnos (de cada colegio unos quince niños), aquellos que consideraran que, a su juicio, no necesitaban ser vistos por un psicólogo y/o psiquiatra. De entre los propuestos se eligieron a aquellos que mostraron su conformidad a participar y tenían edades similares a las de sus compañeros de los otros dos grupos con trastornos. A estos niños, una vez entrevistados, se les administró el Cuestionario de Depresión Infantil (C.E.D.I.) y la Escala de Depresión Infantil de Birleson, realizándose la definitiva selección de este grupo, a partir de los resultados obtenidos en estas pruebas.

El segundo grupo se seleccionó entre los niños que acudían a consulta al Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario de Sevilla, diagnosticados, por personal especializado en Psiquiatría, con distintas categorías diagnósticas excluyendo a todos aquellos que padecían síntomas depresivos, según apreciación clínica confrontada posteriormente por los resultados obtenidos en el Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.) y la Escala de Depresión Infantil de Birleson.

El grupo de niños depresivos fue seleccionado entre los que acudían, para ser atendidos, a la consulta del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario de Sevilla, siendo diagnosticados, por personal especializado en Psiquiatría, de Depresión Mayor y Distimia Depresiva y, que lógicamente, obtuvieron unas puntuaciones altas en el Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.) y en la Escala de Depresión Infantil de Birleson.

II. CONDICIONES MATERIALES DE APLICACION A LAS PRUEBAS.

El lugar, siempre intentamos, incluso en los colegios donde aplicamos las pruebas al grupo de niños normales, que fuera una habitación silenciosa, bien iluminada y ventilada, con una decoración sobria y sencilla para no distraer la atención del niño; y lo suficientemente cómoda para producir la adecuada predisposición.

La administración de todas las pruebas se llevó a cabo, por un mismo examinador, durante dos días. En el primer día se comenzó con una entrevista, que varió según circunstancias personales, con la finalidad de obtener un óptimo clima de confianza, a la vez que una adecuada cooperación. Cumplidos estos requisitos se procedió a la administración del Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.), y la Escala de Depresión Infantil de Birlleson. En el segundo día se procedió a la aplicación del Test de Rorschach.

III. APLICACION DEL CUESTIONARIO ESPAÑOL DE
DEPRESION INFANTIL (C.E.D.I.) Y LA ESCALA DE
DEPRESION DE BIRLESON.

Ambas pruebas se administraron de forma individual: en primer lugar el C.E.D.I. y a continuación la Escala de Depresión Infantil de Birleson.

En la aplicación de la forma para niños más pequeños C.E.D.I.-P., no hubo necesidad, por regla general, de recurrir a los padres, como es práctica común (Rodríguez Sacristán, Cardoze y cols., 1984), los niños, al tener como edad mínima 8 años, mostraron suficiente capacidad para responder por sí solos a los distintos items del cuestionario; eso sí, con la ayuda del examinador que les iba leyendo en voz alta las distintas frases y aportando todas las ayudas aclaratorias necesarias. En el grupo de otras categorías diagnósticas si hubo necesidad, en algunos casos, dos en concreto, de recurrir a sus madres para la complementación de los cuestionarios, ante la dificultad que presentaban estos niños ante la prueba.

Para la forma de niños mayores C.E.D.I.-M., seguimos el siguiente procedimiento: después de dar unas breves instrucciones, se dejaba al niño en libertad de contestar por sí solo a los sucesivos items del Cuestionario, pero siempre acompañado del examinador que se prestaba explícitamente a brindarle ayuda en el caso de que la necesitara.

Para la Escala de Depresión Infantil de Birlson se siguieron prácticamente las mismas pautas de comportamiento que para el Cuestionario Español de Depresión Infantil (C.E.D.I.). Es decir, a los más pequeños, el examinador les leyó los items, ayudándoles en la complementación de la prueba, si así lo necesitaban. A los niños más mayores se les dió toda la libertad y protagonismo que ellos asumían, pero prestos siempre a brindarles todas las explicaciones que pidieran y/o se juzgaran oportunas.

IV. APLICACION Y VALORACION DEL TEST DE RORSCHACH.

Para la administración, valoración e interpretación de los protocolos Rorschach se siguió el Sistema Comprensivo del Rorschach propuesto por Exner (1974, 1978, 1985). No obstante, no fuimos extremadamente rigurosos e introducimos algunas variaciones tanto en la administración como en la interpretación, siguiendo sugerencias de otros autores y en función de nuestra experiencia; manteniéndonos fieles al Sistema de Exner en todo lo concerniente a la clasificación de las respuestas.

En el proceso de administración del test de Rorschach están implicados factores tales como la posición adoptada por el examinado y el examinador, la consigna, la anotación de respuestas, la medida del tiempo y la encuesta o interrogatorio. Como refiere Exner (1974, Tomo I, pag. 41), las alteraciones en el procedimiento de administración: "pueden influenciar elementos como el número de respuestas, el contenido de las mismas, la utilización del estímulo y las características de la respuesta verbalizada. El conjunto de estos factores puede minimizar los datos básicos obtenidos por el examinador y, en el caso del

usuario menos experimentado, alterar en alguna medida la descripción final."

1. ADMINISTRACION.

Lo expuesto en este párrafo evidencia la importancia de la forma en que se conduce un proceso de administración en el test de Rorschach. Esto se pone de manifiesto desde el primer momento, cuando se cuestiona el emplazamiento del sujeto con respecto al examinador. Hay distintas opiniones:

- Rapaport y Schafer: frente a frente.
- Rorschach y Beck: examinador al lado pero algo más atrás que el sujeto.
- Klopfer y Hertz: examinador al lado del sujeto.
- Piotrowski: la más natural.

Nosotros, de acuerdo con Piotrowski, opinamos que la pauta a seguir vendrá determinada por la situación. Según las condiciones que reúna la habitación y características del sujeto (edad, sexo, etc.) será adecuada una u otra posición. El lugar donde administramos las pruebas, incluido el test de

Rorschach, predisponía a la posición frente a frente, esta fué pues la que adoptamos.

A pesar de que ya habíamos mantenido con cada niño una entrevista, en la que se había favorecido una buena relación y asegurado su colaboración; en este segundo día no comenzamos sin más a emitir la consigna, dejamos pasar un tiempo para que el niño se acomodara de nuevo a la situación, ofreciéndole un ambiente lo más distendido posible y algunas breves explicaciones sobre el material, mediante las que informábamos al niño sobre el origen de las manchas, apoyándonos en lo que advirtió Rorschach: que en algunos casos, podría resultar necesario explicar al sujeto cómo se realizan las manchas, si esto facilita su cooperación o reduce su ansiedad.

El material de la prueba, compuesto por diez láminas, a las que ya hicimos referencia, se fue presentando en su orden correlativo de numeración, tras la consigna. Esta también varía según los autores. Entre algunas consignas con explicaciones que consideramos exhaustivas (como la de Hertz) y el lacónico "qué podría ser esto" que recomienda Exner, nos situamos en un término medio, en el que a nuestro

juicio se encuentra Klopfer y Kelly (1977, pag. 42), al recomendar la siguiente formulación:

"En estas láminas con manchas de tinta la gente ve toda clase de cosas; ahora dígame lo que usted ve; lo que podría ser esto para usted, en qué le hace pensar".

En esta consigna, las posibles deficiencias de cada frase quedan anuladas con las otras. Así, por ejemplo, la palabra "esto" de la segunda frase, se puede interpretar como demanda de respuestas globales (interpretar la mancha en su conjunto), subsanándose esta interpretación al considerar las restantes frases.

Cada lámina se entregó en su posición original; los cambios introducidos por el niño al dar cada respuesta se registraron mediante unos símbolos (/ \ posición original, \ / invertida, < o > de través) sugeridos por Loosli-Usteri (1965), y que han sido adoptados por gran parte de los autores.

Todo lo que el niño verbalizó durante la administración, así como los gestos y posturas significativas, se registraron con fidelidad; también se anotó el tiempo de reacción que media entre la presentación de cada lámina y la emisión de la primera

respuesta. Algunos autores recomiendan anotar el tiempo entre la primera respuesta y la última a cada lámina, es decir, el tiempo por lámina; en nuestra opinión esto implica una dispersión de la atención por parte del examinador a todas luces innecesaria, ya que este tiempo se puede calcular posteriormente, al observar el protocolo (p. ej., al marcar los segundos con puntos suspensivos se delimita el tiempo de las pausas).

2. ENCUESTA.

Lo que se intenta estudiar, mediante el Rorschach, son las reacciones de un sujeto ante la presentación de un estímulo ambiguo (manchas de tinta). Son pues las respuestas, que se supone refleja lo que el sujeto piensa y siente en el momento de la administración, el objeto de estudio alrededor del cual gira toda la metodología.

En una respuesta puede haber implícitos aspectos no verbalizados: del esclarecimiento de estos aspectos trata esta fase de la encuesta, que exige el despliegue de una gran habilidad y práctica, aparte de unos conceptos muy claros acerca de los criterios de clasificación de las respuestas. Proveerse de la

información necesaria para esta clasificación es, en última instancia, el objetivo básico de la encuesta.

La mayoría, aunque no todos los autores, se pronuncian tanto por la mayor neutralidad como por el menor número de preguntas posibles. Las preguntas, las intervenciones del examinador, en esta fase de la Encuesta, siempre serán armas de dos filos: si se hacen preguntas sugerentes, el sujeto puede añadir una nueva información no existente, ni explícita ni implícitamente, en el momento en que se emitió la respuesta durante la fase de administración, de esta manera, se corre el peligro de tergiversar la respuesta original al añadir nuevos matices.

En general, el método que se empleó fué el de mantener un estado de alerta, de atención, con el fin de retomar "esa palabra", "esa frase" y revertirla en el examinado; lo que en muchas ocasiones fué suficiente para que éste repitiera la respuesta y esta vez plena del sentido que originalmente le asignó.

También se utilizaron preguntas neutras de naturaleza no directiva, tales como:

- ¿Qué te hizo pensar en...?
- ¿Qué te dió la idea de...?

Un aspecto a aclarar durante el periodo de la encuesta, y que no requiere de tanta cautela, es el de la delimitación de la zona de la mancha interpretada en cada respuesta. Para tal fin dispusimos de una hoja de localización en la que figuran reproducciones de las láminas en tamaño reducido, en las que íbamos señalando las zonas interpretadas, e incluso si era necesario, p. ej. por ser una delimitación imperceptible, le pedíamos al niño que nos la señalara él mismo.

3. CLASIFICACION.

Para clasificar las respuestas recurrimos, como ya hemos señalado, al Sistema Comprensivo de Exner (1985). De los distintos criterios para clasificar una respuesta y los símbolos utilizados por distintos autores, incluyendo a Exner, hemos tratado ampliamente en la introducción, no considerando pertinente ampliar más esta cuestión.

Una vez clasificadas las respuestas, se procedió, también a esto se aludió en la introducción, a un recuento o cómputo final, lo que en el Sistema Comprensivo de Exner se denomina Síntesis o Resumen

Estructural, y otros autores, por ejemplo Klopfer, alude como Psicograma.

A partir de los datos de la Síntesis Estructural se extrajeron las 83 variables Rorschach utilizadas en nuestra investigación.

V. TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

Los datos fueron codificados y procesados mediante un ordenador modelo AT/2.000 de la marca TRISOFT, y analizados mediante el paquete estadístico SPSS/PC Plus. Utilizando los siguientes programas:

- Estadístico descriptivo.
- ANOVA.
- Contraste de Proporciones.
- Correlaciones de Pearson.
- Rotación de Varimax.

En un análisis de datos el primer paso a realizar es un estudio descriptivo de sus variables.

La variable independiente "Grupo" (V2) se distribuyó en tres categorías:

- Grupo 1: Sujetos normales.
- Grupo 2: Sujetos con otras categorías diagnósticas.
- Grupo 3: Sujetos depresivos.

Con respecto a las variables dependientes, ochenta y seis fueron las seleccionadas para nuestro estudio:

- 1 Variable cualitativa sexo (V3):
 - Categoría 1: Varón.
 - Categoría 2: Mujer.

- 1 Variable cuantitativa edad (V4).

- 1 Variable hábitat (V5):
 - Categoría 1: Urbano.
 - Categoría 2: Rural.

- 73 Variables cuantitativas Rorschach:
 - V7: Número de respuestas.
 - V8: Popular (Respuestas populares).
 - V9: W (Respuestas globales).
 - V10: D (Respuestas de detalle usual).
 - V11: Dd (Respuestas de detalle inusual).
 - V12: S (Respuestas de espacio en blanco).
 - V13: DQ+ (Calidad evolutiva sintetizada superior).
 - V14: DQv/+ (Calidad evolutiva sintetizada).
 - V15: DQo (Calidad evolutiva ordinaria).
 - V16: DQv (Calidad evolutiva vaga).

- V17: FQ+ (Calidad formal ampliada superior sobre-elaborada).
- V18: FQo (Calidad formal ampliada ordinaria).
- V19: FQu (Calidad formal ampliada única o inusual).
- V20: FQ- (Calidad formal ampliada deficiente).
- V21: M (Respuestas de movimiento humano).
- V22: Ma (Respuestas de movimiento humano activo).
- V23: Mp (Respuestas de movimiento humano pasivo).
- V24: M- (Respuestas de movimiento humano con calidad formal deficiente).
- V25: FM (Respuestas de movimiento animal).
- V26: m (Respuestas de movimiento inanimado).
- V27: Activo (Total de respuestas de movimiento activo).
- V28: Pasivo (Total de respuestas de movimiento pasivo).
- V29: FC (Respuestas de forma-color).
- V30: CF (Respuestas de color-forma).
- V31: C (Respuestas de color puro).

- V32: Sum C (Suma ponderada de respuestas de color).
- V33: C' (Suma de todas las respuestas de color acromático).
- V34: T (Suma de todas las respuestas de textura).
- V35: V (Suma de todas las respuestas de vista).
- V36: Y (Suma de todas las respuestas de sombreado difuso).
- V37: SumCl.Osc. (Suma de todas las respuestas de sombreado y de color acromático).
- V38: Fr+rF (Respuestas de reflejos).
- V39: (2) (Respuestas de pares).
- V40: FD (Respuesta de forma-dimensión).
- V41: F (Respuestas de forma pura).
- V42: F+ (Respuestas de forma pura superior sobre-elaborada).
- V43: Fo (Respuestas de forma pura ordinaria).
- V44: Fu (Respuestas de forma pura única o inusual).
- V45: F- (Respuestas de forma pura deficiente).
- V46: Zf (Frecuencia de Z)

- V47: Z_d ($Z_{Sum} - Z_{est}$).
- V48: EA (Experiencia Actual: Suma de M + Suma ponderada de color).
- V49: ep (Experiencia potencial: $SumFM + m + C' + T + Y + V$).
- V50: Punt.D (Puntuación D no ajustada).
- V51: ADJ.D (Puntuación D ajustada).
- V52: Afr [Proporción afectiva: $SumR (VIII + IX + X) / SumR (I + II + III + IV + V + VI + VII)$].
- V53: $3r + (2) / R$ [Indice de egocentricidad: $3(rF + Fr) + Sum(2) / R$].
- V54: L (Lambda: $SumF / SumR - F$).
- V55: Det. Múltiples (Total de respuestas con Determinantes Múltiples).
- V56: D.M.Claros.Color (Total de respuestas en que aparece el Determinante Múltiple color y sombreado).
- V57: X+% (Forma convencional. Se relaciona con la exactitud perceptual).
- V58: F+% (Forma pura convencional).
- V59: X-% (Forma distorsionada. Se relaciona con la distorsión perceptual).
- V60: A% (Contenido animal).
- V61: Prim Cont (Variedad de contenido).

- V62: H Pura (Respuestas de contenido humano en las que se interpreta una figura humana completa).
 - V63: H Total (Todas las respuestas de contenido humano).
 - V64: S.Const (Constelación de suicidio).
 - V65: Depresión (Índice de depresión).
 - V66: DV (Verbalización desviada).
 - V67: DR (Respuesta desviada).
 - V68: INCOM (Combinación incongruente).
 - V69: FABCOM (Combinación fabulada).
 - V70: ALOG (Lógica inadecuada).
 - V71: CONTAM (Contaminación).
 - V72: Sum6F.E. (DV + DR + INCOM + FABCOM +
+ ALOG + CONTAM).
 - V73: WSum6F.E. (Suma ponderada de DV + DR +
+ INCOM + FABCOM + ALOG + CONTAM).
 - V74: AG (Movimiento agresivo).
 - V75: CONFAB (Confabulación).
 - V76: CP (Proyección de color).
 - V77: MOR (Contenido mórbido).
 - V78: PER (Personalización).
 - V79: PSV (Perseveración).
- 10 Variables Rorschach cualitativas:
- Estilo EB (V80):

- Categoría 1: $M - \text{SumC} \geq 2$
- Categoría 2: $M - \text{SumC} = +1,5$ a $-1,5$
- Categoría 3: $\text{SumC} - M \geq 2$
- Puntuación $D < 0$ (V81):
 - Categoría 1: Punt. $D < 0$
 - Categoría 2: Punt. D no es < 0
- Puntuación $\text{ADJ.}D < 0$ (V82):
 - Categoría 1: Sí
 - Categoría 2: No
- Incorporador (V83):
 - Categoría 1: Punt. $Zd > +3$
 - Categoría 2: Punt. $Zd < -3$
 - Categoría 3: Ni una ni otra
- Desviación $X + \%$ (V84):
 - Categoría 1: $X + \% < 0,70$
 - Categoría 2: $X + \% \geq 0,70$
- Desviación $F + \%$ (V85):
 - Categoría 1: $F + \% < 0,70$
 - Categoría 2: $F + \% \geq 0,70$
- Desviación $X - \%$ (V86):
 - Categoría 1: $X - \% > 0,15$
 - Categoría 2: $X - \% \leq 0,15$
- S-Constelación (V87):
 - Categoría 1: S-Constelación ≥ 7
 - Categoría 2: S-Constelación < 7
- Depresión (V88):

- Categoría 1: $Depri \geq 4$
- Categoría 2: $Depri < 4$
- Índice de aislamiento (V89):
 - Categoría 1: $I.A. > \frac{1}{4} Resp.$
 - Categoría 2: $I.A. < \frac{1}{4} Resp.$

Una vez ordenadas y agrupadas estas variables (proceso de tabulación) se realizaron los cálculos estadísticos fundamentales mediante el programa estadístico descriptivo; y seguidamente se aplicaron los paquetes de estadística inferencial que se detallan:

a) Para comparar las medias obtenidas por los tres grupos, en las 74 variables cuantitativas, hemos utilizado la técnica estadística de Análisis de Varianza (ANOVA), que como señala Domènech I Massons (1982) es un método de comparación de varias medias, basado en la comparación de la varianza entre dichas medias a partir de la prueba F de Snedecor.

b) En los casos en los que se demostraron diferencias significativas entre las medias observadas en los tres grupos, realizamos un contraste de medias mediante el método de Tukey, lo que nos permitió

identificar qué grupos diferían entre sí con respecto a la variable dependiente en cuestión.

c) El programa de contraste de proporciones, utilizando la prueba del Ji cuadrado, lo hemos seleccionado para comparar las frecuencias obtenidas por los distintos grupos en cada una de las categorías de que consta cada variable cualitativa.

d) Como señala Comrey (1985), un análisis factorial se realiza cuando ante un conjunto de variables se desea tener alguna idea sobre qué construcciones pueden usarse para explicar las intercorrelaciones entre estas variables. Con un análisis factorial mediante el método Varimax cumplimentamos el último punto de nuestros objetivos: por medio del agrupamiento de las variables Rorschach examinar distintas características de personalidad dentro del grupo de niños depresivos, contrastándolas a su vez con las de los otros grupos estudiados. Para llevar a cabo este análisis realizamos un paso previo y obligado como es el cálculo de la matriz de correlaciones entre variables, mediante el programa de correlaciones de Pearson ya aludido; seleccionando, seguidamente, el máximo de variables que nos permitía el programa (cuarenta de las setenta y tres variables

cuantitativas Rorschach), para proseguir con todos los pasos (extracción factorial, etc.) que conlleva todo proceso de un Análisis Factorial incluido el Método Varimax de Kaiser (1958,1959) empleado por nosotros. Las variables seleccionadas para este estudio se detallan a continuación:

- V7: N^o de Respuestas
- V8: Popular
- V9: W
- V10: D
- V11: Dd
- V12: S
- V13: DQ+
- V14: DQv/+
- V15: DQo
- V16: DQv
- V21: M
- V25: FM
- V26: m
- V27: Activo
- V28: Pasivo
- V29: FC
- V30: CF
- V31: C
- V32: SumC
- V33: C'
- V34: T
- V35: V
- V36: Y
- V37: SumClaro/Oscuro
- V39: (2)
- V40: FD
- V46: Zf
- V47: Zd
- V52: Afr
- V53: $3r+(2)/R$
- V54: L
- V55: Det. Múltiples
- V56: D.M.Claros.Color
- V57: X+%
- V58: F+%
- V59: X-%
- V60: A%
- V63: H Total
- V72: Sum6F.E.
- V73: WSum6F.E.

Para todos los análisis que se han efectuado hemos considerado conveniente establecer un nivel de significación de 0.05, excepto en las correlaciones de Pearson, cuyo nivel de significación ha sido de 0.01 y de 0.001.

E. RESULTADOS.

I. PROGRAMA ESTADISTICO DESCRIPTIVO.

Los resultados del Programa Estadístico Descriptivo se presentan:

- En la Tabla 13 para la variable Edad.

- En las Tablas 14, 15, 16 y 17 para las variables cuantitativas del Rorschach de los Grupos 1, 2 y 3 y del total de sujetos, respectivamente.

- En la Tabla 18 para las variables Sexo y Hábitat.

- En la Tabla 19 para las variables cualitativas del Rorschach.

TABLA 13: ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS PARA LA VARIABLE EDAD

Grupos	Número Sujetos	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores Mínimo	Máximo
1	30	11.0667	1.6174	0.2953	8	13
2	30	9.9667	1.5421	0.2816	8	13
3	31	11.0645	1.5692	0.2818	8	13
Total	91	10.7033	1.6431	0.1722	8	13

Como se puede observar la media de edad del grupo 2, es sensiblemente inferior a las de los grupos 1 y 2. Según el análisis de varianza y el contraste posterior de medias, que presentamos y comentamos en el punto II, esta diferencia de edad del grupo 1 con respecto a los grupos 1 y 2 es significativa.

TABLA 14: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LAS 73 VARIABLES CUANTITATIVAS DEL RORSCHACH DEL GRUPO 1.

Variable	Niños Normales N = 30			Valores	
	Media	Desviación Típica	Error Standard	Mínimo	Máximo
NQ Resp.	19.0000	10.2183	1.8656	10	56
Popular	4.1500	1.5545	0.2838	1.5	9
W	6.0667	3.8050	0.6947	1	15
D	8.9333	7.0169	1.2811	0	26
Dd	4.0000	5.2523	0.9589	0	29
S	2.2667**	2.3034	0.4205	0	8
DQ+	2.3667	2.1413	0.3909	0	7
DQv/+	0.4333**	0.6789	0.1240	0	2
DQo	15.2333	10.1359	1.8506	4	53
DQv	1.0000	0.9826	0.1794	0	3
FQ+	0.5000***	1.1064	0.2020	0	5
FQo	14.0333	8.2147	1.4998	5	48
FQu	3.3333	2.5098	0.4582	0	8
FQ-	0.7000**	0.8769	0.1601	0	3
M	1.6000	1.7140	0.3129	0	6
Ma	0.7667	1.0063	0.1837	0	3
Mp	0.8333	1.1769	0.2149	0	4
M-	0.0667	0.2537	0.0463	0	1
FM	2.1333	2.0297	0.3706	0	7
m	0.6333	0.8503	0.1552	0	3
Activo	2.6667	2.2180	0.4050	0	8
Pasivo	1.6667	1.8445	0.3368	0	6
FC	0.8000	1.0306	0.1882	0	3
CF	0.7000	0.7497	0.1369	0	2
C	0.1000	0.4026	0.0735	0	2
SumC	1.2333	1.1502	0.2100	0	4
C'	0.6000	0.9322	0.1702	0	3
T	0.5000	1.0422	0.1903	0	4
V	0.3333**	0.6609	0.1207	0	2
Y	0.9000	1.0289	0.1878	0	3
SumC1-Osc	2.3333	2.1709	0.3963	0	9
Fr+rF	0.1333	0.3457	0.0631	0	1
(2)	5.7000	5.5532	1.0139	0	24
FD	0.1667	0.4611	0.0842	0	2
F	12.0667	8.3951	1.5327	2	46
F+	0.2000	0.4842	0.0884	0	2
Fo	8.7333	6.8427	1.2493	1	39
Fu	2.6000	2.1592	0.3942	0	8
F-	0.5333**	0.6814	0.1244	0	2
Zf	7.9333**	3.9474	0.7207	2	16
Zd	-0.5333	3.2402	0.5916	-7	7.5
EA	2.9500	2.2297	0.4071	0	8.5
ep	5.3500	3.9066	0.7132	0	15

Variables	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores Mínimos Máximos	
Punt D	-0.6333	0.9279	0.1694	-3	1
P.ADJ.D.	-0.4667	0.8604	0.1571	-3	1
Afr	0.5690	0.2405	0.0439	0.25	1.2
3r+(2)/R	0.2843	0.1840	0.0336	0	0.71
L	3.0480	4.0299	0.7358	0.25	16
Det. Mul.	1.7000	1.6432	0.3000	0	5
D.M.Cl-Co	0.1667	0.3790	0.0692	0	1
X+%	0.7683	0.1534	0.0280	0.38	1
F+%	0.7377	0.1777	0.0324	0.33	1
X-%	0.0423	0.0557	0.0102	0	0.17
A%	0.5397	0.1504	0.0275	0.3	0.81
Prim.Cont.	4.8333	1.5555	0.2840	2	8
H Pura	1.0667	1.0483	0.1914	0	4
H Total	4.0667	2.6121	0.4769	0	11
S Const.	2.4000	1.6103	0.2940	0	6
Depres.	1.1667	0.8339	0.1523	0	4
DV	0.0000	0.0000	0.0000	0	0
DR	0.0667	0.3651	0.0667	0	2
INCOM	0.4333	1.0726	0.1958	0	5
FABCOM	0.1667	0.4611	0.0842	0	2
ALOG	0.1667	0.3790	0.0692	0	1
CONTAM	0.0667	0.2573	0.0463	0	1
Sum6F.E	1.0000	1.4622	0.2670	0	6
WSum6F.E	3.0333	3.5183	0.6423	0	10
AG	0.4667	0.8604	0.1571	0	3
CONFAB	0.0667	0.2537	0.0463	0	1
CP	0.0000	0.0000	0.0000	0	0
MOR	0.2333	0.4302	0.0785	0	1
PER	0.2333	0.5040	0.0920	0	2
PSV	0.3000	0.9154	0.1671	0	4

** Dos grupos muestran entre sí diferencias significativas en esta variable.

*** Un grupo difiere significativamente de los otros dos, en esta variable.

Las diferencias estadísticamente significativamente respecto a la variable FQ+ se observa entre los grupos 1 y 2 y entre los grupos 1 y 3.

Una descripción más rigurosa de estas diferencias la detallamos en el punto II (Programa Anova y Contraste de medias).

TABLA 15: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LAS 73 VARIABLES CUANTITATIVAS DEL RORSCHACH DEL GRUPO 2.

Niños con otras Categorías Diagnósticas.					
N=30					
Variable	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores Mínimos Máximos	
Nº Resp.	15.4667	6.8013	1.2417	9	33
Popular	3.5333	1.7217	0.3143	0	7.5
W	5.6000	2.1592	0.3942	2	9
D	7.3333	4.9084	0.8961	0	19
Dd	2.4667	2.7258	0.4977	0	10
S	1.4000	1.4994	0.2738	0	7
DQ+	1.9667	1.7711	0.3234	0	6
DQv/+	0.0667**	0.2537	0.0463	0	1
DQo	11.6333	6.1447	1.1219	5	30
DQv	1.6333	2.7976	0.5108	0	13
FQ+	0.1000***	0.3051	0.0557	0	1
FQo	10.7000	5.0251	0.9175	0	26
FQu	5.1667	16.1332	2.9455	0	90
FQ-	2.0000**	2.4495	0.4472	0	11
M	1.0667	1.1725	0.2141	0	4
Ma	0.5333	0.7761	0.1417	0	3
Mp	0.5333	0.7761	0.1417	0	2
M-	0.0333	0.1826	0.0333	0	1
FM	1.6667	1.3476	0.2460	0	5
m	0.2333	0.4302	0.0785	0	1
Activo	1.9000**	1.3481	0.2461	0	5
Pasivo	1.0667	1.2299	0.2245	0	4
FC	0.7333	1.0148	0.1853	0	4
CF	0.7667	1.0400	0.1899	0	3
C	0.1333	0.4342	0.0793	0	2
SumC	1.3333	1.6100	0.2939	0	6.5
C'	0.4667	0.8996	0.1642	0	3
T	0.2333	0.6789	0.1240	0	3
V	0.0333**	0.1826	0.0333	0	1
Y	0.8667	1.1366	0.2075	0	4
SumCl-Osc	1.6000	1.7340	0.3166	0	7
Fr+rF	0.1000	0.3051	0.0557	0	1
(2)	4.0667	2.7156	0.4958	0	10
FD	0.0667	0.2537	0.0463	0	1
F	10.2667	5.2584	0.9600	4	27
F+	0.0333	0.1826	0.0333	0	1
Fo	7.3667	4.0385	0.7373	2	22
Fu	1.4667	1.5916	0.2906	0	8
F-	1.4000**	1.8864	0.3444	0	9
Zf	6.4333	2.3735	0.4333	2	11
Zd	-0.6333	2.5594	0.4673	-6	4.5
EA	2.4000	2.1391	0.3905	0	8.5
ep	3.2333	2.2234	0.4059	0	8

Variables	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores	
				Mínimos	Máximos
Punt D	-0.2333	0.5683	0.1038	-1	1
P.ADJ.D	-0.1333	0.5713	0.1043	-1	1
Afr	0.5590	0.2332	0.0426	0.28	1.25
3r+(2)/R	0.2900	0.1928	0.0352	0	0.72
L	2.7070	2.1463	0.3919	0.62	9
Det. Mul.	1.1000	1.0619	0.1939	0	3
D.M.C1-Co	0.4000	0.6747	0.1232	0	2
X+%	0.7293	0.1429	0.0261	0.45	1
F+%	0.7100	0.1653	0.0302	0.37	1
X-%	0.1207	0.1164	0.0213	0	0.42
A%	0.5843	0.1802	0.0329	0.13	1
Prim.Cont.	4.3667	1.8096	0.3304	1	8
H Pura	1.0333	0.9994	0.1825	0	4
H Total	2.9333	2.0160	0.3681	0	8
S. Const.	2.6000	1.7340	0.3166	0	7
Depres.	1.0667	0.7849	0.1433	0	3
DV	0.0333	0.1826	0.0333	0	1
DR	0.2000	0.9248	0.1688	0	5
INCOM.	0.5333	0.9732	0.1777	0	4
FABCOM	0.1667	0.3790	0.0692	0	1
ALOG	0.4000	0.8944	0.1633	0	4
CONTAM	0.1000	0.3051	0.0557	0	1
Sum6F.E.	1.4333	1.8880	0.3447	0	6
WSum6F.E.	5.0667	6.7104	1.2252	0	21
AG	0.2000	0.4842	0.0884	0	2
CONFAB	0.1000	0.3051	0.0557	0	1
CP	0.0333	0.1826	0.0333	0	1
MOR	0.1333	0.4342	0.0793	0	2
PER	0.3000	0.9523	0.1739	0	5
PSV	0.4333	0.6261	0.1143	0	2

** Dos grupos muestran entre sí diferencias significativas en esta variable.

*** Un grupo difiere significativamente de los otros dos, en esta variable.

Las diferencias estadísticamente significativamente respecto a la variable FQ+ se observa entre los grupos 1 y 2 y entre los grupos 1 y 3.

Una descripción más rigurosa de estas diferencias la detallamos en el punto II (Programa Anova y Contraste de medias).

TABLA 16: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LAS 73 VARIABLES CUANTITATIVAS DEL RORSCHACH DEL GRUPO 3.

Niños Depresivos.					
N = 31					
Variable	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores Mínimo Máximo	
Nº Resp.	16.8387	8.1980	1.4724	10	39
Popular	4.1129	1.5849	0.2847	2	8
W	4.9677	2.3592	0.4237	1	9
D	9.0645	7.4473	1.3376	1	30
Dd	2.8065	2.8216	0.5068	0	10
S	0.8387**	1.0032	0.1802	0	3
DQ+	2.5484	2.0951	0.3763	0	11
DQv/+	0.1935	0.6011	0.1080	0	2
DQo	12.1935	7.2407	1.3005	3	29
DQv	1.9355	1.9822	0.3560	0	7
FQ+	0.0000***	0.0000	0.0000	0	0
FQo	12.5484	5.9545	1.0695	5	29
FQu	2.7742	2.4181	0.4343	0	10
FQ-	1.3871	1.4760	0.2651	0	5
M	1.5161	1.5027	0.2699	0	6
Mq	1.0968	1.4226	0.2555	0	6
Mp	0.4194	0.6720	0.1207	0	2
M-	0.1290	0.4275	0.0768	0	2
FM	2.0645	2.0483	0.3679	0	9
m	0.7419	1.3408	0.2408	0	5
Activo	3.3548**	2.9160	0.5237	0	12
Pasivo	1.0968	1.1062	0.1987	0	4
FC	0.8387	1.1575	0.2079	0	4
CF	0.7742	1.2304	0.2210	0	5
C	0.0968	0.3005	0.0540	0	1
SumC	1.3387	1.5884	0.2853	0	6.5
C'	0.5161	1.3384	0.2404	0	5
T	0.2258	0.5603	0.1006	0	2
V	0.1290	0.4275	0.0768	0	2
Y	1.3226	1.9898	0.3574	0	10
SumCl-Osc	2.1935	2.8800	0.5173	0	11
Fr+rF	0.2903	1.0064	0.1808	0	5
(2)	5.5806	4.1934	0.7532	0	16
FD	0.1613	0.4544	0.0816	0	2
F	10.3226	7.1199	1.2788	0	28
F+	0.0968	0.5388	0.0968	0	3
Fo	7.3226	5.2497	0.9429	0	21
Fu	2.0645	2.0483	0.3679	0	7
F-	0.8387	1.1575	0.2079	0	4
Zf	5.8065**	2.6002	0.4670	2	13
Zd	-0.4839	3.5765	0.6424	-11	5
EA	2.8548	2.0379	0.3660	0	8.5
ep	5.1613	5.2224	0.9380	0	22

Variables	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores Mínimos Máximos	
Punt. D	-0.7097	1.5317	0.2751	-5	1
P.ADJ.D	-0.3871	1.1454	0.2057	-5	1
Afr	0.6245	0.2648	0.0476	0.34	1.62
3r+(2)/R	0.3958	0.2663	0.0478	0.08	1.5
L	2.1710	2.1087	0.3787	0	10.5
Det. Mul.	1.6774	2.1038	0.3778	0	9
D.M.Cl-Co	0.4839	0.8112	0.1457	0	3
X+	0.7523	0.1267	0.0228	0.5	1
F+	0.7029	0.2179	0.0391	0	1
X-	0.1497	0.3903	0.0701	0	2.2
A%	0.5668	0.1603	0.0288	0.2	0.86
Prim.Cont	5.1290	2.0935	0.3760	2	9
H Pura	1.3871	1.4760	0.2651	0	6
H Total	2.8710	2.1094	0.3789	0	7
S. Const.	2.3871	1.0544	0.1894	0	4
Depres.	1.0968	0.9076	0.1630	0	4
DV	0.0000	0.0000	0.0000	0	0
DR	0.0645	0.2497	0.0449	0	1
INCOM.	0.5161	1.1216	0.2015	0	5
FABCOM	0.4194	1.3108	0.2354	0	7
ALOG	0.2258	0.4973	0.0893	0	2
CONTAM	0.1935	0.7492	0.1346	0	4
Sum6F.E.	1.4194	2.7902	0.5011	0	14
WSum6F.E.	5.2903	11.6224	2.0874	0	62
AG	0.5806	1.0575	0.1899	0	4
CONFAB	0.0323	0.1796	0.0323	0	1
CP	0.0000	0.0000	0.0000	0	0
MOR	0.3548	1.0503	0.1886	0	4
PER	0.3548	1.4731	0.2646	0	8
PSV	0.1935	0.4774	0.0858	0	2

** Dos grupos muestran entre sí diferencias significativas en esta variable.

*** Un grupo difiere significativamente de los otros dos, en esta variable.

Las diferencias estadísticamente significativamente respecto a la variable FQ+ se observa entre los grupos 1 y 2 y entre los grupos 1 y 3.

Una descripción más rigurosa de estas diferencias la detallamos en el punto II (Programa Anova y Contraste de medias).

TABLA 17: ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS PARA LAS 73 VARIABLES CUANTITATIVAS DEL RORSCHACH DEL GRUPO TOTAL.

Total de niños estudiados.					
N = 91					
Variable	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores Mínimo Máximo	
NQ Resp.	17.0989	8.5480	0.8961	9	56
Popular	3.9341	1.6282	0.1707	0	9
W	5.5385	2.8686	0.3007	1	15
D	8.4505	6.5375	0.6853	0	30
Dd	3.0879	3.7908	0.3974	0	29
S	1.4945	1.7662	0.1851	0	8
DQ+	2.2967	2.0027	0.2099	0	11
DQv/+	0.2308	0.5593	0.0586	0	2
DQo	13.0110	8.0781	0.8468	3	53
DQv	1.5275	2.0728	0.2173	0	13
FQ+	0.1978	0.6867	0.0720	0	5
FQo	12.4286	6.5999	0.6919	0	48
FQu	3.7473	9.4288	0.9884	0	90
FQ-	1.3626	1.7858	0.1872	0	11
M	1.3956	1.4823	0.1554	0	6
Ma	0.8022	1.1177	0.1172	0	6
Mp	0.5934	0.9065	0.0950	0	4
M-	0.0769	0.3066	0.0321	0	2
FM	1.9560	1.8313	0.1920	0	9
m	0.5385	0.9696	0.1016	0	5
Activo	2.6484	2.3160	0.2428	0	12
Pasivo	1.2747	1.4381	0.1508	0	6
FC	0.7912	1.0595	0.1111	0	4
CF	0.7473	1.0176	0.1067	0	5
C	0.1099	0.3786	0.0397	0	2
SumC	1.3022	1.4508	0.1521	0	6.5
C'	0.5275	1.0681	0.1120	0	5
T	0.3187	0.7871	0.0825	0	4
V	0.1648	0.4776	0.0501	0	2
Y	1.0330	1.4564	0.1527	0	10
SumCl-Os	2.0440	2.3138	0.2426	0	11
Fr+rF	0.1758	0.6428	0.0674	0	5
(2)	5.1209	4.3278	0.4537	0	24
FD	0.1319	0.4002	0.0420	0	2
F	10.8791	7.0156	0.7354	0	46
F+	0.1099	0.4333	0.0454	0	3
Fo	7.8022	5.4736	0.5738	0	39
Fu	2.0440	1.9828	0.2079	0	8
F-	0.9231	1.3681	0.1434	0	9
Zf	6.7143	3.1457	0.3298	2	16
Zd	-0.5495	3.1243	0.3275	-11	7.5
EA	2.7363	2.1257	0.2228	0	8.5
ep	4.5879	4.0645	0.4261	0	22

Variables	Media	Desviación Típica	Error Standard	Valores	
				Mínimos	Máximos
Punt. D	-0.5275	1.0989	0.1152	-5	1
P.ADJ.D.	-0.3297	0.8951	0.0938	-5	1
Afr	0.5846	0.2457	0.0258	0.25	1.62
3r+(2)/R	0.3242	0.2218	0.0233	0	1.5
L	2.6368	2.8866	0.3026	0	16
Det. Mul.	1.4945	1.6692	0.1750	0	9
D.M.C1-Co	0.3516	0.6561	0.0688	0	3
X+	0.7500	0.1406	0.0147	0.38	1
F+	0.7167	0.1872	0.0196	0	1
X-	0.1047	0.2413	0.0253	0	2.2
A%	0.5636	0.1632	0.0171	0.13	1
Prim.Cont.	4.7802	1.8427	0.1932	1	9
H Pura	1.1648	1.1950	0.1253	0	6
H Total	3.2857	2.3011	0.2412	0	11
S. Const.	2.4615	1.4780	0.1549	0	7
Depres.	1.1099	0.8360	0.0876	0	4
DV	0.0110	0.1048	0.0110	0	1
DR	0.1099	0.5850	0.0614	0	5
INCOM	0.4945	1.0475	0.1098	0	5
FABCOM	0.2527	0.8379	0.0878	0	7
ALOG	0.2637	0.6296	0.0660	0	4
CONTAM	0.1209	0.4907	0.0514	0	4
Sum6F.E.	1.2857	2.1150	0.2217	0	14
WSum6F.E.	4.4725	8.0351	0.8423	0	62
AG	0.4176	0.8441	0.0885	0	4
CONFAB	0.0659	0.2495	0.0262	0	1
CP	0.0110	0.1048	0.0110	0	1
MOR	0.2418	0.7046	0.0739	0	4
PER	0.2967	1.0488	0.1099	0	8
PSV	0.3077	0.6943	0.0728	0	4

En esta tabla presentamos las medias, desviaciones típicas, error standard y valores mínimos y máximos del total de sujetos estudiados, es decir, de los sujetos normales, con otras categorías diagnósticas y depresivos. De todos los valores hemos de resaltar los referentes a las respuestas de color cromático, FC, CF, C, Sum C y Afr. En todas estas variables se observan unas medias algo diferentes a las que, según la mayoría de autores, son de esperar en estas edades.

TABLA 18: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERENTES A LAS VARIABLES SEXO Y HABITAT.

VARIABLES	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		TOTALES	
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%
<u>SEXO</u>								
Varón	16	17.6%	15	16.5%	13	14.3%	44	48.4%
Mujer	14	15.4%	15	16.5%	18	19.8%	47	51.6%
<u>HABITAT</u>								
Urbano	21	23.1%	17	18.7%	17	18.7%	55	60.4%
Rural	9	9.9%	13	14.3%	14	15.4%	36	39.6%

En la distribución de frecuencias se observa una mayor proporción de mujeres que de varones en el grupo de sujetos depresivos (grupo 3). Entre los sujetos normales (grupo 1) se observan un mayor número de varones que de mujeres, siendo igual el número de varones que de mujeres en el grupo con otras categorías diagnósticas (grupo 2). Sin embargo la prueba de Ji cuadrado (3×2), ver tabla 20, no indicó diferencias significativas entre los grupos.

En todos los grupos hay mayor proporción de sujetos que viven en medios urbanos que rurales. Además, como se observa y describe en la tabla 21, la prueba de Ji cuadrado (3×2) indicó que los grupos de nuestra investigación no difieren en cuanto al hábitat.

TABLA 19: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERENTES A LAS DIEZ VARIABLES CUALITATIVAS DEL RORSCHACH.

VARIABLES	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		TOTALES	
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%
<u>Estilo EB</u>								
M-SumC \geq 2	5	5.5%	5	5.5%	6	6.6%	16	17.6%
M-SumC=								
+1.5 a -1.5	22	24.2%	21	23.1%	19	20.9%	62	68.1%
SumC-M \geq 2	3	3.3%	4	4.4%	6	6.6%	13	14.3%
<u>Punt. D<0</u>								
Punt.D<0	12	13.2%	9	9.9%	11	12.1%	32	35.2%
Punt.D no<0	18	19.8%	21	23.1%	20	22.0%	59	64.8%
<u>Punt. ADJ.D<0</u>								
Sí	9	9.9%	7	7.7%	10	11.0%	26	28.6%
No	21	23.1%	23	25.3%	21	23.0%	65	71.3%
<u>Incorporador</u>								
Punt.ZD $>$ +3	5	5.5%	2	2.2%	4	4.4%	11	12.1%
Punt.ZD $<$ -3	5	5.5%	4	4.4%	6	6.6%	15	16.5%
Ni una ni otra	20	22.0%	24	26.4%	21	23.1%	65	71.4%
<u>Desviación X+</u>								
X+ $<$ 0.70	7	7.7%	12	13.2%	9	9.9%	28	30.8%
X+ \geq 0.70	23	25.3%	18	19.8	22	24.2%	63	69.2%
<u>Desviación F+</u>								
F+ $<$ 0.70	13	14.3%	14	15.4%	14	15.4%	41	45.1%
F+ \geq 0.70	17	18.7%	16	17.6%	17	18.7%	50	54.9%
<u>Desviación X-</u>								
X- $>$ 0.15	2	2.2%	10	11.0%	9	9.9%	21	23.1%
X- \leq 0.15	28	30.8%	20	22.0%	22	24.2%	70	76.9%
<u>S-Constelación</u>								
S-Const \geq 7	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
S-Const $<$ 7	30	33.0%	30	33.0%	31	34.1%	91	100.0%
<u>Depresión</u>								
Depri \geq 4	1	1.1%	0	0.0%	1	1.1%	2	2.2%
Depri $<$ 4	29	31.9%	30	33.0%	30	33.0%	89	97.8%
<u>Indice de Aislamiento</u>								
I.A. $>$ ¼Resp	1	1.1%	2	2.2%	1	1.1%	4	4.4%
I.A. \leq ¼Resp	29	31.9%	28	30.8%	30	33.0%	87	95.6%

Comentario a la Tabla 19.

La prueba de ji cuadrado indicó diferencias significativas en las proporciones de las categorías de la variable Desviación X-% (o sea Desviación de SumFQ-/R). No obstante como podemos observar en esta tabla en todos los grupos se observaron proporciones inferiores en la categoría X-%>0,15, lo que significa que todos obtuvieron unos valores mínimos en esta variable de forma distorsionada.

Con respecto al estilo EB podemos apreciar como las frecuencias se reparten muy similarmente entre los grupos, en todos se observa la máxima concentración de frecuencias y/o porcentajes en la categoría M-SumC=1,5 a -1,5. De lo que podemos deducir que el tipo vivencial de la mayoría de sujetos de nuestros grupos es ambigüal.

La prueba Ji cuadrado indicó diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de las categorías de la variable Punt ADJ.D<0 (ver tabla 24). No obstante, como podemos observar en esta tabla, todos los grupos acusaron unas proporciones similares entre sí, las frecuencias más altas las mostraron todos los grupos en la categoría no.

II. PROGRAMA ANOVA Y CONTRASTE DE MEDIAS.

Mediante este programa de Análisis de Varianza y, en los casos que así se requirió, la prueba de Contraste de Medias, se obtuvieron los siguientes resultados:

Variable V4: Edad.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	24.2847	2	12.1424	4.8857	0.0097
Intragrupo	218.7043	88	2.4853		
Total	242.9890	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2 $t(58)=2.61, p<0.05$
 Grupo 2 vs Grupo 3 $t(59)=2.68, p<0.05$

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la edad con $F(2)=4.8857$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias indicó diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 2 y entre los grupos 2 y 3, con $t(58)=2.61, p<0.05$ y $t(59)=2.68, p<0.05$, respectivamente. Por tanto es posible afirmar que

el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas tiene una edad significativamente inferior al grupo de sujetos normales y al grupo de sujetos depresivos.

Variable V7: Número de Respuestas.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	190.4497	2	95.2248	1.3123	0.2744
Intragrupos	6385.6602	88	72.5643		
Total	6576.1099	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Número de Respuestas.

Variable V8: Popular.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	7.2079	2	3.6039	1.3706	0.2593
Intragrupo	231.3965	88	2.6295		
Total	238.6044	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Popular.

Variable V9: W.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	18.5810	2	9.2905	1.1323	0.3269
Intragrupo	722.0344	88	8.2049		
Total	740.6154	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable W.

Variable V10: D.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	56.1232	2	28.0616	0.6515	0.5238
Intragrupo	3790.4043	88	43.0728		
Total	3846.5275	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable D.

Variable V11: Dd.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	38.9913	2	19.4957	1.3678	0.2600
Intragrupo	1254.3054	88	14.2535		
Total	1293.2967	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Dd.

Variable V12: S.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	31.4870	2	15.7435	5.5582	0.0053
Intragrupo	249.2602	88	2.8325		
Total	280.7473	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2 $t(58)=1.79$, n.s.
 Grupo 1 vs Grupo 3 $t(59)=2.97$, $p<0.05$
 Grupo 2 vs Grupo 3 $t(59)=1.18$, n.s.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable S, con $F(2)=5.5582$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 3,

con $t(59)=2.97$, $p<0.05$. Por tanto, es posible afirmar que el grupo de sujetos normales ha obtenido una puntuación en la variable S significativamente superior al grupo de sujetos depresivos.

Variable V13: DQ+.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	5.3783	2	2.6891	0.6655	0.5166
Intragrupo	355.6108	88	4.0410		
Total	360.9890	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable DQ+.

Variable V14: DQv/+.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	2.0818	2	1.0409	3.5133	0.0340
Intragrupo	26.0720	88	0.2963		
Total	28.1538	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2	$t(58)=3.37, p<0.05$
Grupo 1 vs Grupo 3	$t(59)=0.92, n.s.$
Grupo 2 vs Grupo 3	$t(59)=0.50, n.s.$

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable DQv/+, con $F(2)=3.5133$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias encontró diferencias estadísticamente significativas, respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 2, con $t(58)=3.37, p<0.05$. Por tanto, es posible afirmar que el grupo de sujetos normales ha obtenido una puntuación en la variable DQv/+ significativamente superior al grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas.

Variable V15: DQo.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	225.8170	2	112.9085	1.7595	0.1781
Intragrupo	5647.1720	88	64.1724		
Total	5872.9890	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable DQo.

Variable V16: DQv.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	13.8437	2	6.9218	1.6337	0.2011
Intragrupo	372.8376	88	4.2368		
Total	386.6813	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable DQv.

Variable V17: FQ+.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	4.2396	2	2.1198	4.8833	0.0097
Intragrupo	38.2000	88	0.4341		
Total	42.4396	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2 $t(58)=2.35, p<0.05$
 Grupo 1 vs Grupo 3 $t(59)=3.125, p<0.05$
 Grupo 2 vs Grupo 3 $t(59)=0.625, n.s.$

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable FQ+, con $F(2)=4.8833$, $p<0.05$. El contraste posterior de medias indicó diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 2, y los grupos 1 y 3, con $t(58)=2.35$, $p<0.05$, y con $t(59)=3.125$, $p<0.05$, respectivamente. Por tanto es posible afirmar que el grupo de sujetos normales ha obtenido una puntuación significativamente superior en la variable FQ+ que el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas y que el grupo de sujetos depresivos.

Variable V18: FQo.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	167.3416	2	83.6708	1.9619	0.1467
Intragrupo	3752.9441	88	42.6471		
Total	3920.2857	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable FQo.

Variable V19: FQu.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	94.9341	2	47.4671	0.5283	0.5914
Intragrupo	7906.2527	88	89.8438		
Total	8001.1868	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable FQu.

Variable V20: FQ-.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	25.3781	2	12.6891	4.2676	0.0170
Intragrupo	261.6548	88	2.9734		
Total	287.0330	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2 $t(58)=2.88, p<0.05$
 Grupo 1 vs Grupo 3 $t(59)=1.54, n.s.$
 Grupo 2 vs Grupo 3 $t(59)=1.40, n.s.$

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable

FQ-, con $F(2)=4.2676$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 2, con $t(58)=2.88$, $p<0.05$. Por tanto, es posible afirmar que el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas ha obtenido una puntuación en la variable FQ- significativamente superior al grupo de sujetos normales.

Variable V21: M.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	4.9496	2	2.4748	1.1295	0.3278
Intragrupo	192.8086	88	2.1910		
Total	197.7582	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable M.

Variable V22: Ma.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	4.8965	2	2.4483	2.0034	0.1410
Intragrupo	107.5430	88	1.2221		
Total	112.4396	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Ma.

Variable V23: Mp.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	2.7743	2	1.3872	1.7149	0.1859
Intragrupo	71.1817	88	0.8089		
Total	73.9560	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Mp.

Variable V24: M-.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.1443	2	0.0722	0.7636	0.4691
Intragrupo	8.3172	88	0.0945		
Total	8.4615	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable M-.

Variable V25: FM.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	3.8199	2	1.9099	0.5640	0.5710
Intragrupo	298.0043	88	3.3864		
Total	301.8242	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable FM.

Variable V26: m.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	4.3466	2	2.1733	2.3826	0.0982
Intragrupo	80.2688	88	0.9121		
Total	84.6154	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable m.

Variable V27: Activo.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	32.2838	2	16.1419	3.1534	0.0476
Intragrupo	450.4634	88	5.1189		
Total	482.7473	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2	$t(58)=1.28$, n.s.
Grupo 2 vs Grupo 3	$t(59)=2.5$, $p<0.05$
Grupo 1 vs Grupo 3	$t(59)=1.18$, n.s.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable Activo, con $F(2)=3.1534$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión respecto a los grupos 2 y 3, con $t(59)=2.5$, $p<0.05$. Por tanto, es posible afirmar que el grupo de sujetos depresivos ha obtenido una puntuación en la variable Activo significativamente superior al grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas.

Variable V28: Pasivo.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	6.8889	2	3.4444	1.6911	0.1903
Intragrupo	179.2430	88	2.0369		
Total	186.1319	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Pasivo.

Variable V29: FC.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.1728	2	0.0864	0.0754	0.9275
Intragrupo	100.8602	88	1.1461		
Total	101.0330	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable FC.

Variable V30: CF.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.1008	2	0.0504	0.0476	0.9535
Intragrupo	93.0860	88	1.0578		
Total	93.1868	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable CF.

Variable V31: C.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0248	2	0.0124	0.0846	0.9190
Intragrupo	12.8763	88	0.1463		
Total	12.9011	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable C.

Variable V32: SumC.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.2127	2	0.1063	0.0495	0.9518
Intragrupo	189.2269	88	2.1503		
Total	189.4396	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable SumC.

Variable V33: C'.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.2727	2	0.1364	0.1172	0.8896
Intragrupo	102.4086	88	1.1637		
Total	102.6813	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable C'.

Variable V34: T.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	1.4722	2	0.7361	1.1933	0.3081
Intragrupo	54.2860	88	0.6169		
Total	55.7582	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable T.

Variable V35: V.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	1.4103	2	0.7051	3.2459	0.0436
Intragrupo	19.1172	88	0.2172		
Total	20.5275	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2 $t(58)=2.5, p<0.05$
 Grupo 1 vs Grupo 3 $t(59)=1.9, n.s.$
 Grupo 2 vs Grupo 3 $t(59)=0.81, n.s.$

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable V, con $F(2)=3.2459$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias encontró diferencias estadísticamente significativas

respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 2, con $t(58)=2.5$, $p<0.05$. Por tanto, es posible afirmar que el grupo de sujetos normales ha obtenido una puntuación en la variable V significativamente superior al grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas.

Variable V36: Y.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	3.9602	2	1.9801	0.9321	0.3976
Intragrupo	186.9409	88	2.1243		
Total	190.9011	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Y.

Variable V37: SumClaro/Oscuro.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	9.1188	2	4.5594	0.8488	0.4314
Intragrupo	472.7054	88	5.3717		
Total	481.8242	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable SumClaro/Oscuro.

Variable V38: Fr+rF.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.6330	2	0.3165	0.7620	0.4698
Intragrupo	36.5538	88	0.4154		
Total	37.1868	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Fr+rF.

Variable V39: (2).

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	49.9553	2	24.9776	1.3438	0.2662
Intragrupo	1635.7151	88	18.5877		
Total	1685.6703	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable (2).

Variable V40: FD.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.1907	2	0.0954	0.5898	0.5566
Intragrupo	14.2269	88	0.1617		
Total	14.4176	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable FD.

Variable V41: F.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	63.1628	2	31.5814	0.6365	0.5316
Intragrupo	4366.5075	88	49.6194		
Total	4429.6703	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable F.

Variable V42: F+.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.4248	2	0.2124	1.1343	0.3263
Intragrupo	16.4763	88	0.1872		
Total	16.9011	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable F+.

Variable V43: Fo.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	38.8320	2	19.4160	0.6429	0.5282
Intragrupo	2657.6075	88	30.2001		
Total	2696.4396	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Fo.

Variable V44: Fu.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	19.2865	2	9.6433	2.5367	0.0849
Intragrupo	334.5376	88	3.8016		
Total	353.8242	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Fu.

Variable V45: F-.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	11.6013	2	5.8007	3.2542	0.0433
Intragrupo	156.8602	88	1.7825		
Total	168.4615	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2 $t(58)=2.48, p<0.05$
 Grupo 1 vs Grupo 3 $t(59)=0.88, n.s.$
 Grupo 2 vs Grupo 3 $t(59)=1.67, n.s.$

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable

F-, con $F(2)=3.2542$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 2, con $t(58)=2.48$, $p<0.05$. Por tanto, es posible afirmar que el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas ha obtenido una puntuación en la variable F- significativamente superior al grupo de sujetos normales.

Variable V46: Zf.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	72.4994	2	36.2497	3.8994	0.0238
Intragrupo	818.0720	88	9.2963		
Total	890.5714	90			

CONTRASTE DE MEDIAS

Grupo 1 vs Grupo 2	$t(58)=1.85$, n.s.
Grupo 1 vs Grupo 3	$t(59)=2.66$, $p<0.05$
Grupo 2 vs Grupo 3	$t(59)=0.78$, n.s.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable Zf, con $F(2)=3.8994$, con $p<0.05$. El contraste posterior de medias encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable en cuestión, entre los grupos 1 y 3, con $t(59)=2.66$, $p<0.05$. Por tanto, es posible afirmar que el grupo de sujetos normales ha obtenido una puntuación en

la variable Zf significativamente superior al grupo de sujetos depresivos.

Variable V47: Zd.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.3522	2	0.1761	0.0176	0.9825
Intragrupo	878.1753	88	9.9793		
Total	878.5275	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Zd.

Variable V48: EA.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	5.1986	2	2.5993	0.5697	0.5677
Intragrupo	401.4718	88	4.5622		
Total	406.6703	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable EA.

Variable V49: ep.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	82.6615	2	41.3307	2.5903	0.0807
Intragrupo	1404.1352	88	15.9561		
Total	1486.7967	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable ep.

Variable V50: Punt. D.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	3.9609	2	1.9804	1.6642	0.1952
Intragrupo	104.7204	88	1.1900		
Total	108.6813	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Punt. D.

Variable V51: P.ADJ.D.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	1.8217	2	0.9109	1.1404	0.3244
Intragrupo	70.2882	88	0.7987		
Total	72.1099	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable P.ADJ.D.

Variable V52: Afr.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0764	2	0.0382	0.6269	0.5366
Intragrupo	5.3587	88	0.0609		
Total	5.4351	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Afr.

Variable V53: $3r+(2)/R$.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.2417	2	0.1209	2.5405	0.0846
Intragrupo	4.1865	88	0.0476		
Total	4.4282	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable $3r+(2)/R$.

Variable V54: L.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	11.9474	2	5.9737	0.7124	0.4933
Intragrupo	737.9514	88	8.3858		
Total	749.8988	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable L.

Variable V55: Det. Múltiples.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	6.9731	2	3.4865	1.2586	0.2891
Intragrupo	243.7742	88	2.7702		
Total	250.7473	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Det. Múltiples.

Variable V56: D. M. Claros.Color.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	1.6387	2	0.8193	1.9430	0.1494
Intragrupo	37.1086	88	0.4217		
Total	38.7473	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable D. M. Claros.Color.

Variable V57: X+%.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0231	2	0.0115	0.5778	0.5633
Intragrupo	1.7557	88	0.0200		
Total	1.7788	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable X+%.

Variable V58: F+%.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0204	2	0.0102	0.2870	0.7512
Intragrupo	3.1330	88	0.0356		
Total	3.1534	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable F+%.

Variable V59: X-%.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.1870	2	0.0935	1.6287	0.2020
Intragrupo	5.0532	88	0.0574		
Total	5.2403	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable X-%.

Variable V60: A%.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0304	2	0.0152	0.5647	0.5706
Intragrupo	2.3679	88	0.0269		
Total	2.3983	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable A%.

Variable V61: Prim.Cont.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	8.9872	2	4.4936	1.3332	0.2689
Intragrupo	296.6172	88	3.3707		
Total	305.6044	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Prim.Cont.

Variable V62: H Pura.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	2.3393	2	1.1697	0.8157	0.4457
Intragrupo	126.1882	88	1.4340		
Total	128.5275	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable H Pura.

Variable V63: H Total.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	27.3542	2	13.6771	2.6793	0.0742
Intragrupo	449.2172	88	5.1047		
Total	476.5714	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable H Total.

Variable V64: S. Constelación.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.8605	2	0.4303	0.1934	0.8245
Intragrupo	195.7548	88	2.2245		
Total	196.6154	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable S. Constelación.

Variable V65: Depresión.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.1581	2	0.0790	0.1109	0.8952
Intragrupo	62.7430	88	0.7130		
Total	62.9011	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Depresión.

Variable V66: DV.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0223	2	0.0112	1.0171	0.3659
Intragrupo	0.9667	88	0.0110		
Total	0.9890	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable DV.

Variable V67: DR.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.3635	2	0.1817	0.5237	0.5942
Intragrupo	30.5376	88	0.3470		
Total	30.9011	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable DR.

Variable V68: INCOM.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.1720	2	0.0860	0.0768	0.9262
Intragrupo	98.5753	88	1.1202		
Total	98.7473	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable INCOM.

Variable V69: FABCOM.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	1.3051	2	0.6225	0.9280	0.3992
Intragrupo	61.8817	88	0.7032		
Total	63.1868	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable FABCOM.

Variable V70: ALOG.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.8843	2	0.4422	1.1185	0.3314
Intragrupo	34.7860	88	0.3953		
Total	35.6703	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable ALOG.

Variable V71: CONTAM.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.2650	2	0.1325	0.5446	0.5820
Intragrupo	21.4054	88	0.2432		
Total	21.6703	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable CONTAM.

Variable V72: Sum6F. E.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	3.6564	2	1.8282	0.4033	0.6693
Intragrupo	398.9151	88	4.5331		
Total	402.5714	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable Sum6F.E.

Variable V73: WSum6F. E.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	93.4609	2	46.7304	0.7193	0.4899
Intragrupo	5717.2204	88	64.9684		
Total	5810.6813	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable WSum6F.E.

Variable V74: AG.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	2.3168	2	1.1584	1.6491	0.1981
Intragrupo	61.8151	88	0.7024		
Total	64.1319	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable AG.

Variable V75: CONFAB.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0700	2	0.0350	0.5564	0.5753
Intragrupo	5.5344	88	0.0629		
Total	5.6044	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable CONFAB.

Variable V76: CP.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.0223	2	0.0112	1.0171	0.3659
Intragrupo	0.9667	88	0.0110		
Total	0.9890	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable CP.

Variable V77: MOR.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.7512	2	0.3756	0.7524	0.4742
Intragrupo	43.9301	88	0.4992		
Total	44.6813	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable MOR.

Variable V78: PER.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.2256	2	0.1128	0.1005	0.9045
Intragrupo	98.7634	88	1.1223		
Total	98.9890	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable PER.

Variable V79: PSV.

Variable V2: Grupo.

ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	G. L.	Varianza	F	Prob.
Intergrupo	0.8792	2	0.4396	0.9102	0.4062
Intragrupo	42.5054	88	0.4830		
Total	43.3846	90			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la variable PSV.

III. PROGRAMA DE CONTRASTE DE PROPORCIONES.

De la Tabla 20 a la Tabla 31 presentamos los resultados del Contraste de Proporciones para las variables cualitativas.

TABLA 20

V2: Grupo.

V3: Sexo.

	Cálculo Total Pct	Varón	Mujer	Fila Total
Normales	1	16 17.6	14 15.4	30 33.0
Neuróticos	2	15 16.5	15 16.5	30 33.0
Depresivos	3	13 14.3	18 19.8	31 34.1
	Columna Total	44 48.4	47 51.6	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
0.84180	2	0.6565	14.505	Ninguno

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coeficiente de Contingencia	0.09574	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

La prueba de Ji Cuadrado (3x2) indicó que los grupos de nuestra investigación no difieren en cuanto al sexo, siendo $X^2(2)=0.84$, no significativo para $p<0.05$.

TABLA 21

V2: Grupo.

V5: Hábitat.

	Cálculo Total Pct	Urbano	Rural	Fila Total
Normales	1	21 23.1	9 9.9	30 33.0
Neuróticos	2	17 18.7	13 14.3	30 33.0
Depresivos	3	17 18.7	14 15.4	31 34.1
Columna Total		55 60.4	36 39.6	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
1.73213	2	0.4206	11.868	Ninguno

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.13667	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

La prueba de Ji Cuadrado (3x2) indicó que los grupos de nuestra investigación no difieren en cuanto al hábitat, siendo $X^2(2)=1.73$, no significativo para $p<0.05$.

TABLA 22

V2: Grupo.V80: EB.

	Cálculo Total Pct	M-SumC= +1.5 a -1.5			Fila Total
		M-SumC≥2	SumC-M≥2		
Normales	1	5	22	3	30
		5.5	24.2	3.3	33.0
Neuróticos	2	5	21	4	30
		5.5	23.1	4.4	33.0
Depresivos	3	6	19	6	31
		6.6	20.9	6.6	34.1
	Columna Total	16 17.6	62 68.1	13 14.3	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
1.39384	4	0.8453	4.286	3 de 9 (33.3%)

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.12282	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

No se pueden comparar

TABLA 23

V2: Grupo.

V81: Punt. D.

	Cálculo Total Pct	Punt.D<0	Punt.D no<0	Fila Total
Normales	1	12 13.2	18 19.8	30 33.0
Neuróticos	2	9 9.9	21 23.1	30 33.0
Depresivos	3	11 12.1	20 22.0	31 34.1
Columna Total		32 35.2	59 64.8	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
0.66002	2	0.7189	10.549	Ninguno

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.08486	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

La prueba de Ji Cuadrado (3x2) indicó que los grupos de nuestra investigación no difieren en cuanto a la variable Punt. D, siendo $X^2(2)=0.66$, no significativo para $p<0.05$.

TABLA 24

V2: Grupo.

VB2: Punt.DADJ<0.

Cálculo		Sí	No	Fila Total
Total	Pct			
Normales	1	9 9.9	21 23.1	30 33.0
Neuróticos	2	7 7.7	23 25.3	30 33.0
Depresivos	3	10 11.0	21 23.0	31 34.0
Columna Total		26 28.6	65 71.4	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
9.66000	2	0.0500		None

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia		
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

La prueba Ji Cuadrado (3x2) indicó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en las proporciones de las categorías de la variable Punt. DADJ<0, con $X^2(2)=9.66$, $p<0.05$. En todos los grupos se observaron proporciones inferiores en la categoría Sí. La mayor diferencia de proporción se observó en el grupo de sujetos neuróticos.

TABLA 25

V2: Grupo.

V83: INCORPORADOR.

	Cálculo Total Pct	Punt ZD>+3	Punt ZD<-3	Ni una ni otra	Fila Total
Normales	1	5 5.5	5 5.5	20 22.0	30 33.0
Neuróticos	2	2 2.2	4 4.4	24 26.4	30 33.0
Depresivos	3	4 4.4	6 6.6	21 23.1	31 34.1
Columna Total		11 12.1	15 16.5	65 71.4	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
2.06583	4	0.7237	3.626	5 de 9 (33.3%)

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.14899	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

No se pueden comparar

TABLA 26

V2: Grupo.

V84: Desviación X+%..

	Cálculo Total Pct	X+%<0.70	X+%≥0.70	Fila Total
Normales	1	7 7.7	23 25.3	30 33.0
Neuróticos	2	12 13.2	18 19.8	30 33.0
Depresivos	3	9 9.9	22 24.2	31 34.1
	Columna Total	28 30.8	63 69.2	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
2.02261	2	0.3637	9.231	Ninguno

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.14746	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

La prueba de Ji Cuadrado (3x2) indicó que los grupos de nuestra investigación no difieren en cuanto a la variable Desviación X+%, siendo $X^2(2)=2.02$, no significativo para $p<0.05$.

TABLA 27

V2: Grupo.

V85: Desviación F+%.

	Cálculo Total Pct	F+%<0.70	F+%≥0.70	Fila Total
Normales	1	13 14.3	17 18.7	30 33.0
Neuróticos	2	14 15.4	16 17.6	30 33.0
Depresivos	3	14 15.4	17 18.7	31 34.1
	Columna Total	41 45.1	50 54.9	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
0.06754	2	0.9668	13.516	Ninguno

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.2723	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

La prueba de Ji Cuadrado (3x2) indicó que los grupos de nuestra investigación no difieren en cuanto a la variable Desviación F+%, siendo $X^2(2)=0.06$, no significativo para $p<0.05$.

TABLA 28

V2: Grupo.

V86: Desviación X-%.

	Cálculo Total Pct	X-%<0.15	X-%≥0.15	Fila Total
Normales	1	2 2.2	28 30.8	30 33.0
Neuróticos	2	10 11.0	20 22.0	30 33.0
Depresivos	3	9 9.9	22 24.2	31 34.1
Columna Total		21 23.1	70 76.9	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
6.94824	2	0.0310	6.923	Ninguno

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.26634	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

La prueba de Ji Cuadrado (3x2) indicó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las proporciones de las categorías de la variable Desviación X-%, con $X^2(2)=6.94$, $p<0.05$. En todos los grupos se observaron proporciones inferiores en la categoría X-%<0.15. La mayor diferencia de proporción se observó en el grupo de sujetos normales.

TABLA 29

V2: Grupo.V87: S-Constelación.

	Cálculo Total Pct	S-Const. ≥ 8	S-Const. < 8	Fila Total
Normales	1	0 0.0	30 33.0	30 33.0
Neuróticos	2	0 0.0	30 33.0	30 33.0
Depresivos	3	0 0.0	31 34.1	31 34.1
Columna Total		0 0.0	91 100.0	91 100.0

No se pueden comparar

TABLA 30

V2: Grupo.V88: Depresión.

	Cálculo Total Pct	Depri≥4	Depri<4	Fila Total
Normales	1	1 1.1	29 31.9	30 33.0
Neuróticos	2	0 0.0	30 33.0	30 33.0
Depresivos	3	1 1.1	30 33.0	31 34.1
Columna Total		2 2.2	89 97.8	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
1.00653	2	0.6046	0.659	3 de 6 (50.0%)

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.10459	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

No se pueden comparar.

TABLA 31

V2: Grupo.V89: Índice de Aislamiento.

	Cálculo Total Pct	I.A.>¼Resp.	I.A.≤¼Resp.	Fila Total
Normales	1	1 1.1	29 31.9	30 33.0
Neuróticos	2	2 2.2	28 30.8	30 33.0
Depresivos	3	1 1.1	30 33.0	31 34.1
Columna Total		4 4.4	87 95.6	91 100.0

<u>Ji Cuadrado</u>	<u>G.L.</u>	<u>Signif.</u>	<u>Min E.F.</u>	<u>Cas. con E.F.<5</u>
0.54970	2	0.7597	1.319	3 de 6 (50.0%)

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>Significancia</u>
Coefficiente de Contingencia	0.07749	
Nº de Observaciones Perdidas=	0	

No se pueden comparar.

IV. PROGRAMAS DE CORRELACIONES DE PEARSON.

De los resultados de programas de correlaciones de Pearson, presentamos sólo las correlaciones significativas.

En la tabla 32 para el Grupo 1, en la tabla 33 para el Grupo 2 y en la tabla 34 para el Grupo 3.

*: Correlación significativa al 0.01.

** : Correlación significativa al 0.001.

TABLA 32

r7/8	0.49*	r7/10	0.84**	r7/11	0.84**
r7/12	0.49*	r7/15	0.97**	r7/25	0.54*
r7/28	0.50*	r7/29	0.48*	r7/39	0.78**
r7/63	0.65**	r8/10	0.49*	r8/27	0.49*
r9/33	0.58**	r9/40	0.50*	r9/46	0.87**
r9/47	-0.43*	r9/53	-0.44*	r10/11	0.59**
r10/15	0.82**	r10/25	0.61**	r10/28	0.54*
r10/29	0.46*	r10/34	0.50*	r10/39	0.84**
r10/52	0.53*	r10/53	0.49*	r10/60	0.45*
r11/12	0.57**	r11/15	0.86**	r11/39	0.71**
r11/63	0.56**	r12/15	0.50*	r12/46	0.44*
r13/21	0.65**	r13/25	0.44*	r13/26	0.44*
r13/27	0.73**	r13/28	0.43*	r13/40	0.46*
r13/46	0.47*	r13/55	0.45*	r13/63	0.43*
r13/72	0.45*	r13/73	0.44*	r15/25	0.46*
r15/28	0.43*	r15/29	0.43*	r15/39	0.76**
r15/63	0.58**	r21/25	0.57**	r21/27	0.75**
r21/28	0.78**	r21/29	0.50*	r21/34	0.44*
r21/54	-0.44*	r21/55	0.48*	r21/63	0.58**
r25/27	0.81**	r25/28	0.71**	r25/29	0.79**
r25/34	0.78**	r25/37	0.45*	r25/39	0.43*
r25/55	0.70**	r25/63	0.49*	r26/30	0.58**
r26/35	0.47*	r26/40	0.60**	r27/28	0.59**
r27/29	0.60**	r27/34	0.64**	r27/37	0.48*
r27/54	-0.52*	r27/55	0.65**	r27/63	0.48*
r28/29	0.56**	r28/34	0.50*	r28/39	0.48*
r28/53	0.48*	r28/55	0.61**	r28/63	0.64**
r29/32	0.53*	r29/34	0.61**	r29/63	0.53*
r30/32	0.76**	r31/32	0.47*	r31/72	0.58**
r31/73	0.43*	r32/63	0.50*	r32/72	0.43*
r33/37	0.53*	r33/40	0.64**	r33/46	0.56**
r33/56	0.58**	r34/37	0.53*	r34/55	0.67**
r35/37	0.54**	r35/55	0.48*	r36/37	0.65**
r37/55	0.67**	r39/52	0.58**	r39/53	0.70**
r39/63	0.60**	r40/56	0.43*	r46/47	-0.50*
r46/57	-0.43*	r52/53	0.52*	r52/63	0.43*
r52/72	0.60**	r53/57	0.47*	r53/58	0.48*
r53/59	-0.47*	r54/55	-0.45*	r56/72	0.50*
r57/58	0.84**	r57/59	-0.71**	r58/59	-0.60**
r72/73	0.84**				

TABLA 33

r7/10	0.89**	r7/11	0.88*	r7/15	0.86**
r7/16	0.54*	r7/25	0.55**	r7/31	0.60**
r7/32	0.50*	r7/36	0.43*	r7/37	0.49*
r8/39	0.46*	r8/47	-0.48*	r8/53	0.47*
r9/12	0.52*	r9/46	0.79**	r9/54	-0.50*
r9/58	-0.45*	r9/59	0.48*	r9/72	0.43*
r9/73	0.45*	r10/11	0.75**	r10/15	0.82**
r10/16	0.44*	r10/31	0.56**	r10/37	0.44*
r10/39	0.56**	r11/15	0.78**	r11/16	0.47*
r11/25	0.58**	r11/31	0.50*	r13/21	0.68**
r13/25	0.47*	r13/27	0.60**	r13/28	0.62**
r13/39	0.44*	r13/53	0.61**	r13/54	-0.46*
r13/60	-0.56**	r14/40	0.46*	r15/37	0.44*
r16/30	0.79**	r16/31	0.89**	r16/32	0.86**
r21/27	0.55**	r21/28	0.57**	r21/39	0.54*
r21/53	0.67**	r21/54	-0.42*	r21/60	-0.63**
r21/63	0.61**	r25/27	0.66**	r25/28	0.64**
r27/54	-0.47*	r27/60	-0.47*	r27/63	0.43*
r27/72	0.42*	r27/73	0.44*	r28/31	0.56**
r28/32	0.42*	r28/39	0.52*	r28/60	-0.43*
r29/33	0.59**	r29/37	0.49*	r29/40	0.47*
r29/55	0.50*	r29/56	0.66**	r30/31	0.68**
r30/32	0.89**	r30/60	-0.53*	r31/32	0.85**
r31/39	0.43*	r32/33	0.52*	r32/54	-0.43*
r32/55	0.58**	r32/56	0.62**	r32/60	-0.45*
r33/37	0.59**	r33/55	0.53*	r33/56	0.70**
r34/37	0.55**	r36/37	0.74**	r37/55	0.64**
r37/56	0.58**	r39/53	0.75**	r39/63	0.47*
r46/54	-0.47*	r46/60	0.50*	r53/63	0.44*
r54/55	-0.45*	r54/60	0.71**	r54/63	-0.45*
r54/72	-0.45*	r54/73	-0.44*	r55/56	0.66**
r55/60	-0.44*	r57/58	0.80**	r57/59	-0.68**
r58/59	-0.64**	r60/63	-0.57**	r60/72	-0.50*
r60/73	-0.49*	r72/73	0.96**		

TABLA 34

r7/9	-0.51*	r7/10	0.97**	r7/11	0.77**
r7/15	0.94**	r7/16	0.71**	r7/39	0.77**
r8/57	0.50*	r9/10	-0.61**	r9/11	-0.71**
r9/15	-0.63**	r9/27	0.45*	r9/55	0.46*
r10/11	0.69**	r10/15	0.95**	r10/16	0.65**
r10/36	0.47*	r10/37	0.53**	r10/39	0.78**
r11/12	0.53*	r11/15	0.75**	r11/16	0.61**
r11/36	0.54**	r11/37	0.60**	r11/39	0.47*
r13/25	0.53**	r13/27	0.66**	r13/29	0.52*
r13/33	0.60**	r13/46	0.77**	r13/54	-0.43*
r13/55	0.61**	r13/56	0.42*	r13/72	0.79**
r13/73	0.79**	r14/25	0.53*	r14/26	0.64**
r14/28	0.47*	r14/30	0.51*	r14/35	0.42*
r14/55	0.47*	r15/16	0.54**	r15/36	0.45*
r15/37	0.47*	r15/39	0.63**	r15/54	0.48*
r16/36	0.58**	r16/37	0.61**	r16/39	0.56**
r21/60	-0.70**	r25/26	0.48*	r25/27	0.77**
r25/30	0.42*	r25/31	0.64**	r25/32	0.62**
r25/33	0.70**	r25/40	0.49*	r25/46	0.45*
r25/55	0.83**	r25/56	0.48*	r25/72	0.62**
r25/73	0.64**	r26/27	0.57**	r26/28	0.49*
r26/30	0.63**	r26/32	0.51*	r26/55	0.65**
r27/30	0.43*	r27/31	0.61**	r27/32	0.60**
r27/33	0.67**	r27/46	0.58**	r27/54	-0.44*
r27/55	0.76**	r27/56	0.47*	r27/72	0.54**
r27/73	0.55**	r28/33	0.46*	r28/37	0.43*
r28/55	0.49*	r29/39	0.62**	r29/56	0.48*
r29/72	0.63**	r29/73	0.60**	r30/31	0.51*
r30/32	0.88**	r30/55	0.43*	r30/58	-0.43*
r31/32	0.73**	r31/33	0.62**	r31/55	0.63**
r31/56	0.62**	r31/72	0.43*	r31/73	0.47*
r32/33	0.47*	r32/54	-0.43*	r32/55	0.63**
r32/56	0.54**	r33/37	0.60**	r33/55	0.73**
r33/56	0.53*	r33/72	0.61**	r33/73	0.57**
r34/37	0.44*	r36/37	0.84**	r36/39	0.55**
r36/56	0.42*	r37/39	0.60**	r37/55	0.51*
r37/56	0.49*	r39/56	0.43*	r40/46	0.45*
r40/55	0.44*	r46/55	0.50*	r46/72	0.55**
r46/73	0.59**	r52/60	0.45*	r52/72	0.60**
r52/73	0.57**	r53/57	0.48*	r54/55	-0.42*
r55/56	0.66**	r55/72	0.62**	r55/73	0.65**
r56/72	0.63**	r56/73	0.62**	r57/58	0.46*
r60/63	-0.66**	r72/73	0.97**		

V. PROGRAMA DE ROTACION VARIMAX.

Hemos seleccionado para cada grupo aquellos factores que explican al menos el 5% de la varianza. Como se puede observar en la Tabla 35 el conjunto de los seis factores seleccionados explican, para cada grupo, los siguientes porcentajes totales de varianza:

- Grupo 1: 70.3%
- Grupo 2: 69.7%
- Grupo 3: 71.5%

Unicamente se han considerado aquellas variables con saturaciones iguales o superiores a un valor absoluto de 0.50. Sus valores en cada uno de los seis factores son presentados en las tablas 36,37 y 38, para los grupos 1, 2 y 3 respectivamente, así como unos breves comentarios. Un análisis más exhaustivo e interpretación de los resultados de este programa de Rotación de Varimax lo desarrollamos más adelante, en el punto último de la discusión de los Resultados.

TABLA 35: FACTORES SELECCIONADOS.

GRUPO 1		
<u>Factor</u>	<u>Pct of Var</u>	<u>Cum Pct</u>
1	23.9%	23.9
2	14.5%	38.4
3	11.0%	49.4
4	7.8%	57.1
5	7.4%	64.5
6	5.7%	70.3
GRUPO 2		
<u>Factor</u>	<u>Pct of Var</u>	<u>Cum Pct</u>
1	21.0%	21.0
2	13.4%	34.4
3	12.8%	47.2
4	8.6%	55.8
5	8.4%	64.1
6	5.6%	69.7
GRUPO 3		
<u>Factor</u>	<u>Pct of Var</u>	<u>Cum Pct</u>
1	22.7%	22.7
2	18.0%	40.7
3	10.3%	51.0
4	8.4%	59.4
5	6.1%	65.6
6	5.9%	71.5

TABLA 36: ESTRUCTURA FACTORIAL DE LAS VARIABLES RORSCHACH.

GRUPO 1: SUJETOS NORMALES

FACTOR I		FACTOR II		FACTOR III	
VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO
DQ+	0.5009	Nº Resp.	0.8986	W	0.8184
M	0.7224	D	0.7243	C'	0.7647
FM	0.9089	Dd	0.9235	FD	0.7628
Activo	0.8625	S	0.6454	Zf	0.8099
Pasivo	0.6739	DQo	0.9131		
FC	0.7829	(2)	0.8012		
T	0.8311	H Total	0.6777		
Det.Mul.	0.7138				

FACTOR IV		FACTOR V		FACTOR VI	
VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO
X+%	0.8635	C	0.8122	CF	0.8691
F+%	0.8272	Afr	0.7037	SumC	0.7681
X-%	-0.8713	Sum6F.E.	0.8866		
		WSum6F.E.	0.6756		

Los tres primeros factores que explican el 49,4% del total de la varianza son monopolares, al mostrar una clara relación de covariación empírica entre todas las variables con saturaciones iguales o superiores a 0,50.

TABLA 37: ESTRUCTURA FACTORIAL DE LAS VARIABLES RORSCHACH.

GRUPO 2: SUJETOS CON OTRAS CATEGORIAS DIAGNOSTICAS

FACTOR I		FACTOR II		FACTOR III	
VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO
DQ+	0.7986	DQv	0.9155	NQResp.	0.9039
M	0.8865	CF	0.8554	D	0.8770
Activo	0.5701	C	0.8662	Dd	0.8788
Pasivo	0.5976	SumC	0.8667	DQo	0.9519
(2)	0.5624				
3r+(2)/R	0.6860				
L	-0.5882				
A%	-0.7183				
H Total	0.7464				

FACTOR IV		FACTOR V		FACTOR VI	
VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO
W	0.7833	FC	0.8588	Sum6F.E.	0.9090
S	0.7989	C'	0.8058	WSum6F.E.	0.9043
Zf	0.8176	SumCl.Osc.	0.5908		
X-%	0.7932	Det.Mul.	0.5713		
		D.M.Cl.Co.	0.7816		

Los tres primeros factores explican un 47,2 del total de la varianza. En el factor I encontramos una relación de covariación entre siete de las nueve variables con saturaciones, iguales o superiores a 0,50; covariando estas siete negativamente con las variables "L" (Lambda) y "A%" (porcentaje de contenido animal). Los factores II y III son monoplares, al mostrar una clara relación de covariación empírica entre todas las variables con saturaciones iguales o superiores a 0,50.

TABLA 38: ESTRUCTURA FACTORIAL DE LAS VARIABLES RORSCHACH.

GRUPO 3: SUJETOS DEPRESIVOS

FACTOR I		FACTOR II		FACTOR III	
VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO
DQ+	0.9083	Nº Resp.	0.9588	m	0.6259
FM	0.6895	W	-0.6213	Activo	0.5019
Activo	0.6966	D	0.9637	CF	0.9133
FC	0.5964	Dd	0.7617	C	0.6628
C'	0.6690	DQo	0.9097	SumC	0.8914
Zf	0.7198	DQv	0.7525	F+%	-0.6206
Afr	0.6271	Y	0.6082		
Det.Mul.	0.6977	SumCl.Ds.	0.6361		
D.M.Cl.Co.	0.5730	(2)	0.8279		
Sum6F.E.	0.9174				
WSum6F.E.	0.9268				

FACTOR IV		FACTOR V		FACTOR VI	
VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO	VARIABLE	PESO
M	-0.9185	DQv/+	0.7337	Popular	0.5228
A%	0.8875	Pasivo	0.6708	3r+(2)/R	0.8533
H Total	-0.8098	V	0.7694	X+%	0.8060
				F+%	0.5444

Los tres primeros factores explican un 51% del total de la varianza. El factor I es monopolar al mostrar una clara relación de covariación empírica entre las once variables con saturaciones iguales o superiores a 0,50. En el factor II encontramos una relación de covariación entre ocho de las nueve variables con saturaciones iguales o superiores a 0,50; covariando estas ocho negativamente con la variable W (Global). En el factor III encontramos una relación de covariación entre cinco de las seis variables con saturaciones iguales o superiores a 0,50, covariando, estas cinco, negativamente con la variable F+% (porcentaje de respuestas de forma).

F. DISCUSSION.

I. SOBRE EL TEMA OBJETO DE ESTUDIO.

"Ya es bastante que la humanidad tenga que llevar sobre sus hombros la carga de la depresión. Ya es mucho que una enorme cantidad de personas tengan graves tristezas, pesadas melancolías y fastidiosos o preocupantes trastornos del organismo debidos a lo depresivo. Y por si fuera poco el problema se desplaza a la infancia. La sorpresa de lo depresivo en la niñez es un asunto no sólo de significado individual sino de remarcable interés público. El hecho del posible suicidio derivado y la inhabilitación para gran parte de sus actividades académicas y escolares así como la hipoteca de un futuro imprevisible, hacen de este problema un asunto de salud pública y de preocupación general." (Rodríguez-Sacristán y col., 1990, pág. 121). Como ya hemos constatado en nuestro desarrollo sobre el tema, este interés por la depresión infantil es y ha sido compartido por muchos. Recordemos aquella primera época de los años 60 con los trabajos de Toolan (1962), Dugas (1966), Glaser (1967), etc.; la de los 70 con Poznanski y col. (1970), Cytryn y col. (1974), Schullerbrandt y Raskin (1977) entre otros; y la de los 80 con Rutter, Izard y Read (1986), Cantwell y Carlson (1987a), Polaino-Lorente (1988), Kovacs (1989),...

Son tres décadas ya las que contribuyen con numerosas y sustanciosas aportaciones sobre el tema; ante esto cabría preguntarse: ¿no habremos llegado a la saturación?. Por nuestra revisión bibliográfica cabría deducir... aventurar... que sí, que como siempre ocurre cuando un tema acapara la atención de muchos, a la postre es inevitable cierta dosis de rutina y tedio.

Quizás en la incipiente década de los 90 los estudios en torno a la depresión infantil sean menos prolíficos, de hecho en la última revisión realizada para conocer e incorporar las publicaciones más recientes, de 1989 y 1990, parece vislumbrarse ya, si no un descenso, si cierta contención. No obstante, situándonos en otra perspectiva, al margen de modas y superficialidades, podríamos catalogar a este estado actual de investigación como una etapa de consolidación, de madurez, de profundización, de recogida y síntesis, y como muestra de ello contamos, por ejemplo, con la publicación, ya aludida, de Rodríguez-Sacristán y col. (1990).

Las controversias teóricas actuales en torno a la depresión infantil, inherentes al propio quehacer científico, no se resisten a la tendencia imperante de

contemplarla desde una perspectiva multifactorial, o multidimensional [por ejemplo con la integración de aspectos del dominio neuroquímico, emocional, cognitivo, motor, social y ecológico, como dirían Izard y Schwartz (1986)]. En esta perspectiva pretende introducirse nuestro estudio, pues el aporte de información sobre características de personalidad del niño depresivo incidiría sobre algunos de estos aspectos reseñados, y a su vez repercutiría en el campo psicoterapéutico.

Con respecto al test de Rorschach cabría en primer lugar, cuestionarse el por qué de esta elección cuando, como señala Rodríguez Sutil (1990, pag. 89), "hace ya bastante tiempo que se anunció la muerte de la principal y más conocida de entre las técnicas proyectivas, el test de Rorschach". Según Korchin y Schuldberg (1981); este descrédito abarca a todos los tests psicológicos que, junto con el rol del psicodiagnosticador, ha perdido importancia en la psicología clínica durante los últimos decenios. Estas afirmaciones no podemos negarlas en su realidad, empero las contemplamos como inevitables oscilaciones inscritas en un curso natural histórico, que han sido utilizadas como justificación, por algunos sectores críticos en sus revisiones generales sobre la

evaluación psicológica y su futuro (por ejemplo, Chorot, 1984 y Lanyon, 1984). Frente a estos y como contrapartida son muchos los autores (Weiner, 1983; Dana, 1984; Avila, 1986; Calonge, 1987,...) que anuncian un resurgimiento de los tests psicológicos entre los que se incluyen las técnicas proyectivas.

Volviendo sobre el test de Rorschach no compartimos el hecho auspiciado, y apuntado anteriormente, de su ocaso. Creemos, como pusimos en evidencia en la introducción, en un prestigio consolidado y que trasciende posibles fluctuaciones; de ahí que, de acuerdo con Ritzler y Alter (1986) apostemos por su renacimiento. Estos autores, apoyándose en unos datos que obtuvieron a partir de una encuesta de opinión entre profesionales cualificados, profetizan una edad de oro para el test de Rorschach y señalan a J.E. Exner Jr. como el principal responsable de este resurgimiento.

Una disminución en la aparición de trabajos y utilización "del Rorschach" es un hecho evidentemente palpable y que no podemos negar pero, como puntualiza Weiner (1983), las investigaciones más recientes realizadas con el Rorschach poseen una sofisticación técnica muy superior a la habitual en los años cuarenta

y cincuenta; en palabras de Rodríguez Sutil (1990) por que se asientan en unos fundamentos teóricos más firmes y una metodología superior.

Como ya apuntábamos en la introducción los desarrollos más recientes del test de Rorschach (de Exner y Weiner fundamentalmente), lo enfocan desde su vertiente perceptual-cognitiva de resolución de problemas, que activa el estilo consistente de cada individuo en su conducta de enfrentamiento con la realidad, representativo de su comportamiento en otras situaciones. Este énfasis, a la vez que lo distancia de la interpretación simbólica de las respuestas, lo acerca al ámbito experimental. En este enfoque que ha elevado el test a un rango más experimental nos amparamos para realizar nuestra investigación, y así, a la vez que justificamos su validez experimental nos sitúa, como hemos podido comprobar al tratar el tema de la depresión infantil, en un aspecto muy enfatizado: el perceptivo-cognitivo. Sin que por ello perdamos de vista lo más esencial y señalado por todos los autores acerca del test de Rorschach: la información que provee sobre la estructura de la personalidad.

II. DE LOS OBJETIVOS E HIPOTESIS.

Tal como pudimos verificar en la revisión bibliográfica sobre depresión infantil y el test de Rorschach, y que pusimos en evidencia al desarrollar el apartado sobre "aplicaciones a la psicopatología", hay muy poco publicado sobre este tema; además, lo poco que hay, arroja unos resultados contradictorios que incitan a abandonar el campo.

Pero también en esta circunstancia cabe el siguiente planteamiento: en las líneas abiertas sobre la investigación de depresión infantil y el test de Rorschach, se ha avanzado poco, sería necesario ampliarlas, probar otras alternativas metodológicas, que aporten una información diferente a la recopilada hasta ahora sobre índices diagnósticos. Esta es muy restrictiva en un cuadro de por sí tan complejo como es el marcado como objeto de nuestra investigación.

Se podría arguir que para clarificar esta complejidad, el primer paso sería, y valga la redundancia, no complejizarla más y partir de algunas de las diferenciaciones y/o clasificaciones establecidas, por ejemplo identificación de índices

diagnósticos para la depresión mayor y el trastorno distímico.

Esta línea, podría interpretarse que es la sugerida por Campo (1988) cuando a través de índices Rorschach supone que se pueden diferenciar dos cuadros fundamentalmente en la depresión infantil:

- Depresiones graves.
- Depresión reactiva o neurótica.

En efecto, como se puede observar en el último apartado sobre el test de Rorschach, la revisión de la literatura sobre este test y la depresión infantil permitió a esta autora recapitular y reagrupar índices depresivos en torno a estos dos cuadros.

No obstante con respecto al tema general de la clasificación de la depresión, opinamos como Cantwell y Carlson (1987b, pag. 35): "Los trastornos depresivos son de hecho diversos estados de un continuum y, por lo tanto, convendría considerar la depresión como único estado en lugar de un conjunto de diversos trastornos depresivos aislados". Según los hallazgos de Kovacs (1985) el curso del trastorno distímico es puntuado por episodios de depresión mayor; un niño en el curso de un

trastorno distímico tiene posibilidades de tener su primer episodio de depresión... Así pues, teniendo en cuenta esta continuidad, "superposición", que puede darse entre episodios de depresión mayor y trastorno distímico, no parece oportuno tomar como punto de partida la comparación entre diversas formas de depresión, pues se podría predecir que una investigación que comparara ambos grupos (depresión mayor y trastorno distímico) no arrojaría suficientes diferencias significativas como para establecer diferentes índices diagnósticos.

Las dificultades que encontramos en esta línea de investigación -de búsqueda de signos indicadores para la depresión infantil- no se ciñen solamente al ámbito complejo y aludido del cuadro depresivo, abarcan a lo que es la interpretación del test de Rorschach. Como ya apuntamos en la introducción: el significado aislado de cada una de las variables no es rígido e inmutable, sino que oscila según los casos y la relación en que se halla con el cuadro total; por él son comprendidos los datos en su verdadera dimensión, aunque algunas veces ciertos factores aislados pueden, por su poca frecuencia, aportar indicios diagnósticos importantes (Bohm, 1973). Desde esta afirmación, así como de tantas otras, aludidas anteriormente, acerca de la

conveniencia de una interpretación atendiendo a todos los datos en conjunto, se puede deducir cuan deseable sería realizar una investigación en donde agrupando las variables de forma significativa se acceda de una forma más global, integradora y configuradora a la personalidad del grupo estudiado.

Rondando en esta pretensión, de que un cambio y/o ampliación en la línea investigatoria era el camino más certero, el estudio de Mason y cols. (1985) nos brindó la ilustración que necesitábamos.

En esta investigación, en la que se estudiaban los resultados obtenidos en el Rorschach por tres grupos de sujetos adultos (depresivos, esquizofrénicos y normales) mediante un análisis factorial, se consiguieron unos resultados realmente sustanciosos, que sirvieron de clave sugeridora para el segundo punto de nuestros objetivos. Con esto pretendíamos suplir las limitaciones implícitas a los objetivos marcados en el primer punto.

III. DEL MATERIAL Y METODO.

La decisión que nos llevó a seleccionar tres grupos en la presente investigación puede parecer a primera vista infructuosa, sobre todo en lo que concierne al grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas, es dable cuestionarse su inclusión. En efecto, la mayoría de las investigaciones se desarrollan con un grupo experimental y otro de control, es más algunos autores se han limitado a examinar y comentar el Psicograma o Sumario Estructural Medio resultante de un solo grupo. Estos estudios podrían tacharse de incompletos, pero en el otro extremo estamos nosotros con el empleo de dos grupos de control, y con el agravante de las muchas horas consumidas. De todos es sabido la cantidad de tiempo que se necesita sólo para la administración y clasificación de un protocolo Rorschach, sobre todo si esto se hace noventa y una veces.

En nuestro contacto con los niños depresivos y con los de otras categorías diagnósticas, es decir, durante las entrevistas, revisión de historias, etc., pudimos comprobar lo difícil que era encontrar un niño con sólo síntomas depresivos y viceversa, niños con otras

categorías diagnósticas sin síntomas depresivos. Esto se intentó solucionar con una selección minuciosa (como explicamos en el apartado de "Método", se excluyeron tanto del grupo normal, como del grupo de otras categorías diagnósticas, todos aquellos que manifestaban o expresaban síntomas de depresión según C.E.D.I. y Escala de Depresión Infantil de Birlleson), pero somos conscientes de la dificultad que esto entraña. Como manifestaba Kovacs (1985) es bastante frecuente que un trastorno distímico pueda ir acompañado de otras condiciones psiquiátricas concurrentes; también Wooston (1989), aludía a la dificultad de encontrar a niños con un diagnóstico puro, ya sea trastornos de conducta o afectivos. Por estas razones estimamos no sólo aconsejable sino necesario la utilización de dos grupos de control (el de sujetos normales y el de sujetos con otras categorías diagnósticas).

En cuanto a las características generales de los sujetos, nos encontramos a primera vista con un escollo: las diferencias estadísticamente significativas, halladas entre los grupos, respecto a la edad. No obstante, estas diferencias no nos obligaron, afortunadamente, a una nueva estructuración de los grupos pues, de acuerdo con las teorías

evolutivas y de desarrollo, entre los 10 y los 11 años no se producen cambios que pudieran afectar de manera determinante a nuestra investigación. Mc Conville y cols. (1973), por ejemplo, dentro del marco de conceptualización de la depresión infantil en función de las etapas de desarrollo incluye un grupo de edad, de los 8 a los 11 años, en su clasificación de síndromes depresivos por grupos de edad.

De los instrumentos elegidos, la popularidad del CDI resulta obvia y sobradamente justificada. El CDI ocupa un lugar preferente a la hora de seleccionar medidas de autoinforme para el desarrollo de investigaciones sobre la depresión infantil. Su capacidad para discriminar los niños y adolescentes depresivos de los no depresivos (Lobovits y Handal, 1985; Lipovsky y cols., 1989; etc.), así como otras cualidades, más específicas y sobradamente probadas, lo han hecho merecedor de ese primer puesto, que sin lugar a dudas ocupa entre otros de su mismo género. En una revisión de Kazdin y col. (1982), en la que se evalúa y examina el status de las medidas de autoinforme sobre la depresión infantil, se reconoce esta superioridad del CDI con respecto a las otras medidas; presentando como fiabilidades demostradas de su consistencia interna, correlaciones "inter-item e item-total, test-

retest". También Finch y Rogers (1984) corroboran la fiabilidad y validez del CDI.

Helsen y Matson (1984) en un estudio sobre la estructura interna del CDI señalaron que la correlación media es altamente significativa, con un coeficiente $X=0,89$. Las correlaciones también fueron calculadas con una R de Spearman-Brown $R=0,85$ y una correlación de Guttman $R=0,84$. Ambas medidas de consistencia interna resultan elevadas en comparación con otras pruebas diseñadas para evaluar la depresión infantil.

En el estudio de Saylor y cols. (1984), utilizando muestras de niños normales y clínicas, también se obtuvo una elevada consistencia interna del CDI. La fiabilidad del test-retest varió entre 0,38 y 0,87, dependiendo de la longitud del intervalo y población.

Como refieren Ezpeleta y cols. (1988) y Moilanen y col. (1988), la mayoría de los estudios del CDI no informan de diferencias significativas en relación al sexo. No obstante, según los hallazgos de Helsen y col. (1984) y Finch, Saylor y col. (1985), la autoevaluación de los síntomas depresivos en el CDI pueden variar en función de la edad y del sexo. En el estudio de Finch y cols. se utilizó una muestra de 1.463 niños, entre los

que 705 eran varones, con edades comprendidas entre los siete y dieciséis años, siendo los varones los que presentaban mas síntomas depresivos; y los niños mayores los que puntuaban significativamente más que los menores. Sin embargo, estas diferencias, añaden los autores, no son probablemente de la suficiente magnitud para garantizar el uso de normas separadas para el sexo y la edad.

El inventario C.E.D.I., fue motivo de una Tesis de Cardoze (1979) en la que se realizó su traducción, adaptación, baremación y valoración. Entre las conclusiones de este trabajo cabe destacar la concordancia significativa hallada entre las puntuaciones del C.E.D.I. y los pacientes que habían sido diagnosticados de depresivos según la clínica. La validez y fiabilidad de esta prueba, fue pues constatada rigurosamente en este trabajo.

Como ya referimos fue Birleson (1981) quien publicó la escala autoevaluativa que lleva su nombre. Su aplicabilidad desde los siete años, la justifica Birleson aludiendo a las experiencias de Piaget y a estudios posteriores sobre psicología cognitiva. Si los niños mayores de siete años, explicita el autor, tienen suficiente madurez como para enjuiciar sus propios

sentimientos, y su comportamiento, las escalas de autoevaluación presentan más ventajas que aquellas que dependen de un observador.

En el estudio de Rosenbaum y col. (1985), desarrollado con el propósito de probar la validez de esta Escala Evaluativa de Birleson, se utilizaron dos versiones: la original de 18 ítems de Birleson (1981), y otra modificada en la que se añadían 3 ítems a los 18 originales. Los resultados, en ambas versiones confirman la validez de esta Escala Autoevaluativa para discriminar entre niños depresivos y no depresivos; arrojando estos resultados correlaciones significativas con el CDI, y con otras medidas de autoinforme de depresión.

Firth y col. (1987) aplicaron una versión modificada de la Escala de Birleson, con 16 ítems, a una muestra no clínica, con el fin de comparar sus resultados con los del propio Birleson (1981). A pesar de ciertas reservas y dificultades, a partir de los resultados obtenidos, estos autores reconocen la utilidad de esta Escala para discriminar a los niños depresivos de los no depresivos.

Al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III) le asignamos un rango preferente durante el proceso diagnóstico del grupo depresivo por su carácter descriptivo sin implicaciones etiológicas ni de ningún otro tipo. Esta modalidad de clasificación descriptiva es muy ventajosa ya que, como refiere Greydanus (1986), permite a todos los investigadores y clínicos su uso.

Según Kovacs (1985), y de acuerdo con otros trabajos (por ejemplo Cytryn y cols., 1980), el criterio DSM III puede ser aplicado a niños de edades escolares, aportando los diagnósticos, basados en este criterio, una apreciable utilidad clínica e información nosológica. Desde un punto de vista nosológico, añade la autora, la convergencia del curso de depresión mayor y de la distimia depresiva sugiere que en los años de la infancia estas dos entidades están interrelacionadas. A este respecto traemos a colación lo referido por Schaffer (1987, pag. 699): "Como con otros criterios diagnósticos en el DSM III, no hay una justificación empírica para el número de rasgos requeridos, así pues es desconocido si los pacientes con solamente tres síntomas depresivos difieren significativamente de aquellos con cuatro o cinco".

El empleo del DSM III y DSM III-R se ha impuesto en gran parte, por no decir todas, de las investigaciones sobre depresión infantil y la adolescencia (por ejemplo, Beardslee y cols., 1985; Gershon y cols., 1985; Kashani y cols., 1984; Kazdin y cols., 1983a; Torgersen, 1986b; Kazdin y cols., 1983b; Apter y cols., 1989). Según Weller y Weller (1985), aproximadamente el 7% de los pacientes pediátricos internos, y del 30% al 60% de los pacientes externos de un psiquiátrico, cumplan el criterio DSM III u otros criterios similares de depresión.

Tampoco faltan detractores que arguyen, por ejemplo, que la depresión infantil se manifiesta, a veces, mediante ciertos comportamientos, más que por humores depresivos, no incluidos en los criterios del DSM III (Kashani y col., 1979). Como contraréplica valgan como ejemplo el estudio de Carlson y Cantwell (1980b) por el que se demostró que a través del criterio DSM III los investigadores podían detectar una enfermedad depresiva en una depresión enmascarada; y el de Lobovits y col. (1985) cuyos resultados indicaron que el DSM III es una forma válida y fiable para estimar la depresión infantil.

La selección del Rorschach como instrumento científico puede ser objeto de polémica en tanto en cuanto, como refieren Ainsworth (1954) y Goldfried y cols. (1971) (citados por Rodríguez Sutil, 1990), el Rorschach no es un test en sentido estricto, es decir, no fue desarrollado teniendo en cuenta criterios psicométricos de validez y fiabilidad. La reivindicación podemos iniciarla desde su naturaleza peculiar, en palabras de Exner (1978, Tomo I) a caballo entre lo idiográfico y nomotético; ya que su potencialidad nomotética proporciona al clínico una serie de datos numéricos que permiten cierto tratamiento estadístico para ajustarse a las normas de la población y, además, someterse a pruebas de validez y fiabilidad.

De las diversas formas de fiabilidad (de interpretaciones o de puntuaciones) es de destacar, de las de puntuaciones, concretamente la propuesta por la psicometría clásica: método test-retest. Con este método han trabajado Exner (1978, 1980) y Exner y Weiner (1982), consiguiendo correlaciones elevadas en adultos, con intervalos de más de un año, y en niños con períodos más reducidos. Según Parker, Humsley y Hanson (1988) la fiabilidad del Rorschach es comparable a la del MMP I y del WAIS. Para Rodríguez Sutil (1990),

los factores que se muestran poco consistentes han de considerarse indicativos de ciertas condiciones situacionales, catalogando en general la fiabilidad del Rorschach de aceptable.

En lo que refiere a la validez, el Rorschach, como otras técnicas proyectivas, presenta serias dificultades a la hora de establecer una validez predictiva y concurrente, siendo el método de validación de constructo (confirmación de hipótesis) el más adecuado, y con el que muchos autores, algunos ya citados en la introducción (por ejemplo, Dana, 1968; Forns, Aznar y Fogued, 1985), han llevado a cabo estudios con resultados positivos.

De los métodos estadísticos aplicados, especial mención merece la elección del Método Varimax de Kaiser (1958, 1959). En efecto, para cumplimentar el segundo punto de nuestros objetivos, este método estadístico de Análisis Factorial nos pareció como que "ni hecho a la medida". De forma parecida opinan también Ruiz, Brotal y Serrano (1989), al señalar que las perspectivas evaluativas en psicodiagnóstico y conceptuales en Rorschach aconsejan un tratamiento de los datos no ligado en exclusiva a procedimientos cuantitativos; y a un estudio cualitativo y descriptivo de las variables

Rorschach es posible acceder mediante un programa de Análisis Factorial. Por otro lado, según refiere Comrey (1985), investigaciones con el MM PI demuestran que el Método Varimax de Kaiser es el mejor método disponible de rotación analítica.

IV. DE LOS RESULTADOS.

1. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS, ANÁLISIS DE VARIANZA, CONTRASTE DE MEDIAS Y CONTRASTE DE PROPORCIONES.

a) Número de Respuestas: V7.

Según los datos normativos de Exner (1985) la media del número de respuestas para la edad de 10 y 11 años, es de 20 y 19 respectivamente. Entre nuestros grupos, y aunque no se aprecian diferencias significativas con respecto a esta variable, es precisamente el grupo de sujetos normales, con una media de Nº de Resp.=19, el que coincide con más exactitud con estos valores normativos, siguiéndole el grupo de sujetos depresivos con Nº de Resp.=16.8, y por último el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas con Nº de Resp.=15.5. Según Exner (1978, Tomo II), cuando el número de respuestas es inferior a los valores esperables se puede considerar la posibilidad de una capacidad intelectual limitada, de un estado defensivo o constrictivo, de organicidad, depresión o intentos de ocultación. Otros autores, ya referidos, han señalado esta tendencia de los sujetos

depresivos a presentar un número reducido de respuestas (por ejemplo Alcock, 1965; Portuondo, 1976; Ruiz Lapuente, 1986). Circunscribiéndonos al ámbito de la depresión infantil, recordemos que también Campo (1988), señaló como índice para las depresiones graves el Nº de Resp. bajo. Si bien es verdad que ninguno de nuestros grupos acusa desviaciones como para asumir y/o confirmar estas indicaciones, es un dato curioso de subrayar la leve tendencia del grupo depresivo y del grupo de otras categorías diagnósticas a dar un menor Nº de Resp., en contraste con la marcada exactitud del grupo de sujetos normales.

b) Respuestas Populares: V8.

Teniendo en cuenta lo apuntado en la introducción sobre la conexión de estas respuestas con la capacidad para percibir el mundo de la misma manera que la mayoría de las personas, de forma convencional, podría predecirse un aumento de respuestas populares entre los sujetos depresivos, en función de la tendencia de este grupo a interpretar lo que exige menor esfuerzo y no implica riesgos (por lo que tiene de convencional). Como señaló Portuondo (1976), y ya citamos en la introducción, a veces en los neuróticos depresivos se observa un P% alto debido a sus actitudes de

sometimiento a las normas del grupo y de dependencia. No obstante en nuestro estudio esta predicción no se cumple:

- En primer lugar, el número de respuestas populares del grupo de sujetos depresivos no difiere significativamente con respecto a los dos grupos de control.

- En segundo lugar, nuestro grupo experimental, tampoco presenta diferencias apreciables con respecto a los grupos de sujetos normales de edad similar (P aproximadamente igual a 5), presentados por Exner (1985).

c) Localización de las respuestas (V9: W; V10: D; V11: Dd; V12: S).

Todos los grupos de nuestro estudio manifiestan parecidas tendencias en cuanto a la captación de la realidad en forma global, en conjunto (W%), así como la captación de lo más obvio, específico y concreto (D%), detallista e inusual (Dd%). En efecto, los resultados del análisis de varianza no arrojaron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de estas variables. No obstante si comparamos las medias

observadas en cada uno de los tres grupos (Tablas 14, 15 y 16), con unos valores esperables aportados, y ya aludidos, por Exner (para 11 años $W=8$; $D=9.6$; $Dd=1.7$), podemos apreciar:

- Una disminución en las respuestas W en todos los grupos, si bien al acusarse más en el grupo de sujetos depresivos, nos hace recordar lo apuntado por Loosli-Usteri (1965) acerca de las respuestas W: que tienden a aumentar con una buena disposición, alegría y ambición, mientras que la depresión las hace disminuir.

- Una coincidencia con el número de respuestas de detalle usual, sobre todo en el grupo de sujetos depresivos.

- Cierta aumento de las respuestas de detalle inusual, aunque casi imperceptible en los grupos de sujetos depresivos y de otras categorías diagnósticas.

No obstante, ninguna de estas diferencias, apuntadas, fueron significativas.

Afirmaciones más sólidas podemos emitir acerca de las respuestas S, cuya media en el grupo de sujetos normales es significativamente superior a la obtenida

por los sujetos depresivos. En consonancia con estos resultados se encuentran los ya citados de Campo (1988), quien en su recapitulación y reagrupamiento de índices para las depresiones graves en la infancia, incluye la ausencia de S.

Comparando las medias de S obtenidas en cada uno de nuestros grupos con los datos de Exner para edades similares (S aproximadamente igual a 1.5), observamos que en el grupo de sujetos normales las S aparecen aumentadas, en el grupo de otras categorías diagnósticas no existen prácticamente diferencias, y en el grupo de sujetos depresivos se observa una disminución.

Esta disminución de respuestas de espacio en blanco, que acusan los sujetos depresivos resulta muy interesante por una de las posibles interpretaciones, que alude a aspectos perceptivos-cognitivos tan relacionados con la depresión.

En la introducción ya destacamos dos líneas interpretativas referentes a las respuestas S, dejemos marginada la más común y a nuestro entender, (compartido por otros ya citados), poco consistente de su relación con actitudes opositoras, resaltando la

significación de estas respuestas aportada por Rausch de Traubenberg (1977). Para esta autora la presencia de S, en tanto que inversión figura-fondo, lleva implícita una diferenciación, una riqueza intelectual con capacidades de combinación y de plasticidad estructural, siendo algunas índice de diferenciación perceptiva con capacidad de romper y reestructurar el estímulo. Este significado también es aplicable a la infancia, como prueba de ello tenemos los resultados del estudio de Tegtmeyer y col. (1983) por los que se deduce una relación entre la frecuencia de S y una mayor diferenciación y flexibilidad cognitiva. Estos datos nos conducen indefectiblemente a establecer una relación entre la disminución de respuestas S mostrada por nuestro grupo depresivo y la falta de diferenciación, de combinación y plasticidad estructural, en definitiva a asociar la escasa frecuencia de S con cierta rigidez cognitiva; lo que nos lleva a diversas cavilaciones, por ejemplo que ante circunstancias adversas estos niños queden fijados a ellas, sin posibilidades de "ver", "captar" otras alternativas. Es decir la falta de flexibilidad cognitiva, de capacidad para reestructurar el estímulo conduce a un tipo de captación "dicotómica" (por ejemplo ver solamente negro en lugar de negro y blanco); desde un prisma tan amplio como es la

realidad, el niño que se deprime tiende a captar sólo un aspecto, sin ver la realidad misma; de esta forma queda circunscrito, inmerso en lo que la vida le ofrece de forma más inmediata, produciendo entre otras cosas estas actitudes dependientes tan características y favorecedoras de una depresión.

Nuestra sugerencia en todo este devenir no es, que duda cabe, que todo aquel que manifieste estas características cognitivas sufra de depresión, pero sí que el que la padece las tiene. No en vano entre los sujetos depresivos y los de otras categorías diagnósticas no se detectaron diferencias con respecto a estas respuestas S, pues un sujeto capaz de reestructurar, de flexibilizar los estímulos siempre saldrá indemne de los avatares de la vida.

Todas estas sugerencias apuntan hacia el concepto de vulnerabilidad ya tratado en la introducción, canalizando nuestro estudio por la perspectiva multifactorial desde la que, como ya anunciábamos previamente, pretendíamos introducir, siquiera, unos modestos aportes hacia la dimensión cognitiva.

d) Calidad Evolutiva de la localización (V13: DQ+; V14: DQv/+; V15: DQo; V16: DQv).

Como ya especificamos en su momento, el valor interpretativo de las áreas utilizadas está vinculado estrechamente a su calidad. "Los códigos de localización no dan información acerca de la calidad o especificidad de una respuesta y, por ello, se necesita un segundo código para anotar esta característica" (Exner, 1985, pag. 14). Son cuatro los códigos que se utilizan en el Sistema Comprensivo de Exner para evaluar la calidad evolutiva; es decir los niveles de actividad cognitiva, pues por los resultados de estudios que ya aludimos, se demuestra la validez convergente y discriminante de estos códigos de evaluación como medidas de desarrollo cognitivo.

Teniendo presente que las DQ inferiores (o y v) se relacionan con un tipo de cognición rígida, concreta y algo inmadura; y las DQ superiores (+ y v/+) con mayor flexibilidad y un alto nivel de operaciones cognitivas, es de esperar que entre los sujetos depresivos se prodiguen más las DQ inferiores. En efecto, esto ya lo aludió Campo (1988), refiriéndose a la depresión infantil, y nosotros lo evidenciamos en su apartado correspondiente.

Contemplando las tablas de estadísticas descriptivas (Tablas 14, 15 y 16), los resultados del análisis de varianza y del contraste de medias, no podemos confirmar lo expuesto en el párrafo anterior. Además estimamos que un detenimiento en los datos, incluso los más relevantes, sería de escaso interés para nuestra línea de investigación. Así, por ejemplo, la media para la variable DQ+ fue muy similar para los grupos de sujetos normales y depresivos, no observándose diferencias significativas entre ninguno de los tres grupos estudiados. En cuanto a la variable DQv/+, las diferencias significativas al ocurrir entre el grupo de sujetos normales y el de otras categorías diagnósticas no requiere de comentario alguno.

e) Respuestas formales (V41: F; V54: L).

Si partimos de la conclusión de Exner (1978, Tomo II), de que las actitudes y/o posturas defensivas aumentan el número de respuestas F, es de suponer un aumento de estas respuestas entre los sujetos depresivos. Para comprobar la veracidad de esta afirmación, hemos de tener en cuenta las variables F y L, ambas atañen al aspecto cuantitativo de las respuestas formales. Ya resaltamos que un número

elevado de respuestas F, se incluye entre los índices de depresión para una gran mayoría de autores.

Entre nuestros grupos objeto de investigación, sin embargo, no se observaron diferencias significativas ni para la variable F ni para la L.

Con el ánimo de observar algún leve indicio que apoyara lo expuesto por otros autores acerca de la frecuencia de F y la depresión, sometimos a observación las medias de los tres grupos en relación a los valores esperables facilitados por Exner para una edad similar.

Según Exner (1985) la media de L para la edad de 11 años es 0.90, valor este sensiblemente inferior a los obtenidos por cada uno de nuestros grupos. Además la media más alta corresponde, (como se puede apreciar en la tablas 14, 15 y 16), al grupo de sujetos normales y la más baja a la de sujetos depresivos, justo lo inverso a lo esperado. Con respecto a los valores de F, sobran comentarios, que al ir en la misma línea de la variable L, nada añadirían sobre lo ya dicho.

f) Calidad formal (V17: FQ+; V18: FQo; V19: FQu; V20: FQ-; V42: F+; V43: Fo; V44: Fu; V45: F-; V57: X+%; V58: F+%; V59: X-%; V84: Desviación X+%; V85: Desviación X-%).

Todas estas variables que evalúan la calidad formal aportan información sobre la capacidad para percibir las cosas convencionalmente, de forma realista.

Por lo tanto, al igual que con las respuestas populares, suele ser frecuente entre los sujetos depresivos dar respuestas de buena calidad formal, por ejemplo F+% alto. En función de esto nuestras predicciones apuntaban a obtener valores más altos en el grupo experimental.

No obstante, teníamos nuestras reservas, pues la interpretación de las respuestas de buena calidad formal es rica y compleja. Expresan el grado de control con la realidad, y también se relacionan con la exactitud perceptiva, capacidad de memorización, concentración y atención, así como con la inteligencia, juicio y raciocinio; y como ya indicamos en la introducción, entre los sujetos depresivos, los resultados son contradictorios.

Resultaría largo y engorroso revisar los resultados de todas las variables sobre la calidad formal. Vamos a detenernos sólo en aquellas que arrojaron diferencias significativas, advirtiendo previamente que en las más utilizadas, e importantes para evaluar la forma y su calidad (F+%, X+%, X-%, Desviación F+% y Desviación X+%) no se observaron diferencias significativas entre los grupos.

Para clasificar la calidad formal, Exner (1985) emplea 4 signos, diferenciadores de niveles de adecuación formal: + (superior sobreelaborada), o (ordinaria), u (única o inusual) y - (menos).

Mediante el análisis de varianza, se detectaron diferencias entre los grupos con respecto a tres variables (F-, FQ+ y FQ-).

Con respecto a la variable F- (Total de respuestas de forma pura deficiente), el contraste posterior de medias puso de manifiesto que las diferencias significativas sólo ocurrían entre los grupos 1 y 2, es decir los dos grupos de control.

Las variables FQ+, FQo, FQu y FQ-, expresan las frecuencias para cada una de las cuatro valoraciones de la calidad formal. Con respecto a FQ+ se observaron diferencias significativas entre los grupos 1 y 2, y entre los grupos 1 y 3. El hecho de que el grupo de sujetos normales diera, significativamente, más respuestas de calidad formal superior sobreelaborada, que el grupo de sujetos depresivos y el grupo de sujetos de otras categorías diagnósticas, es fácilmente explicable teniendo en cuenta lo aludido por Exner (1978, Tomo II, pag. 40): "la respuesta + representa un nivel claramente superior de exactitud perceptiva y cognitiva y de creatividad que la respuesta más común o". Si es de lógica esperar, que estas cualidades y/o capacidades escaseen en niños que aún no han alcanzado una madurez intelectual, también lo es pensar que en los pocos niños que las muestren, se de un pleno funcionamiento de facultades, tanto intelectuales como emocionales y/o afectivas, y entre nuestros sujetos, estos niños estarán en el grupo de normales.

En la variable FQ- (respuesta de calidad formal deficiente), las diferencias significativas se observaron sólo entre el grupo de sujetos normales y el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas, por

lo que, al no incidir en nuestro grupo experimental, no merecen ser comentadas.

La prueba de Ji cuadrado indicó diferencias significativas entre los grupos, en las proporciones de las categorías de la variable Desviación X-% (o sea Desviación de SumFQ-/R). Como se puede comprobar por la tabla 19, en todos los grupos se observaron proporciones inferiores en la categoría $X\% > 0.15$, lo que significa que todos obtuvieron unos valores mínimos en la variable forma distorsionada que según Exner (1985) se relaciona con la proporción de distorsión perceptual aparecida en el protocolo, siendo además el grupo de sujetos normales el que acusó menos distorsión perceptual, siguiéndole el grupo depresivo y por último el grupo de otras categorías diagnósticas.

g) Respuestas de movimiento (V21: M; V22: Ma; V23: Mp; V24: M-; V25: FM; V26: m; V27: activo; V28: pasivo).

La tendencia entre los grupos depresivos a dar pocas o ninguna M (movimiento humano), referida ya por Rorschach en 1921, y apoyada por una mayoría (Rapaport y cols., 1976; Mason y cols., 1985,...), no la podemos confirmar en nuestro estudio. En primer lugar, como se

puso en evidencia por el análisis de varianza, el número de respuestas M no difería entre nuestros grupos. Además las medias observadas, en cada uno de los grupos, tienden a coincidir con unos valores, considerados normales en la infancia, apuntados por diversos autores, y a los que ya aludimos en la introducción (Campo, 1988; Exner y Weiner, 1982,...).

Planteamientos de la misma índole podrían derivarse del análisis de las respuestas de FM y m. En ninguna de estas variables, y con respecto a ninguno de los grupos, se han obtenido diferencias significativas. Del análisis de cada media por separado en relación a valores normativos nada interesante cabe añadir.

Del análisis de las variables de movimiento activo y pasivo, sí podemos acceder a ciertos datos de interés. El dato más relevante es la puntuación significativamente superior obtenida, en el total de respuestas de movimiento activo, por el grupo depresivo en relación al grupo de otras categorías diagnósticas; además, esta puntuación del grupo depresivo (ver tablas 14, 15 y 16) supera, aunque no se aprecian diferencias significativas, a la obtenida por el grupo de sujetos normales, siendo, sin embargo, el número de respuestas de movimiento pasivo similar entre los tres grupos.

Todo esto tiene necesariamente que sorprender, a tenor de las interpretaciones habidas acerca de estas respuestas de movimiento activo (sin ir más lejos, la que ya aludió Rorschach en 1921). Según estas, nuestros sujetos depresivos son personas activas, con poderoso impulso de auto afirmación, y nada más lejos de la realidad.

Poco acertamos a justificar con respecto a este hecho, a no ser que, teniendo en cuenta lo que apuntaba Ruiz Lapuente (1986): que las evaluaciones globales del Rorschach pueden realizarse mejor cuando se confrontan con los aspectos clínicos de los enfermos; dejemos a un lado la interpretación aislada de las respuestas de movimiento activo, focalizando nuestra atención en la proporción a/p.

Desde este prisma el incremento de respuesta de movimiento activo en los sujetos depresivos supone, al no ocurrir lo mismo con las respuestas de movimiento pasivo, la existencia de diferencias en la proporción a/p. Según información de Exner (1981, Tomo III), avalada por una serie de estudios, la proporción a/p aporta información sobre la construcción cognitiva o su flexibilidad; cuando uno de los lados excede al otro en

tres o más puntos, existe una tendencia a la rigidez cognitiva o ideacional. Ciertamente, como se puede apreciar en la tabla 16, entre los sujetos depresivos, la diferencia entre ambos lados de la proporción no alcanza los tres puntos; no obstante hay una diferencia apreciable y digna de tener en cuenta.

En primer lugar porque los grupos de control no acusan estas diferencias (ver tablas 14 y 15).

En segundo lugar, porque la interpretación que se deriva de esta diferencia, al ser consonante con lo que hemos deducido por otros datos (por ejemplo de las respuestas S) no proporciona nueva información, sino que actúa como mero reforzador.

h) Respuestas de Color y Proporción Afectiva (V29: FC; V30: CF; V31: C; V32: SumC; V52: Afr).

No solamente no se observaron diferencias significativas entre los grupos, en ninguna de estas variables, sino que además las medias eran tan semejantes (ver tablas 14, 15 y 16) que ni tan siquiera podemos hacer sugerencias a partir de las tendencias de un grupo.

Si se observa, en el total de sujetos (tabla 17), unos valores y/o proporciones algo diferentes a los que, según la mayoría de los autores (por ejemplo, Exner, 1985; Ames y cols., 1977), son de esperar en estas edades; pero un comentario acerca de esto no solamente desborda el ámbito de nuestra investigación, sino que carece de interés.

i) Respuestas de color acromático y de sombreado (V33: C'; V34: T; V35: V; V36: Y; V37: Sumclaroscuro).

La frecuencia de estas respuestas entre los sujetos depresivos, es un hecho sobradamente apuntado en la literatura especializada, y también sabido y comprobado por todos los que trabajamos con el test de Rorschach.

En la introducción ya dejamos constancia acerca de esta cuestión, así que remitimos y/o invitamos al lector a efectuar un breve repaso a lo ya escrito.

Es incluso de dominio popular la atracción que ejercen los tonos grises, negros, oscuros y sombríos sobre una persona triste. La asociación entre el negro y las situaciones de duelo (por una pérdida), se puede

considerar como un fenómeno sociocultural en muchos países y durante distintas épocas.

Pese a todo..., en ninguna de las variables de color acromático y de sombreado (a excepción de las respuestas de vista), se obtuvieron diferencias significativas entre nuestros grupos; las diferencias significativas con respecto a la variable V, al ocurrir entre los dos grupos de control no merece comentario alguno.

Desde una conceptualización multifactorial de la depresión, y teniendo en cuenta lo aludido por Beck (1983): que la combinación resultante de la interacción de factores variará en función de la cantidad que cada individuo aporte a la mezcla, podemos justificar (y comprender) por qué en una mayoría de niños depresivos no se da, por ejemplo, un aumento de respuestas de color acromático.

Si bien es verdad que la existencia de experiencias afectivas dolorosas a la vez que pueden provocar una depresión en el niño, pueden también favorecer esa responsividad a los estímulos externos amortiguada y vacilante, que es lo que según Klopfer y Davidson (1977) indican las respuestas C', no es menos

cierto que no todos los niños van a responder dentro de este mismo lineamiento y viceversa.

Además no siempre, dentro de este lineamiento, tiene porqué mediar una depresión. Como apuntaba Doménech (1988) son muchas las experiencias, situaciones traumáticas, acontecimientos positivos y negativos que, formando parte de nuestro complejo entorno social, pueden provocar depresión en el niño. La dificultad radica en saber cómo actúan, cómo interactúan entre sí, qué mediadores se interponen y cómo impactan al niño estos factores de riesgo.

El afecto contenido, implícito en las respuestas acromáticas puede, que duda cabe, formar parte de la dinámica de la personalidad de un niño afecto de depresión, puede ser una de sus características; pero estas características podrían ubicarse en el ámbito de la vulnerabilidad, de los factores de riesgo, y como tal no tienen porqué manifestarse como característica relevante en un grupo de niños depresivos.

Por otro lado, aunque ha sido enfatizada por muchos, la relación entre las respuestas de color acromático (y sombreado) con sentimientos depresivos, no todos los autores las incluyen entre los signos

indicadores de depresión (ver apartado de aplicaciones a la psicopatología del test de Rorschach), ni todos, como ya manifestamos en su lugar, apoyan una relación directa. Por ejemplo Exner, pone en entredicho la relación directa entre depresión y C', sugiriendo sólo una relación entre estas respuestas y el afecto contenido. En lo que respecta a la depresión infantil, existe concretamente un artículo, al que ya hicimos referencia, de Lobovits (1986), en el que se investiga sobre la utilidad de cinco índices Rorschach para el diagnóstico de depresión, en niños de ocho a doce años (contenido mórbido, índice de egocentricidad, vista, determinantes múltiples con mezcla color-claroscuro y eb). Los resultados sólo indicaron diferencias significativas en dos índices (determinantes múltiples con mezcla color-claroscuro y eb; concluyendo el autor que estos índices no eran instrumentos válidos para diagnosticar depresión infantil.

El planteamiento que nos hemos hecho con respecto a las respuestas C' puede adaptarse también a todas y cada una de las respuestas de sombreado, esto es, el hecho de que se admita una relación entre las respuestas C' y el afecto contenido no implica una relación con la depresión, aunque es bastante posible. De igual forma podemos avanzar en general y a lo largo

de todas las respuestas de sombreado. Por ejemplo, la relación entre sombra-ansiedad o sensibilidad ansiosa, puntualizada por Rausch de Traubenberg (1977) entre otros, no tiene por qué implicar forzosamente relación con depresión; así como tampoco la relación, que propone por ejemplo Klopfer, entre las respuestas de textura y el deseo de contacto y/o necesidades afectivas incluye a la depresión; ni por último la conclusión de Exner (1978, Tomo II), de que las respuestas V representan un tipo de introspección dolorosa asociada a características depresivas es inamovible.

Cualesquiera de estas relaciones adquieren su verdadero significado en la configuración de personalidad, única para cada individuo, subyacente al cuadro clínico común de depresión.

En efecto la información que facilita un Rorschach es tan rica, única y compleja, como lo es la personalidad; cada dato tiene su lugar y significado determinado e intransferible.

Cuando administramos, clasificamos e interpretamos los "Rorschachs" de cada uno de nuestros sujetos depresivos, pudimos comprobar la sorprendente

coherencia que existía entre el cuadro clínico y el informe de personalidad confeccionado a partir de los datos del test; todo encajaba perfectamente. No obstante, ante al mismo cuadro clínico subyacían tantos matices..., por ejemplo, una niña de doce años dió un número elevado de respuestas de textura, estas al relacionarlas con las necesidades afectivas ponían de manifiesto una carencia de afecto y unas actitudes dependientes en coherencia, tanto con los otros datos del test, como con su historia y su cuadro depresivo. En realidad este informe del Rorschach, como todos los demás, clarificó, puso en evidencia una dinámica, en el término de la cual estaba la depresión.

Esta diversidad, que captamos, dentro de un orden, fué la piedra angular para nuestros objetivos, y a la vez explica, justifica el que muchas, la gran mayoría de variables comúnmente relacionadas con la depresión no diferenciara a nuestro grupo experimental (de niños depresivos) de los dos grupos de control.

Nuestros resultados, además, no entran en contradicción con otros existentes sobre depresión ya aludidos; por ejemplo uno sobre depresión infantil referido en varias ocasiones. Como se recordará Lobovits (1986) en su estudio titulado "El uso de

índices Rorschach seleccionados para diagnosticar depresión en la edad de latencia infantil", llega a la conclusión que estos índices no son instrumentos válidos para diagnosticar depresión.

j) Respuestas de Forma-dimensión (V40: FD):

Ante la ausencia de diferencias significativas entre los grupos con respecto a esta variable, sobran comentarios poco relevantes de por sí.

k) Variables de reflejos y pares (V38: Fr+rF; V39: (2); V53: 3r+(2)/R).

Según comentamos en la introducción, Duricko y cols. (1989) confirmaron la validez de la utilización del "índice de egocentrismo" $(3r+(2)/R)$ como medida de la autoestima, en niños y adolescentes entre los seis y los dieciséis años de edad. También referimos la tendencia de los grupos de sujetos depresivos a presentar índices de egocentricidad bajos. No obstante, entre nuestros sujetos, no se observaron diferencias significativas con respecto a esta variable, lo que, aunque entra en contradicción con lo apuntado por algunos autores (p. ej. Exner, 1985 y Campo, 1988), concuerda con no pocos resultados, teniendo en cuenta

la escasez de estudios sobre depresión infantil y el test de Rorschach. En el estudio de Lobovits (1986), por ejemplo, tampoco el índice de egocentricidad diferenció significativamente a un grupo de niños depresivos; según Lipovsky y cols. (1989) las variables Rorschach no estaban relacionadas con la depresión en la adolescencia.

1) Variables relacionadas con el tipo vivencial (V48: EA; V49: ep; V50: Punt.D; V51: P.ADJ D; V80: EB; V81: Punt.D<0; V82: Punt.ADJ D<0).

Los resultados de estas variables, tan cruciales en el test de Rorschach, no han aportado prácticamente ninguna información.

En primer lugar, la ausencia de diferencias significativas entre los grupos, con respecto a las variables EA, ep, Punt. D y Punt. ADJ D y Punt. D<0 no nos permiten comentarios novedosos.

En segundo lugar, aunque en la variable cualitativa EB no se pudo, como se manifestó en el apartado "Resultados", aplicar la prueba del contraste de proporciones; por la tabla 19 podemos apreciar como

las frecuencias se reparten muy similarmente entre los grupos. Observándose, en todos los grupos, la máxima concentración de frecuencias y/o porcentajes en la categoría $M\text{-Sum}C=1.5$ a -1.5 . De lo que podemos deducir que el tipo vivencial de la mayoría de sujetos de nuestros grupos (73% en el grupo 1; 70% en el grupo 2; 61% en el grupo 3), es ambiguo de lo que al no destacar el grupo depresivo de los de control nada cabe derivarse.

En tercer lugar, aunque la prueba Ji cuadrado indicó diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de las categorías de la variable $\text{Punt.}ADJ.D < 0$, como se puede observar en la tabla 24, el reparto de proporciones entre los sujetos normales y depresivos es bastante similar, siendo el grupo de sujetos con otras categorías diagnósticas el que acusa mayores diferencias. Estos datos, empero, no tienen una significación relevante en el contexto de nuestra investigación, sobre todo, teniendo en cuenta la proporción sensiblemente superior mostrada por todos los grupos, en la categoría "no" ($\text{Punt.}ADJ.D \geq 0$), lo que según Exner (1985) se relaciona con la tolerancia al stress y elementos de control.

m) VARIABLES relacionadas con el contenido y los fenómenos especiales (V60: A%; V61: Cont.; V62: H Pura; V63: H Total; V66: DV; V67: DR; V68: INCOM; V69: FABCOM; V70: ALOG; V71: CONTAM; V72: Sum6F.E; V73: WSum6F.E; V74: AG; V75: CONFAB; V76: CP; V77: MOR; V78: PER; V79: PSV).

Todas estas variables tienen en común la escasa relevancia de sus resultados en el contexto de nuestra investigación.

En primer lugar, con respecto a ninguna de ellas se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En segundo lugar un detenimiento y justificación de tenues tendencias observadas en algunos resultados nos encaminarían por parecidos planteamientos ya expuestos, por ejemplo a propósito de las respuestas de color acromático y sombreado, si bien con la impronta de una especificidad y/o interpretación para cada dato, lo que no obstante sería tarea larga y poco compensada.

El desfase entre el minucioso detenimiento en los resultados de algunas variables (concretamente las que

fueron consideradas en primer lugar), y la precipitación con que nos conducimos ahora, tiene una razón de ser: poner de manifiesto que pese a las pocas diferencias significativas halladas en esta investigación, existe una coherencia traducida y/o vislumbrada por leves tendencias en consonancia con los resultados de otras investigaciones, por la flexibilidad de las interpretaciones de los datos Rorschach... en fin, por aspectos que ya hemos ido apuntando a lo largo de este apartado (discusión de los resultados de las variables cuantitativas y cualitativas), y seguir insistiendo sería muy reiterativo.

Sólo muy someramente destacamos las tendencias observadas en tres variables (H Total, AG y MOR). La media más inferior con respecto a la variable H Total se observó en el grupo depresivo, lo que nos hace recordar lo señalado por algunos autores (por ejemplo Bohm, 1972, 1977 y Campo, 1988), acerca de la tendencia de los sujetos depresivos a dar pocas o ninguna respuesta de contenido humano, lo que se suele interpretar como un escaso interés por las relaciones interpersonales. En el contenido mórbido y movimiento agresivo, las medias más altas se observaron en el grupo de sujetos depresivos, lo que también ha sido

informado como característico de la depresión (por ejemplo por Portuondo, 1976, en los movimientos agresivos y en los contenidos mórbidos por Exner, 1985 y Campo, 1988).

n) Variables relacionadas con la actividad organizativa (V46: Zf; V47: Zd; V83: incorporador).

De las variables Zd e incorporador, y a tenor de los resultados obtenidos nada interesante cabe comentar. Con respecto a Zf, todos los sujetos de nuestro estudio (normales, de otras categorías diagnósticas, depresivos) arrojaron unos valores sensiblemente inferiores a los normativos de un grupo de niños normales de 11 años, presentados por Exner (1985). Pero además, el grupo de sujetos depresivos dió una puntuación Zf significativamente inferior a la obtenida por el grupo de sujetos normales. Como ya apuntamos, al tratar estas respuestas, el valor Zf nos informa del grado en que el sujeto es capaz de organizar el campo del estímulo. Según Exner (1981, Tomo III, pag, 160): "una Zf baja puede ser el resultado de una falta de predisposición para intentar aunar la complejidad del campo de estímulos". El bajo nivel de energía y la disminución de la atención y

concentración, presentes en el sujeto depresivo pueden causar esta falta de predisposición y por ende los resultados bajos de Z_f de nuestros niños depresivos.

No obstante, las puntuaciones Z_f de los sujetos con otras categorías diagnósticas no diferían significativamente de las del grupo depresivo, lo que viene a confirmar lo apuntado anteriormente (en Discusión del Material y Método) acerca de las dificultades para diferenciar a los niños depresivos de los de otras categorías diagnósticas.

Teniendo en cuenta todos los datos apuntados, creemos lícito considerar "la falta de predisposición para intentar aunar la complejidad del estímulo", como una característica de nuestro grupo de niños depresivos; ya que además de las diferencias significativas habidas con respecto al grupo normal, también se observa, entre los niños depresivos una puntuación Z_f algo inferior (aunque no significativa) a la obtenida por el grupo de otras categorías diagnósticas.

ñ) Otras variables (V55: Det. Múltiples; V56: D.M.Clarosc.Color; V64: SConstelación; V65: Depresión; V87: S-Const.; V88: Depresión, variable cualitativa; V89: Índice de aislamiento).

Con respecto a ninguna de estas variables cuantitativas se obtuvieron resultados que diferenciaran al grupo experimental de los dos grupos de control. Esto es especialmente llamativo en lo que atañe al índice de depresión y los determinantes múltiples claroscuro y color.

Los determinantes múltiples claroscuro y color es uno de los cinco signos que distingue Exner (1985) para la depresión; y aunque en nuestro grupo experimental no se detectó una puntuación, en esta variable, significativamente superior en relación a los dos grupos de control, lo que sí se observa es una media algo superior (ver tablas 14, 15 y 16), sobre todo con respecto al grupo normal.

Para Exner (1985), el índice de depresión, al que se refiere la variable V65, representa la suma de los cinco signos distinguidos por él para la depresión. No obstante, para este autor, como ya referimos, no se puede descartar, sin más, la presencia de una

depresión, aún con tres signos o menos, con lo que de alguna forma está poniendo en entredicho la validez de este índice.

A las variables cualitativas incluidas en este apartado, y como pusimos de manifiesto en el apartado "Resultados", no se le pudo aplicar la prueba de contraste de proporciones; y los resultados de las frecuencias y proporciones obtenidos para cada categoría (ver tabla 19) no aportan información que incida o modifique lo comentado hasta ahora.

2. CORRELACIONES DE PEARSON Y ANALISIS FACTORIAL CON ROTACION DE VARIMAX.

En un principio, de todos los factores extraídos por el programa de Rotación de Varimax, seleccionamos como se puede apreciar por la tabla 35, sólo aquellos que explican al menos el 5% de la varianza. No obstante, de los seis factores resultantes para cada uno de los grupos, algunos tenían escaso valor interpretativo en el contexto de nuestra investigación, fundamentalmente por las pocas variables con saturaciones altas que los constituían. Finalmente pues, decidimos utilizar sólo los tres primeros

factores, que explican para cada grupo los siguientes porcentajes totales de varianza:

- Grupo 1: 49.4%
- Grupo 2: 47.2%
- Grupo 3: 51%

Además, esta restricción de factores que pudiera parecer a primera vista algo arbitraria, al no estar suficientemente fundamentada con las razones esgrimidas, es según palabras de Pelechano (1990), una medida de conservadurismo científico, y por tanto este autor como otros, por ejemplo Mason y cols. (1985), la ha adoptado al utilizar este método de Análisis Factorial con Rotación de Varimax.

a) Factor I (Grupo depresivo).

Es este un factor monopolar que muestra una clara relación de covariación empírica entre todas las variables con saturaciones iguales o superiores a 0.50 (ver tabla 38). Una de estas variables es Zf; ya comentamos en la discusión la tendencia, entre nuestros sujetos depresivos, a mostrar disminuciones significativas de Zf. Pero esto no entra en contradicción con el hecho de que sea también Zf una de

las variables que definen uno de los factores de nuestro grupo depresivo; el que las variables con saturaciones altas en un factor manifiesten también entre sí una relación de covariación quiere decir que en la medida que aparece una, aparecen las restantes, es decir, si una aumenta aumentan las demás.

El hecho pues de que entre nuestros sujetos depresivos se haya detectado una disminución significativa en las respuestas Zf, no contradice la presencia de Zf como parte integrante de uno de los factores más importantes. Se puede interpretar de la siguiente forma: entre nuestros sujetos depresivos se observa una falta de predisposición para aunar la complejidad del estímulo. No obstante cuando se esfuerzan por organizar y sintetizar los estímulos se producen fallos en el pensamiento (F.E) y otras características que iremos describiendo a lo largo de las explicaciones de este primer factor.

A este factor le vamos a adjudicar el calificativo de cognitivo, por ser el que acusa saturaciones más altas en variables Rorschach más relacionadas con aspectos cognitivos. Estas variables (DQ+, Zf, 6F.E., Sum6F.E. y Determinantes múltiples) presentan también

entre sí, como se puede ver por la tabla 34, correlaciones muy significativas.

Podríamos además, a tenor de lo apuntado acerca de este factor, aventurar su carácter de representatividad en relación a una dimensión cognitiva de la depresión infantil. Esta dimensión no tiene por qué formar parte de las características de personalidad de todos los niños que padecen depresión (recordemos la tan traída y llevada cualidad multifactorial), pero sí puede caracterizar a algunos. Desde esta perspectiva, y valga la advertencia, sería simplemente una dimensión de personalidad representativa de algunas depresiones infantiles.

En cuanto a cuáles son estas características cognitivas, podemos deducirlas del significado predominante y confluyente de todas aquellas variables Rorschach con saturaciones altas en este primer factor.

Sobre el significado de estas variables ya hemos aludido tanto en la introducción como en la discusión de otros resultados estadísticos. Vamos ahora sólo a detenernos en aspectos no considerados previamente y/o que nos interesa resaltar con vistas a la interpretación global del factor; siendo ésta también

la forma con la que continuaremos procediendo durante el abordaje de los restantes factores del grupo depresivo.

El requisito apuntado por Exner (1985) para la valoración DQ+: la integración de distintos detalles de la mancha percibidos por separado, lleva implícito, que duda cabe, una orientación cognitiva a la integración y síntesis; ahora bien, el que esta capacidad y/o manifestación de integración y síntesis se pueda o no relacionar con la flexibilidad cognitiva, así como con niveles elevados de acción y habilidad cognitivas (significados apuntados por Exner, 1978, Tomo II y Ridley, 1987) depende de su confirmación por otros datos.

El significado de las respuestas Zf es consonante con el indicado por "DQ+", en lo que se refiere a la orientación cognitiva hacia la integración. Zf informa, como podemos recordar según cita aludida de Rovira (1983), del grado en que el sujeto es capaz de organizar el campo del estímulo. En palabras de Exner (1981, Tomo III), una Zf alta puede ser el producto de un esfuerzo intelectual, o puede indicar la necesidad de tratar el campo de estímulos con más cuidado y precisión.

Las posibles interpretaciones de los fenómenos especiales "F.E." (trastornos del pensamiento, ineficacia y desorganización cognitiva,...) y Determinantes múltiples "Det.Mul." (actividades psicológicas complejas) introducen importantes matizaciones, que permiten ir esbozando los siguientes aspectos configuradores de este factor cognitivo:

En la acción cognitiva de organizar e integrar estímulos ambiguos median procesos psicológicos complejos, produciéndose a la postre fallos y desajustes cognitivos.

Teniendo en cuenta lo que advertía Comrey (1985) acerca del Método Varimax, que entre el conjunto de variables que definen un factor principal puede ocurrir que dos o tres estén más correlacionadas entre sí que con el resto de las variables. Para el estudio y análisis de cada factor, y con el fin de ir elaborando paso a paso una interpretación lo más detallada y justificada que nos sea posible, hemos cubierto un primer paso agrupando e interpretando las variables en función de sus correlaciones más significativas así como de la cohesión de sus significados.

Con este criterio reunimos las variables que convenimos en llamar cognitivas, y ahora llamamos la atención sobre la correlación significativa entre la proporción afectiva "afr" y los fenómenos especiales "F.E." (tabla 34), que pone de manifiesto la relación entre la responsividad a los estímulos externos y los trastornos del pensamiento, es decir en función de la responsividad a los estímulos emocionales se desorganizan las cogniciones.

De las otras variables que definen este primer factor, "FM" (impulsos que exigen gratificación inmediata o expresión abierta de impulsos) y "a" (actividad, agresividad,...) se deduce una actividad ideacional dominada por necesidades básicas que exigen una pronta satisfacción, imponiéndose de forma inflexible e inadaptativa.

FC, C' y D.M.Claros-Color son, como ya explicamos, variables que se relacionan con la afectividad, en concreto C' y D.M.Claros-Color las incluyen una gran mayoría de autores entre los índices depresivos (recordemos que ambas figuran entre los signos del Índice de Depresión de Exner). De la conjunción de todas ellas podemos deducir una expresión afectiva

controlada, suspicaz y ambivalente, lo que encaja perfectamente con un cuadro depresivo.

Enlazando y resumiendo todas estas interpretaciones podemos hablar de fallos cognitivos que se ponen de manifiesto en distintos flancos (en función de los esfuerzos de organización y síntesis, de la expresión de procesos psicológicos complejos y también de la receptividad a los estímulos emocionales); también podemos hablar de una afectividad ambivalente, controlada y suspicaz que puede impeler al sujeto a controlarlo todo (para que no se escape nada), favoreciendo por lo tanto esa tendencia a la organización y síntesis antes aludida; y por último de la emergencia de un mundo interno inmaduro primitivo (de necesidades e impulsos básicos) que al imponerse de forma activa, poco adaptativa e irreflexiva puede, en concomitancia dar lugar a unas cogniciones inflexibles y en consecuencia a distorsiones de la realidad.

Repasando los modelos cognitivos de la depresión, podemos comprobar como las implicaciones y elaboraciones cognitivas que incluyen estos modelos siguen una dinámica y/o son de naturaleza diferente a las descritas en este primer factor del grupo depresivo. En realidad no es que entren en

contradicción, no podemos decir que sean opuestas, forman parte de dinámicas diferentes; y aunque en todas las explicaciones sobre los procesos cognitivos (de los modelos y del factor), se hagan claras y específicas alusiones a la distorsión e incluso a la falta de flexibilidad cognitiva, estas son generalizaciones extraídas de contextos diferentes y por lo tanto difíciles de conciliar.

Estos datos por lo tanto no son asimilables por los modelos de depresión y sí por encuadres que enfatizan el papel interactuante y complejo de los factores de riesgo y el concepto de vulnerabilidad.

Según frase ya citada de Harrison y cols. (1984): la falta de habilidad para enfrentarse a determinadas situaciones, estructuras cognitivas contraproducentes, metas poco realistas, valores poco razonables, etc., favorecen la vulnerabilidad del organismo al padecimiento de depresión.

Por su parte Doménech (1988) enumera siete causas para la vulnerabilidad individual a la depresión infantil; el estilo cognitivo es una de ellas.

Inmersos en estas afirmaciones (de Harrison y cols., 1984 y Doménech, 1988), estas características cognitivas descritas para el factor I podrían ser partes configuradoras de un estilo cognitivo subyacente a algunas formas de depresión infantil.

En relación a los resultados obtenidos por otros estudios, poco podemos comentar; en nuestra revisión bibliográfica (hasta el año 1990 inclusive) hemos encontrado sólo un trabajo (de Mason y cols., 1985), sobre sujetos depresivos adultos y el test de Rorschach, en el que se utiliza el Método de Rotación de Varimax. Los resultados para los tres factores seleccionados los reproducimos en la tabla 39.

TABLA 39

GRUPO: SUJETOS DEPRESIVOS ADULTOS

(Mason y cols., 1985).

<u>FACTOR 1</u>		<u>FACTOR 2</u>		<u>FACTOR 3</u>	
<u>VARIABLE</u>	<u>PESO</u>	<u>VARIABLE</u>	<u>PESO</u>	<u>VARIABLE</u>	<u>PESO</u>
DQ+	0.85	DQo	0.91	DQv	0.72
Zf	0.84	D	0.90	C+Cn	0.67
M	0.73	R	0.87	3r+(2)/R	-0.57
W	0.69	Dd	0.86	D.M.Cl.Co	0.52
m	0.61	Y	0.59	X%	-0.50
H	0.54				
L	-0.53				
Sum6F.E.	0.52				

De las ocho variables con saturaciones altas en este primer factor del grupo de depresivos adultos (tabla 39), sólo tres (DQ+, Zf y SumF.E.) coinciden con las de nuestro grupo de niños depresivos; no obstante es significativo que sean precisamente variables relacionadas con aspectos cognitivos las que aparecen como partes integrantes de un factor en ambos grupos de depresivos (adultos e infantiles).

b) Factor II (Grupo depresivo).

En este factor encontramos una relación de covariación entre ocho de las nueve variables con saturaciones iguales o superiores a 0.50; covariando estas ocho negativamente con la variable "W".

Como se puede comprobar por la tabla 34, las ocho variables con saturaciones altas y positivas, muestran correlaciones significativas entre sí. La variable "W" correlaciona negativamente con el resto de las variables, mostrando correlaciones significativas con el "Nº de Respuestas", "D", "Dd" y "DQo".

De las interpretaciones más comúnmente asignadas a las variables que definen este factor se deduce que cuando los niños depresivos dan más respuestas ellos

tienden a elegir los aspectos más simples y pequeños de las manchas (D y Dd), produciendo conceptos concretos, no integrados y vagos (DQo y DQv), con menoscabo en la capacidad de percibir de forma global y conjunta (W); de esta forma al hacerse la tarea más manejable y llevadera se eleva la autoestima [(2)]. Paralelamente, y aunque en menor escala se ponen de manifiesto experiencias emocionales penosas, generadoras a su vez de ansiedad (SumClaro/Oscuro; Y).

A esta primera descripción demasiado objetiva y conservadora podríamos, añadiéndole y conexionando sutiles matices recogidos de las aportaciones ya aludidas de diferentes autores, dinamizarla convirtiéndola, de esta forma, en una imagen más vivida y comprensiva de ciertos aspectos de la personalidad de algunos niños depresivos.

En primer lugar resaltaríamos una inhibición emocional y/o afectiva (SumClaro/Oscuro; Y) que incapacita para acceder a generalizaciones (W) y/o actividades mentales superiores, atendiendo preferentemente, y como recurso defensivo, a los aspectos más pequeños (Dd), simples y obvios (D) de la realidad, que resultan más fáciles al requerir menos esfuerzo y capacidad (DQo y DQv). Esta simplicidad de

tarea facilita una mayor productividad (R) y también favorece la autoestima.

Este factor ejemplifica "un patrón Rorschach" de algunas depresiones infantiles. Como prueba volvemos de nuevo sobre una cita de Campo (1988) en la que alude como aspecto característico de la depresión infantil a "un tipo aperceptivo empobrecido" (D y Dd), con globales disminuidas y vagas y ausencia de W superiores.

Contemplando la tabla 39, comprobamos la gran similitud entre este factor de nuestro grupo depresivo y el factor II del grupo de sujetos depresivos adultos de la investigación de Mason y cols. (1985); lo que también ejemplificaría, y valga la redundancia, el paralelismo entre algunas depresiones adultas e infantiles.

c) Factor III (Grupo depresivo).

En este factor encontramos una relación de covariación entre cinco de las seis variables con saturaciones iguales o superiores a 0.50, covariando, estas cinco, negativamente con la variable F+.

Como se puede comprobar por la tabla 34, aunque la mayoría de las variables de este factor muestran correlaciones significativas entre sí, es la variable CF la que a la vez que presenta la saturación o peso más elevado, muestra correlaciones significativas con todas las demás variables. En función pues de esta variable vamos a denominar a este factor "afectivo", ya que es el peso de la afectividad la que marca la pauta en la configuración resultante y definitoria.

Pero antes que nada vamos a detenernos en el significado de "m", que es el más complejo de los que aparecen en este factor III. De todos los significados apuntados en la introducción, de momento nos interesa retener lo que para una mayoría de autores (por ejemplo Klopfer, 1954; Exner, 1978, Tomo II; Ames y cols., 1977 y Campo, 1980, 1982, 1988), expresan las respuestas "m": tensión y conflicto. Ahora bien, estos estados de tensión y conflicto, se van encuadrando según diversidad de opiniones, en dinámicas explicativas diferentes. Ya en la introducción aludimos, y en palabras de Campo, a las diferencias habidas entre esta autora y Exner. Como se recordará, para Campo, Exner enfatizaba el origen externo de la situación generadora de tensión, desestimando la situación interna que, para esta autora, juega un papel primordial, puesto que

cualquier situación amenazante, ya sea real o imaginaria, se vive de acuerdo a la situación interna (Campo, 1988).

De los estudios sobre las respuestas "m", desarrollados por Campo (1980, 1988), destaca especialmente una de las conclusiones:

"que las respuestas de movimiento inanimado representan una situación de ansiedad persecutoria, es decir paranoide."

La justificación teórica de esta conclusión desde la escuela psicoanalítica Kleiniana nos produce cierto rechazo; no obstante puede fundamentarse desde otras posturas. En realidad como apuntaba Campo (1988, pag. 35): "A pesar de los problemas de clasificación e interpretación señalados, las opiniones de los autores citados parecen converger en un matiz común que apunta hacia vivencias de tipo persecutorio."

Centrándonos y partiendo de las variables CF, C y SumC (afectivas) que son las acusadas saturaciones más altas, podemos describir la estructura de este factor de la siguiente forma:

"La falta de modulación emocional (CF y C) se relaciona con estados de tensión (m) que llevan a la descarga (activo: respuestas de movimiento activo) y a un pobre contacto con la realidad (F+% disminuye)."

Es decir cuando los niños depresivos se dejan llevar por la impulsividad, sugestionabilidad,... en definitiva cuando se relajan o desaparecen los controles afectivos y/o emocionales (C y CF), disminuye también ese estado de alerta, de atención y concentración (F+%), necesario para ese distanciamiento del estímulo que posibilita su control, generándose además una tensión que puede llevar implícita vivencias de tipo persecutorio.

Como pusimos en evidencia en la introducción, entre los sujetos depresivos (tanto adultos como niños) suelen escasear las respuestas a los estímulos externos directas y abiertas (FC y sobre todo CF y C); las expresiones de afectividad, de haberlas, son controladas (FC), inhibidas, suspicaces y ansiosas (como en el factor I: FC, C' y D.M.Claros-Color; y en el factor II: Y y SumClaro/oscur). Este factor III nos presenta, en relación a los otros, la otra cara de la moneda: lo que puede pasar cuando se relajan,

disminuyen los controles, las defensas, y se produce un aperturismo emocional. Esto entre los niños depresivos se vive mal, con tensión, y esta tensión de la mejor manera que, creemos, podemos justificarla es en base a unas vivencias subyacentes de tipo persecutorio.

De los resultados obtenidos en el factor III por el grupo depresivo adulto (tabla 39), destacamos las saturaciones altas observadas en variables relacionadas con afectos no modulados (C+Cn), ambivalencia afectiva (D.M. Claros.Co.) y sus correlaciones negativas con la precisión perceptual (X+%). Es decir, entre los sujetos depresivos adultos la aparición de afectos intensos no modulados incide negativamente sobre la capacidad de contactar fielmente con la realidad, lo que se traduce en fallos de elementos de control. Como señala Mason y cols. (1985) también este factor del grupo depresivo adulto apunta a un continuum afectivo: "sujetos que dan un peso alto en este factor tienden a dar respuestas emocionales intensas..." (pag. 303). Así pues, en lo que respecta al factor III, a pesar de unas diferencias, entre el grupo depresivo adulto e infantil, que se evidencian por la observación de las tablas 38 y 39, ambos coinciden en un aspecto muy básico e importante: el afectivo.

d) Visión conjunta y contrastada de los resultados factoriales.

Los resultados obtenidos por los tres grupos en el factor I (tablas 36, 37 y 38), configuran unas características de personalidad obviamente diferentes. En efecto, aunque se observan algunos aspectos comunes (saturaciones altas en DQ+ y en respuestas de movimiento para los tres grupos, y en Det. Mul. para los grupos de sujetos normales y depresivos), las diferencias predominan. Según este factor en todos los niños de nuestro estudio los esfuerzos por organizar e integrar estímulos ambiguos se corresponden con actividades ideacionales, y en los sujetos normales y depresivos también con vivencias complejas. No obstante estas ideaciones que correlacionan con los esfuerzos de organización y síntesis son diferentes en cada grupo:

- En nuestro grupo depresivo como ya apuntamos, es una actividad ideacional (FM y activo) dominada por unas necesidades básicas que exigen una pronta satisfacción y se imponen de forma inflexible e inadaptativa.

- Por el contrario la actividad ideacional (M, activo y pasivo) del grupo de otras categorías

diagnósticas es flexible, deliberada. Como refiere Exner (1978, Tomo II), lleva implícita una experiencia interior sofisticada, marcada por la organización y el razonamiento.

- Por último las actividades ideacionales de nuestro grupo normal además de estar marcadas por la flexibilidad se desarrollan tanto con aspectos primarios e inmaduros (FM) como con aquellos más maduros, deliberados y sofisticados (M).

El resto de las diferencias, sobre las cuales no consideramos adecuado extendernos aquí, están implícitas en los significados de las variables que definen al factor I del grupo experimental en contraposición a las de los grupos de control y viceversa.

Es entre los factores II, de los grupos de sujetos normales y depresivos, y el III del grupo de otras categorías diagnósticas donde se observan más similitudes (ver tablas 36, 37 y 38). Por las variables Nº de Respuestas, D, Dd y DGo, que mantienen una relación de covariación en cada uno de los factores aludidos (factor II del grupo 1 y 3 y factor III del grupo II), se deduce que los niños depresivos, al igual

que los normales y los de otras categorías diagnósticas en la medida que aumentan sus respuestas, tienden a elegir los aspectos más simples y pequeños de las manchas, produciendo conceptos concretos y/o no integrados. Ahora bien, ni en el grupo depresivo, como ya comentamos, ni en el de normales, estas variables son las únicas que definen al factor II, pero si lo son en el factor III del grupo de otras categorías diagnósticas; por lo que las configuraciones resultantes de estos factores [del factor II (en los sujetos normales y depresivos) y del factor III (de los sujetos con otras categorías diagnósticas)], son diferentes en cada uno de nuestros grupos de investigación.

Por último ya sólo nos queda comentar las equivalencias observadas entre el factor III del grupo de sujetos depresivos, y el factor II del grupo de otras categorías diagnósticas; pues la solución del factor III del grupo de sujetos normales (ver tabla 36) al no presentar similitud alguna con otros factores de los restantes grupos, tampoco nos permite comparar y contrastar. El factor III de los sujetos depresivos coincide con el factor II de los sujetos con otras categorías diagnósticas en las variables relacionadas con la afectividad (en concreto con la falta de control

o modulación afectiva); pero con la diferencia de que, como ya apuntamos previamente, en los niños depresivos esta falta de modulación emocional se relaciona con estados de tensión activa y agresiva y pobre contacto con la realidad, en los niños con otras categorías diagnósticas la falta de modulación emocional sólo se corresponde con un nivel muy bajo de formación de conceptos (conceptos vagos y poco delineados).

Todo lo apuntado en esta discusión de los resultados factoriales nos confirma en esa idea fija que mantuvimos desde un principio: cualidad multifactorial o multidimensional de la depresión infantil; en esta perspectiva tiene cabida gran parte de las teorías actuales de la depresión, ya que permite la integración de diferentes aspectos, entre estos el emocional y cognitivo, aludidos por ejemplo por Izard y Schwartz (1986), aparecen muy destacados en los resultados factoriales de nuestro grupo depresivo.

Yéndonos a terrenos más concretos, la idea de que bajo una sintomatología común subyace una variedad de características de personalidad, puesta ya de manifiesto en el curso de las interpretaciones individuales de cada protocolo Rorschach, se evidencia también claramente a través de los tres resultados factoriales.

G. CONCLUSIONES.

19) Por el escaso número de variables que discrimina al grupo de niños depresivos de los dos grupos de control (normales y de otras categorías diagnósticas), no podemos confirmar la utilidad de los índices Rorschach para el diagnóstico de depresión infantil.

20) El análisis estadístico cuantitativo de las respuestas al test de Rorschach nos permite determinar, en los niños depresivos, las siguientes características:

a) Falta de flexibilidad cognitiva, de capacidad para reestructurar el estímulo; es decir rigidez cognitiva y/o ideacional.

b) Disminución de los niveles superiores de exactitud perceptiva, cognitiva y de la creatividad.

c) Falta de predisposición o energía para intentar aunar la complejidad del campo de estímulos.

30) Con el análisis estadístico cualitativo de las respuestas "Rorschach", si hemos podido identificar

unas características de personalidad en el grupo de niños depresivos que se distribuyen en tres dimensiones:

a) Según la dimensión que hemos llamado cognitiva: podemos hablar de fallos cognitivos que se ponen de manifiesto en distintos flancos (en función de los esfuerzos de organización y síntesis, de vivencias psicológicas complejas y también de la receptividad a los estímulos emocionales); todo esto aparece relacionado con una afectividad ambivalente controlada y suspicaz, así como un mundo interno inmaduro primitivo (de necesidades e impulsos básicos) que se impone de forma activa poco adaptativa e irreflexiva.

b) En la dimensión relacionada con la productividad-economía: cuando los niños depresivos dan más respuestas tienden a elegir los aspectos más simples y pequeños de las manchas produciendo conceptos concretos, no integrados y vagos, con menoscabo en la capacidad de percibir de forma global y conjunta; de esta forma, al hacerse la tarea más manejable y llevadera se eleva la autoestima. Paralelamente durante todo este proceso perceptivo se ponen de manifiesto

unas experiencias emocionales penosas, generadoras a su vez de ansiedad.

c) En la dimensión afectiva la falta de modulación emocional se relaciona con estados de tensión que llevan a la descarga y a un pobre contacto con la realidad.

4º) Estas dimensiones de personalidad descritas clarifican distintas dinámicas, en el término de las cuales se encuentra el cuadro clínico de la depresión.

5º) En las tres dimensiones de personalidad encontradas en el grupo depresivo existen rasgos compartidos también por las otras tres identificadas en los grupos de control. No obstante la configuración resultante es diferente y única para cada grupo.

6º) Todas estas conclusiones apuntan hacia el concepto de vulnerabilidad, encuadrado en la cualidad multifactorial de la depresión infantil.

RESUMEN

Dentro del desarrollo teórico de la depresión infantil hemos partido de dos puntos fundamentales: conceptualización y etiología. En torno a estos se engloban todos los aspectos tratados en la introducción teórica de la depresión infantil, independientemente del punto de partida sobre el desarrollo histórico, y un epílogo sobre epidemiología.

Partiendo y advirtiendo de las dificultades conceptuales de la depresión infantil, hemos abordado su desarrollo conceptual:

Las alternativas conceptuales sobre la depresión infantil corren paralelas a las escuelas de psicopatología preocupadas por el estudio de este tema; desde la no aceptación del concepto depresión en la infancia, mantenida por psicoanalistas (p. ej. Mahler, 1961; Rie, 1966), hasta la extensión del concepto a todo el abanico sintomatológico de la psicopatología infantil, podemos encontrar desarrollos de diversa índole.

Una línea de conceptualización muy aceptada en los últimos tiempos, participa de la semejanza entre las manifestaciones de la depresión infantil y adulta, al

menos en sus aspectos esenciales. La lista de autores que refuerzan con sus contribuciones las semejanzas entre ambos cuadros clínicos (infantil y adulto) la integran nombres bastante relevantes dentro del marco de la depresión infantil (p. ej. Carlson y Cantwell, 1980a, 1980b, 1982; Puig-Antich y cols., 1978; Kovacs y cols., 1984a y 1984b). Por su parte Ryan y cols. (1987) apoyan dichas similitudes, pero aclaran que esta uniformidad sindrómica no debe confundirse o identificarse con una uniformidad etiológica. En el criterio del DSM III, que es descriptivo sin implicaciones etiológicas ni de ningún otro tipo, se basan muchas de las investigaciones sobre analogías en el cuadro clínico (infantil y adulto), por las que se concluye que este criterio es igualmente válido en su aplicación a los niños.

El tema de la etiología en la depresión infantil lo hemos acometido desde una doble vertiente: Modelos explicativos y Factores de Riesgo y Vulnerabilidad. Con este proceder intentamos desarrollar el tema, dentro de su complejidad, de la forma más rigurosa posible.

Los Modelos explicativos nos permiten un análisis detallado, minucioso y sistemático de una gran parte de los factores etiológicos implicados en la depresión,

así como una enumeración ordenada de las más importantes contribuciones en el ámbito infantil. No obstante, no hemos de olvidar lo que apuntaba Polaino (1985, pag. 125): que el término modelo hace referencia "a un modo de explicar la plural realidad y, por lo tanto se limita a tratar sólo ciertos aspectos de la complejidad real".

Con el apartado Factores de Riesgo y Vulnerabilidad asumimos, integramos, y por lo tanto intentamos superar las informaciones sesgadas que se derivaban del tratamiento de cada modelo por separado; así pues, presuponiendo la existencia de las aportaciones descritas durante el desarrollo de los modelos, en este apartado enfatizamos lo no tratado previamente.

Resaltando a la postre la pluralidad etiológica y/o carácter multifactorial de la depresión infantil, nos encaminamos hacia la búsqueda y/o confirmación de unos factores psicológicos (cognitivos, afectivos...) que pudieran estar implicados en la depresión infantil. Esto lo hacemos mediante el test de Rorschach. Esta es una prueba diagnóstica basada en la percepción que consiste en la interpretación de formas accidentales (Oberholzer, 1923). Su categorización como tarea

perceptual-cognitiva, la convierte en un instrumento especialmente idóneo para cubrir este objetivo, y en última instancia estudiar la personalidad del niño depresivo.

Tras este objetivo subyacen otros más específicos y prácticos: acceder a toda una gama de rasgos característicos de personalidad que presumiblemente nos ayudarán a comprender lo más específico, individual y diverso que puede subyacer tras el diagnóstico de depresión infantil.

Pese a la escasez de investigaciones específicas sobre la depresión infantil y el test de Rorschach, los pocos estudios existentes, así como la mayoría de los realizados en el ámbito adulto, se afanan por la identificación de índices o signos depresivos Rorschach, y no todos arrojan resultados confluentes y/o confirmatorios (por ejemplo los de Ruiz Lapuente, 1986, realizado con sujetos depresivos adultos; los de Lipovsky y cols., 1989, con adolescentes; y los de Lobovits, 1986, con niños prepuberales).

Las dificultades encontradas en esta línea de investigación -de búsqueda de signos indicadores para la depresión infantil- se derivan tanto de la

complejidad implícita a este tema, como de la interpretación del test de Rorschach. El significado aislado de cada una de las variables Rorschach no es rígido e inmutable, sino que oscila según los casos y la relación en que se halla con el cuadro total; por él son comprendidos los datos en su verdadera dimensión; aunque algunas veces ciertos factores aislados pueden, por su poca frecuencia, aportar indicios diagnósticos importantes (Bohm, 1973). Desde esta afirmación, así como de tantas otras, aludidas en el curso de nuestro estudio, acerca de la conveniencia de una interpretación atendiendo a todos los datos en conjunto, se puede deducir cuán deseable sería una investigación en donde agrupando las variables de forma significativa se acceda de una forma más global, integradora y configuradora a la personalidad del grupo estudiado.

Por esta razón nos planteamos además de la búsqueda de signos "Rorschach" para la depresión infantil, otra alternativa:

Un agrupamiento de variables Rorschach, con el fin de obtener unos factores (integrados por diversas variables) de personalidad, característicos de la depresión infantil.

Para estos objetivos hemos utilizado tres grupos:

- Dos grupos de control:
 - 1º integrado por 30 niños normales.
 - 2º integrado por 30 niños con otras categorías diagnósticas.

- Un grupo experimental, integrado por 31 niños diagnosticados de depresión según criterio del DSM III.

Las características de estos grupos así como la forma de selección, cuestionarios utilizados (Cuestionario Español de Depresión Infantil C.E.D.I. y Escala de Depresión Infantil de Birlleson), métodos estadísticos y demás incidencias se explican detalladamente en los apartados de Material y Método.

Dentro de los métodos estadísticos aplicados cabe destacar:

- a) El Análisis de Varianza, utilizado para la identificación de aquellas variables Rorschach que, al discriminar al grupo experimental de los dos grupos de

control, pueden servir de índices para la depresión infantil.

b) Un Análisis Factorial, que nos permite, mediante agrupamientos alternativos, reunir las variables Rorschach de forma significativa por factores, y acceder así a posibles características de personalidad dentro del grupo de niños depresivos, contrastándolas con las de los dos otros grupos utilizados como control.

El análisis y discusión de los resultados que se derivan básicamente de estos métodos nos conducen a las conclusiones reseñadas anteriormente.

REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS.

ABRAHAM, K. (1911): Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maniaco depresiva y condiciones asociadas. En: Psicoanálisis clínico. Buenos Aires. Hormé. 1959.

ABRAMSON, L.Y.; SELIGMAN, M.E.P.; TEASDALE, J.D. (1978): Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87 (1), 49-74.

ACHENBACH, T.M. (1978): The child behavior profile: I. boys aged 6-11. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 478-488.

ACHENBACH, T.M. (1982a): Development psychopathology. (3ª ed.). Nueva York. Wiley.

ACHENBACH, T.M. (1982b): Assessment and taxonomy of children's behavior disorders. En: B. Benjamin, Lahey y Alan E. Kazdin (Eds.). Advances in Clinical Child Psychology, Vol. 5. Nueva York. Plenum Press.

ACKLIN, M.W.; BERNAT, E. (1987): Depression, alexithymia, and pain prone disorder: a Rorschach study. Journal of Personality Assessment, 51 (3), 462-479.

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. (1982): Manual de Psicopatología del niño. Barcelona. Ed. Toray-Masson.

AKISKAL, H.S.; Mc KINNEY, W.T. (1975): Overview of recent research in depression: integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame. Archives of General Psychiatry, 32, 285-305.

ALCOCK, T. (1965): La prueba del Rorschach en la práctica. México. Fondo de Cultura Económica.

ALIMENA, B. (1962): An experimental investigation of the affective quantities of Rorschach color, form and shading. Journal of Clinical Psychology, 18, 107-109.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1968): Diagnosis and statistical manual mental disorders (DSM-II). Washington.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1980): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III). Barcelona. Masson. 1983.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1987): Criterio diagnóstico del DSM-III-R. Barcelona. Masson. 1988.

AMES, L.B.; LEARNED, J.; METRAUX, R.W.; WALKER, R.N. (1972): El Rorschach infantil. (2ª ed.). Buenos Aires. Paidós.

AMES, L.B.; METRAUX, R.W.; WALKER, R.N. (1977): El Rorschach de 10 a 16 años. Buenos Aires. Paidós.

ANTHONY, E.J. (1975): Childhood depression. In: E.J. Anthony y T. Benedek (Eds.). Depression and human existence. Boston. Little, Brown.

APTER, A.; ORVASCHEL, H.; LASEG, M; MOSES, T. Y COLS. (1989): Psychometric properties of the K-SADS-P in an Israeli adolescent inpatient population. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 28, 1, 61-65.

ARAJÄRVI, T.; HUTTUNEN, M. (1972): Encopresis y enuresis as symptoms of depression. In: A. L. Anell (Ed.). Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm. Almqvist and Wiksell. 212-217.

ARIETI, S.; BEMPORAD, J. (1978): Severe and mild depression. New York. Basic Books.

AVILA ESPADA, A. (1986): Técnicas proyectivas. En: A. Blanco Picabia (Ed.). Apuntes de psicodiagnóstico. Tomo II. Valencia. Promolibro.

AYUSO GUTIERREZ, J.L. (1980): Trastornos afectivos. En: J.L.G. de Rivera, A. Vela y J. Arana (Eds.). Manual de Psiquiatría. Madrid. Karpos. 545-589.

BACKWIN, H. (1972): Depression: a mood disorder in children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 129, 149-155.

BALLESTEROS, M.C.; CONDE LOPEZ, V; RODRIGUEZ CARRETERO, G. (1986): Nosología de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. Revista de Neuropsiquiatría Infantil, 7, Vol. 1, 99-131.

BARINGOLTZ DE HIRSCH, S. (1984): Características del Rorschach de niños y adolescentes. Trabajo presentado en el XI Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Projectivos. Universidad de Barcelona.

BARTLETT, F.C. (1916): An experimental study of some problems of perceiving and imaging. The British Journal of Psychology, 8, 222-266.

BEARDSLEE, W.R.; BEMPORAD, J.; KELLER, M.B.; KLERMAN, G.L. (1983): Children of parents with major affective disorder: a review. The American Journal of Psychiatry, 140, 825-832.

BEARDSLEE, W.R.; KLERMAN, G.L.; KELLER, M.B. Y COLS. (1985): But are they cases? Validity of DSM-III major depression in children identified in a family study. The American Journal of Psychiatry, 6, Vol. 142, 687-691.

BECK, A.T. (1967): Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York. Harper & Row.

BECK, A.T. (1976): Cognitive therapy and the emotional disorders. New York. International Universities Press.

BECK, A.T. (1983): Cognitive therapy of depression: new perspectives. En: M.P. Clayton (Ed.). Depression. New York. Raven Press.

BECK, S.J. (1932): The Rorschach test as applied to a feeble-minded group. Archives of Psychology, 84, 136.

BECK, S.J. (1937): Introduction to the Rorschach method. Nueva York. American Orthopsychiatric Association.

BECK, S.J. (1944): Rorschach's test I: basic processes. New York. Grune and Stratton.

BECK, S.J. (1945): Rorschach's test II: a variety of personality pictures. New York. Grune and Stratton.

BECK, S.J. (1966): El test de Rorschach: test pluridimensional de personalidad. En: Anderson y Anderson (Eds.). Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Madrid. Rialp. 139-162.

BECK, S.J. (1968): Le test de Rorschach. 2 vol. París. Presses Universitaires de France.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. (1961): An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

BECK, A.T.; BEAMESDERFER, A. (1974): Assessment of depression: the depression inventory. In: P. Pichot (Ed.). Psychological measurements in psychopharmacology; modern problems in pharmacopsychiatry. Vol. 7. New York. Karger. 151-169.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. (1979): Cognitive therapy of depression. New York. Guilford Press.

BECK, S.J.; BECK, A.; LEVITT, E.; MOLISH, H. (1961): Rorschach's test. Basic processes. (3rd ed.). New York. Grune and Stratton.

BECK, S.; ROSENBERG, R. (1986): Frequency, quality, and impact of life events in self-rated depressed, behavioral-problem, and normal childrens. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6, Vol. 54, 863-864.

BEHN-ECHENBURG, A. (1921): Psychische Schüleruntersuchungen mit dem Formdeutversuch. Bircher. Bern-Leipzig.

BEIZMANN, C. (1968): El Rorschach en el niño de tres a diez años. Buenos Aires. Aguilar.

BEIZMANN, C. (1981): Manual de valoración de formas en el Rorschach. Madrid. Aguilar.

BEMPORAD, J. (1970): New views on the psychodynamics of the depressive character. In: S. Arieti (Ed.). The world biennial of psychiatry and psychotherapy. Vol. I. New York. Basic Books.

BEMPORAD, J.R. (1982): Childhood depression from a developmental perspective. En: Lester Grinspoann (Ed.). Psychiatry 1982. Washington D.C. American Psychiatric Press.

BEMPORAD, J.R.; WILSON, A. (1978): A developmental approach to depression in childhood and adolescence. Journal of the Academy of Psychoanalysis, 6, 325-352.

BERG, M. (1986): Diagnostic use of the Rorschach with adolescents. En: A.I. Rabin, Ph.D. (Ed.). Projective Techniques for adolescents and children. New York. Springer Publishing Company. 111-141.

BIBRING, E. (1953): The mechanism of depression. En: P. Greenacre (Ed.). Affective Disorders. New York. International Universities Press Inc. 13-48.

BINDER, H. (1933): Die Helldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach. Schweizer Archiv. Neurol. Psychiatr., Vol. 30, 1-67, 233-286.

BINET, A.; HENRY, V. (1895): La psychologie individuelle. Annals of Psychology, Vol. 2, 411-465.

BIRLESON, P. (1980): Depression in childhood. Developmental medicine and child neurology, 22, 518-521.

BIRLESON, P. (1981): The validity of depressive disorders and the development of a self-rating scale: a research report. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 22, 73-88.

BLANEY, T.H. (1977): Contemporary theories of depression: critique and comparison. Journal of Abnormal Psychology, 86, 203-223.

BLUMBERG, S.H.; IZARD, C.E. (1985): Affective and cognitive characteristics of depression in 10 and 11 year old children. Journal of Personality and Social Psychology, 1, Vol. 49, 194-202.

BODOIN, N.J.; PIKUNAS, J. (1983): A Rorschach form-color percentage and reality testing in adult patients and non patients. Journal of Personality Assessment, 47, Vol. 6, 583-586.

BOHM, E. (1949): Manual del psicodiagnóstico de Rorschach. (5ª ed.). Madrid. Morata. 1973.

BOHM, E. (1972): Vademecum del test de Rorschach. (3ª ed.). Madrid. Morata.

BOHM, E. (1977): Cuadros sinópticos. En: H. Rorschach (Ed.). Psicodiagnóstico. (7ª ed.). Buenos Aires. Paidós. 237-252.

BOULANGER, J.B. (1966): Depression in childhood. Canadian Psychiatric Assessment Journal, 11 (Supl.), 309-312.

BOWLBY, J. (1953): Some pathological processes set in train by early mother-child separation. Journal of Mental Science, 99, 265-272.

BOWLBY, J. (1958): The nature of the child's tie to his mother. International Journal of Psychoanalysis, 39, 350-373.

BOWLBY, J. (1960): Grief and mourning in infancy and early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child, 15, 9-52.

BOWLBY, J. (1961): Childhood mourning and its implications for psychiatry. American Journal of Psychiatry, 118, 481-498.

BOWLBY, J. (1986): Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid. Morata.

BRADY, M.A.; NELMS, B.C.; ALBRIGHT, A.V.; MURPHY, C.M. (1984): Childhood depression: development of a screening tool. Pediatric Nursing, May/June, 222-227.

BROEKMANN, N.C. (1970): A psychophysiological investigation of the Rorschach color and form determinants. Journal of Projective Techniques & Personality Assessment, 34, 98-103.

BURLINGHAM, D.; FREUD, A. (1942): Young children in war-time. Londres. Allen & Unwin.

BURLINGHAM, D.; FREUD, A. (1943): Infants without families. Londres. Allen & Unwin.

CADORET, R.J. (1978): Evidence for genetic inheritance of primary affective disorder in adoptees. The American Journal of Psychiatry, 135, 463-466.

CALONGE ROMANO, I. (1987): La actualidad del psicodiagnóstico clínico. Boletín de Psicología, 14, 109-124.

CAMP, B.W.; BLOM, G.E.; HERBERT, F.; VAN DOORNICK, W. J. (1977): Think aloud: a program for developing self-control in young aggressive boys. Journal of Abnormal Child Psychology, 5, 157-169.

CAMPO, V. (1982): Aproximación a un estudio clínico de las respuestas de movimiento inanimado en relación con la ansiedad persecutoria. Psicodiagnóstico de Rorschach y Otras Técnicas Proyectivas, 8 (1), 15-29.

CAMPO, V. (1988): Los niños y el Rorschach: aspectos clínicos, investigación y aplicación. Valencia. Promolibro.

CAMPO, V.; LOPEZ, N. (1980): Acerca del significado de las respuestas de movimiento inanimado (m). Técnicas Proyectivas, 1, 27-48.

CAMPOS, H. (1980): Exposición comparativa de diversos sistemas Rorschach. Técnicas proyectivas, 1, 13-26.

CANTWELL, D.P. (1987a): La depresión en la infancia: cuadro clínico y criterios diagnósticos. En: D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Eds.). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 20-31.

CANTWELL, D.P. (1987b): Visión general de los factores etiológicos. En: D.P. Cantwell y G. A. Carlson (Eds.). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 185-217.

CANTWELL, D.P. Y CARLSON, G.A. (1987a): Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia. Barcelona. Ed. Martínez Roca.

CANTWELL, D.P. Y CARLSON, G.A. (1987b): Clasificación de los trastornos afectivos. En: D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Eds.). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 32-47.

CARDOZE COMANTO, D. (1979): Las depresiones infantiles. Tesis de Licenciatura. Universidad de Sevilla.

CARLSON, G.A.; CANTWELL, D.P. (1980a): Unmasking masked depression in children and adolescents. The American Journal of Psychiatry, 137, 4, 445-449.

CARLSON, G.A.; CANTWELL, D.P. (1980b): A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18, 4, 587-599.

CARLSON, G.A.; CANTWELL, D.P. (1982): Diagnosis of childhood depression. A comparison of Weinberg and DSM-III criteria. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 247-250.

CARVALLO RUIZ, M.J. Y GARCIA VILLAMISAR, D.A. (1987): Percepción estimular y atención selectiva en niños depresivos: un análisis experimental. Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis, Vol. 9 (2), 137-146.

CASTELLS CUIXART, P. (1983): Estados depresivos en la infancia. Archivos de Pediatría, 6, Nov/Dic 1983, Vol. 34, 517-524.

CASTELLS CUIXART, P. (1985): Depresiones en la infancia y adolescencia. Monografía de Pediatría, 27, Sept 85, 13-20.

CASTILLA DEL PINO, C. (1972): Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. (6ª ed.). Barcelona. Ediciones Península.

CIPOLLI, C.; GALLIANI, I. (1988): Negative movement responses in Rorschach of heroin users. Perceptual and Motor Skills, Vol. 67 (1), 114.

COBLE, P.; KUPFER, D.J.; SPIKER, D.G. y col. (1980): EEG sleep and clinical characteristics in young primary depressives. Presentado en la Reunión Anual de la Asociación para el estudio psicofisiológico del sueño. Ciudad de México. 1980.

CODDINGTON, R.D. (1972a): The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I. A survey of professional workers. Journal of Psychosomatic Research, 16, 7-8.

CODDINGTON, R.D. (1972b): The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. Journal of Psychosomatic Research, 16, 205-213.

COMREY, A.L. (1985): Manual de Análisis Factorial. Madrid. Cátedra.

CONNEL, H.M. (1972): Depression in childhood. Child Psychiatry Hum. Dev., 4, 71-85.

COSTELLO, C.G. (1958): The Rorschach records of suicidal patients. Journal of Projective Techniques, 22, 272-275.

COSTELLO, C.G. (1972): Depression: loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness?. Behavior Therapy, 3, 240-247.

COSTELLO, C.G. (1980): Childhood depression: There basic but questionable assumption in the Lefhowitz and Burton critique. Psychological Bulletin, 87, 185-190.

CYTRYN, L.; Mc KNEW, D.H. (1974a): Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. The American Journal of Psychiatry, 131, 879-881.

CYTRYN, L.; Mc KNEW, D.H.; LOGUE, M.; DESAI, R.B. (1974b): Biochemical correlates of affective disorders in children. Archives of General Psychiatry, 31, 659-661.

CYTRYN, L.; Mc KNEW, D.H.; BUNNEY, W.E. (1980): Diagnosis of depression in children: A reassessment. The American Journal of Psychiatry, 137, 445-449.

CHABROL, H; BENESTEAU, J. (1985): Echelles et questionnaires d'évaluation. En: M. Dugas (Ed.). La depression chez l'enfant (Theories et realites). Paris. Ed. Medicine et Enfance. 115-123.

CHAMBERS, W.J.; PUIG-AUTICH, J.; TABRIZI, M.A.; DAVIES, M. (1982): Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. Archives of General Psychiatry, 39, 921-927.

CHOROT, P. (1984): Perspectivas actuales y futuras de la evaluación psicológica. Revista de Psicología General y Aplicada, 39, 281-312.

DANA, R.H. (1968): Six constructs to define Rorschach M. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 32, 138-145.

DANA, R.H. (1984): Personality Assessment: practice and teaching for the next decade. Journal of Personality Assessment, 48, 3-6.

DERDEYN, A.P. (1983): Depression in childhood. Child Psychiatry and Human Development, Vol. 14 (1), 16-29.

DIGDON, N.; GOTLIB, I.H. (1985): Developmental considerations in the study of childhood depression. Developmental review, 5, 162-199.

DOMENECH I MASSONS, J.M. (1982): Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores. (4ª ed.). Barcelona. Herder.

DOMENECH, E. (1988): Prevención de la depresión infantil. En: A. Polaino-Lorente, E. Domènech Llaberia, A. García Villamisar y L. Ezpeleta Ascaso (Eds.). Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 217-251.

DOMENECH, E.; POLAINO, A. (1988): Breve recuerdo histórico. En: A. Polaino-Lorente E. Domènech Llaberia, A. García Villamisar y L. Ezpeleta Ascaso (Eds.). Las depresiones infantiles. Madrid. Aguilar. 13-35.

DRAGUNS, J.G.; HALEY, E.M.; PHILLIPS, L. (1967): Studies of Rorschach content: A review of the research literature. Part I: Traditional content categories. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 31, 3-32.

DUGAS, M. (1966): Etats dépressifs chez les enfants. Vic. méd. Enquête, 47, 1.013-1.020.

DUGAS, M.; MOUREN, M.C. (1980): Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans. Paris. Puf.

DURAN, L.M. (1981): Introducción a la práctica del Rorschach. Barcelona. Herder.

DURICKO, A.J.; NORCROSS, J.C.; BUSKIRK, R.D. (1989): Correlates of the egocentricity index in child and adolescent out patients. Journal of personality Assessment, Vol. 53 (1), 184-187.

EISENBRUCH, M. (1987): Trastornos afectivos en los padres: su impacto en los niños. En: D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Eds.). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Martínez Roca. 241-282.

EMERY, G.; BEDROSIAN, R.; GARBER, J. (1987): Terapia cognitiva en niños y adolescentes deprimidos. En: D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Eds.). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Martínez Roca. 366-384.

EMSLIE, G.J.; RUSH, A.J.; WEINBERG, W.A.; RINTELMANN, J.W.; ROFFWARG, H.P. (1990): Children with major depression show reduced rapid eye movement latencies. Arch. Gen. Psychiatry, 47, 2, 119-124.

ENGEL, G.L. (1954): Selection of clinical material in psychosomatic medicine, the need for a new psychology. Psychosom. Med., 16, 368.

EXNER, J.E. (1959): The influence of chromatic and achromatic color in the Rorschach. Journal of Projective Techniques, 23, 418-425.

EXNER, J.E. (1969): Rorschach responses as an index of narcissism. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 33, 324-330.

EXNER, J.E. (1973): The self focus sentence completion. A study of egocentricity. Journal of Personality Assessment, 37, 437-455.

EXNER, J.E. (1974-1978): The Rorschach: a comprehensive system. (Vols. I y II). New York. Wiley and Sons.

EXNER, J.E. (1978-1981): Sistema comprensivo del Rorschach. (3 vols.). Madrid. Ed. Pablo del Río.

EXNER, J.E. (1985): Un manual Rorschach para el Sistema Compresivo de J.E. Exner. Barcelona. Workshops realizado en la Delegación de Cataluña y Baleares de la S.E.R.Y.M.P.

EXNER, J.E.; MURILLO, L.G. (1973a): Effectiveness of regressive ECT with process schizophrenics. Diseases of the Nervous System, 34, 44-48.

EXNER, J.E.; MURILLO, L.G.; CANNAVO, F. (1973b): Disagreement between ex-patient and relative behavioral reports as related to relapse in non-schizophrenic patients. Washington. Eastern Psychological Association.

EXNER, J.E.; WEINER, I. (1982): The Rorschach: A comprehensive system. Assessment of children and adolescents. (Vol. III). New York. John Wiley.

EXNER, J.E.; THOMAS, E.A.; MASON, B. (1985): Children's rorschachs: description and prediction. Journal of Personality Assessment, 49, 1, 13-20.

EZPELETA, L.; DOMENECH, E.; POLAINO, A. (1988): Children's depression inventory. En: A. Polaino-Lorente, E. Domènech Llaberia, A. García Villamizar y L. Ezpeleta Ascaso (Eds.). Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 282-298.

FAUX, E.; ROWLEY, C. (1967): Detecting depressions in childhood. Hospital and Community Psychiatry, 18 (2), 51-58.

FEIGHNER, J.P.; ROBINS, E.; GUZE, S.B. y col. (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 26, 57-63.

FERSTER, C.B. (1973): A functional analysis of depression. American Psychologist, 28, 857-869.

FERSTER, C.B. (1981): A functional analysis of behavior therapy. In: Lynn P. Rehm (Ed.). Behavior therapy for depression. USA. Academic Press.

FINCH, A.J.; ROGERS, T.R. (1984): Self-report instruments. In: T.H. Ollendick y M. Herson (Eds.). Child behavioral assessment: Principles and procedures. New York. Pergamon. 106-123.

FINCH, A.J.; SAYLOR, C.F.; EDWARDS, G.L. (1985): Children's Depression Inventory: Sex and grade norms for normal children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3, Vol. 53, 424-425.

FIRTH, M.A.; CHAPLIN, L. (1987): Research note: the use of the Birleson depression scale with a non-clinical sample of boys. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1, Vol. 28, 79-85.

FLAVELL, J.H. (1977): Cognitive development. New Jersey. Prentice-Hall.

FORNS, M; AZNAR, J.A.; FOGUED, M.T. (1985): Estudio del estilo cognitivo DIC en el test de Rorschach. Anuario de Psicología, 32, 117-141.

FRANCIS-WILLIAMS, J. (1968): Rorschach with children. London. Pergamon Press.

FRANK, L.K. (1939): Projective methods for the study of personality. Journal of Psychology, 8, 389-413.

FREUD, S. (1917): Duelo y melancolía. Obras Completas. Tomo VI. Madrid. 1972. Biblioteca Nueva. 2.091-2.100.

FREUD, S.; BURLINGHAM, D. (1944): Infants without families. Nueva York. International Universities Press.

FRIEDMAN, H. (1952): Perceptual regression in schizophrenia: An hypothesis suggested by use of the Rorschach test. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 28, 425-428.

FROMMER, E. (1968): Depressive illness in childhood. British Journal of Psychiatry, 2, 117-123.

GAP (1966): Psychopathological disorders in childhood. Informe 62, Vol. 6. Nueva York. Group for the Advancement of Psychiatry.

GARCIA VILLAMISAR, D.; POLAINO, A. (1988): Una revisión del concepto de depresión infantil desde la perspectiva clínica. En: A. Polaino, E. Domènech, A. García Villamisar y L. Ezpeleta (Eds.). Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 54-70.

GARRALDA HUALDE, M.E.; PHIL, M.D.M.; PSYCH, M.R.C. (1984): Depresión en niños y adolescentes (Aspectos evolutivos en la delimitación de su síndrome). Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiatr., 12, 6, 369-376.

GERSHON, E.S.; Mc KNEW, D.; CYTRYN, L.; HAMOVIT, J.; SCHREIBER, J.; HIBBS, E.; PELLEGRINI, D. (1985): Diagnoses in school-age children of bipolar affective disorder patients and normal controls. Journal of Affective Disorders, 8, 283-291.

GLASSER, K. (1968): Masqued depression in children and adolescents. Annual Progress in Child Psychiatry Child Development, 1, 345-355.

GOLDFRIED, M.R.; STRICKER, G.; WEINER, I.B. (1971): Rorschach handbook of clinical and research applications. Englewood Cliffs. N.J. Prentice-Hall.

GOODMAN, L. (1973): Perceptual preferences in relation to aspects of personality. Genetic Psychology Monographs, 88, 111-132.

GOTLIB, I.H.; Mc CANN, C.D. (1984): Construct accessibility and depression: An examination of cognitive and affective factors. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 427-439.

GREYDANUS, D.E. (1986): Depression in adolescence. A perspective. Journal of Adolescent Health Care, 7, 1.095-1.205.

GUEDENEY, N. (1989): Children of depressed parents. Psychiatr. Enfant., 32(1), 269-309.

GUILBERT ROMANO, D. (1975): L'enfant face au test de Rorschach. Paris. Presses Universitaires de France.

GUIRDHAM, A. (1936): The diagnosis of depression by the Rorschach Test. British Journal of Medical Psychology, 16, 130-145.

HALEY, G.M.; FINE, S.; MARRIAGE, K.; MORETTI, M.M.; FREEMAN, R.J. (1985): Cognitive bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 53, 4, 535-537.

HALLER, N.; EXNER, J.E. (1985): The reability of Rorschach variables for inpatients presenting symptoms of Depression and/or Helplessness. Journal of Personality Assessment, 49, 5, 516-521.

HALPERN, F. (1953): A clinical approach to children's Rorschachs. New York. Grune y Stratton.

HARLOW, H.F.; SUOMI, S.J. (1974): Induced depression in monkeys. Behav. Biol., 12, 273-296.

HARRISON, R.P.; BECK, A.T.; BULETA, J.M. (1984): Terapia cognitiva de la depresión: una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada, Vol. 39, 4, 623-646.

HEINICKE, C.M. (1956): Some effects of separating two-years-old children from their parents: a comparative study. Human Relations, 9, 105-176.

HEINICKE, C.M.; WESTHEIMER, I.J. (1965): Brief separations. New York. International Universities Press.

HELSEL, W.J.; MATSON, J.L. (1984): The assessment of depression in children: the internal structure of the child depression inventory (CDI). Behav. Res. Ther., Vol. 22, 3, 289-298.

HERRERO, M.T. (1984): Indice de egocentrismo en adolescentes. (Un estudio intersexo). Trabajo presentado en el XI Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Projectivos. Universidad de Barcelona.

HERTZ, M. (1940): Percentage charts for use in computing Rorschach scores. Brush Foundation and Department of Psychology. Western Reserve University.

HERTZ, M. (1960): The Rorschach in adolescence. En: A. Rabin y M. Haworth (Eds.). Projective Techniques with children. New York. Grune y Stratton. 29-61.

HERTZ, M. (1970): Frecuency tables for scoring responses to the Rorschach ink-blot test. (3ª ed.). Cleveland. Western Reserve University Press.

HERZOG, D.B.; RATHBUN, J.M. (1982): Childhood depression: developmental considerations. Am. J. Dis. Child., 136, 115-120.

HIROTO, D.S.; SELIGMAN, M.E.P. (1975): Generality of learned helplessness in man. J. Pers. Soc. Psychol., 31, 311-327.

HODGMAN, C.H. (1985): Recent findings in adolescent depression and suicide. Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 6, 3, 162-168.

IQBAL, N.; BAJWA, W.; ASNIS, G. (1989): The role of norepinephrine in depression. Special Issue: Depression. Psychiatric Annals, Vol. 19, 7, 354-356.

IZARD, C.E. Y SCHWARTZ, G.M. (1986): Patterns of emotion in depression. En: M. Rutter, C.E. Izard y P.B. Read (Eds.). Depression and young people: developmental and clinical perspectives. New York. Guilford Press. 33-70.

JACKSON, S.W. (1981): Acedia, the sin and its relationship to sorrow and melancholia in medieval times. Bulletin of the History of Medicine, 55, 172-185.

JACOBSON, E. (1961): Adolescent mood and the remodeling of psychic structures in adolescence. Psychoanal. Study Child., 16, 164-183.

KAISER, H.F. (1958): The Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika, 23, 187-200.

KAISER, H.F. (1959): Computer program for Varimax rotation in factor analysis. Educational and Psychological Measurement, 19, 413-420.

KANE, J.; COBLE, P.; CONNERS, C.K.; KUPFER, D.J. (1977): EEG sleep in a child with severe depression. American Journal of Psychiatry, 134, 813-814.

KASHANI, J. (1982): Epidemiology of childhood depression. En: Lester-Gresspoon. Psychiatry 1982, annual review. American Psychiatric Press.

KASHANI, J.; SIMONDS, J.F. (1979): The incidence of depression in children. American Journal of Psychiatry, 136, 1.203-1.205.

KASHANI, J.H.; HUSAIN, A.; SHEKIM, W.O. y cols. (1981): Current perspectives on childhood depression. An overview. American Journal of Psychiatry, 138, 2, 143-153.

KASHANI, J.H.; Mc GEE, R.O.; CLARKSON, S.E.; ANDERSON, J.C.; WALTON, L.A.; WILLIAMS, S.; SILVA, P.A.; ROBINS, A.J.; CYTRYN, L.; Mc KNEW, D.H. (1983): Depression in a sample of 9-years-old children. Prevalence and associated characteristics. Archives of General Psychiatry, Vol. 40, Nov., 1.217-1223.

KASHANI, J.H.; RAY, J.S.; CARLSON, G.A. (1984): Depression and depressive -like states in preschool-age children in a child development unit. The American Journal of Psychiatry, 141: 11, Nov., 1.397-1.402.

KASHANI, J.H.; BECK, N.C.; HOEPER, E.W.; FALLAHI,C.; CORCORAN, C.M.; Mc ALLISTER, J.A.; ROSENBERG, T.K.; REID, J.C. (1987): Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. The American Journal of Psychiatry, 144, 584-589.

KASHANI, J.H.; SHERMAN, D.D. (1989): Mood disorders in children and adolescents. In: A. Tasman, R.E. Hales y A.J. Frances (Eds.). American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol. 8. Washington. American Psychiatric Press. 197-216.

KASHANI, J.H.; VAIDYA, A.F.; SOLTYS, S.M.; DANDOY, A.C.; REID, J.C. (1990a): Life events and major depression in a sample of inpatient children. Compr. Psychiatry, 31(3), 266-274.

KASHANI, J.H.; SHERMAN, D.D.; PARKER, D.R.; REID, J.C. (1990b): Utility of the Beck depression inventory with clinic-referred adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 29, 2, 278-282.

KASLOW, N.J.; REHM, L.P.; SIEGEL, A.W. (1984): Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. Journal of Abnormal Child Psychology, 4, Vol. 12, 605-620.

KATON, W.; KLEINMAN, A.; ROSEN, G. (1982): Depression and somatization: a review. The American Journal of Medicine, Vol. 72, Feb., 241-247.

KAZDIN, A.E.; PETTI, T.A. (1982): Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4, Vol. 23, 437-457.

KAZDIN, A.E.; FRENCH, N.H.; UNIS, A.S. (1983a): Child, mother, and father evaluations of depression in psychiatric inpatient children. Journal of Abnormal Child Psychology, 2, Vol. 11, 167-180.

KAZDIN, A.E.; FRENCH, N.H.; UNIS, A.S.; ESVELDT-DAWSON, K. (1983b): Assessment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22, 2, 157-164.

KENDLER, K.S. (1990): Familial risk factors and the familial aggregation of psychiatric disorders. Psychol. Med., 20(2), 311-319.

KERNER, J. (1857): Klexografie. Tübingen. Alemania.

KING, G.F. (1960): Rorschach human movement and delusional content. Journal of Projective Techniques, 24, 161-163.

KLEIN, M. (1932): El psicoanálisis de niños. (2ª ed). Buenos Aires. Hormé. 1964.

KLOPFER, B. (1956): Developments in the Rorschach technique. II: Fields of application. New York. World Book Company.

KLOPFER, B.; KELLEY, D. (1942-1946): Técnica del psicodiagnóstico de Rorschach. Buenos Aires. Paidós. 1977.

KLOPFER, B.; DAVIDSON, H. (1944): Form level rating: a preliminary proposal for appraising mode and level of thinking as expressed in Rorschach records. Rorschach Research Exchange, 8, 164-177.

KLOPFER, B.; AINSWORTH, H; KLOPFER, W.; HOLT, R. (1954-1970): Developments in the Rorschach technique. (3 Vols.). New York. World Book Company.

KLOPFER, B.; DAVIDSON, H. (1977): Manual introductorio a la técnica del Rorschach. Buenos Aires. Paidós.

KLOPFER, W.G.; ALLEN, B.V.; ETTER, D. (1960): Content diversity on the Rorschach and "range of interests". Journal of Projective Techniques, 24, 290-291.

KNOFF, I.J. (1956): Rorschach summary scores and differential diagnosis. Journal of Consulting Psychology, 20, 99-104.

KNORRING, A.L. von; CLONINGEN, C.R.; BOHMAN, M.; SIGVARDSSON, S. (1983): An adoption study of depressive disorders and substance abuse. Archives of General Psychiatry, 40, 943-950.

KOHLER, W. (1925): The mentality of apes. New York. Harcourt Brace.

KOHLER, C.; BERNARD, F. (1970): Les etats depressifs chez l'enfant. Bruselas. Dessart.

KORCHIN, S.J. Y SCHULDBERG, D. (1981): The future of clinical assessment. American Psychologist, 36, 1.147-1.158.

KOVACS, M. (1980-1981): Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatrica, 46, 305-315.

KOVACS, M. (1983): Childhood depression. Adama News. 9, 14, U.S. Department Health and Human Services. 1-2.

KOVACS, M. (1985): The natural history and course of depressive disorders in childhood. Psychiatric Annals, 15 (6), 387-389.

KOVACS, M. (1989): Affective disorders in children and adolescents. American Psychologist, Vol. 44, 2, 209-215.

KOVACS, M.; BECK, A.T. (1977): An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En: Schulterbrandt, J.G., Raskin, A. (Eds.). Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models. Nueva York. Raven Press. 1-25.

KOVACS, M.; FEINBERG, T.L.; CROUSE-NOVAK, M. y col. (1984a): Depressive disorders in childhood. I: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. Archives of General Psychiatry. 41. 229-237.

KOVACS, M.; FEINBERG, T.L.; CROUSE-NOVAK, M.A. y cols. (1984b): Depressive disorders in childhood. II: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. Archives of General Psychiatry, 41, 643-649.

KRAKOWSKI, A.J. (1970): Depressive reactions of childhood and adolescence. Psychosomatics, 11, 429-433.

KRAUSKOPF, D. (1984): Sistematización integrada de las respuestas de movimiento en la prueba de Rorschach. Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Proyectivos. Universidad de Barcelona.

KREUZ, A.; CATALA ANGEL, M.A.; QUILES LLORET, J. (1985): Ensayo de una visión evolutiva de la depresión infanto-juvenil. Revista Anales de Psiquiatría, 4, Vol. 1, Mayo-Junio, 145-149.

KRINGLEN, E. (1985): Depression research: a review with special emphasis etiology. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 319, Vol. 71, 117-130.

LAHMEYER, H.W. y cols. (1983): EEG sleep in depressed adolescent. The American Journal of Psychiatry, 140, 1.150-1.153.

LANYON, R.I. (1984): Personality assessment. Annual Review of Psychology, 35, 667-701.

LAZARUS, A. (1968): Learning theory and the treatment of depression. Behavior Research Therapy, 6, 83-89.

LEFKOWITZ, M.M.; BURTON, N. (1978): Childhood depression: A critique of the concept. Psychology Bulletin, 85, 716-726.

LEFKOWITZ, M.M.; TESING, E.P. (1985): Depression in children: prevalence and correlates. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5, Vol. 53, 647-656.

LEHMANN, H.W. (1959): Psychiatric concepts of depression. Can. Psychiat. Ass. J., Special Supplement, 4, 1.

LEITENBERG, H.; YOST, L.W.; CARROL-WILSON, M. (1986): Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, Vol. 54, 528-536.

LEVI, J.; KRAEMER, D. (1952): Significance of the preponderance of human movement responses on the Rorschach in children below age ten. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 16 (3), 361-365.

LEVITT, E.E.; TRUUMAA, A. (1972): The Rorschach technique with children and adolescents. New York. Grune & Stratton.

LEWINSOHN, P.M. (1974): A behavioral approach to depression. En: R.M. Friedman y M.M. Katz (Eds.). The psychology of depression: contemporary theory and research. Washington. Winston-Wiley. 157-186.

LEWINSOHN, P.M. (1975): The behavioral study and treatment of depression. In: M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.). Progress in behavior modification. Vol. I. Nueva York. Academic Press.

LEWINSOHN, P.M.; STEIMETZ, J.L.; LARSON, D.W.; FRANKLIN, J. (1981): Depression related cognitions: antecedent or consequence?. Journal of Abnormal Psychology, 90, 3, 213-219.

LEWIS, M; OTNOW LEWIS, D. (1981): Depression in childhood: a biopsychosocial perspective. American Journal of Psychotherapy, 3, Vol. XXXV, 323-328.

LING, W.; OFTEDAL, G.; WEINBERG, W. (1970): Depressive illness in childhood presenting as severe headache. Am. J. Dis. Child, 120, 122-124.

LIPOVSKY, J.A.; FINCH, A.J.; BELTER, R. (1989): Assessment of depression in adolescents: objective and projective measures. Journal of Personality Assessment, 3, Vol. 53, 449-458.

LOBOVITS, D.A. (1986): The use of selected Rorschach indices to diagnose depression among latency aged children. Dissertation Abstracts International, 12, Vol. 46, 4.406-B.

LOBOVITS, D.A.; HANDAL, P.J. (1985): Childhood depression: prevalence using DSM-III. Criteria and validity of parent and child depression scales. Journal of Pediatric Psychology, 1, Vol. 10, 45-54.

LLOYD, C. (1980): Life events and depressive disorder reviewed, parts I and II. Archives of General Psychiatry, 37, 529.

LOOSLI-USTERI, M. (1929): Le test de Rorschach appliqué à différents groupes d'enfants de 10-13 ans. Archivo de Psicología, 22, 51-106.

LOOSLI-USTERI, M. (1965): Manual práctico del test de Rorschach. Madrid. Rialp.

LOOSLI-USTERI, M.; GANZ, E.; GUGGENHEIM, L. (1946): Cinq études sur le test de Rorschach. Río de Janeiro. Calavera.

LÖPFE, A. (1926): Über Rorschachsche Formdeutversuche mit 10-13 jährige Knaben. Zeit. angew. Psychol., 26.

LORENZ, K.Z. (1952): King Solomon's Ring: a new light on animal ways. Nueva York. Thomas Y. Crowell.

LOWE, T.L.; COHEN, D.J. (1987): Investigación biológica sobre la depresión en la infancia. En: D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Eds.). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Martínez Roca. 202-216.

MACFARLANE, J.M.; ALLEN, L.; HONZIK, M.P. (1954): A developmental study of the behavior problems of normal children between 21 months and 14 years. Berkeley. University of California Press.

MAHLER, M.S. (1961): On sadness and grief in infancy and childhood: loss and restoration of the symbiotic love object. Psychoanalytic Study of the Child, 16, 332-351.

MAIER, S.F.; SELIGMAN, M.E.P. (1976): Learned helplessness: theory and evidence. J. Exp. Psychol. Gen., 105, 3-46.

MALMQUIST, C.P. (1972): Depressive phenomena in children. En: B.b. Wolman (Ed.). Manual of child psychopathology. New York. Mc Graw-Hill. 497-540.

MASON, B.J.; COHEN, J.B.; EXNER, J.E. (1985): Schizpphrenic, depressive and nonpatient personality organizations described by Rorschach factor structures. Journal of Personality Assessment, 49, 3, 295-305.

MAYMAN, M. (1966): Measuring reality-adherence in the Rorschach test. New York. American Psychological Association on Meetings.

MAYMAN, M. (1970): Reality contact, defense effectiveness, and psychopathology in Rorschach form-level scores. En: B. Klopfer, M. Meyer, F. Brawer, (Eds.). Developments in the Rorschach technique. III: Aspects of personality structure. New York. Harcourt, Brace, Jovanovich. 11-46.

MC CLAIN SMITH, N. (1981): The relationship between the Rorschach whole response and level of cognitive functioning. Journal of Personality Assessment, 45, 1, 13-19.

MC CONVILLE, B.J.; BOAG, L.C.; PUROHIT, A.P. (1973): Three types of childhood depression. Canadian Psychiatric Association Journal, 18, 133-137.

MC KNEW, D.H.; CYTRYN, L. (1979): Urinary metabolites in chronically depressed children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18, 4, 608-615.

MEILI-DWORETZKI, G. (1952): Versuch einer Analyse der Bewegungsdeutungen im Rorschach. Test nach genetischen Gesichtspunkten. Revista Suiza de Psicología, 4, XI, 265-282.

MENDLEWICZ, J.; RAINER, J.D. (1977): Adoption study supporting genetic transmission in manic-depressive illness. Nature, 268, 327-329.

MESA CID, P.J. (1986): La depresión infantil: entre la ambigüedad conceptual y la definición clínica. Apuntes de Psicología. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. Andalucía Occidental. 17, 2º Trimestre, 16-23.

MISES, R.; GUERIOT, C. (1985): Les dépressions de l'enfant: contributions psychanalytiques. En: Michel Dugas (Ed.). La depression chez l'enfant (Theories et realites). Paris. Médecine et Enfance. 43-47.

MOILANEN, I.; ALMQUIST, F.; PIHA, J.; RASANEN, E. Y COLS. (1988): An epidemiological survey of child psychiatry in Finland. Nordisk Psykiatrisk Tidsskript, Vol. 42, 18, 9-11.

MOISE, F.; YINON, Y.; RABINOWITZ, A. (1988-1989): Rorschach inkblot movement responses as a function of motor activity or inhibition imagination. Cognition Personality, Vol. 8(1), 39-48.

MOLISH, H.B. (1967): Critique and problems of the Rorschach. A survey. In: Beck, S.J. & Molish, H.B. (Eds.). Rorschach's test. II: A variety of personality pictures. (2ª ed.). New York. Grune and Stratton.

MOLISH, H.B.; BECK, S.J. (1958): Further exploration of the six schizophrenias: type S-3. American Journal of Orthopsychiatry, 28, 483-505, 809-827.

MONEDERO, C. (1982): Psicopatología evolutiva. Barcelona. Labor.

MORGENTHALER, W. (1940): Técnica del psicodiagnóstico de Rorschach. En: H. Rorschach (Ed.). Psicodiagnóstico. (7ª ed.). Buenos Aires. Paidós. 205-221. 1977.

MORGENTHALER, W. (1941): Introducción a la técnica del psicodiagnóstico de Rorschach. En: H. Rorschach (Ed.). Psychodiagnostik. (4ª ed.). Berna. Huber. (Existe traducción al castellano en Paidós, Buenos Aires, 205-221, 1977).

MORGENTHALER, W. (1954): Der Kampf um das Erscheinen der Psychodiagnostik. Zeitschr. F. Diagn. Psychologie und Personlichkeitsforschung, Vol. II, 255-262.

MORRISON, H. (1983): Children depressed parents, risk, identification and intervention. Nueva York. Grune & Stratton.

MOUREN, M.C. (1982): Pour ou contre la dépression masquée chez l'enfant?. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 30: 10-11, 563-570.

MOUREN, M.C.; DUGAS, M. (1982): Aspects cliniques et évolutifs de la dépression de l'enfant. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 30: 10-11, 521-535.

MURRAY, D.C. (1957): White-space on the Rorschach: interpretation and validity. Journal of Projective Techniques, 21, 47-53.

MURRAY, P.A. (1970): The clinical picture of depression in school children. Journal of the Irish Medical Association, 63, 53-56.

NEIGER, S. (1956): Introduction to the Rorschach Psychodiagnostic. Part II: Specific reactions. Stenziliertes Manuskript. Toronto. Toronto Psychiatric Hospital.

NELMS, B.C. (1989): Emotional behaviors in chronically ill children. Journal of Abnormal Child Psychology, 17(6), 657-668.

NISSEN, G. (1971): Depressive Syndrome in Kinder und Jugendalter. Berlin. Springer Verlag.

NOLEN-HOEKSEMA, S.; GIRGUS, J.S.; SELIGMAN, M.E.P. (1986): Learned Helplessness in children: a longitudinal study of depression, achievement and explanatory style. Journal of personality and social psychology, 2, Vol. 51, 435-442.

NUOVO, S.; LAICARDI, C. TOBINO, C. (1988): Rorschach indices for discriminating between two schizophrenic syndromes. Perceptual and Motor Skills, Vol. 67 (2), 399-406.

OBERHOLZER, E. (1932): Aplicación del psicodiagnóstico. (Publicación póstuma de Rorschach). En: H. Rorschach (Ed.). Psicodiagnóstico. (7ª ed.). Buenos Aires. Paidós. 1977. 173.

ORVASCHEL, H. Y COLS. (1980): Children and depression. The children of depressed parents; the childhood of depressed patients; depression in children. Journal Affective Disord., 2, 1-16.

OVERMIER, J.B.; SELIGMAN, M.E.P. (1967): Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. Journal Comp. Physiol. Psychol., 63, 28-33.

PARKER, K.; HUNSLEY, J.; HANSON, R.K. (1988): MMP I, Rorschach and WAIS: a meta-analytic comparison of reliability, stability and validity. Psychological Bulletin, 103, 367-373.

PARRAGA, J.; LEON RUBIO, J.M. (1984): Tratamientos psicológicos en las depresiones infantiles; terapia cognitiva, skinneriana y mixta. Un estudio comparado. Revista de Neuropsiquiatría Infantil. Monográfico Depresiones Infantiles, 3, Vol. II, 107-136.

PARSONS, C.J. (1917): Children's interpretations of ink-blots. The British Journal of Psychology, 9, 74-92.

PAYKEL, E.S.; MAYERS, J.K.; DIENELT, M.N. Y COLS. (1969): Life events and depression: a controlled study. Archives of General Psychiatry, 19, 21, 753-760.

PELECHANO BARBERA, V. (1990): La psicología de los refranes: un recurso soslayado por la evaluación psicológica. Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos, Epoca II, 46-47, 37-49.

PENOT, B. (1974): Contribution à l'étude des dépressions infantiles. Psych. Infant., 16, 2, 301-380.

PERDIKIDI, H.O. (1973): El duelo infantil en las técnicas proyectivas. Madrid. Publicación de S.E.R.Y.M.P. 75-83.

PETERSON, C. A.; HOROWITZ, M. (1990): Perceptual robustness of the non relationship on the hand test and the Rorschach. Journal of Personality Assessment, Vol. 54 (1-2), 415-418.

PETTI, T.A. (1986): Depresión y retraimiento en los niños. En: T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). Psicopatología Infantil. Barcelona. Martínez Roca. 399-438.

PFEFFER, C.R.; STOKES, P.; WEINER, A.; SHINDLEDECKER, R.; FAUGHNAN, L.; MINTZ, M.; STOLL, P.M.; HEILIGENSTEIN, E. (1989): Psychopathology and plasma cortisol responses to dexamethasone in prepubertal psychiatric inpatients. Biol. Psychiatry., 26(7), 677-689.

PFEFFERBAUM, B.; MULLINS, D.; RHOADES, H.M.; Mc LAUGHLIN, E.J. (1987): Rorschach assessment of borderline children. The Journal of Psychology, 121(3), 219-228.

PIAGET, J. (1970): Piaget's theory. En: Mussen (Ed.). Carmichael's manual of child psychology. Vol. I. (3rd ed.). Nueva York. Wiley. 703-733.

PIOTROWSKI, Z. (1936): On the Rorschach method and its application in organic disturbances of the central nervous system. Rorschach Research Exchange, 1, 23-40.

PIOTROWSKI, Z. (1937): The M, FM and m responses as indicators of changes in personality. Rorschach Research Exchange, 1, 148-157.

PIOTROWSKI, Z. (1957): Perceptanalysis. New York. Macmillan.

POLAINO-LORENTE, A. (1984): Depresión: actualización psicológica de un problema clínico. Madrid. Alhambra.

POLAINO-LORENTE, A. (1985): La depresión. Barcelona. Martínez Roca.

POLAINO-LORENTE, A. (1988a): Introducción. En: A. Polaino-Lorente y E. Domènech (Eds.). La depresión en niños españoles en 40 E.G.B. Barcelona. Servicio de Publicaciones GEIGY.

POLAINO-LORENTE, A. (1988b): Las depresiones en la infancia y en la adolescencia. En: A. Polaino-Lorente, E. Domènech, A. García Villamisar y L. Ezpeleta Ascaso (Eds.). Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 36-53.

POLAINO-LORENTE, A. (1988c): Clasificación de las depresiones infantiles. En: A. Polaino-Lorente, E. Domènech, A. García Villamisar y L. Espeleta Ascaro (Eds.). Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 97-123.

POLAINO-LORENTE, A.; VILLAMISAR, D.G. (1988a): Diagnóstico y evaluación de las depresiones infantiles. En: A. Polaino-Lorente, E. Domènech Llaberia, A. García Villamisar y L. Espeleta Ascaso (Eds.). Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 71-96.

POLAINO-LORENTE, A.; DOMENECH LLABERIA, E. (1988b): La depresión en niños españoles de 4º E.G.B. Barcelona. Servicio de Publicaciones GEIGY.

POLAINO-LORENTE, A. Y COLS. (1988d): Las depresiones infantiles. Madrid. Morata.

PORTUONDO, J.A. (1976): El psicodiagnóstico de Rorschach en psicología clínica. (2ª ed.). Madrid. Biblioteca Nueva.

POZNANSKI, E.O.; ZRULL, J.P. (1970): Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children. Archives of General Psychiatry, 23, 8-15.

POZNANSKI, E.O.; COOK, S.C.; CARROL, B.J. (1979): A depression rating scale for children. Pediatrics, 64, 442-450.

POZNANSKI, E.O.; CARROL, B.J.; BANEGAS, M.C.; COOK, S.C.; GROSSMAN, J.A. (1982): The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. American Journal of Psychiatry, 139, 321-324.

PUIG-ANTICH, J. (1982): Major depression and conduct disorder in prepuberty. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 118-128.

PUIG-ANTICH, J. (1987): Datos actuales sobre los parámetros neuroendocrinos y del sueño en el trastorno depresivo mayor en edad prepuberal. En: D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Eds.). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Martínez Roca. 189-201.

PUIG-ANTICH, J.; BLAU, S.; MARX, N.; GREENHILL, L.I.; CHAMBERS, W. (1978): Prepubertal major depressive disorder: pilot study. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17, 695-707.

PUIG-ANTICH, J.; CHAMBERS, W.; HALPERN, F.; HANLON, C.; SACHAR, E.J. (1979): Cortisol hypersecretion in prepubertal depressive illness. Preliminary report. Psychoneuroendocrinology, 4, 191-197.

PUIG-ANTICH, J.; GOETZ, R. y col. (1982): Sleep architecture and rem sleep measures in prepubertal children with major depression. Archives of General Psychiatry, 39, 932-939.

PUIG-ANTICH, J. y cols. (1984a): Growth hormone secretion in prepubertal children with major depression. I: Final report on response to insulin-induced hypoglycemia during a depressive episode. Archives of General Psychiatry, 41, 455-460.

PUIG-ANTICH, J. y cols. (1984b): Growth hormone secretion in prepubertal children with major depression. II: Sleep related plasma concentrations during a depressive episode. Archives of General Psychiatry, 41, 463.

PUIG-ANTICH, J.; GITTELMAN, R. (1985): La depresión en la infancia y la adolescencia. En: E.S. Paikel (Ed.). Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid. Pirámide. 568-586.

RADO, S. (1928): The problem of melancholia. International Journal of Psychoanalysis, 9, 420-438.

RAPAPORT, D.; GILL, M.; SCHAFER, R. (1946): Diagnostic Psychological testing. Vols. I y II. Chicago. Yearbook Publishers.

RAPAPORT, D.; GILL, M.; SCHAFER, R. (1976): Test de diagnóstico psicológico. Buenos Aires. Paidós.

RASKIN, A. (1977): Depression in children: Fact or fallacy?. En: J.G. Schulerbrandt y A. Rasquin (Eds.). Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models. Nueva York. Raven Press. 141-146.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1977): La práctica del Rorschach. Madrid. Pablo del Río.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1986): Issues in the use of the Rorschach with children. En: A.I. Rabin, Ph.D. (Ed.). Projective techniques for adolescents and children. New York. Springer Publishing Company. 142-153.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N.; BOIZOU, M.F. (1984): Le Rorschach en clinique infantile, l'imaginaire et le réel chez l'enfant. Paris. Dunod.

RAYCHAUDHURI, M.; MUKERJI, K. (1971): Homosexual-narcissistic "reflections" in the Rorschach. An examination of Exner's diagnostic Rorschach signs. Rorschachiana Japonica, 12, 119-126.

REHM, L.P. (1977): A self-control model of depression. Behavior therapy, 8, 787-804.

RENSHAW, D.C. (1974): Suicide and depression in children. J. School Health, 44, 487-489.

RHYNE, M.C.; BRADY, M.A.; NELMS, B.C.; ALBRIGHT, A.; MURPHY, C.M. (1986): Children at risk for depression. American Journal of Nursing, Dec. 1986, 1.379-1.382.

RICKERS-OVSIANKINA, M.A.; KNAPP, R.H.; Mc INTYRE, D.W. (1963): Factors affecting the psychodiagnostic significance of color perception. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 27, 461-466.

RIE, H.E. (1966): Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 5, 653-685.

RIDLEY, S.E. (1987): The high score approach to scoring two Rorschach measures of cognitive development. Journal of Clinical Psychology, 3, Vol. 43, 390-394.

RIDLEY, S.E.; BAYTON, J.A. (1983): Validity of two scoring systems for measuring cognitive development with the Rorschach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3, Vol. 51, 470-471.

RISKIND, J.H.; STEER, R. (1984): Do maladaptive attitudes "cause" depression: misconception of cognitive theory. Archives of General Psychiatry, Nov. 1984, Vol. 41, 1.111.

ROBERTSON, J. (1953): Some responses of young children to loss of maternal care. Nursing Times, 49, 382-386.

ROBERTSON, J.; BOWLBY, J. (1952): Responses of young children to separation from their mothers. Courrier de le Centre Internationale de l'Enfance, 2, 131-142.

ROCHLIN, G. (1959): The loss complex. Journal of the American Psychoanalytic Association, 7, 299-316.

RODRIGUEZ SACRISTAN, J. (1983): Clasificación de los trastornos depresivos del niño. Ponencia presentada al Symposium Internacional sobre "Avances en Depresiones Infantiles". Sevilla.

RODRIGUEZ SACRISTAN, J.; CARDOZE, D.; RODRIGUEZ MARTINEZ, J.; GOMEZ-AÑON, M.L.; BENJUMEA PINO, P.; PEREZ RIOS, J. (1984): Aspectos evaluativos y diagnósticos de las depresiones infantiles. Sistemas objetivos de medida: experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (C.E.D.I.) modificado de Kovacs y Beck. Revista de Neuropsiquiatría Infantil, 3, Vol. II, 65-74.

RODRIGUEZ SACRISTAN, J.; CABALLERO ANDALUZ, R. (1990): Depresiones en la infancia y adolescencia. En: Fundación Valgrande (Ed.). Formas clínicas y diagnóstico de la depresión. Madrid. Serie Científica, 11. 117-142.

RODRIGUEZ SUTIL, C. (1990): Situación actual del test de Rorschach. Anuario de Psicología, 45, 89-99.

ROGENESS, G.A.; JAVORS, M.A.; MAAS, J.W.; MACEDO, C.A. (1990): Catecholamines and diagnoses in children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 29(2), 234-241.

RORSCHACH, H. (1921): Psicodiagnóstico. (7ª ed.). Buenos Aires. Paidós. 1977.

RORSCHACH, H.; OBERHOLZER, E. (1923): Zur Auswertung des Formdenterversuchs für die Psychoanalyse. Z. Ges. Neurol. Psychiat., Vol. 82, 240-274.

ROSENBAUM ASARNOW, J.; CARLSON, G.A. (1985): Depression self-rating scale: utility with child psychiatric inpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, Vol. 53, 491-499.

ROVIRA, F.M. (1983): El Rorschach. Nuevas aportaciones de J.E. Exner al sistema comprensivo. Estudio sistemático y análisis interrelacionado de variables. Madrid. Siglo XXI.

RUIZ LAPUENTE, C.J. (1986): El Rorschach en los síndromes depresivos. Folia Neuropsiquiátrica, Vol. XXI, 2, 255-261.

RUIZ LAPUENTE, C.J. (1987): Estudio del test de Rorschach y la referencia personal simbólica en los estados depresivos. Folia Neuropsiquiátrica, Vol. XXII, 1, 99-114.

RUIZ RUIZ, M.; MARTIN ORTIZ, F.; SERRANO NOGUERA, V.; MORALES ARANJUEZ, I.M. (1988): Las depresiones en las diferentes edades de la vida. Psiquis, Vol. IX, 43, 11-22.

RUIZ RUIZ, M.; BROTAL ESTER, M.; SERRANO NOGUERA, V. (1989): La evaluación psicodiagnóstica de las esquizofrenias paranoides mediante el Rorschach conceptual. Revista de Psicología General Aplicada, 42 (3), 331-341.

RUTTER, M. (1966): Children of sick parents: an environmental and psychiatric study. Insti. of Psychiatr. Mandsley Monographs., 16, Londres. Oxford University Press.

RUTTER, M. (1986): Depressive feeling, cognitive and disorders: Research poscripts. In: M. Rutter, C.E. Izard y P.B. Read (Eds.). Depression in young people: Developmental and clinical perspectives. New York. Guilford Press.

RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. (1970): Education, health and behavior. London. Longman.

RUTTER, M.; IZARD, C.; READ, P. (1984): Depression in childhood: developmental perspectives. Nueva York. Guilford Press.

RUTTER, M.; IZARD, C.E.; READ, P.B. (1986): Depression in young people (developmental and clinical perspectives). New York-London. Guilford Press.

RYAN, N.D.; PUIG-ANTICH, J.; AMBROSINI, P.; RAVINOVICH, H.; ROBINSON, D. Y COLS. (1987): The clinical picture of major depression in children and adolescents. Archives of General Psychiatry, Vol. 44, 10, 854-861.

SAINZ-AMOR, C. (1965): Prólogo a la edición española. En: M. Loosli-Usteri (ED.). Manual práctico de Rorschach. Madrid. Rialp. 9-14.

SALAS, J. (1944): El psicodiagnóstico de Rorschach. Madrid. Morata.

SANDLER, J.; JOFFE, W.G. (1965): Notes on childhood depression. International Journal of Psychoanalysis, 46, 88-96.

SANTIESTEBAN COSTAN, E.; GOMEZ AÑON, M.L.; NUÑEZ JIMENEZ, M.C.; PEREZ RIOS, J.; SANTOS SANCHEZ-BARBUDO, A.; RODRIGUEZ SACRISTAN, J. (1984): Adaptación y experiencias con la escala de depresiones infantiles de Birleson. Revista de Neuropsiquiatría Infantil. Monográfico Depresiones Infantiles, Vol. II, 3, 137-148.

SAUL, L.J. (1962): Psychosocial medicine and observations of animals. Psychom. Med., 24, 58.

SAYLOR, C.F.; FINCH, A.J.; SPIRITO, A.; BENNETT, B. (1984): The children's depression inventory: a systematic evaluation of psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 52, 6, 955-967.

SCHAFFER, R. (1954): Psychoanalytic interpretation in Rorschach Testing. New York. Grune & Stratton.

SCHAFFER, H.R.; CALLENDER, W.M. (1959): Psychological effects of hospitalization in infancy. Pediatrics, 24, 528-539.

SCHACHTEL, E.G. (1943): On color and affect. Psychiatry, 6, 393-409.

SCHLESINGER, L.B.; FOX, C.F. (1980): Achromatic Rorschach perceptions: some implications for the diagnosis of depression. Perceptual and motor skills, 50, 199-202.

SCHNEIDER, E. (1933): Neurostiche Depression und Stehlen. Zeit. Psychoan. Pädag., 7.

SCHULTERBRANDT, J.G.; RASKIN, A. (1977): Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models. New York. Raven Press.

SEASY, B.; HANSEN, E.; HARLOW, H.F. (1962): Mother-infant separation in monkeys. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 3, 123-132.

SEGAL, H. (1969): Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires. Paidós.

SELIGMAN, M.E.P. (1975): Helplessness. On depression development and health. San Francisco. Freeman and Co.

SELIGMAN, M.E.P.; MAIER, S.F. (1967): Failure to escape traumatic shock. Journal Exp. Psychol., 74, 1-9.

SELIGMAN, M.E.P.; PETERSON, C.; KASLOW, N.J.; TANNENBAUM, R.L.; ALLOY, L.B.; ABRAMSON, L.Y. (1984): Attributional style and depressive symptoms among children. Journal of Abnormal Psychology, 93, 235-238.

SHAFFER, D. (1987): Depression, mania and suicidal acts. En: M. Rutter y L. Hersov (Eds.). Child and adolescent psychiatry (modern approaches). (2ª ed.). Oxford. Blackwell. 698-719.

SHAPIRO, D. (1956): Color response and perceptual passivity. Journal of Projective Techniques, 20, 52-69.

SHAPIRO, D. (1960): A perceptual understanding of color response. En: M. Rickers-Ovsiankina (Ed.). Rorschach Psychology. New York. Wiley.

SHEPHERD, M.; OPPENHEIM, B.; MITCHELL, S. (1971): Childhood behavior and mental health. New York. Grune & Stratton.

SISSON, B.; TAULBEE, E. (1955): Organizational activity of the Rorschach test. Journal of Consulting Psychology, 19, 29-31.

SLOAN, W. (1947): Mental deficiency as a symptom of personality disturbance. American Journal of Mental Deficiency, 52, 31-36.

SMITH, W.G. (1971): Critical life events and prevention strategies in mental health. Archives of General Psychiatry, 25, 103-109.

SONKIN, A.G. (1985): A quantitative and comparative analysis of the Rorschach's of borderline children, Dissertation Abstracts International, Vol. 45, 12, 3.963-B.

SPEHLING, M. (1959): Equivalent of depression in children. J. Hillside Hosp., 8, 138-148.

SPITZ, R. (1970): El primer año de vida del niño (génesis de las primeras relaciones objetales). (3ª ed.). Madrid. Aguilar.

SPITZ, R.; WOLF, K. (1946): Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 2. New York. International University Press: 313-342.

SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E. (1978a): Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders. (3^a ed.). New York. New York State Psychiatric Institute.

SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E. (1978b): Research diagnostic criteria: rationale and reliability. Archives of General Psychiatry, 35, 773-782.

STERN, E. (1933): Anormalidades mentales y educabilidad difícil de niños y jóvenes. Barcelona. Labor.

STIENSNEIER-PELSTER, J. (1989): Attributional style and depressive mood reactions. Journal of Personality, Vol. 57, 3, 581-599.

SUDIK, N.A. (1983): The reliability of Rorschach depressive indices in major depressive disorder. Dissertation Abstracts International, Vol. 43, 10, 3.378-B.

TEGMEYER, P.F.; GORDON, M. (1983): Interpretation of white space responses in children's Rorschach protocols. Perceptual and Motor Skills, 57, 611-616.

TELLENBACH, H. (1976): La melancolía. Visión humana del problema: endogeneidad, tipología, patogenia y clínica. (2ª ed.). Madrid. Morata.

THETFORD, W.N. (1952): Fantasy perceptins in personality development of normal and deviant children. American Journal of Orthopsychiatry, XXII, 3.

TOOLAN, J.M. (1962): Depression in children and adolescents. American Journal of Orthopsychiatry, 32, 404-414.

TORGERSEN, S. (1986a): Genetic factors in moderately severe and mild affective disorders. Archives of General Psychiatry, 43, 222-226.

TORGERSEN, S. (1986b): Neurotic depression and DSM-III. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 73, 328, 31-34.

TSUANG, M.T. (1978): Genetic counseling for psychiatric patients and their families. American Journal of Psychiatry, 135, 1.465-1.475.

URQUIZA PORRAS, A. (1986): Estudio acerca de la relación existente entre depresión y ansiedad en una muestra de sujetos sevillanos de nueve y diez años de edad. Tesis inédita de Licenciatura. Universidad de Sevilla.

VAN PRAAG, A. (1982): A transatlantic view of the depressions according to the DSM-III. II: Did the DSM-III solve the problem of depression diagnosis?. Compr. Psychiatry, 23, 330-338.

VERA, L. (1985): Le modèle comportemental. En: M. Dugas (Ed.). La depression chez l'enfant (theories et realites). Paris. Medecine et enfance. 59-70.

VIGLIONE, D.I.; BRAGER, R.C.; HALLER, N. (1988): Usefulness of structural Rorschach data in identifying inpatients with depressive symptoms: A preliminary study. Journal of Personality Assessment, Vol. 52 (3), 524-529.

WEINBERG, W.A.; RUTMAN, J.; SULLIVAN, L.; PENCIKE, C.; DIETZ, S.G. (1973): Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. Journal of Pediatrics, Vol. 83, 1.065-1.072.

WEINER, I.B. (1966): Psychodiagnosis in schizophrenia. New York. Wiley.

WEINER, I.B. (1983): The future of psychodiagnosis revisited. Journal of Personality Assessment, 47, 451-461.

WEINER, I.B. (1986): Conceptual and empirical perspectives on the Rorschach assessment of psychopathology. Journal of Personality Assessment, 50 (3), 472-479.

WEISSMAN, M.M.; PAYKEL, E.S.; KLERMAN, G.L. (1972): The depressed woman as a mother. Soc. Psychiatry, 7, 98-108.

WELLER, E.B.; WELLER, R.A. (1985): Clinical aspects of childhood depression. Psychiatric Annals, 15:6, 368-374.

WELLS, V.E.; DEYKIN, E.Y.; KLERMAN, G.L. (1985): Risk factors for depression in adolescence. Psychiatric Developments, 3, 83-108.

WERNER, H. (1948): Comparative psychology of mental development. New York. Follet.

WEST, C. (1874): Lectures on the disease of infancy and childhood. (6^e ed.). Londres. Longmans.

WHIPPLE, G.M. (1910): Manual of mental and physical tests. Baltimore. Warwick & York.

WOOSTON, J.L. (1989): Childhood comorbidity of anxiety affective disorders and behavior disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 28, 5, 707-713.

YERKES, R.M. (1929): The great apes. New Haven. Yale University Press.

YOUNG, W.; KNOWLES, J.B.; MACLEAN, A.N.; BOAG, L.; MAC CONVILLE, B. (1982): The sleep of childhood depressives: comparison with aged-matched controls. Biol. Psychiat., 17 (10), 1.163-1.168.

ZARIFIAN, E. (1985): Le dépression: le modèle biologic. En: M. Dugas (Ed.). Le depression chez l'enfant (theories et realites). Paris. Medecine et Enfance. 51-57.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

El Consejo de Facultad ha acordado por los abajo firmantes

la admisión a la prueba de la Tesis Doctoral de
= Blóisa Gomez-Estevan Sanchez
Un estudio de la depresión infantil mediante el
test de Rorschach

numerada

Apto a un laude por ~~una~~

6 de Septiembre 1991

El Vocal,

El Vocal

A. Blum

Schischke

[Signature]

El Secretario

El Secretario,

El Doctorado,

[Signature]

Caracena Napante

Maria Iny Gutierrez