



Deusto

Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea

Facultad de Psicología y Educación

Programa de Doctorado en Psicología

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO EXPLORATORIO A TRAVÉS DEL
TEST DE RORSCHACH DE LA RESPUESTA
HUMANA EN UNA MUESTRA DE
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
PARANOIDES INGRESADOS EN UNA
UNIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE
LAS PSICOSIS REFRACTARIAS**

Consuelo González Vega

Bilbao, septiembre de 2015



Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
Programa de Doctorado en Psicología

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO EXPLORATORIO
A TRAVÉS DEL TEST DE RORSCHACH DE
LA RESPUESTA HUMANA EN UNA MUESTRA DE
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS PARANOIDES
INGRESADOS EN UNA UNIDAD PARA EL
TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS REFRACTARIAS**

CONSUELO GONZÁLEZ VEGA

DIRECTOR

LUIS DE NICOLÁS Y MARTÍNEZ

El Director

La Doctoranda

BILBAO, SEPTIEMBRE DE 2015

A la memoria de mi padre,

Bernardo González

Agradecimientos

Al equipo de la Unidad de Psicosis Refractarias, que son todo un ejemplo de trabajo coordinado, entusiasta y riguroso: A los doctores Edorta Elizagárate y Pedro Sánchez, a Amaia Ortiz de Zárate, supervisora de enfermería, Asunción Lizarazu, asistente social, y a Don Fernando Mosquera, Director Médico del Hospital Psiquiátrico de Álava, a todos ellos mi más sincero agradecimiento por todo lo que aprendí de ellos y por las facilidades recibidas para la consecución de este trabajo.

A Luis de Nicolás y a Imanol Amayra les debo lo que no está escrito aquí, porque son compañeros de camino. Estoy en deuda de gratitud hacia ellos por cómo, a pesar de mí misma, han sabido señalarme un paso metódico para poder concluir un trabajo de otro modo interminable.

Agradezco la disponibilidad y colaboración de Ana Acarregui Aberasturi, Carmen Cayón Fernández, Andoni Liqueste Gascón, Diego Muro González y Natividad Rueda Soler que participaron en la traducción de material y tratamiento y corrección de texto y a mis amigas Chas, Na, Ana y Marian por lo bien que nos lo pasamos y las alegrías que me dan.

Gracias a mi familia, Manu mi marido y a mi hijo Diego por su comprensión y su cariño durante todo este tiempo en el que no he estado para ellos. A mi madre, que da gusto verla de nuevo tan contenta y a Javier, por hacerla feliz y del que he aprendido que el que la sigue la consigue y que hay que creer en el amor. A mis hermanos, Denise y Bernardo por su apoyo incondicional.

Gracias a Rafael Redondo Barba, mi primer profesor de Rorschach y de Psicología Profunda.

Y gracias al momento en que decidí ir a ver a un analista a contarle de lo mío y de paso vivir mucho, pero que mucho mejor. Y si de bien nacido es ser agradecido espero, desde este lugar tan dispar y ante la perspectiva de otro horizonte por venir, emplear el tiempo que la Providencia tenga a bien otorgarme para recordar a la menor oportunidad que se me presente la obra de Freud y su pertinencia en la interrogación privilegiada del sujeto y los avatares encarnados de su malestar.

ÍNDICE GENERAL

Índice General.....	I
Índice de Tablas	VIII
Índice de Apéndices	XI
Lista de Acrónimos y Abreviaturas.....	XII
ABSTRACT	XIII
PARTE I: MARCO TEÓRICO.....	1
1. PLANTEAMIENTO	1
1.1. UNA ESCRITURA DEL APARATO PSÍQUICO	1
1.2. EL APARATO PSÍQUICO.....	6
1.2.1. La tesis cuantitativa del aparato psíquico: percepción y memoria.....	8
1.2.3. El Inconsciente y el funcionamiento de dos sistemas.	14
2. ESQUIZOFRENIA	17
2.1. EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA: HISTORIA	17
2.1.1. El aparato psíquico y el mundo exterior.	22
2.1.2. Schreber y la ruptura del mundo	24
2.1.2.1. Freud sobre Schreber.....	29
2.2. EL AUTOMATISMO MENTAL DE CLÉRAMBAULT	30
2.3. ETIOPATOGENIA.....	32

2.3.1. Enfoques biológicos.....	33
2.3.1.1. Genética.....	33
2.3.1.2. Bioquímica.....	35
2.3.2. Modelos psicológicos.....	36
2.3.2.1. Teorías conductistas.....	36
2.3.2.2. Teorías familiares y relacionales.....	36
2.3.2.2.1. El doble vínculo.....	38
2.3.3. Enfoques integradores.....	40
2.4. SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS	42
2.4.1. Cambios en el DSM-5.....	42
2.4.2. Síntomas positivos y negativos.....	45
2.4.2.1. La esquizofrenia refractaria.....	49
3. EL TEST DE RORSCHACH.....	51
3.1. PERCEPCIÓN, APERCEPCIÓN Y PROYECCIÓN.....	51
3.1.1. Percepción.....	55
3.1.2. Leyes principales de organización perceptual.....	57
3.2. LA RESPUESTA DE MOVIMIENTO Y LA EMPATÍA.....	61
3.3. PSICOPATOLOGÍA A TRAVÉS DEL RORSCHACH.....	64
3.3.1. Perspectiva empírica tradicional	66
3.3.1.1. Los signos de esquizofrenia clásicos en la esquizofrenia.....	66
3.3.1.1.1. Número de respuestas.....	66

3.3.1.1.2. Localización y sus fenómenos.....	67
3.3.1.1.3. Determinantes y calidad formal (FQ).....	67
3.3.1.1.4. Contenidos.....	69
3.3.1.1.5. Populares y Originales y Fenómenos especiales.....	69
3.3.1.2. Subtipos de esquizofrenia en Bohm (1953/1984).....	70
3.3.1.2.1. Esquizofrenia simple.....	70
3.3.1.2.2. Esquizofrenia Hebefrénica.....	70
3.3.1.2.3. Esquizofrenia catatónica.....	71
3.3.2.1.4. Esquizofrenia paranoide.....	71
3.3.2. Métodos conceptuales.....	71
3.3.2.1. Weiner.....	71
3.3.2.1.1. Procesos de pensamiento.....	72
3.3.2.1.2. La relación con la realidad.....	73
3.3.2.1.3. Relaciones objetales.....	73
3.3.2.1.4. Operaciones defensivas.....	74
3.3.2.1.5. Funciones sintéticas.....	75
3.3.2.2. Friedman.....	75
3.3.3. Calidad formal.....	77
3.3.3.1. La puntuación del nivel formal en Klopfer.....	78
3.3.4. El estudio de las verbalizaciones en el test de Rorschach.....	79
3.3.4.1. El Delta index (Watkins y Stauffacher, 1952).....	84
3.3.4.2. Índice de trastorno de pensamiento (<i>Thought Disorder Index</i> , TDI).....	85
3.3.4.3. La escala de Desviaciones de la Comunicación.....	86
3.3.4.4. Escala TRAUT (<i>Tripartite Classification of Autisms</i>).....	87
3.4. EL SISTEMA COMPREHENSIVO.....	88

3.4.1. Los signos de esquizofrenia en Exner.	89
3.4.1.1. Desorden de pensamiento.	90
3.4.1.2. Percepción inadecuada.	91
3.4.1.3. Incapacidad interpersonal.....	91
3.4.1.4. Control inadecuado.	92
3.4.2. El índice de esquizofrenia SCZI.	92
3.4.3. El índice de trastorno de percepción-pensamiento, PTI.....	94
3.4.4. Índice de disfunción yoica (Ego impairment index) EII-EII 2.	95
3.4.4.1. Investigaciones sobre el EII y el EII-2.....	97
3.4.5. La variable de buena representación humana (HRV).	98
3.4.6. Desarrollos posteriores del Sistema Comprensivo: El R-PAS.....	100
3.4.7. Otras investigaciones.	102
3.4.7.1. Estudios con esquizofrénicos paranoides.....	103
3.4.7.2. La muestra esquizofrénica paranoide de Ruiz, Brotat y Brontano.....	106
3.4.7.3. El estudio de Vives Gomila.....	108
3.4.7.4. Rorschach, rendimiento intelectual y medidas neuropsicológicas.....	109
3.5. ASPECTOS METODOLÓGICOS	113
3.5.1. Fiabilidad y Robustez de la prueba.	114
3.5.1.2. Metaanálisis de Mihura et al. (2014).....	114
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	117

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	117
4.1. OBJETIVOS.....	117
4.2. HIPÓTESIS	119
4.2.1. Hipótesis 1. Rendimiento intelectual.	119
4.2.2. Hipótesis 2. Indicadores clínicos y de funcionamiento.....	120
4.2.3. Hipótesis 3. Indicadores de Rorschach	120
5. METODOLOGIA	123
5.1. MUESTRA.....	123
5.2. VARIABLES	124
5.2.1. Variables socio-demográficas.	124
5.2.2. Variables clínicas.	129
5.2.2.1. Diagnóstico.	129
5.2.2.2. Comorbilidad por abuso de drogas.	131
5.2.2.3. Edad del sujeto al inicio de la enfermedad.....	132
5.2.2.4. Años transcurridos desde el inicio de la enfermedad.....	133
5.2.2.5. Problemas legales.....	135
5.3. INSTRUMENTOS	135

5.3.1. Socio-demográficos.....	135
5.3.2. Clínicos.	135
5.3.3. Psicométricos.	136
5.3.3.1. Rendimiento intelectual.	136
5.3.3.2. Problemas clínicos y de funcionamiento.....	138
5.3.3.3. Test de Rorschach.	139
5.3.3.4. Cálculo de los síntomas positivos y negativos.....	139
5.4. PROCEDIMIENTO	141
5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	144
6. RESULTADOS	147
6.1. HIPÓTESIS 1: RENDIMIENTO INTELECTUAL.....	147
6.2. HIPÓTESIS 2: INDICADORES CLÍNICOS Y DE FUNCIONAMIENTO.....	148
6.3. HIPÓTESIS 3. TEST DE RORSCHACH.....	151
6.3.1. Hipótesis 3.1. Indicadores del test de Rorschach.....	151
6.3.2. Hipótesis 3.2. Los contenidos humanos.....	155
6.3.3. Hipótesis 3.3.1. Predominio síntomas positivos.	157
6.3.4. Hipótesis 3.3.2. Predominio de síntomas negativos.....	162
7. DISCUSIÓN.....	167
8. CONCLUSIONES	197
9. REFERENCIAS	201
9.1. RECURSOS ELECTRÓNICOS	232

10. APÉNDICES	233
Apéndice 1. Ficha de información de variables socio-demográficas y clínicas.....	235
Apéndice 2. Escala de Evolución HoNOS	236
Apéndice 3. Resumen estructural y Cálculo de porcentajes, proporciones y derivaciones.....	237
Apéndice 4. Nomenclatura y definición de los códigos del Sistema Comprensivo....	239
Apéndice 5. Versión de la escala PANSS.....	245
Apéndice 6. Formato de entrevista semiestructurada.....	252
Apéndice 7. Lista de variables introducidas en los análisis discriminantes.....	253

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios del índice de esquizofrenia SCZI	92
Tabla 2. Criterios del índice de percepción-pensamiento PTI	95
Tabla 3. Rangos interpretativos del Índice de deterioro del yo	97
Tabla 4. Datos socio-demográficos de la muestra del estudio	125
Tabla 5. Grupo no paranoide. Años de estudio	128
Tabla 6. Grupo paranoide. Años de estudio	128
Tabla 7. Grupo no paranoide. Diagnóstico principal según CIE-10	129
Tabla 8. Grupo no paranoide. Edad del sujeto al inicio de la enfermedad.....	132
Tabla 9. Grupo paranoide. Edad del sujeto al inicio de la enfermedad.....	133
Tabla 10. Grupo no paranoide. Años transcurridos desde el inicio de la enfermedad....	134
Tabla 11. Grupo paranoide. Años transcurridos desde el inicio de la enfermedad.....	134
Tabla 12. Análisis discriminante: Indicadores clínicos y de funcionamiento.....	148
Tabla 13. Indicadores clínicos y de funcionamiento. Correlación canónica.....	149
Tabla 14. Análisis discriminante problemas clínicos y de funcionamiento. Funciones discriminantes canónicas.....	149
Tabla 15. Indicadores clínicos y de funcionamiento. Resultados de la clasificación del análisis discriminante.	150
Tabla 16. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach.....	152
Tabla 17. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach. Correlación canónica.....	152

Tabla 18. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas.	153
Tabla 19. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach. Resultados de la clasificación.....	154
Tabla 20. Respuesta discriminante Rorschach grupo paranoide y no paranoide	155
Tabla 21. Análisis de Mann-Withney. Rangos de las variables de contenidos humanos.	156
Tabla 22. Casos utilizados en el Analisis Discriminante del predominio síntomas positivos	158
Tabla 23. Análisis discriminante. Predominio de síntomas positivos.....	158
Tabla 24. Análisis discriminante. Predominio síntomas positivos. Correlación canónica SINTOPOS ≥ 2	159
Tabla 25. Análisis discriminante grupo no paranoide/paranoide con predominio síntomas positivos. Funciones discriminantes canónicas.....	160
Tabla 26. Síntomas positivos. Resultados de la clasificación	160
Tabla 27. Respuesta discriminante Rorschach del grupo paranoide y no paranoide con predominio de síntomas positivos.....	162
Tabla 28. Casos utilizados en el Analisis Discriminante. Predominio síntomas negativos	162
Tabla 29. Análisis discriminante. Predominio de síntomas negativos.....	163
Tabla 30. Análisis discriminante del predominio síntomas negativos. Correlación canónica.....	163

Tabla 31. Análisis discriminante grupo no paranoide/paranoide con predominio síntomas negativos. Correlación canónica $SINTONEG \leq -2$	165
Tabla 32. Síntomas negativos. Resultados de la clasificación	165
Tabla 33. Respuesta discriminante Rorschach del grupo paranoide y no paranoide con predominio de síntomas negativos.	166

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice 1. Ficha de información de variables socio-demográficas y clínicas	235
Apéndice 2. Escala de Evolución HoNOS	236
Apéndice 3. Resumen estructural y Cálculo de porcentajes, proporciones y derivaciones.....	237
Apéndice 4. Nomenclatura y definición de los códigos del Sistema Comprensivo (Exner, 1994)	239
Apéndice 5. Versión de la escala PANSS, modificando el baremo de gravedad para el cálculo de síntomas positivos y negativos. (Adaptado de Kay et al., 1987; versión de Peralta y Cuesta, 1994)	245
Apéndice 6. Formato de entrevista semiestructurada	252
Apéndice 7. Lista de variables introducidas en los análisis discriminantes	253

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychiatric Association.</i>
CD	Escala de desviaciones de la comunicación, <i>Communication Deviances.</i>
CIE-10	Clasificación Internacional de las enfermedades, 10ª edición.
EII	Índice de deterioro del yo, <i>Ego impairment index.</i>
GHR	Respuesta de buena representación humana.
HEV	Variable de experiencia humana.
HRV	Variable de representación humana.
HoNOS	Escala HoNOS (<i>Health of the Nation Outcome Scales</i>).
PANSS	Escala de los síndromes positivo y negativo.
PNF	Puntuación del Nivel Formal de Klopfer.
PTI	Índice de trastorno de percepción pensamiento.
RPAS	<i>Rorschach Performance Assessment System</i> (R-PAS®). Sistema de Rorschach de Evaluación del Desempeño.
SC	Sistema Comprensivo de Exner.
SCZI	Índice de esquizofrenia de Exner.
TRAUT	Escala de clasificación tripartita de autismos.
WAIS-III	Escala de inteligencia de Weschler.

ABSTRACT

PALABRAS CLAVE: Rorschach's Test – Schizophrenia - Psychoanalysis

RESUMEN:

El presente estudio clínico comparativo se ha realizado sobre una muestra de N=62 protocolos de Rorschach, obtenidos en la evaluación clínica de pacientes ingresados en una unidad específica para el tratamiento de las psicosis refractarias. La evaluación consistió en a) una entrevista clínica semiestructurada y orientada a explorar la psicopatología, b) la administración del test de Rorschach, el WAIS-III de Weschler y la escala HoNOS, una estimación de síntomas positivos y negativos.

Realizados los correspondientes análisis estadísticos se concluye que un agrupamiento de variables de localización, determinantes y contenidos especiales del Test de Rorschach discrimina al 93,5% de la muestra de esquizofrénicos paranoides comparados con el grupo de esquizofrénicos no paranoides, clasificados según el CIE-10, confirmándose la hipótesis de trabajo de la función discriminante del Rorschach.

Discutidos los resultados, la principal conclusión es que el Rorschach como instrumento es apropiado para mostrar el tipo de pensamiento esquizofrénico.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

PARTE I: MARCO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO

1.1. UNA ESCRITURA DEL APARATO PSÍQUICO

Debo decir que si no llega el momento de concluir este trabajo se hubiera perdido en la asíntota de mañana; no sé si se puede decir así, pierdes la inmortalidad y no cuentas ya con que la vida se prolongue hasta el infinito; y dado el cambio de la normativa de doctorado, felizmente me he dispuesto a cerrar una investigación sobre el Rorschach y el aparato psíquico en una muestra de pacientes esquizofrénicos resistentes al tratamiento.

La manera de abordar este tema es a través de lo que responden estos pacientes en el Test de Rorschach. La teoría del Rorschach vuelve una y otra vez a los desarrollos de la psicología del yo y creo que un par de precisiones terminológicas del inventor del psicoanálisis serán bienvenidas, sencillamente porque en las páginas iniciales del Psicoanálisis la cuestión central de ese aparato virtual consiste en detallar las relaciones de perceptos y memoria en un ser desvalido. Como se verá más adelante, se detallaron escalas sobre el proceso primario y secundario y entonces, por alusiones, es llegado el momento de volver a leer qué dice Freud sobre esos conceptos que él inventó. En esas páginas iniciales del “Proyecto de psicología”, Freud (1950 [1895]) plantea que el aparato psíquico surge en el momento en que una acción específica de otro auxiliar responde al grito de un ser desvalido que no puede escapar de la urgencia de sus tensiones internas surgidas por el propio apremio de la vida. Este otro responde a ese grito interpretándolo desde sus significantes y el ser desvalido aprendiendo a usarlos.

El Rorschach, prueba perceptiva y proyectiva por excelencia, lo que nos muestra en principio son eso, significantes. El Rorschach es fascinante. Si juegas, decides lo que decir y dónde, pero no eres dueño de la lista que tienes en mente de posibles respuestas. Esas respuestas se dan atendiendo al contorno de la mancha, el gris, el negro, el blanco y el color: el rojo y los colorines. Queda el tema de la kinestesia, provocada por tensión entre las manchas que fueron manipuladas por el propio Rorschach (Sendín, 2007) para darles un cierto ritmo espacial de cara a suscitar la ilusión del movimiento; aunque no hay nada que se mueva en la lámina, se percibe una acción. El test de Rorschach ha sido el que con mayor frecuencia se ha utilizado por los psicólogos hasta el día de hoy. Siempre ha sido considerado como uno de los más adecuados para la explicación e interpretación de enfermedades mentales como la neurosis, la esquizofrenia, etc. La elección de este tema es una fascinación personal por este tipo de escritura a partir de lo que dice el examinando. También creo que es un instrumento que ayuda a formarse un juicio clínico. La estructura del test ha atraído por igual a clínicos, no solo de orientación analítica, sino también de otras corrientes, principalmente eclécticas. Los clínicos de orientación analítica han creído ver en la prueba un reflejo de esta teoría, hasta el punto de que Bohm llegó a afirmar que “no creemos que una prueba de Rorschach pueda ser valorada exhaustivamente sin conocimientos psicoanalíticos” (1953/1984, p. 245); sin embargo, me parece que no se ambos campos deben mantenerse separados ya que el Rorschach no es un método de exploración del inconsciente y el psicoanálisis no se ocupa de la evaluación de la personalidad.

Considero la importancia que los conocimientos psicopatológicos adquieren en el diagnóstico Rorschach, pues resulta perfectamente capaz de detectar los rasgos y características de la personalidad, porque la escritura en términos de Rorschach la refleja de modo admirable: al fin y al cabo es el sujeto quien decide dónde ve lo que ve y en función de qué lo dice, aunque no sepa por qué. La investigación sobre el test ha intentado desde hace casi cien años responder

a por qué un sujeto dice ver lo que ve; todavía hoy nos lo seguimos preguntando. Lo que se aprecia es que las variables del test permiten describir un cuadro bastante completo de la personalidad. En general, las investigaciones han demostrado la existencia de signos patognomónicos en esta prueba, aunque como dicen Klopfer y Kelly (1977) ninguno de ellos se limita exclusivamente a una única entidad clínica. Podría ser cierta esta afirmación si el diagnóstico se efectuara por la sola presencia de determinados signos obtenidos en la evidencia del test, pero hay que tener en cuenta también aquellos signos o características que no aparecen en el protocolo obtenido; es decir, lo que algunos autores llaman “evidencia negativa” (Blanco-Picabía, 1983); este autor considera que, a pesar de que los datos son muy variables, se han podido detectar signos propios en cualquier tipo de psicopatología. En relación a la esquizofrenia, podemos recordar que su diagnóstico fue desde el principio para Rorschach (1921/1980) una constante referencia al ir distinguiendo cómo se comportaba cada variable en los sujetos normales y estableciendo exploratoriamente diferencias diagnósticas con la psicosis y la neurosis.

La experiencia psicótica surge a raíz de un momento de ruptura del mundo. El efecto de este momento cierto y real para el paciente es que cambia radicalmente su relación con el mundo exterior, con su cuerpo y con los otros, se rompe. El trabajo delirante es un intento de reconstrucción y aunque hay casos en los que se restituye cierta normalidad, quedan resquicios de esa fractura en su modo de ver el mundo, su relación con los otros y su lenguaje. Aunque se considere a veces que el diagnóstico de la esquizofrenia se apoya en muchos factores de la prueba que por ahora no son susceptibles de elaboración estadística, mi trabajo intenta mostrar que, incluso a través de los análisis estadísticos que he realizado, se aprecia como característica del modo de responder en el Rorschach de los esquizofrénicos paranoides, rasgos de esta ruptura como signo fundamental de la enfermedad y que se manifiestan en el tratamiento de la figura humana.

Generalmente en los protocolos esquizofrénicos estudiados hasta ahora se han encontrado signos que, aun no siendo específicos, sí aparecen con frecuencia. Entre ellos Blanco Picabía (1983) enumera: la disminución y a veces anulación de la conciencia de interpretación, la disminución del tiempo de reacción, los fracasos, la disminución del porcentaje de formas bien vistas (F+%), la escasa calidad en respuestas confabulatorias, la disminución y alteración (mal vistas o negativas) de las respuestas de movimiento humano (M-) —y en este punto yo añadiría de la respuesta de contenido humano en general— escasos valores cromáticos (pocas respuestas de color) y si aparecen predomina el llamado color lábil (C, color puro; CF, color forma y denominaciones de color Cn), las respuestas de número y de situación, las interpretaciones abstractas, las estereotipias y perseveraciones son todos ellos signos que encontramos en este tipo de enfermos.

Es verdad que existe una gran variabilidad del patrón Rorschach esquizofrénico, habida cuenta de las diferentes tipologías de la enfermedad, como la simple, la hebefrénica, la catatónica y la paranoide, lo cual dificultaría el diagnóstico para poder sacar un patrón típico y aplicable a todas las esquizofrenias. No obstante, he intentado cernir unas variables que han mostrado poder discriminante a la hora de distinguir a los sujetos con esquizofrenia paranoide de otro grupo heterogéneo compuesto por pacientes con otras psicosis, trastornos de personalidad y esquizofrenias; como ya hicieron en su día Rapaport (1968/1988) con la depresión psicótica o Portuondo (1970) con la depresión neurótica, para poder obtener patrones diferenciales, en la línea de trabajo de los investigadores de Rorschach, como por ejemplo, los índices de esquizofrenia (*SCZI*) de Exner (1994) o de Bohm (1953/1984).

Los pacientes esquizofrénicos pueden dar numerosos protocolos no válidos, más tal validez no deja de comunicar, es su respuesta a la situación del test. La plasticidad fundamental del Rorschach es que es un test de palabra; por eso las pocas respuestas también son válidas, pueden ser pocas. Ahora bien, los pacientes ingresados en el sistema hospitalario y con historias

personales de múltiples reingresos a lo largo de los años me han planteado cómo poder ayudarles en su rehabilitación estudiando sus historias y protocolos. El uso de una prueba de evaluación compleja, solo de palabras y proyectiva es económica y su empleo es provechoso en la clínica ya que –es mi tesis- muestra de manera bastante clara el modo de pensamiento esquizofrénico y cómo se diferencia del grupo de contraste.

La psicosis declarada y sus principales hitos: la ruptura del mundo, la vivencia desregulada del cuerpo, la desconfianza ante el otro, la angustia sin modular, el bloqueo de las asociaciones, las referencias personales, el pensamiento excesivamente concreto en las esquizofrenias crónicas; todo esto aparece en la tarea de responder a qué se parecen las diez láminas.

Actualmente, la principal bibliografía obtenida a través de la base de datos PSYCLIT, OVID y EBSCO y las características de la población con la que trabajaba, me han decidido a acotar la esquizofrenia paranoide como foco de estudio siguiendo a los principales autores que han dedicado a investigar la esquizofrenia en el Rorschach.

Actualmente los últimos desarrollos de variables compuestas en el test vienen de la mano del equipo de Perry y Viglione que en el año 1991, crearon y desarrollaron el Índice de deterioro del yo (*Ego Impairment Index EII*) y que a partir de ahora citaré con las siglas *EII*. Este índice es una medida dimensional compuesta por variables ya conocidas del “Sistema Comprensivo” de Exner (1994) con el fin de sacar conclusiones con una medida válida y fiable acerca del funcionamiento del yo y sus implicaciones para el tratamiento. Estas medidas combinan las variables de la respuesta en una puntuación global que, por otra parte, creo que desperdicia el valor de conjunto de un protocolo de Rorschach.

En la historia del Rorschach hay un antes y un después de Exner con su “Sistema Comprensivo” (1978, 1994), aunque los primeros desarrollos de este sistema datan de los años sesenta a partir de los estudios experimentales de varios sistemas de codificación empleados por aquel entonces: Klopfer, Beck, Rapaport, Piotrowski y Hertz. La innegable

contribución de Exner es que reunió y sintetizó los diversos sistemas de codificación bajo una nomenclatura común que se ha mantenido hasta la fecha. Además de este trabajo unificador, creó y desarrolló muchos índices diagnósticos aún vigentes, entre ellos el Índice de esquizofrenia, (*SCZI*) y su posterior evolución en el Índice de percepción - pensamiento (*Perceptual Thinking Index, PTI*).

1.2. EL APARATO PSÍQUICO

En este apartado quiero fundamentar, a partir de Freud, que el aparato psíquico tal como él lo figuró es un aparato que trata con significantes. Es lo que nos define como humanos, somos seres hablantes. Esto conviene a esta investigación, ya que es con lo que vamos a tratar como dato sensible: las palabras en forma de respuestas a la tarea que le pedimos al sujeto. Como instrumento de palabra, el test en su simplicidad permite hablar del aparato psíquico, no como una proyección de complejos reprimidos, no hay necesidad de referirse a “lo profundo”, sencillamente tomar los dichos en lo literal. Esto es lo que hacemos en el test, reescribiendo y ordenando las respuestas en un dónde, un por qué y un qué.

Freud, antes del descubrimiento del psicoanálisis, tuvo una práctica médica considerable, y una parte no desdeñable de ella se consagró a los estudios neurológicos. En su libro de la afasia (1891/1973) Freud criticaba la teoría localizadora, señalando que no se podía confundir el registro anatomo-fisiológico con el registro psicológico: un elemento psíquico por simple que sea no se puede localizar en un punto del cerebro. De modo que lo que se localizan son funciones, más bien su soporte material, sin que exista ninguna posibilidad segura de captar el vínculo entre ambas. En este sentido, cita a Jackson (1878) en su advertencia a sus colegas de entonces (y que en mi modesta opinión también deberíamos recordar los psicólogos hoy en día) de no confundir la localización anatómico-física con lo psíquico —la cita de Freud aparece en la página 70:

“En todos nuestros estudios de las enfermedades del sistema nervioso tenemos que estar en guardia contra la falacia de que lo que son estados físicos en los centros inferiores termina desvaneciéndose en estados psíquicos en los centros superiores”.

Freud en este texto se niega explícitamente a separar el proceso de la idea (concepto) del de la asociación y a localizarlos en lugares separados. Bercherie (1983/1989) resalta que Freud considera en ese texto a la palabra como unidad funcional del lenguaje: es un concepto complejo formado por elementos auditivos visuales y kinestésicos. La palabra adquiere significación a través de su asociación con la idea (concepto) del objeto que es, a su vez, otro complejo de asociaciones compuestos por variadas impresiones visuales, auditivas y kinestésicas.

El “aparato de lenguaje” que Freud expone en este texto es un primer bosquejo del “aparato psíquico” que desarrolla propiamente en *La interpretación de los sueños* (1900/1985), en los que irá pergeñando los mecanismos de conexión entre representaciones (condensación y desplazamiento). Freud anticipa en “La afasia” (1891/1973) muchas concepciones posteriores; merece la pena resaltar el pasaje acerca de los recuerdos (p. 71):

“¿Cuál es pues el correlato fisiológico de la simple idea que emerge o vuelve a emerger?

Obviamente nada estático, sino algo que tiene carácter de proceso. Este proceso no es incompatible con la localización. Comienza en un punto específico de la corteza y a partir de allí se difunde por toda la corteza y a lo largo de ciertas vías. Cuando este hecho ha tenido lugar, deja tras sí una modificación, con la posibilidad de un recuerdo, en la parte de la corteza afectada. Es muy dudoso que este suceso fisiológico esté asociado de algún modo con algo psíquico. Nuestra conciencia no contiene nada que, desde el punto de vista psicológico, pueda justificar el término «imagen latente del recuerdo». Sin embargo, cada vez que el mismo estado cortical vuelve a ser suscitado, el suceso psíquico anterior emerge nuevamente como recuerdo. No tenemos, por supuesto, la menor idea de cómo es posible que el tejido animal pueda sufrir tantas modificaciones diversas y diferenciarlas. Pero que es

capaz de hacerlo, lo prueba el ejemplo de los espermatozoides en los cuales yacen latentes y listas para desarrollarse las más variadas y altamente diferenciadas modificaciones”.

Así quedarían inscritas en el mismo tejido las modificaciones. Esto lo veremos más tarde a cuenta de las diferentes inscripciones de la huella mnémica. Freud, en el “Proyecto de psicología” (1950/1985), verdadero “cuaderno de apuntes” que redactó en torno a 1895, y que se publicó póstumamente, describe el nacimiento del aparato psíquico a partir del desamparo original del viviente recién nacido. He escogido este texto por sus referencias a aspectos ampliamente tratados por la psicología y porque, se encuentran en germen conceptos que desarrolló a lo largo de su obra posterior. El viviente no puede escapar del apremio de su urgencia interior y de cuya intensidad acuciante surge el grito al que un otro auxiliar, pongamos la madre, responde proveyendo del sustento que calma tal urgencia, empezando así empieza el sostén de la vida, entre arrullos, cuidados y significantes que se deslizan, combinan y para siempre marcan aquello que una vez fue y nunca más volvió: la primera experiencia de satisfacción que partió las aguas de una vez y para siempre y que se convierte en una especie de fiel del aparato psíquico en su tarea vital de adecuación a las acciones encaminadas a intervenir en la realidad. Ese grito del viviente se convierte en llamado gracias a la acción específica del adulto, que al interpretarlo le da una significación (por ejemplo, la madre responde al llanto interpretándolo como una necesidad de alimento).

1.2.1. La tesis cuantitativa del aparato psíquico: percepción y memoria.

En el “Proyecto de psicología” (1950/1985), la representación en el aparato de la percepción y la memoria es lo primero a situar para hablar de aparato psíquico. Localizar la percepción, la conciencia, la memoria y qué instancia tiene el control del acceso directo a la motilidad del organismo. Es un aparato diseñado para representar los procesos psíquicos, basándose en la

observación clínica de las representaciones hiperintensas que suceden en la histeria o la neurosis obsesiva. Un factor cuantitativo (cantidad, Q) es lo que diferenciaría los estados de reposo y de movimiento. Freud distingue entre neuronas perceptivas y las motrices cuya función de acuerdo al *principio de inercia* es contrarrestar la cantidad recibida (del interior del organismo o del exterior) por medio de la descarga. Sin olvidar que este es un aparato en el que se habla de lugares psíquicos. El aparato psíquico que Freud inventó tiene una *función primaria*, cuantitativa, ya que a lo largo de estas neuronas transcurre una cantidad, Q, definida como tensión y según este principio las neuronas tienden a descargarse de cantidad. Esta función consiste en contrarrestar la cantidad recibida por los estímulos exógenos o endógenos (del exterior del organismo o del interior) por medio de la descarga para que las neuronas queden libres de estímulos. El movimiento reflejo es un modo de descarga, pero hay una condición impuesta por los estímulos endógenos (como, por ejemplo, saciar el hambre) ya que estos no se pueden descargar por el mecanismo del reflejo, sino que solo cesan bajo determinadas condiciones que deben provenir del mundo exterior; tiene que ser una acción que Freud califica de “específica”, y que además requiere un esfuerzo mayor porque son situaciones están sometidas a lo que él llama “apremio de la vida”.

Las neuronas reciben cantidad y otras se vacían. Supone en esto una *función secundaria* en las neuronas por la que conservan en sí cierta cantidad y se resisten a descargarla. Estas resistencias se localizan entre los contactos neuronales, de tal modo que funcionarían como *barreras de contacto*. La teoría de las barreras de contacto le permite localizar la memoria y la percepción, al plantear un tipo de neurona cuyo tejido puede ser modificado y otro tipo que deja pasar la carga para volver a un estado previo. Así separa dos clases: unas de ellas (permeables) tienen la capacidad de ser influidas por la excitación (neuronas “fi” ϕ) y tras el paso de la excitación vuelven a su estado previo, mientras que otras serían impermeables a la mutación por nuevas excitaciones, las neuronas ψ , en las que funciona la resistencia entre las barreras

(impermeables), de modo que dejan pasar cantidad con dificultad después de cada excitación. Este segundo tipo de neuronas son las que le sirven para representar la memoria, las neuronas ψ “psi”. Explica el aprendizaje basado en la memoria como una modificación en las barreras de contacto debido al grado de facilitación ante la descarga que existe entre neuronas ψ . La facilitación depende de la cantidad; por ejemplo, si una impresión ha sido “fuerte” y frecuente, tiene magnitud y esa cantidad provoca la facilitación de la neurona. En este punto recuerda que hay una tendencia primaria de los sistemas neuronales que es la de evitar ser cargadas con cantidad o la de disminuir en lo posible esta carga. La presión del apremio de la vida obliga a conservar una reserva de cantidad (en la memoria), es decir, aumentar el número de estas neuronas, y supone que los elementos agregados han debido ser impermeables; pero ahora se evita, por lo menos en parte, la repleción con *cantidad*; se evita la catexia por medio del establecimiento de facilitaciones. Las facilitaciones, indica Freud en este texto, sirven a la función primaria. El sistema de neuronas *psi* ψ , además es el que recibe la estimulación endógena; mientras que el sistema de neuronas sensoriales ϕ recibe la estimulación proveniente del exterior. La consideración de lo que constituye un estímulo que llega a ϕ requiere una transferencia: en el mundo exterior los procesos constituyen un continuum; el estímulo está limitado tanto en el orden de la cantidad (reducido) como en de la cualidad (limitado, discontinuo). Al llegar la estimulación al sistema ψ la cantidad se convierte en complicación, es decir, se extienden las facilitaciones. Sin embargo, así como puede advertirse que de la estimulación llega amortiguada desde el exterior, Freud destaca que no hay nada que funcione como pantalla o amortiguador de la estimulación endógena., aquella que llega directamente a “psi” ψ .

La cuestión del dolor Freud la explica en el “Proyecto de psicología” (1950/1985), teniendo en cuenta que si el sistema neuronal tiene la más decidida tendencia primaria a evitar el aumento de su tensión cuantitativa, el dolor entonces consistiría en la irrupción de grandes magnitudes

de cantidad hacia “psi”. El dolor pone en función a ambos tipos de neuronas; ningún obstáculo puede oponerse a su conducción; es un proceso imperativo. Las neuronas “psi” son permeables al dolor, de modo que el dolor debe consistir en la acción de cantidades (Q) de un orden relativamente elevado. La excitación sensible tiende a convertirse en dolor a medida que aumenta el estímulo, lo que Freud interpreta como una falla del mecanismo.

En lo que se refiere a la conciencia Freud, en este mismo texto, plantea que la conciencia suministra cualidades, es decir, sensaciones distintas cuya alteridad (series, similitudes) surge en función de las relaciones con el mundo exterior, pero no hay en la conciencia nada cuantitativo. ¿Dónde se originan las cualidades? No en el mundo exterior, porque de acuerdo con su concepción en el mundo exterior sólo existen masas en movimiento y nada más. Introduce un tercer sistema de neuronas, las «neuronas perceptivas W» que serían excitadas juntamente con las otras en el curso de la percepción, pero no en el de la reproducción que corresponde a “psi”. Los estados de excitación de W dan lugar a las distintas cualidades, o sea, que serían las sensaciones conscientes. Una característica de las neuronas W es que no reconocen cantidades sino que son dispositivos destinados convertir la cantidad exterior en cualidad, con lo que se apoya una vez más la tendencia primaria del aparato psíquico a liberarse de toda cantidad. La rápida mutabilidad del contenido de la conciencia, su carácter fugaz y la fácil y rápida combinación de cualidades simultáneamente percibidas, todo esto es compatible con una permeabilidad total de las neuronas W y con su completa restitución a su estado previo. Las neuronas W se conducen como verdaderos órganos de percepción, ningún dato para localizar la memoria, su permeabilidad no procede de cantidades. ¿De dónde proceden entonces? Así revisa la hipótesis sobre el decurso de cantidad concebido como una transferencia de cantidad de una neurona a otra, e introduce otra característica más de índole temporal, a la que designa como «el período» admitiendo que la resistencia de las barreras de contacto rige sólo para la transferencia de cantidad (Q), mientras que el período del movimiento

neuronal se propaga por todas partes sin inhibición alguna, como si fuera por un proceso de inducción. La transmisión de cualidad no perdura, no deja tras de sí rastro alguno y no puede ser reproducida. Además de las series de cualidades sensoriales se encuentra en la conciencia otra serie de cualidades: la de las sensaciones de placer y displacer. Dado que Freud parte de la tendencia de la vida psíquica hacia la evitación del displacer, la identifica con la tendencia primaria de la inercia. En tal caso el displacer coincidiría con un aumento del nivel cuantitativo o con un aumento cuantitativo de la presión: equivaldría a la percepción-sensación cuando se produce un aumento de cantidad en el sistema “psi”. El placer sería la sensación de descarga.

Freud, en “La interpretación de los sueños” (1900/1985), se sirve de un símil para hacer comprensible la complejidad de la operación psíquica a partir de la idea de una localidad psíquica. El modelo del que se sirve Freud tiene mucho que ver con la óptica: se imagina el instrumento del que se valen las operaciones del alma como si fuera un aparato fotográfico, en concreto por la distribución de las lentes que producen las imágenes – que por otra parte tampoco están allí donde uno las espera, la cuestión es que se debe guardar una relación entre los espacios de ese aparato para hablar de localización psíquica, así como en un aparato óptico los sistemas de lentes se siguen unos a otros. Supone que los sistemas presentan una orientación espacial constante entre sí; aunque no necesariamente tiene que ser espacial, le basta con que “haya establecida una secuencia fija entre ellos, vale decir, que a raíz de ciertos procesos psíquicos los sistemas sean recorridos por la excitación dentro de una determinada serie temporal” (Freud, 1900/1985, p. 530). Este sistema, el sistema “psi”, tiene una dirección. La actividad psíquica surge de estimulaciones externas o internas y termina en inervaciones (Freud usa este término para indicar la trasmisión de energía en un sistema eferente, para indicar un proceso que tiende a la descarga de energía). El aparato muestra un extremo sensible, sensorial, que recibe las percepciones (polo perceptivo) y un extremo motor que es el que abre las puertas a la motilidad (polo motor). El proceso psíquico se desarrolla, en general pasando del extremo

de la percepción al de la motilidad; sin embargo, el sueño, proceso psíquico requiere aceptar la hipótesis de un inconsciente que piensa, desea y alucina, aunque tiene vedado el acceso a la motilidad y aun así, debe desfigurar el pensamiento de deseo para hacerse pasar al relato. La desfiguración de los elementos del sueño siguen dos mecanismos privilegiados: condensación (varias representaciones en una) y desplazamiento (de una representación a otra).

El modelo del reflejo, que según él, es el modelo de toda actividad psíquica le sirve para señalar una primera diferencia en el extremo sensorial (P), y afirma que las percepciones que llegan al aparato dejan en él una huella, la “huella mnémica” a la que corresponde la función de la memoria, consiste en modificaciones permanentes de los elementos del sistema. Para sortear el problema de adscribirle a un mismo sistema la capacidad de mantenerse siempre abierto y receptivo a nuevas ocasiones de alteración (percibir) y de mantener fielmente las alteraciones sobrevenidas en sus elementos (memoria), distribuye estas operaciones entre dos sistemas diversos, pero enlazados entre sí: así tenemos el sistema delantero, percepción, que recibe los estímulos perceptivos, pero no los conserva y detrás de él un segundo sistema que traspone la excitación momentánea en huellas permanentes: es el sistema mnémico.

La exigencia de la interpretación del fenómeno onírico implica el descubrimiento de otro sistema importantísimo del aparato, ya que es imposible explicar la formación de los sueños si no se acepta la existencia de dos instancias psíquicas, una de las cuales (preconsciente) somete a una crítica la existencia de la otra (inconsciente). De esta crítica resulta la exclusión de esta última instancia de la conciencia. Esta es la base freudiana para distinguir consciente, preconsciente e inconsciente. La conciencia, incluye la percepción del mundo exterior o del cuerpo. El contenido de conciencia sólo puede comunicarse mediante el lenguaje o el comportamiento. El sistema preconsciente se sitúa entre el consciente y el inconsciente. Para alcanzar la conciencia, los contenidos del inconsciente deben asociarse a los signos del lenguaje y hacerse, de ese modo preconcientes. El preconsciente también mantiene la barrera

represora, que censura los impulsos y deseos inaceptables y tiene la llave de acceso a la motilidad. Comprende los hechos mentales, procesos y contenidos que pueden llevarse al nivel consciente enfocando en ellos la atención. El tipo de actividad mental asociada al preconscious se llama “pensamiento de proceso secundario”. Este tipo de pensamiento intenta evitar lo displacentero, demorar la descarga instintiva y ajustar la energía mental a las demandas de la realidad externa y a los preceptos morales del sujeto. Respeta toda conexión lógica. El proceso secundario se vincula al principio de realidad.

El sistema inconsciente es el más alejado de la conciencia. Sus contenidos se mantienen alejados de ella a través de la censura o represión. Incluye los deseos que buscan satisfacción y que originan las llamadas “formaciones del inconsciente” (sueños, síntomas, lapsus, actos fallidos). Este sistema funciona de acuerdo al proceso primario, cuya misión fundamental es la de satisfacer los deseos y descargar los impulsos. El proceso primario está gobernado por el “principio del placer”, desestima las conexiones lógicas (negación, contradicción), es atemporal, representa deseos como satisfacciones. Los contenidos del inconsciente pueden hacerse conscientes solo mediante el paso al estadio preconscious.

1.2.3. El Inconsciente y el funcionamiento de dos sistemas.

La tesis del origen del sueño es que el deseo representado en él tiene que ser un deseo infantil. En los adultos procede entonces del Inconsciente (Freud, 1900/1985). La hipermnesia del sueño y su dominio del material infantil constituyen los dos principios fundamentales de su teoría y el deseo infantil juega el papel de motor imprescindible de la formación de los sueños. Esto hace necesaria una segunda actividad, destinada a no permitir que la carga mnémica avance hacia la percepción y ligue desde allí las fuerzas psíquicas; esta actividad debe rodear la excitación emanada del estímulo de la necesidad, rodeo en el cual queda el mundo exterior

modificado por la motilidad voluntaria, de forma que sea posible la percepción real del objeto de satisfacción. Estos dos sistemas indicados aquí son el germen del inconsciente y del preconscious.

Llama *proceso primario* al único proceso psíquico que puede desarrollarse en el primer sistema, y *proceso secundario* al que se desarrolla bajo el influjo del segundo. El segundo sistema tiene que corregir el proceso primario porque el proceso primario aspira a la derivación de la excitación para crear, con la cantidad de excitación así acumulada, una *identidad de percepción*. El proceso secundario ha abandonado ya este propósito y entraña en su lugar el de conseguir una *identidad de pensamiento*. Todo el pensamiento no es sino un rodeo desde el recuerdo de la satisfacción, tomado como representación final, hasta la carga idéntica del mismo recuerdo, que ha de ser alcanzada por los caminos que enlazan a las representaciones sin dejarse incluir en error por las intensidades de las mismas (Freud, 1895/1985).

Todo lo consciente tiene un grado preliminar inconsciente, mientras que lo inconsciente puede permanecer en este grado y aspirar, sin embargo, al valor completo de una función psíquica. Lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real, Freud habla que la naturaleza interna del inconsciente es tan desconocida para nosotros como la realidad del mundo exterior y la conciencia testimonia de él de manera tan incompleta como los sentidos dan cuanta del mundo exterior (Freud, 1895/1985).

El Rorschach traduce las respuestas en unos lugares que indican cualidades, localizaciones y se adaptan o no a lo que se parece eso, si es que el sujeto quiere participar, ya que puede negarse a colaborar. Esto pasa a menudo aquí. Está el tratamiento de las respuestas y el tratamiento de la situación de test. Mucho se habla de procesos inconscientes, del proceso primario en la codificación de las respuestas, pero creo que, por el hecho de ser una prueba de significantes, se ha forzado la interpretación psicoanalítica de las respuestas.

2. ESQUIZOFRENIA

2.1. EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA: HISTORIA

En el estudio de la esquizofrenia sigo los apartados mencionados por Bercherie (1980/1986), que señala a Kraepelin (1896) como aquel al que se debe el estudio formal de la esquizofrenia, describiendo tres variantes: la hebefrenia, la catatonía y la paranoia, que hasta entonces se consideraban síndromes diferentes y no relacionados. Anteriormente, Kahlbaum en 1863, consideraba a la parafrenia como un grupo de enfermedades mentales que surgían en momentos de cambio del desarrollo biológico y en 1871, Hecker, su discípulo, dedicaba un importante estudio a la hebefrenia como melancolía fluctuante, manía y confusión. Kahlbaum en 1874 fue quien realizó la primera descripción de la catatonía como un trastorno que incidía en el cuerpo y en la voluntad: el mutismo, la rigidez postural, la debilidad de la volición y en ocasiones la flexibilidad cética que mostraban los pacientes. En los siglos XVIII y XIX se empleaba el término de paranoia para nombrar a los trastornos delirantes y alucinatorios.

Bercherie (1980/1986) sitúa en el año 1896 la edición del Tratado de Kraepelin donde introduce el término “demencia precoz” reuniendo en él los síndromes hebefrénico, catatónico y paranoide, hasta entonces desligados. Su argumento es que comparten un deterioro progresivo y un mismo resultado que es la demencia, dependiendo el tipo de demencia precoz de la sintomatología predominante en el cuadro clínico. Del esquema clasificatorio e ideas principales sobre el estudio de la esquizofrenia de Kraepelin, Bercherie (1986) destaca el énfasis en la descripción nosológica, la consideración de la enfermedad cerebral y la disfunción metabólica como posibles causas etiológicas, y el uso de la supuesta evolución del cuadro como criterio diagnóstico, cuestión esta última vigente en la clasificación de la esquizofrenia aguda o crónica o en clasificaciones otrora muy populares como la distinción entre la esquizofrenia procesual vs. reactiva.

Bercherie (1980/1986) señala que la naturaleza especial de la demencia está claramente delimitada por Kraepelin: la memoria, la inteligencia y la orientación están intactas; sin embargo, la afectividad, la voluntad y el razonamiento y, por ende, la personalidad, resultan afectadas profunda y distintamente en cada una de las tres variantes que describe. Kraepelin distingue la paranoia de la demencia precoz paranoide; en la primera no aparece la idea de estar librado como ser inerme a la dominación por parte de una personalidad extraña. Las ideas de perjuicio pueden ser extremadamente novelescas e increíbles, pero se mantienen en el marco de lo posible y natural. La personalidad del paranoico no está sometida a ninguna transformación, como sucede en la demencia precoz. Lo que está modificado no es la personalidad sino la concepción del mundo.

Álvarez y Colina (2011), en su estudio sobre el origen histórico sobre la subjetividad en la esquizofrenia, consideran que en la época moderna se produjo un nuevo tipo de fragmentación de la identidad, del que las voces (xenopatía del lenguaje) y el automatismo mental son sus síntomas más reveladores. La idea de la mente dividida, fragmentada o escindida, con la que se quiere significar la ruptura de la unidad interior, se ha expresado con numerosos términos: disgregación, escisión, disociación, discordancia, esquizofrenia, etc. Estos autores añaden el término de “xenopatía” ya que incluye esa representación de la fractura interior, pero aportando un matiz esencial: la del elemento “extraño”, “extranjero” (*xeno*), que habita en lo más íntimo del ser y cuya presencia lo enferma (*patía*): “Ese elemento extraño, el lenguaje que nos constituye, termina por adueñarse del sujeto y hablar a través de él (xenopatía del lenguaje). De manera general, entendemos por xenopatía la experiencia de extrañeza e imposición del lenguaje, del pensamiento, de los actos y sentimientos” (Álvarez y Colina, 2011, p. 8) y continúan señalando que el término *xenopatía* es de uso muy escaso, ya recogido por Ségla (1985) a raíz del estudio de las vivencias alucinatorias y delirios de influencia, por Clérambault

(1995) al elaborar el Automatismo Mental y por Claude (1930) al caracterizar el síndrome de acción exterior.

Bercherie (1980/1986), incluye la conceptualización de Bleuler dentro de lo que denomina “la corriente psicodinámica alemana” constituida en Zurich y donde también se incluye Jung (que trabajó durante un tiempo en la clínica en la que era director Bleuler). Esta corriente se caracteriza por incorporar algunas ideas de Freud en la comprensión de la psicosis; en concreto, el papel de la afectividad en la regulación, dirección y en la perturbación de la vida psíquica y el pensamiento, tomando en primer plano las reglas de funcionamiento asociativo de las representaciones (semejanza, contigüidad, contraste). Según los postulados de Jung (1907/1999) el concepto de “complejo emocional” designa un conjunto de representaciones, recuerdos, ideas e impulsiones en torno a una experiencia afectiva y que sería para él el factor que motiva la vida psíquica. La fijación de estos complejos caracterizan la esquizofrenia y dan a la enfermedad su contenido particular: la separación del esquizofrénico de la realidad se debe a que el paciente se encuentra bajo la influencia de un complejo poderoso.

Bleuler (1911/1993) critica el esquema clasificatorio de Kraepelin, no satisfecho con el término de demencia precoz por descuidar en su opinión las consideraciones psicodinámicas y desestimar observaciones clínicas que cuestionaban que el inicio precoz de la enfermedad en la adolescencia condujera invariablemente a una demencia. Bleuler colocó en el centro de su sistema diagnóstico el concepto de escisión (*Spaltung*), que sería el efecto de un déficit primario que disgrega el proceso mental. Bleuler habla de escisión de las funciones básicas de la personalidad, acuñando el término “esquizofrenia” y recomendando que este término reemplazara al de “demencia precoz”. Las perturbaciones del curso de pensamiento (interceptaciones, estereotipias, estancamientos), perturbaciones de su contenido (asociaciones extrañas, hermetismo, verbigeración, ambivalencia), el afecto o volición extraños, síntomas catatónicos, delirios y alucinaciones, etc., encuentran su sentido en la psicología de los

complejos y en los mecanismos (condensación desplazamiento, simbolización, etc.) descubiertos por Freud.

Según Bercherie (1980/1986), esos síntomas, considerados por autores anteriores como producto del azar o de un agente nocivo, se transforman en Bleuler en la expresión de un movimiento psicológico; deseo, aversión, temor. Destacaba en el cuadro esquizofrénico el debilitamiento de las asociaciones, la ambivalencia, las alteraciones de la afectividad y el autismo (replegarse en el mundo de la fantasía en oposición a la realidad). Freud (1911/1985), por el contrario, dio preeminencia a la paranoia sobre la esquizofrenia, a la que consideraba el verdadero tipo clínico, así como el paradigma de la psicosis porque, a diferencia de la demencia precoz, la paranoia pone en evidencia que la causa de la locura no hay que buscarla en el déficit de inteligencia o en la incapacidad de síntesis del yo, sino en los avatares y destinos de la libido.

Freud (1974/ 2012), en su correspondencia con Jung, le indica que en la paranoia la hostilidad que se manifiesta hacia el objeto es la manifestación de la desinvertidura libidinal y que esa invertidura es vuelta hacia el yo, convirtiéndose así en autoerótica. La promoción del autismo en Bleuler como uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia, está tomada del concepto de autoerotismo de Freud. Bleuler lo entiende como un repliegue del sujeto en el mundo interno de su fantasía que lo aleja de la realidad. Landriscini (2013) destaca que en este punto radica la controversia entre Freud, por un lado, y Bleuler y Jung por el otro. Para Freud, el repliegue en el mundo de la fantasía (introversión) es lo que caracteriza a la relación de objeto del neurótico después de la operación de la represión: hay una retirada de la realidad pero esta se conserva en la fantasía; mientras que en la esquizofrenia la relación al objeto está abolida, no opera ni la fantasía ni la introversión, quedando reemplazadas por el retorno del goce al cuerpo fragmentado, como ocurre con Schreber. En este sentido, el autoerotismo es un estadio del desarrollo libidinal previo a la formación del yo y también al desarrollo de la fantasía.

En Introducción al narcisismo, Freud (1914/1985) indica que los “parafrénicos” (prefiere esta denominación a la de esquizofrénicos) muestran dos rasgos fundamentales de carácter: el delirio de grandeza y la retirada de su interés respecto a las personas y a las cosas. Aunque el histérico y el neurótico obsesivo también han alterado su vínculo con la realidad, no en cambio su vínculo erótico con personas y cosas porque lo conservan en la fantasía ya que han sustituido los objetos reales por objetos imaginarios y han renunciado a emprender las acciones motrices que les permitirían conseguir sus fines en esos objetos. Es en el sentido de los neuróticos como entiende la introversión de la libido de Jung. Los parafrénicos, que han retirado realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior, no las han sustituido por otras en su fantasía. Y cuando esto último ocurre, es algo secundario y corresponde a un intento de curación que quiere reconducir la libido al objeto. El destino de la libido que se retiró de los objetos en la esquizofrenia se dirige hacia el delirio de grandeza propio de estos estados. Entonces concibe el narcisismo que nace por retirada de las investiduras de objeto como un narcisismo secundario que se edifica sobre la base de otro, primario.

Una cuestión de suma importancia en la consideración de Freud de la esquizofrenia es la noción de “lenguaje de órgano” que aparece en el artículo titulado “Lo inconsciente” (Freud 1915/1985), donde expone un uso peculiar del lenguaje que presentan ciertos sujetos esquizofrénicos, a partir del relato de un caso de Victor Tausk de una joven esquizofrénica internada tras una fuerte discusión con su novio. Ella se queja de que sus ojos no están derechos, sino torcidos (*verdrehen*), y reprocha a su novio no poder comprender esto por mostrarse éste diferente “es un hipócrita, un torcedor de ojos” (*Augenverdreher*: simulador). Él le ha torcido los ojos, ahora ella tiene los ojos torcidos, ya no son más sus ojos, ella ve ahora el mundo con otros ojos. En la ilación del pensamiento del esquizofrénico, domina un elemento cuyo contenido es una inervación corporal, o, más precisamente, la sensación de ésta. Freud (1915/1985) precisa que en este ejemplo la relación con el órgano (con el ojo) se ha constituido

en la subrogación de todo el contenido de su pensamiento. El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, se vuelve *lenguaje de órgano*.

Freud (1915/1985), explica que el síntoma esquizofrénico muestra un predominio de la representación de palabra sobre la representación de cosa. La representación de palabra no logra reprimir la representación de cosa, que está investida libidinalmente. La cosa retorna operando una intrusión a nivel de la palabra. Esto se produce porque en la esquizofrenia la investidura libidinal del objeto (las cosas) ha fracasado; sin embargo, la investidura libidinal de la palabra se mantiene y este mantenimiento constituye él mismo un intento de restablecimiento, un esfuerzo de restitución de la relación al objeto perdido. Landriscini (2013) lo resumen señalando que el sujeto no alcanza a captar más que el aspecto verbal del objeto, al perder las cosas, sólo le quedan las palabras.

Bleuler (1911/1993) renombró como esquizofrenia al grupo de trastornos mentales con mal pronóstico denominado por Kraepelin “demencia precoz”. Stotz-Ingenlath, G. (2000), señala que, así como Freud intentaba explicar la esquizofrenia como consecuencia de una inadecuada distribución de energía afectiva, Bleuler no intentó explicar sus causas, sino entender sus síntomas. Desde un punto de vista histórico combinó el organicismo y la psiquiatría dinámica desde una perspectiva holística, abarcando aspectos biológicos y psicológicos en la teoría, diagnóstico y la práctica terapéutica. En mi opinión, se mantiene vigente la consideración freudiana de la paranoia como tipo clínico verdadero de la psicosis en ausencia de déficit.

2.1.1. El aparato psíquico y el mundo exterior.

Freud (1940/1985) consideraba que la conciencia no era un dato primario en el aparato psíquico, al contrario de lo que la psicología que conocemos mantiene, es más, afirmaba que el aparato psíquico sólo bajo ciertas condiciones daba origen a los fenómenos de conciencia. Este aparato se desarrolla bajo el influjo de las necesidades vitales. Y sobre el yo destacar que debe su origen y sus más importantes características adquiridas a la relación con el mundo exterior

real; en consecuencia, los estados patológicos del *yo*, en los cuales vuelve a aproximarse más al *ello*, se fundan en la anulación o el relajamiento de esa relación con el mundo exterior. De acuerdo con esto, la causa desencadenante de una psicosis radica para Freud en que, o bien la realidad se ha vuelto intolerablemente dolorosa, o bien las pulsiones han adquirido extraordinaria exacerbación, cambios que deben sufrir el mismo efecto, habida cuenta de las exigencias contrarias planteadas al *yo* por el *ello* y por el mundo exterior.

La escisión psíquica no es prerrogativa de la psicosis, en esto discute a Bleuler; llevarse mal con los deseos está ya mencionado en la “Interpretación de los sueños” (1900/1985). Los deseos inconscientes surgen del alma infantil y se apropian de las ocurrencias del día para darle forma. Freud, en el “Esquema de psicoanálisis” (1938[1940]/1985) presume, tanto para las neurosis como las psicosis, el fenómeno de la *escisión* psíquica y la explica en términos de la formación de dos actitudes psíquicas en lugar de una sola: la primera tiene en cuenta la realidad y es normal; la segunda aparta de la realidad bajo la influencia de las pulsiones. Ambas actitudes subsisten la una junto a la otra. El resultado final dependerá de su fuerza relativa. Si la última tiene o quiere mayor potencia, quedará establecida con ello la premonición de la psicosis. Si la relación se invierte, se producirá una curación aparente del trastorno delirante. Pero, en realidad, sólo se habrá retirado al inconsciente, como también se debe colegir a través de numerosas observaciones que el delirio se encontraba desarrollado durante mucho tiempo, hasta que por fin llegó a desencadenarse de modo manifiesto.

Freud postula que la *escisión del yo* se confirmará también en otros estados más semejantes a las neurosis, y también en estas últimas. (Freud, 1938[1940]/1985). La diferencia entre neurosis y la psicosis para Freud reside en que la neurosis es el resultado entre un conflicto entre el *yo* y el *ello*, mientras que la psicosis es un conflicto entre el *yo* y el mundo exterior. El psicótico pierde contacto con la realidad y crea una realidad encerrado en su delirio (Freud, 1923/1985; 1924/1985). Las alucinaciones se entienden como representaciones psíquicas que

irrumpen desde el exterior y se imponen como percepción. Así el psicótico escucha su propio pensamiento y cree que le viene desde el exterior; el esquizofrénico literalmente habla con su yo y lo siente como un tercero. En la esquizofrenia hay una fragmentación del cuerpo —como se ha mencionado en el caso de Schreber— y en la paranoia hay una construcción de tres tipos de delirio: los delirios de persecución, erotomaniaco y de celos, que utilizan como mecanismo la proyección, aunque este mecanismo no sea exclusivo de la paranoia ni de ningún cuadro patológico determinado. El mecanismo esencial en la psicosis es el rechazo (*Verwerfung*) al que se refiere por primera vez en su artículo “Las Neuropsicosis de Defensa” (1894/1985), texto en el que Freud se ocupa de establecer el mecanismo de defensa en las psicosis alucinatorias. El yo rechaza la representación intolerable por medio de la huida a la psicosis:

“el yo se arranca de la representación insoportable, pero ésta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva. Esta última es a mi juicio la condición bajo la cual se imparte a las representaciones propias una vividez alucinatoria, y de esta suerte, tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en la confusión alucinatoria” (Freud, 1894/1985, p. 60).

La defensa contra la representación intolerable en la histeria se realiza por medio de la disociación del afecto que trae parejo, la representación permanece en la conciencia, aunque aislada y debilitada. Pero en la psicosis hay otra forma de defensa mucho más eficaz y contundente que consiste en que el yo rechaza (*Verwerfung*) la representación intolerable conjuntamente con su afecto, comportándose como si esa representación no hubiese jamás llegado al yo; cuando se consigue esto el individuo sucumbe a la locura alucinatoria.

2.1.2. Schreber y la ruptura del mundo

En la introducción de este trabajo ya mencioné la experiencia psicótica fundamental de la ruptura del mundo. Tenemos un testimonio en el “caso Schreber”, el relato en primera persona

de “un enfermo de los nervios”, tal como lo subtitula él mismo. Daniel Paul Schreber (1903/1978) escribió con extensión acerca de su propia experiencia y en su relato se muestran muchas formas de lo que es el discurso roto. Este testimonio, único en su clase, se publicó en 1903 y fue utilizado por Freud para su escrito acerca de la psicosis de 1911. En este documento, Schreber, que a la sazón era un respetable jurista, culto, casado, sin hijos, atribuye su enfermedad a episodios de extremo cansancio. Años antes del ingreso que motiva su escrito ya había sido internado durante unos meses después de perder su candidatura a las elecciones legislativas de 1884. Fue un ingreso breve, aunque no simple ya que se había intentado suicidar en dos ocasiones. Los informes médicos refieren que estaba aquejado de ideas hipocondriacas. Se recuperó de pleno, a los seis meses recibió el alta, retomó su labor legislativa y siguió una etapa de ocho años que él describe como muy feliz, además de hacer constar el profundo agradecimiento profesado por él y su esposa hacia su médico el doctor Flechsig —director de la clínica en la que había estado interno.

En 1893, al poco de ser nombrado presidente del Senado de la Corte de Apelación de Dresde, tiene unos sueños extraños, uno en especial le perturba de la manera más extraña: “era la idea de que, a pesar de todo, sería algo muy bello el hecho de ser una mujer en el momento en que es penetrada por el hombre” (Schreber, 1911/1978, p. 53). Tal idea es tan extraña a su naturaleza que dice que, si la hubiera pensado despierto, la habría rechazado de plano; pero —añade— a la vista de lo que vivió a partir de aquel momento consideró que una influencia exterior le había impuesto esa representación.

En su escrito se ve el efecto retroactivo de significación de esta influencia maligna sobre todos estos avatares del desencadenamiento violento de la enfermedad. A los sueños sigue un insomnio pertinaz provocado, según él, por un crujido que oye en la pared y que siempre le despierta justo en el instante antes de dormir. Las voces le dicen que eran milagros divinos (aunque literalmente dice que las voces llamaban a esos ruidos “interferencias”). En este estado

de cosas, vuelve a consultar con el Profesor Flechsig. Es interesante porque al relatarlo, deja la frase interrumpida, fenómeno de ruptura del discurso que encontraremos una y otra vez en las comunicaciones esquizofrénicas y que es una constante de la comunicación de este enfermo con sus voces:

“Tuvimos una larga conversación durante la cual, no puedo dejar de reconocerlo, el profesor Flechsig hizo gala de una elocuencia notable, que no dejó de producirme una profunda impresión. Habló de los progresos realizados por la psiquiatría desde la época de mi primera enfermedad, de somníferos recién descubiertos, etc., y me dio la esperanza de que, bajo el efecto de un sueño profundo e ininterrumpido, que, dentro de lo posible debería durar desde las tres de la tarde hasta el día siguiente, mi enfermedad...” (Schreber, 1903/1978; pp. 55-56). [Los puntos suspensivos al final de la cita son del mismo Schreber que en ese momento deja interrumpida su frase].

La cura de sueño no sirve y a partir de ahí la locura se apodera de él. Cree que es víctima de un complot en el que el Profesor Flechsig, era el instigador de un plan divino por el que él iba a ser poseído sexualmente, tras lo cual lo dejaban tirado. Su hipótesis es que, al administrarle los sedativos, el médico había manipulado sus nervios mezclándolos con algunos de los suyos, convirtiéndose los nervios en “almas examinadas” que desde entonces ejercían sobre él una influencia degradante. Aquí se sitúa la ruptura del mundo: en concreto, el alma de Flechsig es la que comete el asesinato de su alma y que provoca que durante un tiempo él se haya sentido rodeado de seres desprovistos de vida, de sombras de hombres hechos a la ligera. Este encuentro marca el comienzo de los hechos milagrosos que se irán organizando en torno a una idea central: él es el encargado de dar a luz una nueva raza de hombres una vez que se convierta en mujer; proceso al que da el nombre de *eviración* y que siente en su cuerpo, describiendo con detalle las sensaciones de su transformación corporal en mujer y que, por otra parte, no le impide un comportamiento y un saber estar en sociedad totalmente normal e intachable, tal como

informa su psiquiatra, el profesor Weber en el informe adjunto a las Memorias. La redacción de las Memorias tenía como objeto el pedir su reincorporación a la vida civil, que consiguió en 1902 tras un ingreso de siete años. Un tercer ingreso se produjo en 1907 que duró hasta su fallecimiento en 1911. Durante el largo internamiento relatado en las Memorias describe su relación especial con Dios, con el que se comunicaba a través de rayos, “el lenguaje de los nervios”. La elaboración en torno al plan divino consigue que Schreber pueda salir adelante y volver a retomar contacto con el mundo. Es en el marco de este reestablecimiento que escribe sus notas para salir del hospital. La experiencia narrada por Schreber muestra que el mundo tal como lo conocían los hombres había terminado para él, quedándose en una posición muy complicada, ya que el plan de Dios para reconstruir el mundo requería su mudanza en mujer.

Esta complicada operación se desarrollaba por los nervios que estaban en comunicación con la voluntad de esa entidad divina, muy particular, que se alimentaba de nervios de cadáveres y que, al dirigirse a Schreber le procuraban todo tipo de tormentos: esos nervios destrozaban su cuerpo de múltiples modos, le entorpecían la ejecución de funciones básicas como el comer o el dormir; aunque también le procuraban intensas experiencias de éxtasis y placer totalmente desreguladas; en todo caso vivencias de un cuerpo destrozado. Schreber, a su vez, encontró para tratar con tales suplicios diferentes modos entre los cuales se hallaba el recitar mentalmente casi cualquier cosa, porque la cuestión era que Dios percibiese que no estaba muerto y así aprendió, de alguna manera a contestar a los nervios para neutralizarlos. Algunas de transformaciones que la ruptura del mundo operó en su lenguaje eran: a) el empleo de una lengua fundamental, la lengua en que Dios le hablaba, un alemán arcaico, rico en eufemismos; otra de las particularidades de esa lengua y que él señala, es que las palabras tomaban un valor de significación diferente, por ejemplo, si hablaba de “purificación de las almas” usa el término “almas examinadas”; esto es continuo a lo largo de las Memorias. b) el milagro del alarido: cuando se escapaban los nervios de su cuerpo porque estaba ocupado en otra cosa, se veía

compelido a gritar para mostrarle a Dios que no estaba muerto. Schreber estaba obligado a no parar de pensar (esto es lo que llama “coacción al juego continuo de pensamiento” ya que según señala, los nervios, por definición, deben hablar). Así, dice:

“las almas tenían la costumbre (entre sí) de formular su pensamiento de manera ligeramente defectuosa desde el punto de vista gramatical, es decir, que se saltaban palabras que no eran absolutamente necesarias para la claridad de la idea. Con el tiempo este uso se convirtió en un abuso exorbitante, puesto que los nervios... están continuamente hostigados por este tipo de frases que quedan trucas para simplemente que los nervios se esfuercen en hallar automáticamente la palabra necesaria para la conclusión de la frase (...) he aquí esta pregunta: ‘¿Por qué no lo dice...’ en la que se saltean las palabras ‘en voz alta?’, necesarias para una significación completa, y a su vez oigo a los rayos fabricar ellos mismos la respuesta que les será ofrecida a través de mí, como si fuera yo mismo el que las formulara: ‘sin duda porque soy idiota’. Desde hace años mis nervios deben soportar sin reposo (...) la monotonía de esta inconcebible inanidad.” (Schreber, 1911/1978, p. 65).

Resumiendo este apartado, interesa señalar que su mundo quedó roto, la relación con su cuerpo desregulada y la relación con los otros teñida de irrealidad ya que consideró que, después del complot urdido contra él, la Humanidad era un conjunto de hombres contruidos *a la ligera*. La idea central del delirio, su transformación en mujer en el horizonte, cambia la situación y le sirve para poder encontrar un modo de estar en el mundo. Por otra parte, el discurso roto se ve en las invenciones y reconstrucciones de su nueva realidad y se expresan en ese lenguaje tan personal que le sirve para contener y estabilizar su vivencia en una conducta más normalizada. Si se sigue el texto se aprecian multitud de neologismos, frases interrumpidas, alusiones elípticas. Este delirio plasmado en texto es el ejemplo único y privilegiado que contamos para entender de qué se trata lo que es el delirio como reconstrucción del mundo.

2.1.2.1. Freud sobre Schreber.

Freud (1911/1985), al conocer los escritos de Schreber, dio importancia a los siguientes puntos: a) La vivencia de sepultamiento del mundo, como efecto de la retirada de la investidura libidinal; b) El propio delirio como intento de reconstrucción, que nunca se logra por completo, de la catástrofe que ha ocurrido en el mundo del sujeto; c) La paranoia como expresión de una fijación narcisista y de la lucha contra esa fijación. Se trata de una defensa en tres tiempos y aquí construye la famosa gramática: “el núcleo del conflicto de la paranoia es la invitación de la fantasía de deseo homosexual, amar al varón” (Freud 1911/1985, pp. 58-59) y considera las formas principales de la paranoia como distintas maneras de contradecir la frase “Yo (un varón) lo amo (a él, un varón)”.

Esta frase se contradice según diversas modalidades: 1) Contradice el verbo: “No lo amo, lo odio”. Lo que, por proyección requiere que la percepción interna sea sustituida por una percepción exterior. Así la frase anterior se transforma en “él me odia”. La transformación conduce al delirio de persecución. “No lo amo - pues lo odio - porque me persigue”, es la explicación. El perseguidor, dice Freud, no es otro que el que fue amado. 2) Otro mecanismo de contradicción se daría en la erotomanía. Ya no es el verbo lo que cambia; ahora se contradice el objeto de la proposición: “Yo no lo amo, pues yo la amo”. La proyección muda esta frase en: “Yo noto que ella me ama” y queda así “Yo no lo amo – yo la amo – porque ella me ama”. 3) El delirio de celos. Aquí se contradice el sujeto de la proposición: “Yo no amo al varón – es ella quien le ama” y así sospecha de la mujer con todos los hombres que él está tentado de amar. 4) En esta cuarta variación se rechaza por entero la proposición: “No lo amo, sólo me amo a mí mismo”. Es el delirio de grandeza.

Con respecto a nuestro tema, la aportación de Freud pone en primer plano que la ruptura del vínculo libidinal implica la retirada del interés del mundo exterior y esto es lo que vive Schreber cuando percibe la realidad como un mundo rodeado de cadáveres. Schreber continúa viendo a

los demás; pero para él son sólo sombras de hombres, hechos de cualquier manera. Todo su intento consistirá en restablecer las conexiones libidinales y eso es lo que expresan los destellos del delirio.

2.2. EL AUTOMATISMO MENTAL DE CLÉRAMBAULT

Gaetan Gatian de Clérambault (1872-1934) psiquiatra francés que trabajó a cargo de la Enfermería Especial de la Prefectura de la Policía en París; en su labor allí debía, no solo atender a los pacientes, sino dictaminar con rapidez sobre unos 2.500 pacientes al año, diagnosticando y decretando su libertad o internamiento en el hospital psiquiátrico. Clérambault (1995) persigue un único y preciso objetivo, el fenómeno primordial de la psicosis y lo encuentra en el automatismo mental. Su interés reside en la indagación y descripción del este síndrome, constantemente reelaborado y renombrado a lo largo de los años en su obra y al que denominó de diversas formas: pequeño automatismo, síndrome de pasividad, síndrome de interferencia, síndrome de parasitismo, síndrome de coacción, síndrome basal, síndrome nuclear, síndrome S. Por automatismo mental entiende un síndrome cuyos elementos principales son los ecos, sinsentidos, las parestesias de todo tipo, los fenómenos psicomotores, las inhibiciones de cualquier tipo y los anideísmos diversos. El automatismo mental es para él la base y forma inicial de todas las psicosis alucinatorias crónicas. Su contenido es esencialmente neutro – neutro al menos al principio—. Consiste solo en el desdoblamiento de la conciencia. Es el llamado eco. Este es un fenómeno central de síndrome. El automatismo mental tiene un carácter sensorial. El pensamiento que se vuelve extraño lo hace de forma ordinaria del pensamiento, es decir indiferenciada y no de forma sensorial definida. La forma indiferenciada está constituida por una mezcla de abstracciones y tendencias, ya sin elementos sensoriales, ya con elementos plurisensoriales a la vez vagos y fragmentarios.

Clérambault (1995) indica su papel inicial en el curso de las psicosis. Hasta el momento los fenómenos anteriores se juzgaban como complicaciones contingentes y tardías; Clérambault,

por el contrario, afirma que esos fenómenos son la mayoría de las veces, los primeros signos en el tiempo de las psicosis. Las alucinaciones propiamente dichas –auditivas, psicomotrices— son tardías, es decir, secundarias, ocupan un segundo momento. El automatismo mental es un proceso autónomo, bastante frecuentemente aislado, no implica por sí ningún delirio, y puede que no se sume ningún delirio hasta unos años después de su inicio.

Clérambault (1995) habla de la reacción dos personalidades en el desarrollo de la psicosis, una la previa, y la segunda en tanto que afectada por el automatismo. En la época de Clérambault, la clínica francesa destacaba por la descripción y nomenclatura de los delirios, el automatismo mental no es de este orden, sino que es atemático y neutro: los contenidos y la coloración afectiva advienen posteriormente, según el fondo paranoico, perverso, mitomaniaco sobre el cual se produce, según esté o no asociado a un proceso pasional. Los fenómenos elementales se diferencian radicalmente de cualquier cosa que pueda concluirse de lo que él llama la deducción ideica, vale decir de lo que es comprensible para todo el mundo. La noción de extrañeza no es secundaria. El fondo común de estos fenómenos es un trastorno, por decirlo así, molecular del pensamiento elemental; éste se ve turbado a la vez en su formación y en su integración a la conciencia.

Clérambault (1995) distingue por primera vez entre procesos positivos y negativos y deja constancia de ellos en 1924. A partir del anideísmo —uno de los modos que toma el fenómeno elemental— se construyen, por interferencia, procesos positivos, negativos o mixtos, a) incluye *procesos positivos subcontinuos* (juegos verbales, sinsentidos, psitacismo, ideorrea, hipermnesias) y *procesos positivos episódicos* (extrañeza, hechos intelectuales extraños, percepción de parecidos, falsos reconocimientos, también señala veleidades absurdas, emociones sin objeto, b) *procesos negativos* como desaparición del pensamiento, olvidos, interrupciones de pensamiento, vacío de pensamiento, dudas, perplejidades sin objeto, c)

procesos mixtos: sustitución de pensamientos, paso de un pensamiento invisible pero reconocido.

La interferencia es diversa en los procesos positivos donde la interferencia es por intrusión, mientras que en los procesos negativos, en cambio, es por inhibición. Pero Clérambault siempre aconsejó buscar el fenómeno anideico que estaba junto a estos procesos. Fue su llave diagnóstica. Como elemento que propongo a consideración, piénsese por ejemplo en el insomnio de Schreber, lo que le mantenía insomne, aquel crujido en el techo que oía con una intención rara, advertido por las voces, solo para él y que resignificó posteriormente.

2.3. ETIOPATOGENIA

La esquizofrenia es una de las patologías mentales a las que tanto la psicología como la psiquiatría y el psicoanálisis han dedicado esfuerzos constantes, incluso antes de que Kraepelin acuñara el término de *dementia praecox* en la sexta edición de su *Compendio de psiquiatría*, en el que según Bercherie (1980/1986), reunió entidades psicopatológicas anteriores porque desembocaban en estados terminales parecidos y deficitarios y porque la idea extraña actuaba sobre el cuerpo, marcando así la diferencia con la paranoia, pero el concepto de esquizofrenia se extendió de forma imparable.

Actualmente la incidencia de la esquizofrenia oscila entre 10 a 60 por 100.000 habitantes/año, y no varía sustancialmente en las diferentes culturas (Jablensky et. al., 2002). El DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, American Psychiatric Association, 2013) señala valores de prevalencia a lo largo de la vida comprendidos entre 0,3% y 0,7%. La distribución por género difiere entre muestras y poblaciones: el énfasis en síntomas negativos y mayor duración del trastorno (y peor pronóstico) muestra mayor incidencia en hombres; mientras que en estudios que permiten la inclusión de más síntomas afectivos y manifestaciones más breves de la enfermedad (que se asocian con mejor pronóstico)

muestra distribuciones similares entre los sexos. La edad de inicio típica está entre el final de la adolescencia y la mitad de la treintena. La edad pico para los hombres está entre los 15-20 años y en las mujeres entre los 25-30 años (APA, 2013). El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*) estima que la esquizofrenia representa el 24,5% de todas las admisiones psiquiátricas entre los jóvenes de 10 a 18 años (Kendall, Hollis, Stafford y Taylor, 2013). La tasa de mortalidad en personas esquizofrénicas es entre dos y tres veces superior a la de la población general (McGrath et al., 2008) causando más muertes prematuras que enfermedades como el cáncer o la muerte física (Van Os y Kapur, 2009). Las teorías principales sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia comprenden tres tipos de enfoques: biológicos, psicológicos e integradores.

2.3.1. Enfoques biológicos.

Este enfoque atribuye a factores biológicos la aparición o mantenimiento de la esquizofrenia. Considera la etiología desde un punto de vista médico-orgánico, en el que las variables fisiológicas explican los síntomas. La patología tiene una causa orgánica y el tratamiento también es biológico, actuando sobre la etiología orgánica o sus manifestaciones. Los enfoques biológicos incluyen los estudios de la esquizofrenia desde la genética, la bioquímica y el sistema endocrino.

2.3.1.1. Genética.

Estos estudios comienzan con la observación de datos epidemiológicos en los que se aprecian tasas altas de prevalencia entre familiares de un esquizofrénico. Desde esta perspectiva, el factor genético se considera un factor de riesgo en el desarrollo de esta patología por ser mayor la carga genética compartida (Kety y Rosenthal, 1968). Gottesman (1991) señaló que el riesgo de desarrollar esquizofrenia se asociaba directamente con el grado de parentesco, de modo que los familiares de primer grado de un paciente esquizofrénico presentan un mayor

riesgo de sufrir un trastorno del espectro esquizofrénico que la población general y que los familiares de segundo grado.

Una parte importante de este tipo de investigación se ha dedicado a evaluar las tasas de concordancia entre gemelos homocigóticos frente a heterocigóticos en los que uno de ellos padecía esquizofrenia. Gottesman (1991) señala un grado de concordancia para la esquizofrenia entre gemelos monozigóticos de aproximadamente el 50%, y del 15% entre gemelos dizigóticos. La diferencia tan notable entre los tipos gemelares indica una influencia notable del factor genético, aunque este factor tampoco puede explicar por sí solo la etiología de la enfermedad. Por otra parte, no debe olvidarse que los gemelos comparten una variable común: el ambiente. Por ello, posteriormente se empezaron a comparar los datos de esta población con los de gemelos que habían sido dados en adopción. En relación con este tipo de estudios, se encontró que los hijos de padres biológicos con esquizofrenia que habían sido adoptados por padres sin trastorno desarrollaban en un número significativamente mayor la enfermedad que los hijos adoptados de padres biológicos sanos (Heston, 1966).

Los estudios de adopciones permiten separar el efecto de los factores genéticos de los ambientales (Ingraham y Kety, 2000). Estos estudios en esquizofrenia mostraron que la tasa de aparición de la enfermedad en niños adoptados con antecedentes de psicosis en su familia biológica y no en su familia adoptiva era mayor que en niños adoptados sin antecedentes de psicosis en su familia biológica. Esto indicaría que el riesgo de contraer la enfermedad quedaría del lado de la familia biológica, y los factores ambientales asumirían un papel modulador, potenciando o atenuando la susceptibilidad genética; sin embargo, Tienari et al. (1994) señalan la importancia del ambiente psicológico de la familia adoptiva como modulador de la expresión de la vulnerabilidad genética. Wender et al. (1974) plantean que: a) cuando una persona adoptada desarrolla un trastorno esquizofrénico, se encuentra una mayor prevalencia de esta enfermedad en los padres biológicos que en los adoptivos; b) si un hijo de padres biológicos sin alteraciones

patológicas es adoptado por una familia en la que alguno de sus miembros padece esquizofrenia, existe menos riesgo de que desarrolle esta enfermedad que un hijo de padres biológicos con esquizofrenia adoptado por una familia en la que ninguno de sus miembros presente algún trastorno psicótico. Los estudios revisados evidencian la participación de un componente genético en la transmisión de la enfermedad, pero este por sí solo, no explica qué mecanismos conducen a la esquizofrenia, ni constituye la única causa que condiciona su aparición (Gottesman y Shields, 1976; Kendler y Diehl, 1993).

2.3.1.2. Bioquímica.

El descubrimiento de las primeras sustancias antipsicóticas y las diferencias entre pacientes en cuanto a la respuesta terapéutica a los neurolépticos que es variable entre un individuo y otro y según el subtipo de esquizofrenia, hizo pensar en la probable influencia de distintos mecanismos neuroquímicos en la etiopatogenia de la esquizofrenia. En 1963, Carlsson y Linqvist observaron en animales a los que habían administrado neurolépticos, la aceleración en el metabolismo de dos catecolaminas cerebrales: la dopamina y la noradrenalina. Plantearon la hipótesis de que esta aceleración se debía al bloqueo de los receptores de la dopamina y de la noradrenalina del cerebro a causa de los neurolépticos, lo que pondría en marcha un *feedback* activador.

Las principales hipótesis son la hipótesis dopaminérgica y la hipótesis noradrenérgica. La *hipótesis dopaminérgica* formula que algunas de las vías dopaminérgicas cerebrales están hiperactivadas en la esquizofrenia (Seeman, 1987). Las evidencias que avalan esta hipótesis son las siguientes (Buschsbaum y Hazlett, 1998; Obiols y Obiols, 1989): a) Los efectos bioquímicos y clínicos de los neurolépticos se producen por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos cerebrales. Éstos son los fármacos más útiles en el tratamiento de la esquizofrenia, controlando y reduciendo parte de los síntomas, concretamente los denominados síntomas positivos. b) El grado y potencia de dicho bloqueo es paralelo a su eficacia clínica. c)

La anfetamina, que posee una acción potenciadora de la dopamina, agrava la esquizofrenia y, además, se ha observado que puede producir psicosis similares a ella en sujetos normales. Sin embargo, esta hipótesis no explica la etiología de la esquizofrenia en su totalidad, sino más bien la aparición de un grupo de síntomas, fundamentalmente los positivos, y su respuesta a los antipsicóticos. La *hipótesis noradrenérgica* postula la existencia de una disfunción en las vías noradrenérgicas que provoca un déficit de este neurotransmisor ocasionando una hiperactividad dopaminérgica, ya que, en condiciones normales, la noradrenalina inhibe la acción que ejerce la dopamina (Hornykiewicz, 1982).

2.3.2. Modelos psicológicos.

Estos modelos ponen el acento sobre la etiología ambiental, entendida como un conflicto con la realidad, factores de aprendizaje o la influencia de las variables relacionales. He señalado anteriormente algunas cuestiones importantes que corresponderían, dentro de este modelo, a las denominadas habitualmente, teorías psicodinámicas; a continuación se exponen las cuestiones más relevantes de las teorías conductistas y familiares.

2.3.2.1. Teorías conductistas.

Adolf Meyer (1948) acuñó el término “aprendizaje desadaptativo” para referirse a la esquizofrenia como una inadaptación determinada por hábitos erróneos, donde confluyen conductas de afrontamiento inadecuadas y estrés situacional agudo. Las respuestas desadaptativas al ambiente, aprendidas a lo largo del tiempo y encadenadas por medio de secuencias de premios y/o castigos se van desarrollando hasta convertirse en un patrón de conducta que puede llegar a dominar la vida del sujeto.

2.3.2.2. Teorías familiares y relacionales.

En 1948, Frieda Fromm-Reichmann describió el término madre esquizofrenogénica (fría, agresiva, dominante e insegura), se inicia una corriente que parte en general del binomio

familia-ambiente. En este marco, se atribuye la etiología de la esquizofrenia a patrones de relación y de comunicación distorsionados dentro del sistema familiar, el ambiente básico donde se desarrolla el niño. Lidz y el grupo de Yale (1965) distinguió dos tipos de familia, la familia escindida y la familia desviada, en las que según el sexo del esquizofrénico aparecían patrones relacionales diferentes entre los padres. La esquizofrenia para estos autores, era el modo de vida adoptado por el paciente para escapar a los conflictos relacionales irresolubles planteados en el grupo familiar. Las teorías de Gregory Bateson (Bateson y Ruesch, 1951; Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1963; Bateson, 1972/1985) intentaron mostrar, en su teoría del doble vínculo, que la esquizofrenia era una respuesta del esquizofrénico ante la demanda repetida a responder ante situaciones comunicacionales inconsistentes y contradictorias.

El grupo de Wynne trabajó sobre las alteraciones de la comunicación en las familias de esquizofrénicos. La investigación sobre comunicación desviada (*communication deviances*) es de tipo “predictivo”, hay un intento de predecir aspectos de la estructura de personalidad de un paciente a partir del modo de comunicación familiar con protocolos de Rorschach, tomando muestras de la interacción en la familia. Señalan cuatro aspectos del entramado familiar que diferencian consistentemente a las familias con un joven adulto esquizofrénico de familias con otro tipo de problemática en su descendencia: a) la manera de manejar la atención y el significado; b) el estilo de relación, en especial los tipos erráticos e inapropiados de distancia y cercanía; c) los sentimientos de vacío subyacentes en la familia, falta de objetivos y el sin sentido; d) la pseudomutualidad y pseudohostilidad, como maniobras que niegan o distorsionan la existencia de sentimientos evocadores de ansiedad. Estas variables familiares se han empleado para predecir características de la estructura de personalidad en los hijos esquizofrénicos: a) estilo de pensamiento; b) manera de expresar y experimentar afectos; c) Severidad de disfunción y debilidad del yo (Singer, y Wynne, 1965a; 1965b; Wynne, Singer, Bartko y

Toohey, 1977). Otra vía de investigación lo constituye la Emoción Expresada familiar (EE), que se refiere a las actitudes y conductas de los familiares o cuidadores (hostilidad, crítica, calidez, sobreimplicación excesiva o insatisfacción) hacia el miembro de la familia con una enfermedad psiquiátrica. Los estudios de este grupo (Brown, Birley y Wing, 1972; Brown, Monck, Carstairs, y Wing, 1962; Vaughn y Leff, 1976) mostraron una fuerte asociación entre alta EE de los familiares y la recaída en la esquizofrenia en los pacientes durante los nueve meses siguientes al alta hospitalaria. Un análisis detallado de los estudios de Brown et al. (1972) y Vaughn y Leff (1976), reveló que los pacientes que vivían en hogares con alto EE podían protegerse a sí mismos hasta cierto grado contra la recaída tomando medicación regular de mantenimiento o pasando poco tiempo en compañía de sus parientes. Si ambas medidas protectoras se empleaban, la tasa de recaída bajaba hasta igualarse a la tasa de recaída en pacientes de hogares con bajo EE.

2.3.2.2.1. El doble vínculo.

Dentro del estudio de los patrones de comunicación familiar se presta particular atención a aquellos en los que los hábitos comunicacionales desusados resultan adecuados de alguna manera. La teoría del doble vínculo, de acuerdo con Watzlawick (1967/1981), implica una situación en que los participantes de una relación mantienen una relación intensa para la supervivencia de por lo menos alguna de esas personas. Dentro de tal marco aparece un mensaje que: “afirma algo, afirma algo de su propia afirmación y ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes.” (Watzlawick, 1981, p. 197). Bianciardi (1988) en este sentido, habla del cortocircuito lógico entre Realidad y “realidad”. Reconoce que la “realidad” del hombre está definida por la misma comunicación; en este sentido, entre el mensaje humano y la “realidad” que el mensaje propone hay de todos modos una recursividad, o reflexividad lógica. En su trabajo se hipotetiza que, donde no se reconoce explícitamente esta recursividad, los participantes de una relación significativa experimentan una “realidad” como la Realidad, y así crean un corto

circuito entre Realidad y “realidad”. El doble vínculo viene por tanto redefinido aquí como efecto pragmático de tal corto-circuito lógico. Y además, quien recibe el mensaje no puede dejar de responder a él evadiéndose o comentando sobre él mismo. Existen también otros dos aspectos más que ilustran las situaciones de doble vínculo en la esquizofrenia: 1) La primera se refiere al carácter duradero. Si el doble vínculo se ha cronificado se convertirá en una expectativa habitual en las relaciones humanas, no necesitando refuerzo posterior. 2) La conducta paradójica que impone un doble vínculo es otro doble vínculo.

En esta revisión del concepto de doble vínculo, se parte de la diferenciación entre la Realidad absoluta, preverbal, inalcanzable para el hombre debido a restricciones neurológicas, individuales y socioculturales y la “realidad” que él construye, principalmente a través del lenguaje, ya que siempre existe una brecha entre el flujo de la realidad y la “realidad” construida por la comunicación humana. Esta “realidad” no es verificable, no es más que un acuerdo entre comunicantes. Es una “realidad” creada por la comunicación que al mismo tiempo es una creación altamente funcional, que sirve de contexto para las comunicaciones entre los participantes, a la vez que es creada por la comunicación entre los mismos. Sobre ambas instancias: la Realidad preverbal, inaprensible para el hombre, y la «realidad» que éste crea a partir de la comunicación, aparece un meta mensaje que contextualiza la relación entre ambos: “Todo esto es juego”, se explicita el modelo de abstracción del siguiente modo: “La realidad que propone mi mensaje no es otra que una «realidad», ya que para el hombre la «realidad» no es la Realidad”.

Veamos un ejemplo tomado de la investigación en la que participó la autora de este trabajo, realizada a lo largo de los años 1986 y 1987; se trata de un extracto de las transcripciones del Rorschach común y otro fragmento de la posterior conversación entre los miembros de una familia (Nicolás et. al, 1987) en la que puede apreciarse los vacíos de comunicación que describe el doble vínculo:

Padre: *claro, pues es lo que falta / o sea... y no... o sea... como te he dicho antes tú dices una cosa, la madre decimos la otra y que que no coincida ninguna / ninguna de las dos, ahí lo bonito y lo precioso es que coincidan los tres a la vez o cuatro con la señorita que está aquí con nosotros.*

Madre: *claro, ¡todos por el mismo camino! //*

Padre: *claro //*

Madre: *// y eso yo creo que se logrará, ¿verdad que sí, hija?*

El “mapa” que están definiendo no está especificado. Más adelante otra situación que puede ponerse como ejemplo del corto -circuito entre Realidad y la `realidad' es la siguiente:

Madre: *// porque yaaa no ves que tienes a tu lado... ya ves tú que personales tienes que te... eso... que son cosas de jóvenes, y estas cosas hay que controlarlas y / y luego vas a tener... te vas a quedar nueva, ya verás ¿eh? esto es.*

Hija: *si ya // estoy nueva.*

Madre: *// eso es un descontrol, luego ya...*

Hija: *ya estoy como // nueva*

Madre: *// eh, pues eso, poquito a poco, eso es un descontrol que luego tiene que venir eso... a su ser.*

2.3.3. Enfoques integradores.

Explican la etiología de la enfermedad integrando diversos factores cuya contribución al trastorno está más o menos aceptada. Surge con Engel (1975) y sus críticas al modelo biomédico, que define las enfermedades con patrones somáticos, dejando aparte los aspectos psicológicos. Propone que la medicina adopte un modelo biopsicosocial que tome en cuenta las dimensiones sociales, psicológicas, conductuales y biológicas y somáticas, ya que intervienen en la manifestación y desarrollo de la enfermedad. En este modelo se inscribe la *Teoría de la Vulnerabilidad* o de “diátesis – estrés”. Integra aspectos de otros modelos que han demostrado tener algún papel en el inicio o el mantenimiento del trastorno (genético, bioquímico, psicológico), planteando un sistema de interacción entre variables de cada uno de estos campos.

Presenta un modelo con tres dimensiones: a) grado de vulnerabilidad; b) acontecimientos vitales estresantes, que funcionan como desencadenantes y c) variables moderadoras, tales como el soporte social, la personalidad premórbida en lo relativo a los estilos de afrontamiento y competencia y los parámetros particulares del ámbito ecológico (culturales, físicos, sociales). Según este modelo hay dos tipos de vulnerabilidad: una innata, que abarca elementos de los modelos genéticos, bioquímicos y neurofisiológicos, y otra que es adquirida, que incluye las experiencias previas, tanto psicológicas como físico-biológicas: (enfermedades, traumas). Este modelo postula que hay determinados individuos que son vulnerables a desarrollar una esquizofrenia y que diversos factores estresantes influyen en esa predisposición favoreciendo finalmente la aparición del trastorno (Zubin y Spring, 1977). Por otra parte, ninguno de los dos factores por separado, vulnerabilidad y estrés, son suficientes para desencadenar un primer episodio o producir una recaída. Este modelo postula que hay determinados individuos que son vulnerables a sufrir esquizofrenia y que diversos factores estresantes influyen en esa predisposición favoreciendo finalmente la aparición del trastorno (Nuechterlein et al., 1994; Zubin y Spring, 1977; Zubin y Steinhauer, 1981). Por otra parte, los dos factores por separado, vulnerabilidad y estrés, son insuficientes en sí mismos como para desencadenar un primer episodio o producir una recaída. Es necesaria la participación de un elemento reciente que produzca estrés suficiente como para desencadenar (*triggering event*) la crisis. El desencadenante tiene características de nuevo, no deseado, inesperado e incontrolable. También se configuran los factores de riesgo como todo aquello que contribuye a aumentar la probabilidad de desarrollar una crisis. Algunos factores son: el abandono de la medicación, la existencia de estrés agudo o crónico y el consumo de drogas o alcohol. La conjunción de todos estos factores: vulnerabilidad, estrés, protección y riesgo determina finalmente la aparición del trastorno.

2.4. SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Kurt Schneider (1950/1975), partiendo de observaciones transversales, menos orientadas al esclarecimiento de procesos etiológicos y más orientadas a establecer un diagnóstico más fiable, publicó su lista de *síntomas de primer orden*: a) sonoridad del pensamiento, b) escuchar voces que discuten entre sí, c) escuchar voces que comentan las propias acciones, d) vivencias de influencia corporal, e) robo y otras influencias sobre el pensamiento, f) difusión del pensamiento, g) percepciones delirantes; y *síntomas de segundo orden*: a) las alucinaciones que no toman la forma de voces que dialogan o que comentan, b) las ocurrencias o inspiraciones delirantes; c) la perplejidad; d) empobrecimiento afectivo, e) distimias, f) engaños sensoriales. A los síntomas de primer orden les adjudicó un papel esencial en el diagnóstico de la esquizofrenia, puesto que su sola presencia justificaba el diagnóstico.

2.4.1. Cambios en el DSM-5.

La síntesis de los criterios de Bleuler y Kraepeling, la oportuna distinción de Schneider entre síntomas de primer y segundo orden y la necesidad de contar con criterios descriptivos, consensuados y transmisibles entre los clínicos, promovieron esta sintomatología a criterios diagnósticos que manejamos hoy en las clasificaciones del CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y el DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013). Este último, en su reciente versión actualizada, incorpora algunas modificaciones, no en cuanto a los criterios diagnósticos, que permanecen similares en gran medida a los de la versión anterior DSM IV-R, sino en cuanto a las agrupaciones diagnósticas, ahora denominadas espectros. Uno de los cambios más importantes del DSM-5 en el apartado del “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” es la desaparición de la esquizofrenia paranoide como subtipo. La desaparición de los subtipos de esquizofrenia, con excepción del subtipo catatónico, que cuenta además con entrada aparte, al parecer se debe a la pobre estabilidad diagnóstica que muestran los subtipos clásicos y por su ausencia de respuesta diferencial al tratamiento farmacológico

(McGorry, 2010; Tandon et al., 2013). Además se elimina el tratamiento especial para las alucinaciones y delirios extraños cuestionando el papel principal de los síntomas de primer orden, se persigue una mejor diferenciación de la esquizofrenia con respecto al trastorno esquizoafectivo y se pretende clarificar la relación de la esquizofrenia y la catatonía (Tandon et al., 2013). Braff, Ryan, Rissling y Carpenter (2013) constataron el declive en el uso de los subtipos diagnósticos discutiendo, por ejemplo, la significación pronóstica aparentemente mejor del subtipo paranoide y plantean que habría que considerar que son los campos psicopatológicos los predictores del funcionamiento futuro y no la designación del subtipo.

Regier, Kuhl y Kupfer (2013) señalan que los cambios en el DSM5 proceden de avances en las neurociencias, la clínica y la salud pública que identificaron problemas con el sistema de clasificación y criterios del DSM-IV; el objetivo ha sido conseguir una mejor alineación con los criterios de la próxima edición del CIE (CIE-11) para que tuvieran el mayor impacto clínico, mejorar la compatibilidad internacional, incluyendo la integración del contexto cultural con el criterio diagnóstico y facilitar la armonización entre ambos sistemas clasificatorios.

Los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la esquizofrenia son los siguientes:

A. Dos (o más) de los síntomas de 1 a 5, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

(1) Delirios, (2) Alucinaciones, (3) Discurso desorganizado, (4) Comportamiento muy desorganizado o catatónico, (5) Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones

interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

El diagnóstico requiere aplicar especificaciones de curso a partir de un año de duración del

trastorno. La catatonia desaparece como subtipo, pasa a ser una categoría dentro del espectro y se incluye en el diagnóstico de esquizofrenia como una especificación, en el caso de que coexista.

El DSM5 incluye como propuesta para estudios posteriores el “síndrome de psicosis atenuado”, un conjunto de síntomas “por debajo del umbral” que, como apuntan Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa (2013), muestra cómo en las nuevas clasificaciones diagnósticas, se prima el curso del trastorno y no únicamente la presencia de síntomas. Este diagnóstico requiere la especificación de gravedad de los síntomas presentes en el criterio A (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico) y de los síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia). Otros autores, sin embargo, critican esta aproximación, Sandín (2013) señala que el DSM-5 se inspira en el modelo médico que se aplica en clasificar y tratar, por ejemplo, los cánceres sobre la base de los perfiles genéticos del tumor más que en función de sus manifestaciones; y para él se trata de un retroceso a épocas pasadas en las que los problemas mentales se conceptualizaban como trastornos biológicos.

2.4.2. Síntomas positivos y negativos.

Berrios (1985) menciona a Hughlings Jackson (1875) como uno de los primeros en distinguir entre “positivo y negativo” en el contexto de un modelo jerárquico de la función cerebral; sin embargo, es Clérambault (1995) el que en un artículo de 1924 anuncia que nadie había notado hasta entonces estos procesos positivos y negativos. Berrios (1985) menciona que la diferencia con muchas de las clasificaciones actuales de sintomatología reside en que los fenómenos intrusos e inhibitorios de Clérambault no dependen el uno del otro (al modo de los vasos comunicantes). Diferentes autores se interesaron por este concepto de los síntomas positivos y negativos casi a la par; como el grupo de Andreasen con la descripción de los criterios de esquizofrenia positiva o negativa. A partir de la tipología de esquizofrenia positiva

y negativa de Andreasen y Olsen, 1982; Andreasen, 1985, se desarrollaron dos instrumentos, la escala para la evaluación de síntomas positivos (Scale for the Assessment of Positive Symptoms, SAPS; Andreasen, 1984) y la escala para la evaluación de síntomas negativos (Scale for the Assessment of Negative Symptoms SANS; Andreasen, 1989), para la evaluación diferencial de estos síntomas. Habían encontrado dos tipos clínicos con características diferenciales en los siguientes parámetros: ajuste premórbido, nivel educativo, funcionamiento cognitivo y medidas estructurales del cerebro. Los estudios posteriores mostraron, sin embargo, un número no desdeñable de pacientes que podían considerarse mixtos, porque mostraban síntomas de ambos grupos. Wing (1978), por su parte, plantea tres grupos básicos de síntomas: el síndrome positivo de la esquizofrenia, formado por síntomas “floridos”, “positivos” o “productivos” que aparecen particularmente en los episodios agudos; el síndrome negativo de la esquizofrenia crónica, formado por apatía emocional, enlentecimiento del pensamiento y de los movimientos, falta de impulso, baja actividad, pobreza del lenguaje y retraimiento social y un tercer síndrome formado por síntomas de los dos anteriores.

Otro de los autores más importantes de esta línea de trabajo es Crow (1980; 1985) que propuso dos síndromes de la psicopatología subyacentes en la esquizofrenia: El *tipo I*, caracterizado por el predominio de síntomas positivos (alucinaciones y delirios), aparición aguda, buen ajuste premórbido, buena respuesta terapéutica, menor deterioro cognitivo y de etiología neuroquímica (hiperreceptividad dopaminérgica) y el *tipo II* caracterizado por predominio de síntomas negativos, aparición insidiosa, un estado deficitario, mala evolución a largo plazo, mala respuesta a neurolépticos, peor pronóstico y evolución deficitaria que se asociaría a una alteración estructural (atrofia cerebral y ensanchamiento ventricular). Crow considera este tipo como irreversible y refractario al tratamiento antipsicótico. Posteriormente Crow (1986; 2000) abandonó la doble tipología postulando una psicosis única debida a un gen de lenguaje que aparecería como consecuencia de problemas en el desarrollo de la lateralización

cerebral. En la esquizofrenia habría un fracaso al establecer el procesamiento normal y asimétrico de la secuencia fonológica en el hemisferio dominante, fracaso que se centra en la dificultad de aplicar la señalización que permite al hablante distinguir entre la palabra hablada y oída de sus pensamientos.

Carpenter et al. (1973) operativizaron criterios para la identificación de pacientes esquizofrénicos a partir de los datos conductuales obtenidos en una amplia muestra internacional, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud. El resultado del análisis de los datos derivó en un sistema de 12 signos y síntomas, los llamados *criterios flexibles* para el diagnóstico de la esquizofrenia: 1) Afectividad restringida, 2) Introspección pobre, 3) Pensamiento audible/difusión del pensamiento, 4) Despertar precoz, 5) Contacto pobre, 6) Facies deprimida, 7) Euforia, 8) Ideas delirantes generalizadas, 9) Habla incoherente, 10) Información poco fiable, 11) Ideas delirantes extrañas, 12) Ideas delirantes nihilistas.

En el trabajo posterior del grupo de Carpenter (Strauss et al., 1974; Carpenter et al., 1976) apuntan el papel importante de los síntomas negativos en el diagnóstico y pronóstico de la esquizofrenia que habían sido relegados hasta entonces y por otra parte plantean el concepto de síndrome deficitario y no deficitario. Se basa en la distinción de sujetos esquizofrénicos que muestran síntomas negativos persistentes (síndrome deficitario) de los que no muestran síntomas negativos primarios (síndrome no deficitario). Esta distinción explicaba el hecho de que en anteriores clasificaciones los sujetos no encajaban bien por presentar síntomas de ambos tipos o porque con el tiempo remitían los síntomas positivos u otras circunstancias. Tsuang et al. (2000a, b) proponen una fase diferenciada en el curso de la esquizofrenia, anterior al propio desarrollo de la misma, al que se han referido como esquizotaxia o pre-esquizofrenia, concepto elaborado por Meehl (1962; 1989). Describen esta condición como un equivalente a la esquizofrenia en ausencia de psicosis. La esquizotaxia se diagnostica en individuos que muestran importantes síntomas negativos, alteraciones neuropsicológicas y que son parientes

biológicos de primer grado de individuos con esquizofrenia. Si un individuo con estas características desarrolla posteriormente una psicosis, se diagnostica esquizofrenia.

El problema con el que se topan es que a través de las escalas es difícil diferenciar lo que es un síntoma primario de uno secundario. Ahmed, Strauss, Buchanan, Kirkpatrick y Carpenter (2014) se preguntan si los síntomas negativos son dimensionales o categóricos, en concreto si la esquizofrenia deficitaria podría considerarse un taxón cierto, es decir, un grupo diferenciado y discontinuo, y proponen su inclusión como categoría en el DSM. Midieron a) síntomas negativos (afecto restringido, pobreza de discurso, rango emocional disminuido, pobreza de objetivos, intereses pocos y impulso social disminuido y si los síntomas eran primarios / secundarios y persistentes (estables en términos de duración superior a un año); b) Resultado funcional en ocho áreas (duración de la hospitalización, frecuencia de los contactos sociales, calidad de relaciones sociales, empleo, calidad del trabajo, síntomas, capacidad para cubrir las necesidades propias y plenitud de vida. Todas las áreas se evaluaron a lo largo de un periodo de 6 meses excepto la gravedad de los síntomas que se evaluó para el mes anterior; c) funcionamiento premórbido en la infancia, primera adolescencia, adolescencia tardía y edad adulta en las siguientes áreas: sociabilidad/ retraimiento, relaciones con pares, funcionamiento escolar, adaptación escolar y funcionamiento social y sexual; d) Estatus neuropsicológico actual y premórbido, midiendo lenguaje, atención, memoria inmediata, memoria demorada y razonamiento visoespacial. El WAIS se empleó para evaluar el funcionamiento actual del sujeto (vocabulario, cubos, aritmética y busquedad e símbolos) y una prueba de lectura para evaluar el funcionamiento intelectual premórbido. La clasificación taxómica se asoció significativamente con memoria inmediata, lenguaje, atención, memoria demorada, funcionamiento cognitivo general y el CI actual y premórbido y con todos los items de la escala funcional. El síntoma negativo más relevante fue la expresión emocional seguido de la abulia.

Abogan por una clasificación híbrida que de cuenta de las variaciones temporales en la sintomatología.

No cabe duda que esta rama de investigación ha promovido grandes avances en el tratamiento y su intento de ajustarlo al momento clínico en que se encuentran las personas; pero a mi entender hay dificultades importantes al pretender localizar una agrupación categórica de síntomas ya que es casi imposible limitar su variabilidad a lo largo del tiempo, los síntomas son variables, lo que es categórico es la estructura, que es la que determinará la sintomatología. Clérambault (1995), en una de sus lecciones aconseja siempre buscar el fenómeno anideico que está junto a los procesos positivos y negativos; desgraciadamente esto es difícil de conseguir midiéndolos de manera transversal, sino interrogando los fenómenos que plantean en cada caso los pacientes.

2.4.2.1. La esquizofrenia refractaria.

Incluyo este pequeño apartado por ser la refractariedad un rasgo específico de los pacientes de este estudio. Uno de los primeros en operativizar qué se entiende por refractariedad fueron Brenner et al. (1990) que describen a los pacientes refractarios (o resistentes al tratamiento) como aquellos pacientes esquizofrénicos que, a pesar de recibir un correcto tratamiento farmacológico y psicosocial, muestran persistencia de los síntomas psicóticos, importantes dificultades de funcionamiento y /o alteraciones del comportamiento que dificultan su adaptación a la comunidad.

Elizagárate et al. (2012) señalan que la refractariedad al tratamiento en la esquizofrenia se aplica en principio a un 25% de pacientes esquizofrénicos a los que el tratamiento farmacológico antipsicótico les aporta una mejoría muy reducida, a pesar de la adecuación del tratamiento en términos de dosis, duración y eficacia demostrada del fármaco. Consideran necesario definir correctamente qué se considera remisión y recuperación en la enfermedad y proponen los criterios de Andreasen et al. (2005) ya que tienen la ventaja de manejar criterios

temporales. Los criterios de remisión en esquizofrenia para Andreasen et al. (2005) pueden resumirse en dos: a) Una mejoría en los signos y síntomas nucleares de la enfermedad de un nivel en el que no interfieren de manera importante en la conducta y están por debajo del mínimo que suele emplearse para justificar un diagnóstico inicial de esquizofrenia; y b) el criterio temporal de este estado de mejoría sintomática que estiman ha de durar un mínimo de seis meses.

3. EL TEST DE RORSCHACH

3.1. PERCEPCIÓN, APERCEPCIÓN Y PROYECCIÓN

Antes de continuar, he de advertir que para facilitar la lectura y seguimiento del texto, los códigos que se mencionan siguen la nomenclatura del Sistema Comprehensivo (1994). En los Apéndices 3, 4 y 5 se encuentran una breve nomenclatura y definición de los códigos del Sistema Comprehensivo y de los cómputos, porcentajes y derivaciones.

Rorschach (1921/1980), califica la prueba de interpretación formal como un examen de la capacidad perceptiva en función del grado de interpretación que realiza el probando. La tarea consiste en interpretar una serie de figuras accidentales sin una configuración determinada. La consigna sigue siendo la misma: “¿A qué se parece esto?”. Las respuestas pertenecen al campo de la percepción y de la apercepción, más que al de la imaginación, partiendo del concepto el concepto de percepción de Bleuler (1916):

“Las percepciones se producen debido a que las sensaciones o los grupos sensoriales euforizan en nosotros las imágenes mnémicas de grupos sensoriales pretéritos, de suerte que surge un complejo de recuerdos sensoriales cuyos elementos, merced a su simultaneidad en las experiencias pretéritas, han conservado entre sí una cohesión particularmente sólida y una clara demarcación frente a otros grupos sensoriales. Por tanto en la percepción reúnen los tres procesos de la sensación, la evocación y la asociación (...). Designamos apercepción la identificación de un complejo de percepciones sensoriales, con todas sus correlaciones. La apercepción engloba asimismo el concepto más restringido de percepción” (Rorschach, 1921/1980, p. 25).

Por lo tanto, la percepción intrapsíquica de la disimilitud entre complejo sensorial y el engrama es lo que presta a una percepción el carácter de una interpretación; aunque no se pueden considerar interpretaciones a todas las respuestas que da un sujeto, porque gran parte

de ellos no perciben este esfuerzo integrativo: no interpretan las imágenes, sino que las califican. Esta diferencia es lo que llama “conciencia de interpretación”. Las personas normales suelen expresar espontáneamente que interpretan las imágenes. Por ejemplo, cuando alguien responde: “Esto me parece una mariposa”, indica una interpretación. Si, por el contrario, responde preguntando al examinador “¿Es esto una mariposa?” en este caso no es consciente del esfuerzo de la interpretación, ya que cree que hay que acertar una respuesta. Rorschach indica que la diferencia entre la interpretación y la percepción reside en los factores asociativos; es decir, que compare esa mancha con huellas mnémicas que se asemejen.

La codificación de la respuesta, o percepto, tal como se denominan indistintamente, parte de la clasificación del percepto dado por el sujeto en tres grandes grupos: a) el área de la mancha en la que el sujeto ha visto el percepto, o localización; b) qué característica de la lámina ha primado en la formación de ese percepto, o determinante; y c) lo que ha visto, o contenido. Arnheim (1954/1980) señala que el material visual que reciben los ojos se organiza para que pueda ser captado por la mente humana y que sólo en aras de poder analizarlo separamos la forma de aquello que representa. Aquí podemos tener un primer apunte de lo que es un percepto en el sentido del test de Rorschach; es decir, que aquellas respuestas que da el sujeto que no pueden encuadrarse claramente dentro de las tres categorías prefijadas, bien por localización vaga, abstracción en cuanto a determinante o contenido, o falta de trabajo interpretativo de la mancha, por ejemplo: “esto es oscuro”, “es como el caos”, “esto es una mancha”, posiblemente no son perceptos y por tanto entrarían o en los fenómenos especiales, o en las “no respuestas”. No todo lo que dice el individuo en un test es una respuesta. Bohm (1953/1984) las identifica como observaciones al margen de la prueba y no les da la consideración de respuestas (incluye observaciones descriptivas, valorativas o afectivas, tales como las exclamaciones, las críticas, señalar la simetría o la semejanza). Señala como criterio para considerarlas o no como respuestas la apreciación de que si sujeto considera lo que dice como una respuesta. Estas no-

respuestas tienen, eso sí, gran valor diagnóstico. En estos casos, no se da una “alteración de la percepción” ya que, en efecto, ejemplos como los que hemos citado son perfectamente aplicables a la realidad de la mancha, pero no de la tarea.

Recordemos que Rorschach (1921/1980), consideraba que la precisión aguda de las formas era proporcional a la clara conciencia del esfuerzo asimilativo y la percepción imprecisa se daba para él en aquellos sujetos con defectuosa conciencia del esfuerzo de interpretación (o conciencia de interpretación), ya que fallaría la comparación entre una hipótesis perceptiva del sujeto con su información mnésica. Esta comparación es, en resumen, la apercepción.

La apercepción se relaciona con la interpretación que el sujeto hace de su percepción, el “esfuerzo integrativo y asociativo” según Rorschach (1921/1980), o en palabras de Bellak (1985): “la interpretación (dinámicamente) significativa que un organismo hace de una percepción” (p. 27). Podemos decir entonces que en el proceso de dar las respuestas se convierten las percepciones en apercepciones. Bellak (1985) establece entre estos mecanismos un continuo que varía en función de lo que él llama “distorsión aperceptiva”: en el caso de la percepción sería casi mínima, definida por él como la coincidencia de una mayoría de sujetos ante la calidad exacta de un estímulo dado. El grado máximo de distorsión aperceptiva ocurre en lo que él llama la proyección “invertida” (atribuir a objetos exteriores sentimientos y afectos inconscientes inaceptables para el yo). Entre ambos “extremos” se sitúa el estado en el que el sujeto da forma a la realidad en virtud de sus necesidades, deseos o emociones.

Tenemos por una parte los rasgos objetivos del objeto y por otra el grado de distorsión que el sujeto opera sobre él en función de sus afectos, necesidades o deseos. El grado en que se adecúa la distorsión a las características del objeto da como resultado el grado de adaptación más o menos eficaz a la realidad. A esto lo denomina Bellak “conducta adaptativa”, y presupone que la distorsión aperceptiva y la conducta adaptativa ante los estímulos coexisten a la vez, aunque en grados variables cada una. El empleo de test de Rorschach como test proyectivo tiene

una de sus raíces en la hipótesis proyectiva de Frank (1938). Esta hipótesis considera la personalidad como un proceso particular de organización de la experiencia y los sentimientos, como el sello personal que cada sujeto imprime a una situación. Esto supone que necesariamente ignore o subordine aspectos que para él son irrelevantes o sin importancia y también que seleccione otros que le resultan personalmente significativos. En este sentido la prueba conviene para el estudio de la personalidad, entendida esta como una práctica extremadamente subjetiva en el modo de responder ante una figura sobre un fondo, reaccionando ante las configuraciones de un contexto ambiental que son de relevancia para su forma de vida.

El Rorschach como un método proyectivo supone que estamos empleando un medio con relativamente poca estructuración y modelamiento cultural, de modo que el sujeto imprime sobre él su forma de ver la vida, sus significados, patrones y emociones. Es en este modo de responder cómo se refleja la personalidad, y me parece importante señalar la observación de Weiner (1994), cuando señala que el Rorschach no mide “cuánta” personalidad tiene el sujeto, sino que es un método para generar datos que ayudan a describir su patrón general de funcionamiento psicológico. Exner (1994) entiende el test como una tarea compleja de resolución de problemas que exige cierto forzamiento de la realidad, ya que tiene que “desindentificar” la mancha, se le pide que perciba erróneamente. Al mismo tiempo ha de mantener su propia coherencia personal, que dará entrada a una serie de operaciones psicológicas que culminan en las respuestas que decide dar. Perry et al. (2003), califican este proceso como una prueba abstracta de resolución de problemas que exige un alto grado de procesamiento cognitivo, incluso consideran que se plantea al sujeto un reto perceptual que le empuja a usar sus recursos cognitivos, perceptivos y afectivos para organizar una respuesta ante un problema abstracto.

Para concluir este apartado, ¿qué es una hipótesis proyectiva de la personalidad? le planteamos al sujeto un reto al que tiene que responder rebuscando en su memoria algo que se asemeje a esa mancha y todo lo que responde es una elección consciente suya, ya que decide lo que decir y descarta respuestas potenciales (Exner, 1994). Planteo que es un test único para ver las dificultades que hay con la palabra y en eso reside su valor proyectivo: no se trata tanto de buscar en lo profundo sino de otear la superficie; de hecho una definición operativa podemos tomarla de Exner (1989) que señala que códigos como las respuestas de movimiento pasivo y agresivo, el contenido mórbido MOR, las respuestas de movimiento con interacción positiva COP sugieren que la mayoría de las proyecciones aparecerán en respuestas que se apartan o en las que se adorna el campo estimular. El hecho de que no sea una palabra del todo libre, sino que haya que lidiar con la forma de la mancha puede explicar los rodeos, vericuetos de todo tipo, que veremos a continuación.

3.1.1. Percepción.

Podemos empezar entonces preguntándonos en qué medida los fenómenos de la percepción influyen en la formación de respuestas. La percepción puede definirse en sentido general, como el proceso activo e integrador de informaciones sensoriales externas e internas del individuo (Forgus, 1966/1978), que además resalta en la percepción el proceso de extracción de información. Este proceso es activo y extrae en un primer momento el material estimular, de acuerdo con una serie de leyes que dan estructura a la multiplicidad de información que llega al organismo. Rock (1983), da mayor importancia a la idea de que la percepción es inteligente, en la medida en que se basa en operaciones similares a las que aparecen en el pensamiento. Su hipótesis se refiere a que los mecanismos que convierten la representación de un objeto visto, un percepto, en una aprehensión de carácter verídico del objeto real, incluyen un procesamiento inferencial, la aplicación de operaciones lógicas. Rock (1983), delimitó las teorías de la percepción de acuerdo con el siguiente criterio: la aceptar o no el supuesto de que el organismo

contribuye de alguna manera a transformar el estímulo perceptual; es decir, si se considera a este estímulo suficiente en sí mismo para explicar cada percepción particular. Así separó el campo del estudio de la percepción en dos campos: 1) *La teoría estimular*, que supone que cualquier propiedad de los estímulos (el color, tamaño, movimiento, etc.) depende de un estímulo único que llega al órgano sensorial. El procesamiento del organismo sería una función directa del estímulo. Sin embargo, esta teoría no tiene en cuenta las variaciones debidas al contexto en que ocurre el estímulo, los fenómenos de organización, demora, enriquecimiento y dependencia de unas percepciones sobre otras. Las deficiencias de esta teoría se salvan en parte con nuevas aportaciones que redefinen el concepto de estímulo, considerando éste no de modo aislado con respecto a un atributo determinado, sino en términos de comparación con otros objetos circundantes. 2) *La teoría constructiva*, que toma en cuenta problemas no resueltos por la teoría estimular: el hecho de la organización perceptiva, el papel de enriquecimiento perceptivo aportado por la experiencia (en aspectos de identificación, reconocimiento y reorganización perceptiva), y los efectos de ambigüedad y constancia. Dentro de este apartado separa dos grupos: a) *Interacción espontánea*: En esencia, un percepto se debe a los efectos producto de la interacción posteriores a la estimulación y que provocan los conocidos fenómenos de la percepción, b) *Cognitiva*: Para esta teoría la percepción es fruto, además de la información sensorial, de las interpretaciones o inferencias no conscientes, tales como recuerdos supuestos, hipótesis, reglas, etc. El estímulo se transforma por una instancia cognitiva superior y ajena al campo estimular.

En cuanto a la relación de la percepción con el test de Rorschach, creo necesario estudiar las leyes de organización del material estimular. El motivo de elección de este punto se encuentra en la misma definición de la tarea, ya que la consigna dada al sujeto, del tipo: “¿Qué le parece ver ahí?” le deja libre para elegir, pero como veremos más adelante no todo lo que se ve tiene lógica, y la lógica de lo que se puede ver o no, es decir, de lo que está bien o mal visto, depende

en gran medida de cómo es la lámina. A este respecto, Arnheim (1954/1980) recuerda que: “la posibilidad de que se den respuestas subjetivas no modifica el hecho de que el estímulo en sí mismo sea una entidad perceptual que pueda definirse objetivamente por medio de características mensurables tales como la forma, el tamaño, la proporción, la orientación, el color, etc. Las reglas de la organización visual derivan de estas propiedades objetivas, y su aplicación puede producir un resultado objetivamente válido, que no sea tan sólo el «Rorschach» personal del observador” (Arnheim, 1954/1980, pp. 90-91).

Tomar en consideración las características perceptuales del estímulo es una tarea que se realiza continuamente en el proceso de codificación e interpretación del test. Para ilustrar esta afirmación no tenemos más que recordar lo que implica asignar un código de calidad formal a una respuesta, cuando evaluamos la precisión de lo que el sujeto ve (si se ajusta la forma del objeto a esa parte de la mancha); si codificamos una respuesta como un área de detalle usual o inusual. En todos estos casos, conocer las características perceptivas más sobresalientes de cada lámina es un apoyo básico para los juicios de codificación y, por ende, de interpretación.

3.1.2. Leyes principales de organización perceptual.

Organización figura-fondo: Esta es la organización fundamental del campo perceptivo. La primera discriminación que se realiza se efectúa en la partición del campo en una parte que asume el carácter de figura que sobresale en un fondo. Wertheimer (1923), citado por Köhler (1929/1967), descubrió que, para que ocurra discriminación perceptual, el fondo físico de la estimulación debe ser en cierta medida homogéneo. Esta diferenciación implica una distribución estimular tal que posibilite la segregación de una parte de este campo. Aplicado a nuestro caso: el fondo homogéneo blanco de las láminas.

Las leyes de la diferenciación figura-fondo, enunciadas por Rubin (1921), las he tomado en su versión resumida de Bohm (1953/1984), son: La superficie de la figura se percibe como solida y real, el fondo no tiene forma y posee menos realidad. La figura se percibe como cosa,

el fondo como materia. La figura adopta colores de superficie, el fondo colores difusos. La figura tiene tendencia a aparecer localizada por delante del fondo, mientras que éste tiende a localizarse por detrás de la figura. La figura, en relación con el fondo, es predominante, se recuerda mejor y moviliza más fragmentos de memoria que el fondo. En el test de Rorschach estas leyes se ven reflejadas en los siguientes fenómenos: 1) La diferenciación figura-fondo es clara, debido a la orientación central de la figura, que acentúa el carácter envolvente del “fondo” blanco y homogéneo, quedando la mancha como figura sobre el fondo blanco. 2) No es infrecuente la aparición de efectos reversibles en la segregación figural, permitiendo varios casos en que fragmentos de fondo sean tratados como figura, se refiere a los detalles blancos. 3) Otro fenómeno señalado por Bohm (1953/1984) en su enumeración de fenómenos especiales es la “fusión figura-fondo”, en la que se da una “diferencia subjetiva de localización” (alteración de la regla que señala que el fondo tiende a localizarse por detrás de la figura), el sujeto toma una parte habitualmente percibida como fondo, formando un nuevo percepto en el que figura y el fondo se perciben en el mismo plano, anulando la relación anterior-posterior. Según esta primera ley de organización se desprende que el organismo tiende a organizar sus percepciones en totalidades.

Agrupación y subdivisión: Las leyes que se enuncian en este grupo se refieren a cómo se organizan las totalidades o partes de un campo estimular. En un esquema visual los elementos se agrupan o dividen (Arnheim 1954/1980), estos términos indican procesos recíprocos: La agrupación se basa en la combinación de elementos, procede desde abajo; mientras que la subdivisión descompone el todo en elementos, procede desde arriba. Arnheim (1954/1980) distingue entre partes y fragmentos. Las partes son secciones que representan una subtotalidad segregada dentro del contexto total; mientras que los fragmentos son secciones segregadas solo en relación con un contexto local limitado, o en el interior de una figura que carece de rupturas intrínsecas. Sean partes o fragmentos, dependen de cómo está estructurada la totalidad. El

estudio de las condiciones de agrupación es un paso previo para apreciar las diferencias en un esquema visual dado. Köhler (1929/1967) señaló que “la ordenación de campos sensoriales muestra una marcada predilección por modos particulares de organización” y esta preferencia se muestra en la tendencia a formar unidades sencillas y regulares, es decir, cerradas; pero fue Wertheimer (1923) quien demostró, a través de sus leyes cuáles eran los principios de tal agrupación. Estas leyes se conocen con el nombre de leyes de constelación o intrínsecas, debido a que estas leyes dependen de la interacción que se da en el contexto del campo estimular. Estas leyes en resumen son las siguientes: a) *ley de cierre*: por la que se perciben como cerradas figuras que no lo están. b) *ley de inclusividad*: la inclusión de una figura simple en una estructura más amplia, hace que aquella pierda su identidad, c) *ley de la buena continuidad y dirección*: las formas que tienen contornos continuos, no interrumpidos, representan mejores configuraciones que las figuras que tienen contornos discontinuos, d) *ley de la proximidad*: la proximidad espacial determina la agrupación, e) *ley de la semejanza*: la mayor o menor igualdad determina la semejanza. Por otra parte, las leyes extrínsecas, indican condiciones en las que las características estructurales son poco definidas, y en las que la experiencia pasada actúa para producir un percepto u otro. Otro fenómeno que determina la posibilidad de ver un objeto en una estructura ambigua es la necesidad. De acuerdo con estos principios se da agrupación cuando hay formas sencillas y regulares, cerradas, cuando los objetos son similares y también cuando hay proximidad entre los elementos.

Musatti (1931), redujo las leyes de Wertheimer a una sola, la ley de la homogeneidad perceptiva, que implica la agrupación en virtud de la semejanza de determinado aspecto perceptual. También Köhler, Koffka y Sanders (1963) señalaron que los miembros con la misma cualidad, cualquiera que sea ella, se agrupan configurándose un nuevo grupo allí donde se produce un cambio en la cualidad de sus miembros. Arnheim (1954/1980) indica que si las partes son más sencillas que el todo, resulta favorecida la subdivisión del campo estimular. Las

partes estarán fundidas en un todo integrado si: están lo suficientemente próximas, componen un esquema cerrado sencillo, no están separadas por obstáculos de importancia. Por otra parte, un fragmento se verá como una unidad aparte cuando tiene una forma relativamente sencilla en sí misma o cuando existe bastante diferencia estructural entre ella y su contexto. Las direcciones oblicuas, sombreados y traslapes en los que se crea movimiento por la tensión de formas inacabadas.

Arnheim distingue posteriormente entre las respuestas de movimiento, que serían tan inherentes al esquema visual como las respuestas de forma o color y las respuestas cinestésicas propiamente dichas, en las que se provoca en el sujeto una “tensión subjetiva suscitada por empatía” (1954/1980, p. 88). En cuanto a la percepción del color podemos destacar los trabajos de Schachtel (1966) y Rickers Ovsiankina, (1977). Estos trabajos estudian perceptivamente el color sin adscribirse a ninguna teoría de la percepción, sino desde la propia teoría del test. Schachtel (1966) se refiere a la experiencia subjetiva de ver el color, destacando el carácter pasivo de su percepción: el color captura la atención, al contrario que la percepción formal que requiere un esfuerzo activo del sujeto. La relación del color con el afecto se basa en la pasividad común a las experiencias de percepción del color y de afecto. Rickers-Ovsiankina (1977), señala que el color demarca las diferentes zonas para un posterior trabajo de las propiedades organizativas de la forma, y además no requiere tanto trabajo de organización y articulación como el de adjudicar una forma.

Shapiro (1977) define el modo de percepción asociado con la respuesta de color en términos de “pasividad perceptiva”, destacando en la experiencia de percepción del color los estados de cierto relajamiento temporal en la capacidad de organización perceptual, la experiencia estaría dominada en parte por aspectos inmediatos del entorno, como el color.

Aplicando estos factores al aspecto de las manchas podemos indicar una serie de elementos que sobresalen en las diez láminas: El agrupamiento por tonalidad (oscuridad) junto con la

forma cerrada determinan un aumento de respuestas de totalidad en las láminas I, II, IV y V. En la lámina II pueden resultar agrupaciones por el color rojo y segregación de la figura blanca intermedia. Las figuras rojas, por su buena continuación suelen incluirse en respuestas globales. En las láminas III y VII, la figura se abre. La percepción de globalidad es más difícil en la lámina III, por la separación de los colores y las manchas rojas de los extremos de la lámina III tienen entidad aparte. La lámina VII posee además una clara figura blanca intermedia, puede primar la subdivisión acentuando los cortes de la figura gris. En la lámina VI, el detalle superior cobra mucha más relevancia que el resto de la lámina, provocándose una lucha entre la homogeneidad de la parte inferior y la definida figura superior. Las interpretaciones globales resaltan casi siempre el carácter principal de este detalle. En general, las láminas coloreadas las respuestas globales surgen de interpretaciones de partes que sucesivamente dan lugar a una globalidad. La lámina IX, debe su dificultad a su figura cerrada que lucha con las fuertes fragmentaciones que impone el color. El agrupamiento en la lámina X, muy fragmentada y multicolor se realiza casi siempre en virtud de pares de color. Es muy difícil la percepción de totalidad. La codificación de detalles usuales e inusuales sigue el criterio de subdivisión de acuerdo con la buena forma: los detalles usuales son de fragmentación más fácil que los inusuales.

3.2. LA RESPUESTA DE MOVIMIENTO Y LA EMPATÍA

La teorización de las respuestas de movimiento en el Rorschach señala su relación con la capacidad para relacionarse y el interés humano. La teoría actual tiene muchas raíces en la teorización de Urist (1977), cuya escala MOA (Mutuality of Autonomy, Urist, 1977; Urist y Shill, 1982) forma parte actualmente de los índices recogidos en el sistema R-PAS (*Rorschach Performance Assessment System*), el sistema que ha tomado el testigo del sistema Comprensivo de Exner (1994).

Urist (1976) considera que la experiencia de la kinestesia en el Rorschach refleja algunos, pero no todos los componentes de la empatía. Desde hace mucho tiempo se asumió la relación entre el número de respuestas de movimiento (M) en el Rorschach vistas por un sujeto y su capacidad para la empatía, pero dadas las diferentes definiciones de empatía, la pregunta que se plantea es qué nos dice la presencia o ausencia de M en el Rorschach sobre el individuo. La empatía implica cierto tipo de lazo emocional entre el sujeto y el otro, en el que la individualidad y la experiencia subjetiva de los otros aparecen emocionalmente comprensibles para el individuo empático. Urist (1976) compara lo que denomina los componentes estructurales del vínculo entre el sujeto y el otro en el fenómeno de la empatía y los procedimientos diagnósticos de los trastornos *borderline* y otras alteraciones severas y la evaluación de la capacidad de estos individuos para crear y mantener sus relaciones interpersonales. La manera en que un sujeto representa sus relaciones con los otros se vuelve un área importante de datos que se pueden examinar en busca de las cualidades específicas de la representación de la relación humana. Hay tres componentes en el vínculo entre el sí mismo y el otro que son cruciales para la definición de empatía según Urist (1977): La diferenciación entre sí mismo y el otro (narcisismo primario); la catexis de objeto en oposición a catexis narcisista (narcisismo secundario), y el sentido del otro como una figura cohesiva, coherente. Distingue la empatía de la fusión, criticando considerar la identificación como sinónimo de empatía, porque si se la considera como representación de la relación entre sí mismo y el otro, la empatía y la identificación son estructuralmente diferentes, ya que la identificación tiende a difuminar las diferencias entre el sí mismo y el otro y minimiza la separación entre sí mismo y el otro; en cambio la empatía no. En relación con el narcisismo, comenta que las relaciones narcisísticas con otros pueden estar cargadas con gran cantidad de investimento emocional, aun cuando el objeto sólo se experimente en términos de su potencial para ofrecer gratificación o frustración. La empatía implica una renuncia a tales objetivos exclusivistas narcisistas, ya que la actitud empática hacia

otros implica invertir en el objeto en cuanto objeto, no en cuanto sí mismo. La empatía por definición debe mantenerse independientemente de las necesidades de uno mismo. El otro es catectizado por su propio derecho más que como reflejo o extensión de uno. La función sintética del ego supone la capacidad del individuo para experimentar tanto a los otros y al yo como personas integradas y totales. En concreto, la capacidad del yo para sintetizar poderosos afectos contrarios para conseguir e integrar un sentido global del sí y de los otros. En los trastornos *borderline* la incapacidad de sintetizar estos dos estados afectivos opuestos conduce a la desintegración de las representaciones mentales en forma de imágenes de objeto parciales e imágenes de uno mismo parciales.

Krohn (1974), al hablar de la empatía en el trastorno *borderline* señala que este tipo de pacientes pierden el sentido integrado de una persona global. Schafer (1959) define los aspectos integradores y sintéticos de la empatía delineando el contenido psíquico de aquello con lo que se empatiza. Señala que específicamente se comparte y comprende una organización jerárquica de deseos, emociones, pensamientos, defensas, controles, presiones superyoicas, capacidades, representaciones de sí mismo y representaciones de relaciones reales y fantaseadas. Esta organización se reconoce como existente en otra persona que a su vez también afronta una serie particular de circunstancias vitales que tienen aspectos presentes, pasados y futuros. Schachtel (1966), sugiere que la kinestesia refleja la capacidad del sujeto para armonizar con la experiencia subjetiva de otros; es decir, es en la percepción de movimiento en el Rorschach, cuando el sujeto conoce no sólo desde el exterior, sino también desde el interior cómo la figura humana que se ve en la lámina se mueve o mantiene su postura. Percibir movimiento implica compartir por un momento la experiencia subjetiva de la figura. Esto parece ser en vínculo principal entre kinestesia y empatía para Schachtel (1966).

Para Urist (1977) la kinestesia puede reflejar: a) darse cuenta de la experiencia de self en los otros, b) una tendencia a experimentar a los otros a través de un rodeo de su mundo interno.

Señala que uno no puede inferir a partir de las kinestesias la capacidad para percibir a los otros correctamente o diferenciar el propio estado interno del estado interno de otro sujeto y plantea el dato de que los pacientes esquizofrénicos paranoides delirantes tienden como grupo a percibir un alto número de kinestesias. Esto prueba que un alto número de kinestesias no implica necesariamente la habilidad de discriminar el self de lo que no lo es. La verdadera respuesta de movimiento debe además incluir una buena forma (F+), ya que el F+ refleja la capacidad de distinguir “yo” de “no yo”, entonces la experiencia kinestésica debe ser distinguible de la fusión psicótica sobre la base del nivel de forma de la respuesta kinestésica. Otro vínculo entre kinestesia y empatía se refleja en el hecho de que la kinestesia se puntúa sobre la base de, no sólo de movimiento, sino de movimiento percibido en figuras humanas completas. Este criterio se entrelaza con otro de los criterios de la empatía: la sensibilidad ante la experiencia subjetiva del otro no está limitada a fragmentos específicos de contenido psíquico, sino que incluye un reconocimiento de deseos, pensamientos, valores, estilos yoicos, actitudes, etc. La percepción de figuras completas refleja la orientación hacia la percepción de figuras enteras integradas, en oposición a objetos parciales sin integrar. Blatt, Tuber y Auerbach (1990) señalan que la escala MOA (Urist, 1977; Urist y Shill, 1982) a pesar de estar diseñada para la evaluación de relaciones de objeto, parece que evalúa de forma más consistente aspectos de psicopatología tales como la severidad de los síntomas clínicos y sólo secundariamente la calidad de las relaciones personales.

3.3. PSICOPATOLOGÍA A TRAVÉS DEL RORSCHACH

Weiner (1986), trazó dos líneas diferenciales dentro del estudio de la psicopatología a través del test de Rorschach: La perspectiva empírica tradicional y el método conceptual. La perspectiva empírica tradicional que fue la iniciada por el propio Rorschach (1921/1980), que consiste en distinguir grupos de sujetos según su desempeño en la prueba. Así, el rorscharchista compara, por ejemplo, hasta qué punto se asemeja el test de un individuo a las respuestas dadas

por grupos de esquizofrénicos, depresivos, antisociales, etc., para concluir si ese individuo padece o no determinado trastorno psicopatológico. En este enfoque los índices diagnósticos surgen de su aparición estadísticamente significativa en el colectivo bajo estudio.

Según Weiner (1986) la gran mayoría de los primeros trabajos sobre el test pertenecen a este enfoque de estudio, que presentan las siguientes limitaciones: a) habitualmente se han sometido a un único estudio de comparación; b) son listas de síntomas que se derivan de muestras de sujetos no representativas; c) no se tiene en cuenta la heterogeneidad de las categorías diagnósticas; como por ejemplo, los tipos de esquizofrenia y/o de neurosis; d) no tener en cuenta la interrelación de las variables del test de Rorschach, lo que afecta a la validez de los resultados. Esto quiere decir, por ejemplo, que un porcentaje bruto de respuestas M, no puede por sí solo generar conclusiones a menos que se tenga en consideración su calidad formal, el área en la que se ha dado y el tipo de contenido humano que presenta.

El método conceptual atiende, por una parte, a las variables de personalidad que reflejan el trastorno a evaluar o la conducta a predecir y por otra, a qué aspectos de un protocolo de Rorschach miden esas variables de personalidad. Esta línea de evaluación permite:

- (a) entender por qué el test trabaja de una forma determinada;
- (b) facilita el proceso de interpretación del protocolo, porque las preguntas de referencia del diagnóstico se traducen en aspectos de personalidad relevantes que se pueden detectar con las variables del test;
- (c) permite una comunicación más clara y eficaz de las impresiones diagnósticas;
- (d) motiva la especulación acerca de conexiones aún desconocidas o inexploradas entre datos que aparecen en un test y conductas externas a él, extendiendo así los horizontes de la psicología del Rorschach.

Weiner (1977) también apunta que el tipo de interpretación que se hace del test tiene influencia sobre la validación de resultados, y así distingue entre:

a) *interpretaciones representativas*: surgen de una definición del test como tarea perceptivo-cognitiva, en la que se pide al sujeto que imponga cierto orden o estructura al campo estimular; entonces, la conducta que el sujeto muestra se supone que es representación directa de la conducta o estado bajo estudio. En este tipo de interpretaciones se obtienen inferencias a partir de la elección del área elegida para dar la respuesta, el modo de organizarlas, las propiedades de la lámina en las que el sujeto se fija, el tipo de cosas que ve y el modo en que se expresa;

b) *interpretaciones simbólicas*: consideran el test como un estímulo de la fantasía y las respuestas por tanto serían una suerte de material temático que aporta claves para descubrir sentimientos y emociones subyacentes del individuo. Aquí la cadena de inferencias es mucho más extensa y se realiza principalmente a partir del contenido de las respuestas y son, en general, mucho más difíciles de validar que las representativas.

3.3.1. *Perspectiva empírica tradicional*

El diagnóstico de esquizofrenia en el Rorschach se realiza principalmente en base a la acumulación en el protocolo de una serie de factores característicos, aunque la aparición de estos factores no es constante a través de todos los test, ni son exclusivos de la esquizofrenia (Bohm, 1953/1984).

3.3.1.1. Los signos de esquizofrenia clásicos en la esquizofrenia.

3.3.1.1.1. *Número de respuestas.*

En general todos admiten la amplia variabilidad en el número de respuestas que dan los esquizofrénicos; los “más coordinados” mantienen su número de respuestas dentro de límites normales (Rorschach, 1921/1980). La *conciencia de interpretación* frecuentemente es débil o está completamente anulada (Bohm, 1953/1984). Aparecen *fracasos* (Rorschach, 1921/1980) y el *negativismo* (Bohm, 1953/1984).

3.3.1.1.2. Localización y sus fenómenos.

Respuestas Globales (W): Rorschach (1921/1980) indica más de 7 respuestas globales en aquellos esquizofrénicos que antes han sido inteligentes comparándolos con los esquizofrénicos simples suelen dar cifras muy bajas de W. Rickers-Ovsiankina (1977) por el contrario, encontró un número alto de globales aunque de calidad pobre. *Globales confabulatorias (DW)*: estas respuestas, en las que a partir de un detalle más o menos significativo, se identifica toda la mancha las encuentran Beck, 1938; Klopfer y Kelly, 1977; Rickers-Ovsiankina, 1938; Rorschach 1921/1980. *Globales combinatorio-confabulatorias*: Para Rorschach (1921/1980) estas respuestas, fruto de la confabulación y combinación vaga de las formas eran más comunes en las psicosis. *Detalle blanco (S)*: Lo menciona Rorschach (1921/1980). *Detalles inusuales (Dd)*: Los registran Beck (1938) y Bohm (1953/1984).

Tipos aperceptivos: (Se refiere a la preferencia por un tipo de localización) el tipo *global puro* es el que corresponde a sujetos que dan aproximadamente unas 10 globales, en este caso negativas y según Rorschach (1921/1980), corresponde a los esquizofrénicos más desintegrados y abúlicos, también Bohm (1953/1984) señala que en el aumento de globales, aparecen casi siempre numerosas negativas. Beck (1938) encontró que el tipo aperceptivo más común era el *tipo D-W*; mientras que Rickers-Ovsiankina (1938) y Klopfer y Kelly (1977) encontraron como tipo de enfoque más típico en su muestra *W-Dd-D*.

Contaminaciones: Estas respuestas, en las que se da una fusión de dos interpretaciones Rorschach (1921/1980) sólo las encuentra en los esquizofrénicos; es una respuesta que fue considerada uno de los signos patognómicos de la esquizofrenia, si bien, para Klopfer y Kelly (1977), este tipo de respuestas no siempre aparece en los esquizofrénicos ni su presencia indica necesariamente la existencia de un trastorno esquizofrénico. Beck (1938) las señala entre sus

3.3.1.1.3. Determinantes y calidad formal (FQ).

Beck (1938), Bohm (1953/1984), Rickers-Ovsiankina (1938) y Rorschach (1921/1980), señalan que el *porcentaje de formas positivas* ($X+\%$) es bajo, pero suelen concordar los porcentajes: a) un porcentaje de formas positivas superior al 80% suele aparecer en los esquizofrénicos paranoides, latentes y curados; b) entre el 60-80% corresponde a grados más severos de disgregación; c) si es inferior al 60% de formas positivas indican además, una primitiva debilidad mental.

Respuestas Cinestésicas (o de movimiento humano) (M): Rorschach (1921/1980) encontró más M en aquellos esquizofrénicos con actividad asociativa más productiva (catatónicos y paranoides productivos), al contrario que los de ideación más estereotipada, que daban pocas o ninguna M (catatónicos improductivos, hebefrénicos, dementes simples). Klopfer y Kelly (1977) también encuentran más M en protocolos de esquizofrénicos paranoides, señalan que las M negativas (respuestas de movimiento humano mal vistas) son raras en sujetos normales, aparecen en el síndrome de Korsakoff y en esquizofrénicos muy productivos (esto último también indicado en Bohm 1953/1984).

Respuestas de color: Beck (1938), Klopfer y Kelly (1977), Rickers-Ovsiankina (1938) y Rorschach (1921/1980), coinciden en señalar el carácter predominantemente lábil, es decir, el predominio del color sobre la forma ($C + CF > FC$) en las respuestas cromáticas de los esquizofrénicos. En la esquizofrenia simple y en las esquizofrenias cronificadas tienden a dar aparecen pocas o ninguna respuesta cromática, y las respuestas de *color puro* (C puras) se dan con más frecuencia entre los esquizofrénicos más disgregados tanto afectiva como asociativamente. (Rorschach, 1921/1980). Beck (1938), Klopfer y Kelly (1977) y Rickers-Ovsiankina (1938) también señalan al alto número de respuestas CF y C en relación a las respuestas FC. *Denominación de color (Cn)*: Es dar como respuesta el nombre del color de la mancha. Bohm (1953/1984), Klopfer y Kelly (1977) y Rickers-Ovsiankina, (1938) las observan con frecuencia; sin embargo, Klopfer y Kelly (1977) advierten que estas respuestas pueden

indicar algún tipo de patología orgánica intracraneana. *Color acromático (C)*: Rorschach (1921/1980) encontró las respuestas en las que blanco y negro aparecen como colores en los epilépticos y en los esquizofrénicos.

Relación entre respuestas cinestésicas M y cromáticas (Suma del color): Rorschach observó los siguientes datos: a) La *proporción 0M y muchas C* –coartación del pensamiento, la encontró entre oligofrénicos y esquizofrénicos de tipo hebefrénico; b) La proporción inversa, *muchas M y 0C*, la encontró principalmente en las depresiones psicógenas y en la esquizofrenia de tipo paranoide. Klopfer y Kelly (1977) encontraron un patrón similar en esquizofrénicos paranoides, con M, pocas C y abundantes denominaciones de color.

Respuestas de claroscuro: Klopfer y Kelly (1977) y Rickers-Ovsiankina (1938) encontraron numerosas respuestas indiferenciadas de claroscuro, en comparación con sujetos normales.

3.3.1.1.4. Contenidos.

Contenido Humano (H puras): En cuanto a esta categoría de contenido Rorschach (1921/1980) formuló las siguientes observaciones: a) Los esquizofrénicos más disgregados e interceptados producen más respuestas humanas completas que detalles del cuerpo humano; b) Los hebefrénicos, por el contrario, ven más partes del cuerpo que figuras totales. Klopfer y Kelly (1977) observan que, por lo general, los esquizofrénicos acentúan las Hd (respuestas humanas de detalle).

Anatómicas: El aumento de respuestas de contenido de anatomía lo señala Bohm (1953/1984). *Otros tipos de contenido*: Bohm (1953/1984) recoge en su revisión de los signos de esquizofrenia la presencia elevada de *letras, cifras, figuras geométricas*, así como las *figuras rotas, partidas, aisladas*. Por último también señala un alto porcentaje de *respuestas abstractas*.

3.3.1.1.5. Populares y Originales y Fenómenos especiales.

Beck (1938), Klopfer y Kelly (1977), Rickers-Ovsiankina (1938) y Rorschach (1921/1980) señalan que las *originales* de los esquizofrénicos son del tipo O- (originales con calidad formal negativa) y que dan un porcentaje más bajo de respuestas *populares* (P).

Bohm (1953/1984) señala la ausencia de la popular de la lámina V.

Fenomenos Especiales: Bohm (1953/1984) encuentra entre los esquizofrénicos *autorreferencias, descripciones* (también documentan este punto Beck 1938; Klopfer y Kelly, 1977; Rickers-Ovsiankina, 1938 y Rorschach 1921/1980); *concretizaciones* (modificación de modismos verbales); *quejas por la falta de simetría de las láminas*; respuestas basadas en el *número o en la posición*, señalado también por Loosli-Usteri (1972) y signo considerado patognómico por Rorschach (1921/1980); *perseveraciones*, también encontradas por Beck (1938), Klopfer y Kelly (1977) y Rickers-Ovsiankina (1938). Según Klopfer y Kelly (1977), la perseveración esquizofrénica se diferencia de la de tipo orgánico en que se ajusta con más precisión a detalles de la lámina (se acomoda a ellos en cierta medida) y no es tan persistente a lo largo del test.

3.3.1.2. Subtipos de esquizofrenia en Bohm (1953/1984).

3.3.1.2.1. Esquizofrenia simple.

El tipo de vivencias coartado ($M = 0$ y suma del color = 0). Bajo Porcentaje de respuestas de buena forma $F + \%$. Alto porcentaje de respuestas de contenido animal $A \%$. Tipo de apercepción empobrecido, predominan localizaciones las D y las Dd. Originales negativas y en poca cantidad. Respuestas humanas: Aumento de Hd con ninguna o muy pocas H.

3.3.1.2.2. Esquizofrenia Hebefrénica.

Tipo vivencial extratensivo ($WSumC > M$). Mayor frecuencia de respuestas de color que el resto de los esquizofrénicos. $F + \%$ bajo. Alta proporción de respuestas animales ($A \%$). En el

tipo de apercepción predominan D y Dd. Hay más respuestas originales, predominando las formas mal vistas. Confabulaciones. Predominan las Hd sobre las H.

3.3.1.2.3. Esquizofrenia catatónica.

En las formas abúlicas el tipo vivencial es coartado, con tipo de apercepción predominando las globales y W- puro, F+% muy bajo, estereotipia y perseveraciones; alto A% y muchas O negativas. En las formas negativistas aparecen combinaciones, confabulaciones y perseveraciones; predominio CF+C>FC; A% más bajo y las O tienen mejor calidad formal.

3.3.2.1.4. Esquizofrenia paranoide.

Predomina el tipo vivencial introversivo, pero los querulantes muestran con más frecuencia el patrón extratensivo. Suelen aparecer más FC. Mejor F+%. Porcentaje medio de A%. Buena calidad formal de las originales. Tipo de apercepción con acentuación de las W, con respuestas DW, Dd extrañas y de espacio blanco. Respuestas múltiples de movimiento humano con claroscuro. Respuesta de movimiento humano en detalles pequeños.

3.3.2. Métodos conceptuales.

3.3.2.1. Weiner.

En 1966 Weiner publica un trabajo sobre psicodiagnóstico en la esquizofrenia aplicando una aproximación de los signos de esquizofrenia, organizándola conceptualmente y recogiendo apoyos experimentales publicados hasta entonces. Parte de esa ordenación es la base de lo que hoy conocemos como sumario estructural (Exner, 1994); es decir, el resumen de los cálculos del Sistema Comprensivo que reúne las variables de un protocolo en siete apartados conceptuales que organizan la interpretación de los resultados. De esta diferenciación de Weiner es interesante retener además algunos apartados, el papel de las respuestas humanas, las respuestas de movimiento humano negativo y la definición de pérdida de realidad que desde

entonces permanece inalterada en la forma de medirla en el test. Se apoyó para organizar sus resultados en el esquema conceptual de diferenciación de las funciones yoicas de Beres (1956), perteneciente a la corriente psicoanalítica denominada “psicología del yo”, que detalla las relaciones entre determinados síntomas, conductas y la estructura psíquica subyacente y que aún lo emplean Perry y Viglione (1991) para fundamentar teóricamente el EII.

3.3.2.1.1. Procesos de pensamiento.

Incluye problemas del enfoque cognitivo, en el razonamiento y en el juicio.

(a) *El foco cognitivo*: se refiere a la capacidad atencional: la capacidad de procesar la información selectivamente, atender a lo esencial e ignorar estímulos irrelevantes. En el test implica centrar el foco de atención en ciertos aspectos de la configuración del campo estimular. Los trastornos de esta capacidad se mostrarán en mayor número de localizaciones inusuales Dd, el borramiento de la figura fondo (WS) y las perseveraciones (la aplicación de un concepto fijo sin considerar la forma). Los fallos para mantener el foco se detectan en bloqueos, el fracaso en las láminas, las asociaciones extrañas, pensamientos irrelevantes y vagamente conexos.

(b) *El razonamiento* se plantea como las inferencias lógicas que se obtienen sobre las relaciones entre objetos y eventos. Se apoya en el pensamiento predicativo (Von Domarus, 1944), un tipo de razonamiento que consistir en aceptar la identidad a partir de predicados idénticos, mientras que de acuerdo con la lógica tradicional, la identidad se justifica por sujetos idénticos, como en el ejemplo a continuación: “Si Mini es un gato y los gatos tienen cuatro patas, entonces se puede asumir que Mini tiene cuatro patas”, porque son aspectos del mismo sujeto, Mini. En la lógica predicativa sería: “si Mini es un gato y las mesas tienen cuatro patas, entonces los gatos son mesas”, porque comparten el mismo predicado. Esto se refleja en el test por predicados asociados por contigüidad espacial, contigüidad temporal y cualidad de lo que percibe e invade al sujeto.

(c) *Juicio*: Se refiere a interpretar experiencias en niveles adecuados de abstracción. Se apoya en Cameron (1944) que distingue la asíndesis, o falta de elementos conjuntivos esenciales entre pensamientos sucesivos “como, pero” y la sobreinclusión, la incapacidad para mantener un tema en los límites, como rasgos diferenciales del pensamiento esquizofrénico. En el test aparecen simbolismo idiosincrático, preocupación abstracta, interpretaciones exageradas del estímulo y/o la coexistencia de niveles de sobreexclusividad y sobreinclusividad en la formación de conceptos.

3.3.2.1.2. La relación con la realidad.

Trata de la capacidad para diferenciar entre realidad interna y externa, incluye el contacto con la realidad (reality testing), y el sentido de la realidad.

(a) *Contacto con la realidad*: consiste en la percepción precisa del entorno, y su debilitamiento se identifica con percepciones autistas e incapacidad para reconocer modos convencionales de responder a las situaciones. La medición en el test se hace a través de la calidad formal y de las pocas respuestas Populares como indicadoras del deterioro del juicio.

(b) *Sentido de la realidad*: cómo percibe el sujeto de su propio cuerpo; el trastorno se refleja en los límites del yo indefinidos y la imagen corporal distorsionada. Equipara los límites de yo indefinidos como falta demarcación del yo. Se muestra en el test por los perceptos vagos y los amorfos, según la escala de Friedman (1952, 1953), en concreto respuestas las Wv y Wa, que son más frecuentes en hebefrénicos y catatónicos.

3.3.2.1.3. Relaciones objetales.

Se refiere a la capacidad de crear y mantener relaciones satisfactorias con los demás. De este apartado surgen los indicadores de habilidades sociales deficientes y de aversión interpersonal.

(a) *Habilidades sociales limitadas*. Las respuestas de movimiento humano indican la capacidad para establecer y mantener buenas relaciones de objeto. Pocas M indican un deterioro

patológico en las habilidades empáticas sobre las que descansan las buenas relaciones de objeto. Aunque también señala que varias M pueden aparecer en protocolos de esquizofrénicos con síntomas ideacionales notables, especialmente paranoides; son más frecuentes en sujetos con delirios de tipo interpersonal que de tipo somático. Las M negativas se asocian con habilidades sociales deficientes y pobres relaciones interpersonales. En un protocolo de extensión media medio indican que los roles sociales se desempeñan sobre la base de una percepción distorsionada de las relaciones interpersonales. Cualquier protocolo en el que M negativas constituyan una cuarta parte o más de todas las M dadas debe considerarse un indicador de psicosis.

(b) La *aversión interpersonal*: se ve por el bajo número de H, que señalan interés por los demás. La ausencia de respuestas humanas completas apunta a habilidades sociales deficientes. Para Weiner, la ausencia de H, indica una deficiencia patológica de la capacidad empática en mayor medida incluso que la ausencia de M.

3.3.2.1.4. Operaciones defensivas.

Los patrones consistentes y organizados para tratar con los afectos, las personas y las situaciones vitales. Los patrones inestables se manifiestan en la expresión afectiva mal integrada y un estilo de respuesta inconsistente. Se refiere al uso del color y el estilo afectivo. El sujeto al que le falta un estilo defensivo estable es incapaz de integrar su vida emocional de manera consistente. La experiencia del color es una experiencia de tipo pasivo (Schafer, 1954) que se asemeja a la experiencia afectiva, complica la experiencia perceptiva y provoca reacciones emocionales en el sujeto. Es un caso específico de estimulación fuerte que requiere que el sujeto ponga en marcha sus recursos disponibles para integrar los estímulos fuertes. Los indicadores diagnósticos de integración afectiva inconsistente son: 1 ó 2 CF, WSum C entre 1.5 y 3.0, y C ó CF sin C'. Estas 3 variables diferencian grupos esquizofrénicos de neuróticos y normales (Weiner, 1961). En esquizofrénicos aparece C elevado y ausencia de FC. Incluye

descripciones de color denominaciones de color y simbolismo del color, que indican el abandono del control sobre el afecto.

3.3.2.1.5. *Funciones sintéticas.*

Es la capacidad de integrar y organizar sus habilidades cognitivas, relacionarse con la realidad, su capacidad de relacionarse con el objeto y sus recursos defensivos al servicio de una vida saludable y gratificante. Mide la fuerza del yo y propone como medidas la actividad organizativa y la evaluación de las respuestas globales.

3.3.2.1.6. El *cuadro paranoide* según Weiner.

Predomina la forma en las respuestas. Se caracteriza por alto F+ %. En la localización menor porcentaje de globales y más detalles inusuales. El estilo vivencial es introversivo (predominio del Movimiento humano frente a la suma del color), es más, tienden a evitar el color totalmente.

Alto porcentaje de animales y alto porcentaje de respuestas populares.

Entre los contenidos de la fantasía destacan la percepción de amenaza externa, la necesidad de protección (contenidos de ojos, orejas, caras) y la preocupación homosexual.

3.3.2.2. Friedman

Esta larga recopilación de un trabajo añejo sirve a un propósito, ya que los años pasan mas algunas de las bases conceptuales del Rorschach vuelven una y otra vez a los clásicos. Weiner (1966) le cita cuando habla de las respuestas amorfas. Friedman (1952, 1953) elaboró una escala de codificación del nivel evolutivo de las respuestas. Exner (1978) siguió este método en las primeras ediciones del Sistema Comprensivo, pero después lo abandonó aduciendo que superponía criterios, el de la calidad formal y el nivel de desarrollo. La escala es una operativización de la tesis principal de Werner (1948) que postula que el desarrollo de las formas biológicas se expresa mediante un aumento de la diferenciación de las partes y un incremento de la subordinación o jerarquización de las partes con respecto al todo. Friedman

(1952, 1953) desarrolló un método de puntuación del Rorschach para reflejar los niveles de desarrollo perceptual, tal como sugiere esta teoría. Empleó dos categorías amplias: percepciones genéticamente tempranas y percepciones genéticamente tardías. Cada grupo genético incluye otros tres niveles progresivos, obteniendo un total de seis niveles. Para obtener una puntuación general a cada respuesta se le dio un valor de 1 a 6, correspondiente al nivel genético de la respuesta y la suma de estos valores se dividió entre el número de respuestas. Se aplica tanto a respuestas globales como a las de detalle. Emplea seis categorías para evaluar la especificación de la localización, las tres primeras serían “genéticamente inferiores o tempranas” y las otras tres serían “genéticamente superiores o tardías”. Hay conceptos idénticos a los utilizados en Exner (1994) así que en esos casos usaré la nomenclatura de este último.

Nivel 1: *Global amorfa* Wa: la forma no juega un papel determinante. *Global negativa* W-: el contenido requiere una forma específica que la mancha no ofrece. *Global confabulatoria* DW: interpretación global basada en un detalle. *Contaminación* CONTAM: fusión de dos interpretaciones en la misma área de la mancha. *Combinación confabulatoria* FABCOM: absurda combinación basada en la contigüidad espacial. *Perseveración* PSV: el mismo contenido en 3 ó más láminas, con poca consideración con los requerimientos de la forma.

Nivel 2: *Detalle amorfo*, Da. *Detalle confabulatorio*, DdD. *Detalle negativo*, D-. *Detalle vago*, Dv: El elemento forma es tan inespecífico que casi cualquier parte de la mancha podría contener ese contenido. *Detalle inusual negativo*, Dd-.

Nivel 3: *Global vaga*, Wv. *Detalle oligofrénico*, Adx Hdx: Respuesta a partir de un percepto A o H visto normalmente como figura completa. *Detalle inusual positivo*, Dd+.

Nivel 4: Dm detalle mediocre, Wm global mediocre.

Nivel 5 D+ detalle positivo, W+ global positiva.

Nivel 6 W++ global original positiva, D++ detalle original positivo.

Este tipo de escala se ha empleado en el estudio de la esquizofrenia procesual y reactiva y mostró unos resultados muy prometedores. Becker, (1956) encontró en su muestra que el síndrome de proceso reflejaba una estructura de personalidad muy primitiva e indiferenciada, mientras que, por el contrario, el síndrome reactivo daba un tipo de estructura mucho más organizado, encontrando además un número significativamente mayor de globales amorfas.

Frank (1980) estudia la diferenciación de la esquizofrenia procesual vs reactiva en el Rorschach, señalando que los esquizofrénicos reactivos dan mayor número de respuestas que indican mayor carga psicopatológica cognitiva que los reactivos. Zimet y Fine, (1965) señalan que, en comparación con los esquizofrénicos reactivos, los esquizofrénicos procesuales producían más respuestas que mostraban pensamiento trastornado (respuestas confabuladas, contaminaciones, perseveraciones, respuestas fluidas y perseveraciones). En otros estudios aparece el pensamiento desordenado, relativamente menos diferenciado (Zimet and Fine, 1959; Becker, 1956) e incluso “orgánico” (Brackbill and Fine, 1956). Fine y Zimet (1959) también encontraron en el grupo procesual más respuestas consideradas perceptivamente “inmaduras”, considerando la capacidad de integrar partes de la mancha como reflejo de los niveles del desarrollo cognitivo, así los esquizofrénicos procesuales daban más respuestas de forma negativa y de forma amorfa o vaga que los esquizofrénicos reactivos, quienes por su parte producían respuestas más “maduras”.

3.3.3. Calidad formal.

La calidad formal, la bondad de ajuste entre el área y lo que se dice ver, se guiaba para Rorschach (1921) con un criterio estadístico, a partir de lo que apareciera en una muestra de sujetos sanos; solo aplicaba la calidad formal a las respuestas de forma y movimiento. Bohm (1953/1984) añadió una observación interesante: la distinción entre forma inexacta y forma imprecisa; distinguiendo así entre el objeto que no encaja con el área señalada (forma inexacta) y el objeto que puede encajar en cualquier área (forma imprecisa), porque puede tomar

cualquier forma, por ejemplo, las nubes, las manchas, un trozo de carbón, etc. La codificación del sistema comprensivo combina la frecuencia de aparición de la respuesta y que sea fácil de ver por el examinador. La respuesta negativa tiene por tanto estas características: es difícil de ver, “no encaja” en el área señalada, desprecia los contornos de la mancha, creando contornos donde no existían (Exner 1994).

3.3.3.1. La puntuación del nivel formal en Klopfer

Este sistema –una de las referencias de Exner en la elaboración del SC; permite al codificador dotarse de criterios a los que acudir a la hora de asignar la calidad formal de la respuestas. Este apartado es un resumen de los criterios de codificación de Klopfer y Davidson (1979) y Klopfer y Kelly (1977). Se trata de cómo juzgar en una respuesta el ajuste del contorno o forma del área de la mancha al concepto que se percibe. Algunos sujetos hacen esto mejor que otros y a otros puede no importarles dicho ajuste. También hay variaciones en la capacidad para elaborar o especificar conceptos y en la habilidad para organizar las distintas partes de la mancha hasta formar un concepto significativo más amplio. Estas diferencias mencionadas se anotan asignándoles un puntaje, el puntaje del nivel formal (PNF). El PNF se aplica a todas las respuestas sin tener en cuenta el resto de su codificación en cuanto a localización, determinante, contenido, etc. El nivel formal atiende a tres consideraciones: exactitud (o ajuste), especificación (o elaboración) y organización. Cada respuesta recibe un puntaje de acuerdo con una escala que va desde un mínimo de -2.0 hasta un máximo de +5.0 puntos. El proceso implica dos pasos: a) Asignar un puntaje básico positivo o un puntaje básico negativo, determinado primariamente por la precisión del ajuste, b) o bien: sumar al puntaje básico unidades de 0.5 para buenas especificaciones y para buena organización, o restar del puntaje básico unidades de 0.5 por organizaciones pobres, inexactas o que debiliten el concepto.

Existen diversos tipos de respuestas formales. Los principales factores de diferenciación de las respuestas formales son: a) el nivel de su exactitud formal: en qué medida el concepto se

ajusta al área de la mancha empleado, b) el nivel de precisión: en qué medida el concepto que da el sujeto tiene una forma específica. La distinción entre estos factores es de suma importancia, ya que los factores psicológicos implicados son bien diversos: en la falta de exactitud de una respuesta se advierte un fallo en la formación conceptual del sujeto. En la falta de precisión de una respuesta el sujeto evita cualquier prueba de exactitud de su concepto, no se compromete. La exactitud de la forma se refiere a la correspondencia que existe entre el concepto que quiere dar el sujeto y las cualidades de la mancha. En la clasificación originaria de Rorschach, las respuestas formales se puntuaban F+ o F-, dependiendo de la exactitud de la respuesta. Para determinar la calidad de una respuesta deben tenerse en cuenta tres elementos: a) Las cualidades formales del concepto tal como lo imagina el sujeto, b) Las cualidades formales de la mancha, c) las cualidades convencionales de la forma del concepto mismo.

3.3.4. El estudio de las verbalizaciones en el test de Rorschach.

El análisis de las verbalizaciones fue sistematizado originalmente por Rapaport, Gill y Schafer (1945/1968) pioneros en la tarea de sistematizar el modo de analizar las verbalizaciones en el test. Su orientación teórica era psicoanalítica, adscritos a la corriente psicoanalítica denominada “psicología del yo”. Las verbalizaciones son una parte fundamental dentro del análisis del protocolo, subrayando su valor para detectar desórdenes de pensamiento en sujetos esquizofrénicos, principalmente en sus fases tempranas, anteriores al desencadenamiento de síntomas más productivos, tales como delirios o alucinaciones. El análisis de las verbalizaciones intenta analizar las “no respuestas” en las que el sujeto pierde la “distancia con la lámina”, entendida esta como la comprensión de la situación del test, es decir, qué dice cuando la respuesta no se justifica por las cualidades perceptivas de la lámina. El aumento de la distancia ocurre en respuestas absurdas, en las que no se consideran las cualidades perceptivas o por excesivas elaboraciones en respuestas en sí correctas. La disminución de la distancia se aprecia en respuestas en las que el sujeto considera conceptualmente (conciencia

de interpretación disminuida o anulada de Rorschach) o afectivamente la lámina como una realidad inmutable.

Otro concepto que utilizan es el de “pensamiento autista” (Rapaport et al., 1945/1968). Se trata de inferir a través de las respuestas, las verbalizaciones y las verbalizaciones obtenidas durante la encuesta la presencia de pensamiento que no se adhiere a la realidad de la situación de test, tal como la definen las respuestas, actitudes y verbalizaciones de la población normal. El pensamiento autista es aquel tipo de pensamiento que no se rige por las leyes y las convenciones lógicas. La hipótesis de Rapaport es que en el test de Rorschach el pensamiento siempre se relaciona con la realidad perceptual de la lámina, por tanto el carácter autista de cualquier pensamiento que observemos debe y puede ser juzgado en términos de la regulación de la realidad perceptiva sobre los procesos de pensamiento del sujeto. Rapaport et al. (1945/1968) enumeran 25 tipos de verbalizaciones, repartidas en dos categorías amplias, sin un concepto que defina claramente esta bipartición:

1) *Verbalizaciones desviadas*: Se incluyen en este grupo:

(a) *Respuestas fabuladas*: “Un lago, (espacio blanco) rocas peligrosas, (laterales negros) el infierno”; se caracterizan por un exceso de elaboración afectiva o excesiva especificidad, en las que el percepto original se articula pobremente.

(b) *Combinaciones fabuladas*: “Un conejo al que le salen gusanos de los ojos” es un tipo de combinación o relación entre las partes que no se sustenta en las posibilidades que se dan en el mundo real.

(c) *Confabulaciones*: “Puede ser un cangrejo (azul lateral), [¿En qué le recuerda a un cangrejo?] tiene aquí los huesos”. Se trata de dar una respuesta global a partir de un detalle.

Rapaport et al. (1945/1968) conciben estas respuestas dentro de un continuo de aumento del pensamiento patológico, donde las (a) *Fabulaciones* serían signo de ideación rica, pero no necesariamente irreal, y considera indicadores de estados preesquizofrénicos a la aparición de

(b) *combinaciones fabuladas* y (c) *confabulaciones* en un protocolo; estas últimas señalarían procesos esquizofrénicos de curso crónico.

(d) *Contaminaciones*: “Hay algo sangriento ahí, una isla sangrienta”; es la fusión irreal de dos perceptos en uno, se sacan conclusiones irreales a partir de la contigüidad espacial en la lámina y es una muestra de la incapacidad del esquizofrénico para mantener separados perceptos y conceptos diferentes entre sí.

(e) *Lógica autista*: “El polo Norte, porque está arriba” es un tipo de razonamiento que mantiene muy poca relación con la realidad o con las formas convencionales de razonamiento.

(f) *Verbalizaciones singulares y extravagantes*: “Corte transversal de una úlcera” o “Me estoy viendo tratando de sacar una vagina de aquí”; en estos casos el problema se advierte en el vocabulario y/o sintaxis empleados en la formulación de la respuesta.

(g) *Vaguedad*: “Parece como la cara de una bruja, pero no del todo”, débil adhesión del percepto a una forma definida.

(h) *Confusión*: “Payasos... tienen tres pies... no pueden tener tres piernas” se refiere a una confusión dentro de la misma respuesta o en la experiencia del sujeto o en la comunicación de la respuesta.

(i) *Incoherencia*: “Me hace pensar en el libro del Dr. Jekyll y Mr. Hyde, en la moderación porque hay bueno y malo en todos”. Es material extraño que vuelve la respuesta totalmente incomprensible.

2) *Miscelánea de verbalizaciones*: aquí se incluyen: (j) *Respuestas simbólicas*: “el que dibujó esto intentaba representar la teoría de la similitud de la naturaleza”, son respuestas que dan muchos neuróticos e individuos normales imaginativos, pero en las de los esquizofrénicos el área de la respuesta es la idea abstracta, o está diseñada especialmente para representarla.

(k) *Simetría*: “Es lo mismo en ambos lados”; observaciones señalando la simetría, lo que en su experiencia suele coincidir con una disminución en el número de respuestas de movimiento humano.

(l) *Verbalizaciones de relación*: “No sé lo que son, pero parece que parten de aquí”, incluye perseveraciones, observaciones o descripciones, en las que se supone una interrelación entre las láminas o que las láminas “se relacionan con algo” y ocurre más frecuentemente en esquizofrénicos paranoicos y en condiciones paranoicas.

(m) *Ideas de referencia*: “Parece como un cuerpo ... esto son manchas de sangre .. no sé por qué están ahí... deben haber salido del cuerpo”; se establece una relación arbitraria entre diferentes partes de la lámina, sin ninguna relación espacial para justificarla, ocurren casi exclusivamente en condiciones esquizofrénicas.

(n) *Autorreferencia*: “Estos osos me recuerdan que una vez...”; la lámina o la encuesta tienen alguna referencia especial para el sujeto, perdiendo toda conciencia de la realidad impersonal de la lámina, aparecen principalmente en aquellos casos donde existe una desorganización psicótica.

(ñ) *Respuestas absurdas*: el descuido de la forma de la lámina es de tal calibre que la verbalización de la respuesta resulta bastante inadecuada para el área a la que se refiere; en general, cualquier respuesta tan poco sustentada por la mancha de tal manera que ésta bien podría ser de otra forma, eleva la sospecha de procesos esquizofrénicos.

(o) *Deterioro del color*: “Sangre, sangre azul y sangre rosa”; son índice de deterioro de la afectividad no controlada por el intelecto. Este tipo de respuestas aparece en esquizofrenias hebefrénicas y en las esquizofrenias con deterioro.

(p) *Exactitud*: “Un poco como una de esas cosas que se llaman murciélagos”; hay cierta debilidad en la capacidad de abstracción.

(q) *Criticismo*: “Una cara tonta. Un intento fallido”; parece indicar agresión encubierta hacia el examinador, suele aparecer principalmente en depresivos.

(r) *Agresión verbal*: “(¿Qué cree usted que es esto?) -Apunte que no lo sé”; estas verbalizaciones tienen poca relación con las respuestas del sujeto, pero merecen ser tomadas en cuenta ya que es inevitable el apreciar la hostilidad que de ellas se desprende, suelen aparecer en depresivos desesperados, sujetos con desórdenes paranoicos y algunos esquizofrénicos con tendencias psicopáticas.

(s) *Respuestas de agresión*: Son parte integrante del contenido, los objetos están rotos, machacados, partidos por la mitad, sangrando, disparando, peleando.

(t) *Verbalizaciones de autodepreciación*: “Tengo muy poca imaginación”. Se refieren a la incapacidad, ineficacia o falta de capacidad intelectual del sujeto, es un tipo de verbalización frecuente en depresivos.

(u) *Verbalizaciones afectivas*: “Me asusta pensar en ellas”, se refieren a la lámina como un horripilante segmento de realidad. Estos rápidos afectos son típico de histéricos y de muchos presquizofrénicos con superabundancia de ideas.

(v) *Verbalizaciones de masturbación*: objetos heridos, muertos, echados a perder, los contenidos representan deterioro; suelen darse en personas que sienten culpa ante la masturbación, aunque no puede concluirse sólo por este tipo de respuestas.

(w) *Respuestas de castración*: partes perdidas, rotas, destrozadas. La descripción elaborada de estas respuestas y la búsqueda de partes perdidas son comparables a la angustia que sienten ciertas personas ante la vista de sangre o cualquier otra deformidad o mutilación corporal. Pueden inferirse ciertas ideas de “falta de algo”, “incompletud”, asociadas a la presencia de angustia de castración.

Este repertorio ha sido una de las fuentes principales en la elaboración de escalas de evaluación de los trastornos de pensamiento a través del Rorschach: Exner (1994) los resume

en los seis fenómenos especiales críticos (WSUM6) del Sistema Comprensivo, una de las variables que forma parte del índice de esquizofrenia (SCZI) y del índice de percepción-pensamiento (PTI), y el resto de códigos especiales del SC también están han surgido de aquí. Otras escalas que también se derivan de este trabajo y que miden el trastorno de pensamiento son la escala de Desviaciones de la comunicación de Singer y Wynne (1966), el Delta Index (Watkins y Stauffacher, 1952), la escala de trastorno de pensamiento (TDI Thought Disorder Index) de Johnston y Holzman, 1979 y la escala TRAUT, entre otros.

La búsqueda de índices a partir de verbalizaciones también se dirigió hacia aspectos del contenido de la respuesta: así Holt y Havel (1962) desarrollaron una escala para evaluar el proceso primario y secundario, y Meloy y Gacono (1992) una sencilla clasificación de la respuesta de contenido agresivo. Estos autores proponen incluir la puntuación de cuatro índices de agresividad además del *movimiento agresivo*, que se aplica a cualquier movimiento en la que la acción es claramente agresiva y está ocurriendo en el presente. Los que añaden son; a) *contenido agresivo*, b) *potencial agresivo*: cualquier contenido normalmente percibido como depredador, peligroso, malévolo, perjudicial o dañino, c) *agresión pasada*: el acto agresivo ha ocurrido o el objeto ha sido objeto de agresión, y d) *sado masoquismo*: un contenido desvalorizado, agresivo o mórbido se acompaña de un afecto placentero en la expresión del individuo.

3.3.4.1. El Delta index (Watkins y Stauffacher, 1952)

Este índice incluye varias de las verbalizaciones enumeradas por Rapaport, Gill y Schafer (1945/1968), en concreto, seleccionan las siguientes: vaguedad, confusión, incoherencia, simbolismo prolijamente elaborado, respuestas absurdas, confabulaciones, contaminaciones y perceptos mutilados y distorsionados. Las agrupan asignándoles una puntuación según niveles de gravedad para obtener un índice cuantitativo. Edel y Chapman (1979) lo emplearon para la diferenciación de sujetos normales de esquizofrénicos “latentes”, definidos estos últimos a

partir de puntuaciones significativamente altas en escalas ideadas para medir la propensión a la esquizofrenia o esquizotipia, (Chapman, Chapman y Raulin, 1976; 1978; Chapman et al., 1978). La evaluación del trastorno de pensamiento en el Rorschach fue a partir del Delta Index (Watkins y Stauffacher, 1952). Los sujetos con tendencia esquizofrénica se discriminaban claramente de la muestra de sujetos normales a partir del Delta Index.

3.3.4.2. Índice de trastorno de pensamiento (*Thought Disorder Index*, TDI)

Johnston y Holzman (1979) adaptaron el Delta Index (Watkins y Stauffacher, 1952), para poder captar más claramente las alteraciones en el Rorschach; este fue el inicio del *Thought Disorder Index* o Índice de trastorno de pensamiento TDI. Es un sistema multidimensional para etiquetar, clasificar y medir alteraciones de pensamiento. Proporciona una medida cualitativa y cuantitativa del deslizamiento o lapsus cognitivo (*cognitive slippage*). Se origina en el trabajo de Rapaport Gill y Schafer (1968/1988) y el Delta Index (Watkins y Stauffacher, 1952) eliminando códigos con poca fiabilidad y ha añadido nuevas categorías. El TDI comprende 23 categorías cualitativas del desorden de pensamiento, que son ponderadas en un continuo de gravedad (0.25, 0.50, 0.75, 1.0), donde el 0.25 representa la forma más leve y el 1.0 la forma más grave de trastorno de pensamiento.

El TDI ha sido uno de los instrumentos de elección a la hora de evaluar la cognición en la esquizofrenia, principalmente se ha empleado para medir el trastorno de pensamiento en estudios longitudinales de adopciones para identificar los marcadores de la vulnerabilidad a contraer la enfermedad, como en el *New York High-Risk Project* (Gooding, et al., 2012) o en el estudio familiar de esquizofrenia finlandés con familias adoptivas de alto y bajo riesgo (Metsanen et al., 2005). Las medidas obtenidas en el TDI en niños mostraron ser un indicador útil para el diagnóstico de psicosis funcionales (Arboleda y Holzman, 1985; Metsanen et al., 2005). También se ha empleado en la evaluación comparada de trastornos de pensamiento en adolescentes (Armstrong, Silberg y Parente, 1986).

3.3.4.3. La escala de Desviaciones de la Comunicación.

Esta escala (*Communication Deviances*, Singer y Wynne, 1965a; 1965b) comparte muchos de los ítems con el TDI. También entre sus referencias está la teoría de la regresión perceptiva de Werner y la escala de Friedman (1952, 1953). En 1965a presentaron los resultados preliminares del Manual de desviaciones de la comunicación con unos resultados espectaculares ya que encajan a ciegas los test del hijo con los de los padres, considerando como acierto el llegar a encajar toda la familia. Sólo hubo 6 errores entre 35 casos (la posibilidad de lograr este resultado por azar es de $p = .00002$). Las investigaciones basadas en su teoría de la alteración de la comunicación se han concentraron en la identificación de los desórdenes de los procesos de comunicación dentro de la familia que pueden jugar un papel fundamental en la precipitación de la esquizofrenia. La escala contiene 35 ítems repartidos en cinco grandes apartados: a) problemas de compromiso, b) problemas de referente, c) anomalías del lenguaje, d) interrupciones, y e) secuencias contradictorias, arbitrarias.

Singer y Wynne (1965a; 1965b, 1966a; 1966b) encontraron que los padres de los esquizofrénicos muestran desviaciones de la comunicación que dañan de modo permanente en sus hijos la capacidad de centrar la atención en el significado de lo que comunican verbalmente y que les predisponen a desarrollar una esquizofrenia. Para estos autores la puntuación en CD en los progenitores predice la patología de su descendencia en mayor grado que la gravedad del trastorno de los ascendientes. En estudios más recientes, Greenwald y Harder (1994), encontraron que la puntuación en la CD de los padres predecía la evolución de los niños en el estudio longitudinal de alto riesgo *University of Rochester Child and Family Study*. En 1968, Singer introduce el Rorschach familiar, en el que se le plantea a la familia que llegue a un acuerdo empleando una lámina del test, empleando la prueba como un estímulo para obtener registro de sus interacciones. Herman y Jones (1976) aplicando esta misma técnica, encontraron que la variable “falta de acuerdo” en los Rorschach familiares de familias con niños en riesgo

de esquizofrenia. Shapiro y Wild (1976) encontraron que las familias de esquizofrénicos tenían más bajas puntuaciones en la categoría “fallas en el sentido compartido” que las familias de controles ingresados y de los controles normales. Singer, Jerome y Sugarman (1955) diferenciaron esquizofrénicos adultos ingresados en función de las respuestas M, M alta y M baja según el número de respuestas de movimiento humano dadas en el Rorschach y se evaluaron las características positivas o negativas de las figuras parentales o de la interacción hijos-padres en la percepción de algunas láminas del TAT. Los sujetos con alta M tendían a dar en el TAT figuras parentales con características más positivas que los sujetos con baja M.

3.3.4.4. Escala TRAUT (*Tripartite Classification of Autisms*).

TRAUT es el crónimo de Clasificación tripartita de autismos: *Tripartite Classification of Autisms* que sus autores (Wagner y Rinn, 1994; Wagner, 1998) presentan como un método para el reconocimiento y clasificación de percepciones de esquizofrénicos indicadoras de trastornos de pensamiento. Este método de codificación se diseñó para evaluar el tipo de trastornos de pensamiento asociado con delirios, hipervigilancia, pensamiento mágico y asociaciones laxas. Siguen la definición de respuestas autistas de Rapaport et al. (1968/1988) que reflejan procesos cognitivos que no se rigen por las leyes y convenciones de la lógica. Lo que Wagner (1998) denomina “autismos” son realmente “absurdos” que conducen a contradicciones en la interpretación de las respuestas. En este sistema se categoriza de acuerdo a tres amplias categorías:

a) *Si se ignora la mancha (HYPO)*: errores hipoatencionales, no se atiende a la forma. El estímulo sirve para producir imágenes subjetivas, abstractas, sensaciones o sentimientos que tienen poco que ver con cualquier parecido entre la lámina y la realidad. b) *Se burla la tarea (HYPER)*: errores hiper-atencionales. Aquí el sujeto presta demasiada atención a las láminas, buscando de manera continua y deliberada imágenes idiosincráticas. Wagner (1994a) incluso llega a decir que el sujeto “hace trampas” (*cheating*) porque altera las reglas explícitas e

implícitas que gobiernan la evaluación de los perceptos en Rorschach. c) *Racionalización de imágenes ilógicas por yuxtaposición espacial (RELER)*: Errores relacionales. Son las INCOM (Combinaciones incongruentes), FABCOM (Combinaciones fabuladas), CONTAM (Contaminaciones), ALOG y CONFAB del Sistema Comprensivo.

Los índices se validaron comparando muestras de pacientes que mostrarían en principio grados variables de trastorno de pensamiento (Wagner, 1998). Señala como puntos de referencia que una única respuesta tipo HYPO es patognomónica de trastorno de pensamiento (ya que no encuentra ninguna en el grupo de normales). En el mismo estudio advierte que este método no es muy adecuado si se aplica en protocolos cortos, ya que aumenta el número de falsos negativos. Wagner (1994b) considera respuestas HYPO e HYPER como extremos de un continua atencional en el que el sujeto proyecta procesos de pensamiento autista; mientras que las respuestas tipo RELER son índice de la pérdida del contacto con la realidad. Pero en cuanto a la diferenciación diagnóstica Wagner, Wagner, Hilsenroth y Fowler (1995) encontraron entre grupos de pacientes psiquiátricos, incluyendo un grupo de esquizofrénicos ingresados, que las categorías HYPO e HYPER discriminaban mejor entre estos grupos.

3.4. EL SISTEMA COMPREHENSIVO

El Sistema Comprensivo surge a partir de 1968 con la creación por Exner de la *Rorschach Research Foundation*, para estudiar: a) la solidez empírica de los enfoques del método de Rorschach vigentes en Estados Unidos y b) cuál era el método más útil desde el punto de vista clínico. Su trabajo consistió en un análisis comparativo de los cinco enfoques principales de Rorschach (Beck, Klopfer, Hertz, Piotrowski y Rapaport – Schafer).

Las diferencias entre estos sistemas eran enormes: a) La consigna es diferente en todos estos sistemas, b) el modo de codificación, los códigos utilizados, y criterios de aplicación diferentes, c) el uso del sombreado y del color acromático. Cada sistema contaba con un conjunto propio de símbolos y criterios exclusivos para su uso, d) inclusión de códigos, criterios de codificación

y postulados interpretativos carentes de confirmación empírica suficiente; e) importantes diferencias de interpretación.

A pesar de las grandes diferencias, cada uno de estos sistemas contenía elementos empíricamente comprobados y postulados interpretativos compartidos por todos ellos, que procedían casi siempre de la obra original de Rorschach. El proyecto de Exner permitió investigar la fortaleza empírica de esos cinco enfoques del test, y permitió integrarlos en un método único, de ahí la denominación de *comprehensivo*. Las variables que se incluyen en el Sistema Comprensivo no fueron aceptadas hasta comprobar que satisfacían los requisitos básicos de validez. Surgieron nuevas formas de codificar determinados aspectos de las respuestas y se describieron varias proporciones y variables útiles para la interpretación. Se determinaron las propiedades psicométricas de la prueba y los valores normativos para la población americana.

En el estudio e investigación de la identificación de características psicóticas, Exner ha trabajado con dos índices, el *índice de esquizofrenia*, SCZI Exner, (1978, 1982, 1986) y el índice de *Trastorno de percepción pensamiento*, PTI (*Perceptual thinking index*, Exner, 2000; 2003).

3.4.1. Los signos de esquizofrenia en Exner.

Los signos diagnósticos de Exner (1978, 1982, 1986), siguen los pasos de Weiner (1966), parte en primer lugar, de los síntomas característicos de la enfermedad para, en un segundo momento, buscar sus correlatos en el test, logrando una constelación de variables que él llama índice de esquizofrenia (SCZI, *Schizophrenia Index*, 1978, 1982, 1986). Se apoya en los criterios diagnósticos de esquizofrenia del RDC (*Research Diagnostic Criteria*, Spitzer, Endicott y Robins, 1975) para aislar las características fundamentales de la experiencia esquizofrénica, en concreto: percepción inadecuada, desorden de pensamiento, control inadecuado e incapacidad interpersonal. Tomados aisladamente, estos síntomas pueden remitir

a una amplia variedad de trastornos, pero subraya -y es el pilar sobre el que se basa su índice de esquizofrenia- que no hay grupo, excepto la esquizofrenia, que se defina como poseedor, al mismo tiempo, *de percepción inadecuada y desorden de pensamiento* (Exner, 1986). Para reflejar estos dos síntomas reúne cinco variables que, cuando son positivas parecen indicar una seria disfunción por el desorden de pensamiento e inadecuación en la percepción que estas cinco variables reflejan. Exner (1982), comenta más extensamente las variables de Rorschach que se ajustan a los síntomas principales de la enfermedad.

3.4.1.1. Desorden de pensamiento.

Se trata de factores relacionados principalmente con las verbalizaciones durante el test:

1) *Estilo de respuesta disociado*: La disociación se refleja principalmente en respuestas inconexas en las que se salta de una idea a otra.

2) *Verbalizaciones inusuales*: Expresiones que resultan inadecuadas en la situación del test, o bien el uso de lenguaje anodino, que no pertenece a un tipo especial de jerga o al limitado vocabulario del sujeto

3) *Combinaciones inapropiadas*: Combinación de ideas e impresiones con los perceptos, de modo que las consideraciones de realidad de la respuesta se alteran. Aquí se incluyen:

a) *Combinaciones incongruentes* INCOM: En las que se condensan detalles o imágenes en un percepto único en el que sus partes no corresponden entre sí.

b) *Combinaciones confabulatorias* FABCOM: Implica la relación de dos o más áreas mediante una relación no natural.

c) *Contaminación* CONTAM: La fusión de dos perceptos en una misma área.

4) *Lógica autista* ALOG: En estas respuestas el sujeto expresa la restricción del razonamiento en el que se basa su respuesta, normalmente refiriéndose a aspectos de la posición, número y tamaño.

5) *Respuestas sobregeneralizadas*: Respuestas en las que el sujeto da extensas impresiones en relación a la poca base en que se apoya, incluye la *preocupación por lo abstracto*, que consiste en la atribución de un significado simbólico a los estímulos del test, que es un fenómeno común entre personas normales, pero Exner (1986) distingue dos tipos patológicos: el *simbolismo idiosincrático*, referencias simbólicas individuales, únicas del sujeto; y *elaboraciones extremadamente abstractas*, conceptos y hechos abstractos tratados como objetos reales (por ejemplo, como las piernas de algo cavando, cavando en la eternidad).

3.4.1.2. Percepción inadecuada.

a) *Calidad formal negativa*: casi todos los autores consideran que un porcentaje de formas positivas inferior al 70% eleva dudas sobre la idoneidad del funcionamiento perceptivo. Exner calcula este porcentaje con todas las respuestas del protocolo, no sólo en las respuestas de forma pura y señala además que las respuestas de forma débil o indefinida no tienen la misma implicación de percepción inadecuada que las respuestas negativas.

b) *bajo número de respuestas populares*: Exner (1986) se apoya en sus datos normativos para afirmar que aquellas personas que dan menos de cuatro respuestas populares, pueden tener patológicamente deteriorada su capacidad de reconocer y compartir los modos habituales de respuesta.

3.4.1.3. Incapacidad interpersonal.

Los signos de inadecuación e ineficacia en el contacto social son según Exner, aquellos que en el test de Rorschach tratan específicamente con contenidos humanos:

a) *Respuestas de movimiento humano* (M) inadecuadas. Incluye la falta de respuestas M y las respuestas kinestésicas de calidad formal negativa.

b) *Contenidos humanos inadecuados*. Asimismo considera la ausencia de respuestas humanas completas, H, y las respuestas de contenido humano de forma negativa, H-, como índice de falta de interés por la gente.

3.4.1.4. Control inadecuado.

En este punto incluye: a) *alteraciones en el contenido*: Elaboraciones excesivas de contenidos hostiles. b) *pobre integración del color*: reactividad emocional explosiva que se traduce en el test por las respuestas cromáticas puras.

3.4.2. El índice de esquizofrenia SCZI.

El SCZI consta de cinco criterios. Para calificar cada uno como positivo debe cumplir los siguientes requisitos, tal como se presentan en la tabla 1:

Tabla 1. Criterios del índice de esquizofrenia SCZI

1. $X+\% < 70$ Porcentaje de respuestas de forma ordinaria inferior a 70
2. a) $\text{Suma FQ-} > \text{Suma FQu}$, o bien $X-\% > 20$
3. a) $M- > 0$, o bien $\text{WSUM6} > 11$
4. $\text{Suma DV} + \text{DR} + \text{INCOM} + \text{FABCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} > 4$
5. a) $\text{Suma DR} + \text{FABCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} > \text{Suma DV} + \text{INCOM}$,
o bien $M- > 1$

El índice se considera positivo a partir de 4 criterios positivos. $\text{SCZI} > 4$ sugiere con fuerza la posibilidad de esquizofrenia por la presencia conjunta de problemas perceptivos y traspiés cognitivos. Exner (1986) advierte que la presencia de esquizofrenia debe ser avalada por otros datos de la historia clínica.

Hilsenroth, Fowler y Padawer (1998) mostraron su utilidad en la diferenciación de pacientes con trastornos psicóticos diagnosticados con el DSM-IV. La utilidad del SCZI para diferenciar

pacientes psicóticos de otros grupos clínicos también aparece en los trabajos de Ganellen, 1996a; Ganellen, 1996b; Stokes et al., 2001. En el estudio de fiabilidad y validez de Jorgensen, Andersen y Dam (2000), obtienen una fiabilidad del 70%, con una especificidad del 80% y alta validez predictiva tanto para los casos en que es positivo como en los que es negativo; sin embargo, Klonsky (2004), encontró que otras medidas diferenciaban mejor que el SCZI trastornos psicóticos no esquizofrénicos. Adair y Wagner (1992) encontraron que el trastorno de pensamiento en la esquizofrenia, medido con el WSUM6 se mantenía estable a lo largo del tiempo. Campo (2000, 2003) reporta el hallazgo de falsos positivos. En la muestra normativa realizada con población hispana, Campo (2000) señala que en esta población la agudeza perceptiva es inferior a la de la muestra normativa del Sistema Comprensivo y esto influye en variables que tienen un peso importante en el SCZI como las que miden adecuación de la percepción, alterando por lo tanto la capacidad de discriminación del índice SCZI en el entorno social hispano.

Berg, Packer y Nunno (1993) en una exploración de tres grupos: esquizofrénico, de trastorno límite de la personalidad y de trastorno narcisista encontraron que la combinación de alteración de pensamiento (evaluado con el WSUM6) y trastorno de la diferenciación self/objeto diferenciaba entre los tres grupos. El grupo esquizofrénico se caracterizaba por producir mayor número de respuestas FABCOM de nivel 2.

Meyer (1993) señala que el número de respuestas afecta a la validez de esta constelación, ya que empeora su capacidad discriminativa cuando el número de respuestas se desvía de la extensión media. Pérez, Briones, Plumed y Tamayo (2002), compararon índices SCZI vs. PTI en una muestra de pacientes externos. Franklin y Cornell (1997) encontraron falsos positivos en el SCZI no debidos a psicopatología, sino a estilos creativos de pensamiento en adolescentes con altas capacidades.

3.4.3. El índice de trastorno de percepción-pensamiento, PTI.

El PTI, trastorno de percepción-pensamiento (Exner, 2000; Exner, 2003; Hilsenroth, Eudell-Simmons, DeFife y Charnas, 2007), es el reemplazo del índice SCZI. Sendín (2007) señala que muchos de los errores que llevaron a este reemplazo del SCZI se debieron a la mala utilización por parte de los clínicos, que lo usaron de manera demasiado concreta y etiquetadora. Exner (2005) afirma que la función del PTI no es diagnóstica, sino que está diseñado para indicar la existencia de problemas más o menos graves en los procesos de mediación (contacto con la realidad) e ideación (claridad de ideas) según la presencia de más o menos criterios positivos, respectivamente. Es una escala dimensional, en la que los valores más altos ($PTI > 3$) deben dirigir la atención del clínico hacia los componentes perceptivos e ideacionales, independientemente de la sintomatología actual y de los síntomas manifiestos asociados con el diagnóstico de esquizofrenia que pueden estar presentes o no en el momento de la evaluación.

Los cambios del PTI con respecto al SCZI son dos: a) las variables X+% y las FQ- se sustituyen por el XA% y el WDA% y b) se ajustan por edad y número de respuestas los fenómenos especiales críticos, con objeto de reducir la tasa de falsos positivos que habían caracterizado los resultados del SCZI, sobre todo en sujetos jóvenes (Exner, 2005). El XA% (*forma adecuada convencional*) es una medida de ajuste convencional que aporta información sobre la proporción de respuestas orientadas por un uso razonable de los rasgos de la lámina. EL WDA% es una medida más precisa de ajuste convencional. Se calcula en las respuestas con calidad formal +, o, y u que se han dado, exclusivamente, en áreas de detalle usual o en respuestas globales (D ó W). El PTI está compuesto por nueve variables que se agrupan en cinco criterios (no se recogen en esta enumeración los ajustes por edad) que se presentan en la tabla 2:

Tabla 2. Criterios del índice de percepción-pensamiento PTI

1. $XA\% < .70$ y $WDA\% < .75$
2. $X-\% > .29$
3. $NVL2 > 2$ y $FABCOM\ 2 > 0$
4. $R < 17$ y $WSUM6 > 12$
o bien, $R > 16$ y $WSUM6 < 17$
5. a) $M- > 1$
b) o bien, $X-\% > .40$

Hilsenroth et al. (2007) señalaron las buenas propiedades psicométricas del PTI, su consistencia interna y la fiabilidad de su codificación. El PTI discrimina entre pacientes con trastornos psicóticos de pacientes con graves trastornos de personalidad y grupos de no pacientes (Hilsenroth et al., 2007; Dao y Prevatt, 2006).

Rosenbaum, Andersen, Knudsen y Lorentzen (2012) al evaluar progreso en el tratamiento en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia, encontraron que el PTI no mostró cambios significativos en las variables estudiadas: contacto con la realidad, trastornos perceptivos y de pensamiento ya que en protocolos cortos el PTI puede perder sensibilidad para reflejar los cambios principales en los síntomas psicóticos y funcionamiento social.

De todos modos muchas líneas de evidencia muestran que el PTI es útil en la discriminación de pacientes psicóticos y no psicóticos, incluso en comparaciones entre culturas (Smith et al., 2001; Ritscher, 2004; Dao y Prevatt, 2006; Hilsenroth et al., 2007; Dao et al., 2008; ilonen et al., 2010; Mihura et al., 2013; Benedik et al., 2013).

3.4.4. Índice de disfunción yoica (Ego impairment index) EII-EII 2.

El Índice de disfunción yoica (*Ego Impairment Index - EII*), desarrollado por Perry y Viglione (1991); es una medida compuesta por variables ya conocidas del Sistema Comprensivo de Exner (1994) con el objetivo de obtener información con una medida válida y fiable sobre el funcionamiento del yo (contacto con la realidad, procesos de razonamiento y

calidad de relaciones objetales) y sus implicaciones para el tratamiento. El EII proporciona datos referentes a los déficits en las funciones cognitivas diferentes de los que se obtienen por medio de autoinformes y escalas de clasificación de síntomas. Esta medida forma parte del modelo expuesto por Beres (1956), el mismo que usó Weiner (1966) para conceptualizar la experiencia esquizofrénica a través del Rorschach.

La segunda variante del EII, el EII-2 (Viglione, Perry y Meyer, 2003), surgió tras la modificación de uno de sus componentes, la *variable de experiencia Humana* (HEV) sustituyéndolo por la *variable de representación humana* (HRV) en sustitución de la variable de experiencia humana y crean el EII-2. En el EII-2 esta variable se sustituyó por la *Variable de representación humana* (HRV). Este nuevo cálculo de la variable de representación humana forma parte actualmente del Sistema Comprensivo. Las variables que forman parte del EII-2 son las siguientes:

a) *Calidad formal distorsionada* (FQ-) mide inadecuación perceptiva y pobre contacto con la realidad; b) la suma ponderada de los *seis fenómenos especiales críticos* (WSUM6): mide las diferentes formas de perturbaciones de pensamiento; c) *contenidos críticos* (contenidos no reprimidos), imágenes asociadas con impulsos y necesidades que por lo general se inhiben minimizan o se expresan indirectamente en el pensamiento adaptativo, en las respuestas al test y en el discurso social. Incluye respuestas de anatomía, sangre, explosiones, fuego, comida, sexo, rayos X y los fenómenos especiales AG y MOR; d) *movimiento humano distorsionado* (M-): mide alteraciones en la percepción interpersonal o en las representaciones de objeto; e) la medida de la *variable de buena o mala experiencia humana* (HRV). Mide aspectos negativos/positivos de las respuestas de representación humana. Sus rangos interpretativos son los siguientes, tal como se ve en la tabla 3:

Tabla 3. Rangos interpretativos del Índice de deterioro del yo

Rango	Interpretación
< -0.3	Rango óptimo, no hay deterioro evidente
-0.4 a +0.2	Rango habitual no pacientes, no hay deterioro evidente
+0.0 to +0.6	Deterioro mínimo
+0.4 to +0.8	Deterioro medio-moderado
+0.7 to + 1.5	Deterioro medio-severo
> 1.3	Deterioro evidente e importante

Hay también una versión EII-3 con cambios mínimos, recalculando los coeficientes para la administración R-optimizada del R-PAS. El cambio con respecto a las versiones anteriores es la eliminación del contenido de comida (Viglione, Perry, Giromini y Meyer, 2011).

3.4.4.1. Investigaciones sobre el EII y el EII-2.

Adrian-Kaser-Boyd (1995) hallan en su estudio que el índice EII discriminaba entre pacientes ambulatorios e internos, pero no así entre pacientes psicóticos y no psicóticos, a excepción de uno de sus componentes, las respuestas humanas de buena forma. Las puntuaciones más altas en el EII se han asociado con mayor gravedad psiquiátrica (Hilsenroth, Shaffer y Sexton, 2010). Auslander, Perry y Jeste (2002), encuentran en sujetos con esquizofrenia no paranoide puntuaciones en el EII significativamente superiores a los esquizofrénicos paranoides y no encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones del EII y la Escala para la evaluación de los síntomas positivos (SAPS) en los sujetos con esquizofrenia ni en la escala para la evaluación de los síntomas negativos (SANS). Mohammadi, Hosseinasab, Borjali y Mazandarani (2013) examinan el contacto con la realidad en esquizofrenia de inicio infantil usando la variable calidad formal distorsionada (FQ-

) del EII. Encuentran que tener mayor número de FQ- indicaba peor funcionamiento del contacto con la realidad.

Perry, Viglione y Braff (1992) encontraron que el EII diferenció entre el subgrupo paranoide y el grupo de esquizofrenias indiferenciadas/desorganizadas que teóricamente tienen mayor deterioro del yo. Tamayo y Plumed (2006), han realizado validación del EII en población española. Dawes (1999) hizo un estudio del EII en una muestra de 187 sujetos procedentes de dispositivos psiquiátricos hospitalarios y de dispositivos ambulatorios. No encontró correlación significativa entre la puntuación EII y la media de puntuaciones elevadas en el MMPI-2.

Dean et al. (2007) investigó el EII en pacientes ingresados en larga estancia en un hospital psiquiátrico o en una prisión estatal, diagnosticados con algún trastorno incluido en el eje I del DSM IV por su psiquiatra de referencia, asignados aleatoriamente para responder al test de Rorschach según la administración tradicional del Sistema Comprensivo u otra alternativa. Hallaron una correlación significativa ($p = < 0.05$) entre EII-2 y la Thought Disorder Summary Scale, total del TDI, (TDSz) en aquellos participantes asignados a la situación de administración tradicional del Rorschach.

3.4.5. *La variable de buena representación humana (HRV).*

La variable de *buena representación humana* (Viglione, Perry, Jansak, Meyer y Exner, 2003) es un algoritmo creado a partir de variables del Sistema Comprensivo en el transcurso de una revisión de la literatura en Rorschach sobre la función interpersonal (Perry y Viglione, 1991) que clasifica las respuestas humanas en una de dos categorías:

a) *Buena representación humana* (GHR): categoría de respuestas humanas positivas o sanas. Este código incluye aspectos de precisión, lógica y salud que acompañan a las respuestas en los que hay representación humana.

b) *Representación humana pobre* (PHR): categoría de respuestas humanas negativas o problemáticas. Este código recoge rasgos de distorsión, deslizamientos cognitivos (*cognitive*

slippage) y una serie de contenidos somáticos, mórbidos y agresivos que acompañan a las respuestas de contenido y representación humana.

Esta medida ha mostrado una validez de criterio notable para discriminar individuos que cuentan con buenas relaciones interpersonales de los que tienen relaciones interpersonales menos efectivas (Burns y Viglione, 1996); estos autores encontraron que las representaciones de sí y del otro evaluadas con el Rorschach predicen la calidad de las relaciones interpersonales. La interpretación recomendada requiere un mínimo de 3 respuestas de representación humana; en cuyo caso la proporción GHR:PHR permite una medida estimada de la efectividad del individuo en la relaciones interpersonales. Si GHR es mayor que PHR, indica que el sujeto maneja adecuadamente las situaciones interpersonales y será considerado por los demás de manera positiva. Por el contrario, si PHR es mayor que GHR, es posible que la capacidad para las relaciones interpersonales sea poco adaptativa y que los demás le consideren de manera menos favorable (Exner, 2005).

Se aplica a todas las respuestas que tienen cualquier tipo de contenido humano: H, (H), Hd, (Hd), Hx; a las respuestas con el determinante M y a las respuestas FM que contengan el código especial COP (movimiento cooperativo) o AG (movimiento agresivo). Se asigna el código GHR o PHR según los siguientes pasos:

Paso 1) Asignar GHR a respuestas H pura que contengan: (a) Calidad formal de FQ+, FQo o FQu; (b) Ningún fenómeno especial crítico, salvo DV; (c) Ningún fenómeno especial tipo AG o MOR.

Paso 2) Asignar PHR a las respuestas restantes que contengan, o bien (a) FQ negativa ó FQ sin Forma; o (b) ALOG, CONTAM, o cualquier fenómeno especial crítico de nivel 2.

Paso 3) Asignar GHR a las respuestas restantes que contengan COP y que no contengan AG.

Paso 4) Asignar PHR a las respuestas restantes que contengan, o bien (a) Códigos especiales FABCOM ó MOR; o (b) El contenido de Anatomía.

Paso 5) Asignar GHR a cualquier respuesta restante Popular en láminas III, IV, VII o IX.

Paso 6) Asignar PHR a cualquier respuesta restante que contenga, o bien, (a) Las puntuaciones especiales AG, INCOM, DR; o (b) Un código Hd -no un código (Hd).

Paso 7) Asignar GHR a las respuestas restantes. Con la proporción de GHR y PHR se obtiene el HRV restando $GHR - PHR = HRV$.

La respuesta humana pobre (PHR) es índice de buen pronóstico según Levander y Holmqvist (2012) que señalan no haber encontrado referencias en esta dirección anteriores a su estudio. Las respuestas de pobre representación humana PHR eran las que indicaban una evolución positiva cinco años después en un estudio longitudinal con pacientes esquizofrénicos. Además advirtieron una tendencia a la evolución positiva en pacientes que daban una puntuación mayor en las variables de distorsión perceptiva (problemas perceptivos y de ideación). Los autores lo relacionan con el mejor pronóstico, en general, de las llamadas “psicosis floridas”. El proyecto terapéutico (*Parachute Project*: proyecto paraguas) tenía las siguientes características: primeros ingresos, dar el mínimo de medicación imprescindible, aproximación en crisis, apoyo terapéutico intensivo durante el primer mes.

Campo (1999) compara las proporciones GHR:PHR y $H:(H) + Hd + (Hd)$ del Rorschach en la Muestra Normativa de Barcelona (1999, N=520). En este trabajo, la respuesta GHR y H pura es mayor que PHR y $(H) + Hd + (Hd)$ en los introversivos y extratensivos, mientras que en los ambitendentes estos valores son iguales y en el estilo evitativo (Lambda alto) se invierten.

3.4.6. Desarrollos posteriores del Sistema Comprehensivo: El R-PAS.

John E. Exner falleció en 2006 y ya han empezado a despegar nuevos desarrollos en el test de Rorschach. El EII (Perry y Viglione, 1991) se elaboró bajo el paraguas del Sistema Comprehensivo; ahora se acomoda a nuevos horizontes: el sistema llamado R-PAS (Meyer, Viglione, Mihura, Erard y Erdberg, 2011). Este sistema propone un tipo de administración del test que produzca más respuestas en el examinando y así mejorar las propiedades psicométricas

de las variables del test. El método consiste en cambiar ligeramente la consigna y pedir que se den dos o tres respuestas por lámina y retirarla cuando se dan más de tres (Viglione et al., 2014). El sistema R-PAS se desarrolló para ajustar la administración, codificación e interpretación del test de Rorschach en su base de evidencia, mejorar la fundamentación de sus normas, integrar los hallazgos internacionales, reducir la variabilidad entre los examinadores y aumentar su utilidad (Meyer y Eblin, 2012). Para establecer una adecuada fiabilidad intercodificadores en las decisiones de codificación del nuevo sistema, Viglione, Giromini, Gustafson y Meyer (2014) trabajaron en la creación de puntuaciones continuas de multivariantes de varios índices del Sistema Comprensivo (entre ellas el PTI) y adecuarlas al R-PAS; las nuevas variables fueron tan válidas como los índices originales y más fiables. Estudios de fiabilidad interjueces para las decisiones de codificación arrojaron una correlación intraclase media de .88 (Viglione, Blume-Marcovici, Miller, Giromini y Meyer, 2012).

La revolución no ha hecho más que empezar. Han incorporado índices muy interesantes, como *complexity* (Viglione, 1999), que toma en cuenta todas las respuestas dadas y su complejidad tal como la determina la representación visual (localización, uso del espacio blanco y síntesis de elementos), el rango de ideas que vienen a la mente (medido por el número de categorías de contenido) y la habilidad del examinando para describir las características y matices ambientales que han participado en la comprensión de ese entorno (determinantes diferentes a F pura). Cada respuesta recibe de 0 a 3 puntos en la localización (mayor puntuación a mayor actividad organizativa), determinantes (0 a 3 puntos según se usen determinantes simples diferentes de la F pura o múltiples que se puntúan según la cantidad de determinantes que incluyan) y contenidos (que se puntúan según el número de categorías que no pertenezcan a la “familia” animal en sentido amplio). Se interpreta como el nivel de compromiso del sujeto en la tarea. Es una variable ponderada que se interpreta como un índice general de complejidad del procesamiento que mide la diferenciación, integración y productividad empleada por el

sujeto. Un valor alto se interpreta como una fortaleza psíquica (flexibilidad en el afrontamiento) o señal de trastorno (pérdida del control sobre las ideas a causa de la manía). Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson y Mausbach (2013) evaluaron el papel del trastorno de pensamiento, la complejidad psicológica y las representaciones interpersonales y su asociación con la capacidad de funcionamiento y de habilidades sociales en pacientes ambulatorios esquizofrénicos en la madurez, encontraron que la complejidad psicológica correlacionó con la capacidad funcional y la capacidad de habilidades sociales y las GHR también correlacionaron con habilidades sociales positivas. La complejidad psicológica para estos autores, juega un papel significativo en las limitaciones funcionales de la esquizofrenia por encima de las contribuciones del deterioro cognitivo y de los síntomas negativos. También se apoya la relación del funcionamiento de relaciones saludables de objeto con el funcionamiento social. Las implicaciones clínicas incluyen información nueva para el desarrollo de estrategias de tratamiento de recuperación cognitiva basadas en el nivel de desarrollo del paciente de capacidad psicológica y de esquemas interpersonales saludables. El EII2 correlacionaba positivamente con los síntomas positivos y la puntuación en *complexity* mostró una asociación inversa con los síntomas negativos.

Dzamonja-Ignjatovic, Smith, Djuric-Jocic y Milanovic (2013) compararon los índices PTI y el EII-2 con sus versiones revisadas para el sistema R-PAS: el compuesto Pensamiento y Percepción (TP-COMP) y el EII-3. Las cuatro medidas diferenciaron con éxito entre ambos grupos, aunque el TP-COMP y el EII-3 tienen un valor predictivo ligeramente mayor que sus contrapartidas PTI y EII-2.

3.4.7. Otras investigaciones.

En cuanto al Tratamiento farmacológico y los cambios de personalidad tras la introducción de clozapina, Lepisto, Abraham, Lewis y Haga (1994), emplearon el Rorschach antes y después de la introducción del fármaco y concluyeron que hubo áreas de funcionamiento cognitivo en

las que no hubo modificación, aunque se apreció, por otra parte, mejor procesamiento estimular, mayor conciencia de las claves sociales, menor retraimiento y mejor capacidad para apreciar la interacción interpersonal de manera positiva. Ilonen et al. (2000) no encontraron que la medicación se asociara con la ejecución del test de Rorschach. Exner (1994) señala que las intervenciones psicofarmacológicas tienen una influencia mínima en la mayoría de las variables del test y ninguna influencia sobre las variables asociadas con las dimensiones centrales de la personalidad, como el estilo Lambda o el EA.

La propensión a actuar agresivamente o de modo hostil parece estar más relacionada con indicadores de control pobre ($CF+C > FC$, $F\% < 70$) que con la cantidad o cualidad de los contenidos agresivos (Frank, 1994).

Vizcarro-Guarch, Fernandez-Ballesteros, Fernandez-Trespalacios, (1987) investigaron los déficits perceptivos en sujetos esquizofrénicos y para probar el supuesto de que el test es principalmente una prueba perceptiva, entrenaron a los sujetos en las leyes perceptivas en las que habían fallado; aunque los sujetos esquizofrénicos entrenados en las leyes perceptivas dieron más respuestas negativas después del entrenamiento. La muestra consistió en diferentes grupos clínicos que incluían 4 grupos de esquizofrénicos clasificados entre agudos crónicos y paranoides y no paranoides.

Blatt, Brenneis, Schimek y Glick (1976), en un estudio longitudinal con psicóticos jóvenes encontraron que los que daban en la evaluación de ingreso representaciones humanas más malévolas y destructivas eran los que más se beneficiaban de la experiencia psicoterapéutica.

3.4.7.1. Estudios con esquizofrénicos paranoides.

Bannatyne, Gacono y Greene (1999) hallaron en la evaluación forense de pacientes esquizofrénicos que los esquizofrénicos paranoides dan una proporción de $F\%$ inferior a la de los esquizofrénicos indiferenciados. $F\%$ es una medida de una estrategia simple de resolución de problemas, que indica falta de interés en la tarea y de complejidad emocional y cognitiva y

poca atención hacia uno mismo. También encontraron una mayor restricción afectiva, medida con la proporción afectiva (Afr bajo). En estudios exploratorios con pacientes psicóticos (Dwivedi, 2015) el autor concluye que las variables del SC no muestran la suficiente sensibilidad para detectar entre varios tipos de trastorno del contenido de pensamiento, en concreto los delirios de infidelidad de otros delirios en pacientes psicóticos.

Du Brin (1962) encontró mayor frecuencia de respuestas de ojos, caras y máscaras en los esquizofrénicos paranoides.

Castro (1993) encontró dos perfiles en el resumen estructural del Rorschach, a partir del índice de recursos disponibles (CDI) y del índice SCZI. El CDI traduce un deterioro en las competencias sociales y relacionales en el funcionamiento adaptativo del sujeto: Los dos perfiles encontrados fueron, a) índice SCZI positivo e índice de recursos disponibles (CDI) negativo. Los sujetos de este grupo presentaban un delirio con temática persecutoria. b) índice SCZI negativo y CDI positivo. En este grupo presentaban delirios con temáticas preferentemente místicas, escatológicas o de transformación corporal. Sus resultados no coinciden con la distinción de Ruiz, Brotat y Serrano (1989), en la que las competencias sociales y adaptativas eran más altas en el grupo de los esquizofrénicos paranoides con temática delirante mesiánica; pero esta aparente no coincidencia se debe a que no hay homogeneidad entre estos dos estudios en cuanto al modo de repartición de la temática delirante en cada categoría.

Di Nuovo, Laicardi y Tobino (1988) estudiaron la alteración de pensamiento y el desorden de los afectos en dos subtipos de esquizofrenia, el florido y el retraído. El primero mostró niveles significativamente superiores de funcionamiento perceptivo pobre y de inadecuada actividad organizativa y mayor producción ideativa distorsionada.

Dudek y Kolivakis (1983) señalan la estabilidad del intelecto y de la personalidad en la esquizofrenia a lo largo del tiempo; pero sí constatan la presencia de trastorno de pensamiento

y un progresivo aplanamiento del afecto y aislamiento. Dykens, Volkmar y Glick (1991) evaluaron el trastorno de pensamiento en autistas adultos de alto funcionamiento y en un grupo de adolescentes. Plantean áreas de similitud entre autismo y esquizofrenia. Los protocolos Rorschach mostraron pobre contacto con la realidad, distorsiones perceptivas y varias áreas de traspies cognitivos (*cognitive slippage*): combinaciones incongruentes, combinaciones fabuladas, respuestas desviadas y lógica inadecuada.

Friedman (1952) encontró que las variables que diferenciaban entre un grupo de sujetos normales de dos grupos de esquizofrénicos (hebefrénicos y catónicos) eran: 1) número de globales; (2) porcentaje de globales; (3) número de respuestas DW; (4) número de D; (5) porcentaje de D, (6) número de respuestas de Vista; (7) F+%; (8) número de populares. Advierte que la mayoría de las variables tradicionales del test no se pueden usar aisladamente para una evaluación fina de la personalidad.

Harrow, Quinlan, Wallington y Pickett (1976) analizaron las variables de contenido y la relación entre el pensamiento dominado por los impulsos en la esquizofrenia aguda y en la psicopatía. Emplean el sistema de Holt y Havel (1960) para evaluar el pensamiento primitivo dominado por los impulsos sexual, oral, agresivo y “misceláneo”, por ej., anal, homosexual. a) Los esquizofrénicos daban puntuaciones altas en contenidos de impulsos primitivos, aunque también aparecían en no esquizofrénicos. Otras formas de alteración de pensamiento eran más características de esquizofrénicos. b) Los pacientes psicopáticos o cuya conducta rompía reglas tendían a dar más contenidos de impulsos primitivos.

Koide, Chien, Iizuka y Morita (2002) encuentran que los pacientes esquizofrénicos producen perceptos que implican una “masa de carne”, músculo, animales o humanos sin cabeza, sin brazos o piernas; fenómeno que encuentran característico de la esquizofrenia tanto aguda como crónica. Ruiz Ogara, C. (1989) expone el uso de la referencia personal simbólica como prueba diseñada para descubrir los mecanismos autorreferenciales y de atribución de

significaciones anormales a las situaciones, personas y hechos de su entorno, que presentan los esquizofrénicos. Lazar y Harrow (1985) evaluaron esquizofrénicos paranoides aplicando la escala de pensamiento dominado por impulsos (Holt y Havel, 1960), no encontraron evidencias para apoyar la teoría del conflicto homosexual en la paranoia. Meyer (1993) encontró que el HVI (índice de hipervigilancia) parece indicar una condición paranoide cuando está elevado en protocolos breves.

3.4.7.2. La muestra esquizofrénica paranoide de Ruiz, Brotat y Brontano.

Ruiz, Brotat y Serrano (1989) estudiaron la temática delirante y factores diferenciales del Rorschach en una muestra de esquizofrénicos paranoides agudos o crónicos, con o sin deterioro, y de alto o bajo nivel máximo de adaptación, seleccionada según la temática delirante fuera mesiánica o de persecución. Encontraron diferencias según la *temática delirante*: mesiánica (temas mesiánicos, místicos, religiosos o de grandeza) o persecutoria (incluyendo persecutorios, de referencia, influencia, celotípicos e hipocondriacos). Los paranoides mesiánicos mostraban valores significativamente superiores en: Número de Respuestas, S espacio blanco, Dd% porcentaje detalles inusuales, S% porcentaje de respuestas de espacio blanco, F% porcentaje de respuestas de forma pura, F+% calidad formal positiva (o de forma convencional), contenido de Arte, contenido de Objetos. El grupo con temática delirante persecutoria mostró un mayor número de fracasos. En cuanto a la *diferencia entre agudos y crónicos*: Los pacientes agudos mostraban un número significativamente mayor en: Número de respuestas R; respuestas globales W, globales confabuladas DW, S, S%, F, F+, respuestas de movimiento humano M, respuestas humanas completas H, número de animales enteros A, porcentaje de respuestas humanas enteras y de detalle (H+Hd)%, Objetos, Originales, Originales%, Originales+, Populares, proporción entre M:WSumC, FM:M. El grupo de paranoides *crónicos* dio significativamente mayor número de fracasos.

Relación entre grupo paranoide y deterioro o no deterioro: La condición de esquizofrénicos paranoides sin deterioro obtuvo valores significativamente superiores al grupo con deterioro en: número de respuestas R; respuestas globales W, porcentaje de globales, globales confabuladas DW, respuestas de detalle D, respuestas de forma F, F+, respuestas de movimiento humano M, respuestas de movimiento animal FM, respuestas humanas completas H, detalle humano Hd, número de animales enteros A, número de detalles animales Ad, número de respuestas originales, originales %, originales +, populares, proporción entre humanos y animales enteros y de detalle $(H+Hd):(A+Ad)$. El grupo de paranoides *con deterioro* dio significativamente menos respuestas en todos estos elementos.

Relación entre grupo paranoide y nivel de adaptación: en este apartado encontraron valores significativamente superiores del grupo con adaptación alta en globales W, $(H+Hd)$, respuestas botánicas, P, repeticiones, respuestas “o”. El grupo con adaptación baja dio un número mayor de fracasos.

De los análisis factoriales realizados (las ocho cualidades clínicas: temática delirante mesiánica o paranoide, evolución aguda o crónica, deterioro o sin deterioro y grado de adaptación alto o bajo y una selección de variables), encontraron un factor con dos componentes: El *componente superior*, (mesiánico, agudo, alta adaptación y sin deterioro) y por otra, las variables número de respuestas R, porcentaje de respuestas en las láminas VIII-V (Afr), Objetos %, Arte%, Respuestas de Textura y Suma de color. El *componente inferior* (persecutorio, crónico, baja adaptación, con deterioro correlacionaba con las variables porcentaje de Anatómicas, porcentaje de Sexuales, porcentaje de Abstractas, porcentaje de Manchas y Afr.

Como grupo paranoide encuentra las siguientes variables que lo caracterizan: Presencia de DW, abundantes W (6-7), aumento de S, alto número de F, poco uso del claroscuro, alto F+%, no concuerdan sus resultados ni en la presencia de M, ni en la de M- con los de Rorschach

(1921/1980) ni con Klopfer y Kelly (1977) ni Bohm (1953/1984), hallan pocas C puras, presencia de FC, alto número de A+Ad, alto número de anatómicas, aumento de objetos, caras, ojos, monstruos. Alto porcentaje de Originales, Populares en número medio, conciencia de interpretación anulada, no encuentran la contaminación como signo patognomónico ni frecuente.

3.4.7.3. El estudio de Vives Gomila.

Vives Gomila (2011) busca confirmar el diagnóstico psiquiátrico, obtenido a partir de los criterios del Research diagnostic criteria RDC (Spitzer, Endicott y Robins, 1978) y el DSM-IV para la diferenciación de esquizofrenia, con el test de Rorschach. En segundo lugar, quiere comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas, entre dos muestras depuradas de pacientes esquizofrénicos de exacerbación aguda y de crónicos. Estas muestras estaban “depuradas” (elimina los protocolos con $\Lambda > 5$; $R < 14$; pocas M, ninguna M- y ningún código especial de nivel 2). La muestra total dio positivo en todas las variables del SCZI y del PTI. Entre sus conclusiones apunta que no hay un estímulo definido de respuesta EB. Evitan estímulos percibidos como ambiguos o complejos (Λ). Muestran actividad mental aplanada (FM+m). Se muestran flexibles en su ideación (proporción entre activas y pasivas). Tendencia a la concreción (respuestas de forma pura F y de detalle usual. Tienden a aislarse, disociar y simplificar la realidad (Λ alto), presentan trastornos graves de pensamiento (DR2, INC2, FABC2, CONTAM) que junto a la suma ponderada de fenómenos especiales críticos (WSum6) indican la existencia de patología grave. La eficacia organizativa (Zd), resultado del esfuerzo organizativo para observar y organizar el campo estimular suele situarse dentro de los parámetros de no pacientes. El índice de aspiraciones (W:M) muestra que las aspiraciones son ligeramente superiores a su capacidad operativa. Bajo número de respuestas populares ($P=3,6$; inferior al criterio de 4 señalado por Exner, 1994). Peculiaridad del pensamiento (FQu y Xu%). Mal ajuste perceptivo ($X+\%$; $XA\%$, $WDA\%$). Pérdida creciente de

precisión perceptiva ($FQx \rightarrow FQxu$; $FQf \rightarrow FQu$; $X\% > 29\%$). Baja receptividad al estímulo emocional (Proporción de respuestas en láminas de color, Afr). No pueden interactuar fácilmente con su medio (ausencia de M en H pura). Dificultades para ejercer control sobre sus emociones ($CF + C > FC$). Predomina la restricción afectiva (respuestas acromáticas, C'), además de sufrimiento (SumY), frágil búsqueda (T), o renuncia ($T=0$) e introspección negativa (V). Baja autoestima (índice Egocentrismo bajo). Cumplen la mayoría de los índices de esquizofrenia ($SCZI=4,37$) y del Perceptual Thinking Index ($PTI=4,79$).

Los valores significativos entre las muestras son, en crónicos: Afr bajo, alto F%, $DQv/+$ alto; y en agudos: Xu% alto, FM+m, DR2.

3.4.7.4. Rorschach, rendimiento intelectual y medidas neuropsicológicas.

Acklin y Fechner-Bates (1989) encontraron una relación inversa entre calidad evolutiva y rendimiento intelectual en el WAIS. Perry y Braff (1994) hallaron una relación entre los déficits de procesamiento de la información y el trastorno de pensamiento en pacientes esquizofrénicos. A través de un análisis de regresión múltiple encontraron que la inhibición auditiva prepulso fue el mejor predictor de malas respuestas en el HEV del EII. Minassian, Granholm, Verney y Perry (2005) encontraron en pacientes esquizofrénicos que el número inferior de puntos de fijación en los recorridos de rastreo se asociaba con mayor frecuencia de perseveraciones verbales. Perry, Felger y Braff (1998) encuentran relación entre perseveraciones en el Rorschach con puntuaciones en escala de síntomas negativos. Perry, Geyer y Braff (1999) hallaron que las deficiencias en la inhibición prepulso se relacionaban con alteraciones de percepción y de razonamiento y no con la gravedad de los síntomas. Saccuzzo, Braff, Sprock y Sudik (1984) analizaron en un grupo de pacientes del espectro esquizofrénico y en un grupo control no esquizofrénico el número de verbalizaciones desviadas y el procedimiento de enmascaramiento, encontrando mayor número de verbalizaciones desviadas (DV) entre esquizofrénicos. Stotsky (1957) a través del análisis factorial de las puntuaciones de los

esquizofrénicos encontró dos factores de localización: una agrupación de detalles usuales e inusuales, por una parte, mientras en un segundo factor tenían más peso las globales. En los determinantes encontraron dos factores: 1) agrupación de respuestas de forma pura y movimiento humano y en otro agrupaba color y sombreado, pero no de manera tan consistente como el anterior. Bannatyne, Gacono y Greene (1999) exploraron elementos del estilo de respuesta en grupos de pacientes crónicos psicóticos, que requerían evaluación forense (esquizofrénicos paranoides, esquizofrénicos indiferenciados-desorganizados y esquizoafectivos). La elevación en la escala L del MMPI-2 mostraba conjuntamente una elevación en el porcentaje de respuestas de forma pura (F%). Los pacientes esquizoafectivos mostraban más síntomas psicóticos en el MMPI-2 y menor F% que los grupos de esquizofrénicos. Los esquizofrénicos indiferenciados evidenciaron más psicopatología en el Rorschach en términos de peor contacto con la realidad y más perturbaciones en la precisión perceptiva (X-%, X+%, F+%, WSum6 y el índice SCZI). El exceso de respuestas de forma en esta población cuestiona la utilidad de las variables estructurales del Rorschach en la identificación de la psicosis, ya que el índice SCZI identificó menos del 36% de los psicóticos de cada muestra.

Mario et al (2015) emplearon el PTI para evaluar el contacto con la realidad en pacientes psicóticos agudos y crónicos y su relación con las puntuaciones en la escala PANSS (Kay et al., 1987) distinguiendo entre episodios agudos y crónicos estabilizados. El criterio 1 del PTI ($XA\% < .70$ y $WDA\% < .75$) y el criterio 2 ($X-\% > .29$) correlacionaba significativamente con la puntuación de síntomas negativos en la PANSS. Por su parte, el criterio 4 ($R < 17$ y $WSUM6 > 12$ o bien, $R > 16$ y $WSUM6 < 17$) y el criterio 5 ($M- > 1$ o bien, $X-\% > .40$) correlacionaban significativamente con los síntomas positivos.

Perry y Braff (1998) estudiaron las perseveraciones en pacientes esquizofrénicos usando el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) y la nueva medida de las perseveraciones en el Rorschach

(Perry, 1966; Perry et. al., 1996) comparándolas con las de un grupo de no pacientes. Encontraron que la conducta perseverativa está muy extendida en pacientes esquizofrénicos. En el grupo de esquizofrénicos, las respuestas perseverativas en el WCST correlacionaron significativamente con las perseveraciones de punto fijo, la puntuación de vocabulario del WAIS-R y puntuaciones de síntomas negativos. No hubo diferencias significativas entre ninguna medida de perseveración y los subtipos diagnósticos. Se efectuó una regresión logística con las medidas de perseveración del Rorschach y el total de errores del WCST del grupo normal y esquizofrénico y se obtuvo una clasificación correcta del 89.4% de todos los casos. Perry et al., (1999) evaluaron la regulación sensoriomotriz y las alteraciones de pensamiento en esquizofrénicos. La regulación sensoriomotora se midió operativamente por medio de la inhibición prepulso medida en estrecha proximidad temporal con la evaluación de alteraciones en pensamiento. Las puntuaciones bajas en el PPI (índice de anormalidades en la regulación sensoriomotora) se asociaron con inadecuación perceptiva (medida a través del X-%) y razonamiento cognitivo trastornado (evaluado por medio del WSUM6). Los déficits en la inhibición prepulso reflejan la incapacidad de filtrar la información irrelevante y se han vinculado con anormalidades en la regulación sensoriomotora, tales como las que se han encontrado en pacientes esquizofrénicos (Braff et al., 1978; Braff et al., 2001; Swerdlow et al., 2008). Ilonen et al., (2000) encontraron que el pobre desempeño en el WCST en esquizofrénicos con primeros episodios se podía deber a falta de motivación o de recursos. Midieron perseveraciones con el WCST (Wisconsin Card Sorting Test) y además aplicaron el WAIS y el Rorschach. Los esquizofrénicos obtuvieron un CI total más bajo, más respuestas perseverativas y lograron menos categorías en el WCST que el grupo control sano. No se observaron diferencias entre esfuerzo, calculado con la puntuación Zd (eficacia interpretativa) o motivación (proporción W:M) y la ejecución del WCST. Los esquizofrénicos con más respuestas perseverativas tendían a estar empobrecidos en términos de discursos disponibles (EA,

experiencia actual: Suma de respuestas humanas y de respuestas de color) y funcionaban de forma más simplista (Lambda alto) cuando atendían a los detalles del campo estimular. La capacidad y recursos disponibles para planear de manera efectiva la acción con objetivo o la realización efectiva están deteriorados. Señalan los problemas implicados al integrar datos neuropsicológicos con los de personalidad, porque suelen medir campos separados no relacionados. Por ejemplo, para Ilonen et al., (2000) no hay variables del test que muestren una correlación significativa con la inteligencia. Sin embargo, Sendín y García Alba (1995) mencionado en Sendín (2007) plantea una agrupación conjunta de variables ($DQ+ > 4$, $Z_{sum} > 30$; $W > 12$ y $DQ_v = 0$) presentes en el 75% de sujetos con CI superior (media CI = 123).

Zillmer y Perry (1996) encontraron un factor de variables del test que tenían una correlación débil a moderada con el aprendizaje visoespacial y la habilidad de comprensión verbal (actividad organizativa Zf, globales W, movimiento humano M y número de respuestas R).

Ilonen, Mattlar y Salokangas (1997) compararon tres grupos (esquizofrenia, primer episodio de depresión psicótica y primer episodio de depresión no psicótica) en su ejecución en pruebas neuropsicológicas. Entre los tres grupos los pacientes con depresión psicótica responden peor en test neuropsicológicos que los depresivos no psicóticos, pero mejor que los esquizofrénicos. Los grupos depresivos dan un índice DEPI más alto y los que tienen depresión psicótica mostraron también distorsiones perceptivas y trastornos de pensamiento similares a los encontrados en esquizofrénicos. Los pacientes con depresión psicótica, así como los esquizofrénicos, se caracterizaban por la tendencia a un estilo simplificador en el tratamiento de los estímulos y la presencia de estrés situacional.

3.5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Frank (1990) critica el método de cómputo de porcentajes y proporciones porque no facilita la identificación del proceso esquizofrénico. Lo que muestra la investigación es que puede detectarse la esquizofrenia y los estados latente y límite por medio del trastorno de pensamiento del paciente, que muestra asociaciones muy personales, ilógicas y extravagantes. Para este autor, el análisis del pensamiento no se logra midiendo las propiedades formales de la lámina: analizar la respuesta de color, movimiento, sombreado o el nivel formal -el nivel formal bajo parece ser una función del psicoticismo y no de la esquizofrenia per se- sino más en términos de la fenomenología de las respuestas.

Wood, Lilienfeld, Garb y Nezworski (2009) revisan la literatura científica sobre la investigación realizada con el test de Rorschach y su utilidad para el diagnóstico psiquiátrico. Plantean que –con excepción de unas pocas variables como son la forma negativa y las verbalizaciones desviadas, el test muestra poca validez como instrumento diagnóstico. Y a pesar de reconocer la capacidad de estas variables para el grupo diagnóstico de las esquizofrenias, plantean que tiene poco sentido administrarlo cuando se puede acceder a un diagnóstico basado en una entrevista clínica o en información colateral. Lo interesante del artículo es la serie de recomendaciones metodológicas que plantean para las investigaciones que realizan usando el test. En su revisión de la literatura encuentran seis problemas metodológicos importantes y muy extendidos: 1) Comparar los grupos diagnósticos con los datos normativos. 2) Basar los criterios de los diagnósticos en procedimientos distintos a entrevistas clínicas o estructuradas. 3) Blindar a los diagnosticadores completamente de su influencia directa o indirecta en las puntuaciones del test. 4) Blindar a los examinadores y codificadores de las hipótesis de investigación y de los diagnósticos del paciente. 5) Realizar

gran número de test estadísticos sin ajustar adecuadamente el *alfa*. 6) Emplear pruebas paramétricas en lugar de no paramétricas para datos sesgados y muestras pequeñas.

3.5.1. *Fiabilidad y Robustez de la prueba.*

La fiabilidad y robustez de la prueba ha sido sometida a varias series de metaanálisis y artículos de revisión (Acklin, et al., 2000; Garb, Florio y Grove, 1998; Gronnerod, 2003; Gronnerod, 2004; Gronnerod, 2006; Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry y Brunell-Neuleib, 1999; Meyer, 1997; Meyer y Archer, 2001; Meyer y Handler, 1997; Meyer, Mihura y Smith, 2005; Mihura, 2012; Mihura, Meyer, Dumitrascu, Bombel, 2013; Nezworski y Woods, 1995; Parker, 1998; Shontz y Green, 1992; Viglione, 1999; Viglione y Hilsenroth, 2001).

Gronnerod (2004), realizó un metaanálisis de los estudios sobre el cambio terapéutico medido con variables de Rorschach. Examinó más de 600 abstracts para encontrar estudios en los que los participantes estuvieran en psicoterapia, fueran examinados una vez al comienzo por lo menos otra vez durante o después de la psicoterapia, y en los que el Rorschach reflejara cambios desde el nivel base hasta el retest. Del cribado de la bibliografía recopiló 158 estudios de los que 24 cumplían con los criterios del metaanálisis. Utiliza como guía para interpretar las magnitudes del tamaño del efecto, los criterios de bajo $r < .20$, moderado $r = .20$ a $r = .30$, and alto $r > .30$. Las variables que encontró relacionadas con el cambio a lo largo del tiempo fueron el movimiento humano, el total de los contenidos humanos y el sombreado que estaban en el rango $r = .30$ a $r = .34$.

3.5.1.2. Metaanálisis de Mihura et al. (2014)

Los estudios de validación de criterio del Rorschach dan un nuevo aire al test, destacando sus fortalezas y socavando las bases interpretativas de muchas variables que seguían por inercia. Mihura, Meyer, Dumitrascu y Bombel (2013) han realizado un exhaustivo análisis de la validez

de constructo del test, escogiendo 65 de sus principales variables y revisando 53 metaanálisis que las examinan priorizando para determinar la validez de constructo de las variables estudios que contaran con criterios de evaluación externa (puntuación de observadores, diagnósticos psiquiátricos, observaciones conductuales) a criterios de evaluación interna (por ej., autoinformes). La validez media fue de $r = .27$ ($k = 770$) en comparación con la obtenida en 42 metaanálisis que examinaban variables sustentadas en criterios de evaluación interna (por ejemplo, autoinformes) que fue $r = .08$ ($k = 386$). Es un valor modesto, como media, pero hay variables muy potentes en su poder clínico:

Variables que han obtenido un apoyo excelente: M movimiento humano, EA experiencia accesible, Y sombreado difuso, movimiento inanimado, Anatomía y rayos-X, DQ+ calidad evolutiva sintetizada, forma convencional X+%, X-%, XA%, WSUM6, Códigos especiales nivel 2, PTI y constelación suicida.

Variables con buen apoyo: Número de respuestas, Lambda, WSumC, Suma de SH, Y, color acromático, Proporción FC:CF+C, *Complexity*, COP, H puras, Textura, GHR, MOR, reflejos, Actividad Organizativa y populares.

Variables con poco o nulo apoyo: FM, Puntuación D ajustada, Estilo vivencial, espacio blanco, Color puro, movimiento agresivo, Comida, Índice de aislamiento, activo:pasivo, Forma-dimensión, índice Ego, Zd, HVI.

Variables sin evidencias (con ausencia de estudios): Son variables con una frecuencia muy baja de aparición, poco útiles para estudios estadísticos: Movimiento sin forma, estilo ambiguo, estilo rígido, Proyección de color, interés interpersonal, índice de aspiraciones, índice de economía, S-%, índice de intelectualización y OBS.

Este metaanálisis ha sido el punto de partida del nuevo sistema R-PAS (Meyer et al., 2011).

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es encontrar qué factores del test de Rorschach tienen valor para discriminar significativamente a un grupo de esquizofrénicos paranoides de otro grupo heterogéneo de pacientes internos no paranoides; todos ellos pertenecientes a la misma población de pacientes ingresados en una unidad específica para el tratamiento de las psicosis refractarias. Instrumentos como el SZCI (Exner, 1978, 1993) o su posterior desarrollo, el PTI (Exner, 2003), han mostrado su utilidad clínica para señalar rasgos que aparecen en la esquizofrenia como el trastorno de pensamiento y la distorsión de la realidad (Mihura et al. 2013), pero los resultados de la diferenciación entre los subtipos de la esquizofrenia distan mucho de ser concluyente; de hecho ya se ha dejado caer la categoría y no despierta interés en la comunidad científica. Los datos encontrados acerca de la esquizofrenia paranoide a través del Rorschach han sido en general escasos, variables y contradictorios.

La utilización en los últimos años del cómputo de las variables del test de Rorschach en puntajes como el EII (Perry y Viglione, 1991), donde se reúnen diferentes variables en un puntaje total de gravedad, da unos resultados muy contundentes; pero en esta cantidad se pierde calidad, ya que puede valorar la gravedad de la patología con una estimación bruta; pero se pierden discriminaciones más finas que son importantes para este estudio porque ya sabemos que se trata de una población muy grave, en cambio sí nos interesa saber qué distingue al grupo paranoide del grupo no paranoide en cuanto a su percepción del campo

humano y si hay alguna agrupación de variables que le distinga respecto al grupo no paranoide.

¿Y por qué? Contamos con grupo de características bien definidas, hay gravedad en la patología, sintomatología resistente al tratamiento y problemas asociados de tal calibre que han requerido medidas de contención dirigidas a ajustar los tratamientos farmacológicos y encauzar en lo posible proyectos vitales complicadísimos y a la deriva. El interés que me orienta reside en ver si en poblaciones crónicas, que requieren ingresos involuntarios decididos por sus unidades asistenciales de referencia, el test de Rorschach puede aportarnos algo más de información que una puntuación de gravedad del tipo EII (Perry y Viglione, 1991).

Esperemos a ver qué configuración toman los resultados, si los hubiera. Ahmed et al. (2014), al hilo del reciente abandono de los subtipos de la esquizofrenia en el DSM-5 apoyan que se incluya un subtipo de esquizofrenia con síntomas negativos primarios. La cuestión no es nueva ya que distinguir las formas demenciadas de lo paranoide fue lo que motivó el término demencia precoz, ¿qué hay de lo paranoide en la esquizofrenia en esta muestra? ¿Puede aportar algo el Rorschach? Por otra parte, quisiera analizar cómo se comportan algunas variables del Rorschach relativas a la percepción de las figuras humanas y que supuestamente indican empatía, interés por los demás y capacidad para relaciones interpersonales efectivas en esta población y si hay diferencias entre ambos grupos. Para ello se ha elegido algunas variables como la figura humana completa y de buena calidad formal, el movimiento humano bien visto, y los componentes de la proporción HRV (Variable de representación humana, Viglione, Perry, Jansak, Meyer y Exner, 2003) tienen que ver, según indica Sendín (2007), con una adecuada percepción del otro y de uno mismo, basada en datos de la realidad, dato que se refuerza con el código de buena calidad formal. También me gustaría contrastar el sorprendente dato que aportan Levander y Holmqvist (2012) que encuentran en su muestra

evaluada longitudinalmente cinco años después de un primer ingreso “florido”, un indicador de buen pronóstico en las respuestas humanas no adaptadas y distorsionadas, que no son del tipo al que me acababa de referir, sino de las que indican aspectos patológicos (*PHR, M-*). Por último, quiero explorar si a través de una medición de la sintomatología positiva o negativa predominante en el cuadro clínico, a través de un cálculo inspirado en la Escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) de Key, Fiszbein y Opler (1987), adaptada por Peralta y Cuesta (1994), el Rorschach puede diferenciar tipos de respuestas particulares para cada grupo y síndrome predominante en términos de localización, determinantes, contenido y fenómenos especiales.

En los análisis que siguen se encontrarán ausencias importantes como la ausencia de puntuaciones relativas a la atención y la memoria. La evaluación de estos pacientes se realizó a lo largo de cinco años como psicóloga clínica en la UPR (Unidad de Psicosis Refractarias) en el que tuve que ponerme al día sobre la marcha de la evaluación neuropsicológica, sus métodos e instrumentos, lo que supuso que la manera en que se midieron estas variables no fue homogénea para todos los pacientes, ya que los instrumentos de elección fueron variando, y también que las cuestiones a evaluar en cada caso eran diferentes, por lo que al reunir los casos que formaban parte de la muestra de estudio no se pudo contar con medidas uniformes.

4.2. HIPÓTESIS

Los grupos paranoide y no paranoide no se diferencian en sus características socio-demográficas ni en factores asociados como la comorbilidad por abuso de drogas.

4.2.1. Hipótesis 1. Rendimiento intelectual.

Los grupos paranoide y no paranoide no se diferencian en su rendimiento intelectual medido a través de la prueba WAIS-III. Determinado por sus puntuaciones escalares (PE) de

las subescalas y CI de los índices y escalas verbal, manipulativa y total de la prueba: Figuras incompletas, vocabulario, clave de números, semejanzas, cubos, aritmética, matrices, dígitos, historietas, información, comprensión, búsqueda de símbolos, letras y números, índice de Comprensión Verbal, índice de Organización Perceptiva, índice de Memoria de Trabajo, índice de Velocidad de Procesamiento, escala verbal, escala manipulativa y total.

4.2.2. Hipótesis 2. Indicadores clínicos y de funcionamiento.

Los pacientes del grupo no paranoide mostrarán diferencias significativas en los problemas conductuales, de deterioro, clínicos y de funcionamiento asociados a la enfermedad mental con respecto al grupo paranoide en los indicadores medidos a través de la escala HoNOS: 1) problemas conductuales, 2) problemas de deterioro, 3) problemas clínicos, d) problemas sociales y e) puntuación total HoNOS.

4.2.3. Hipótesis 3. Indicadores de Rorschach

Hipótesis 3.1. El subtipo paranoide en Rorschach.

Los esquizofrénicos paranoides, como grupo, responderán en el test de forma significativamente diferente de los pacientes del grupo no paranoide, determinado por variables específicas en la localización, determinantes, contenido y fenómenos especiales de las respuestas.

Hipótesis 3.2. Los contenidos humanos.

Los esquizofrénicos paranoides mostrarán en el test de Rorschach un interés interpersonal significativamente diferente al que muestra el grupo no paranoide, detectado a través de las siguientes variables:

H+: Percepción de *figuras humanas completas con calidad formal ordinaria*. Interés adecuado por las personas del entorno.

M+: Respuestas de *movimiento humano de calidad formal ordinaria*. Señalan capacidad de empatía.

GHR: *Buenas respuestas de representación humana*. Señala la percepción de la interacción humana de forma positiva y sana.

PHR: *Pobres respuestas de representación humana*. Señala la percepción de la interacción humana de forma negativa y problemática.

GHR-PHR: *Índice de Representación humana*. Estimación de la efectividad de las relaciones interpersonales.

Hipótesis 3.3. El subtipo paranoide y el predominio de síntomas positivos y negativos.

Los esquizofrénicos paranoides, como grupo, responderán en el test de forma significativamente diferente de los pacientes del grupo no paranoide, determinado por variables diferenciadas de la localización, determinantes, contenido y fenómenos especiales de según sea el predominio de la sintomatología positiva o negativa de su cuadro clínico, determinado en dos situaciones:

3.3.1. Predominio de síntomas positivos ($SIMTOPOS \geq 2$): Si el resultado de la resta de los síntomas positivos menos los síntomas negativos es igual o mayor que 2.

3.3.2. Predominio síntomas negativos ($SIMTONEG \leq -2$) Si el predominio de la resta de los síntomas positivos menos los síntomas negativos es igual o inferior que -2.

5. METODOLOGIA

5.1. MUESTRA

Este estudio comparativo ha contado con la participación de 62 personas, 51 hombres (82,25%) y 11 mujeres (13,41%), con una edad media de 29,6 años y un rango comprendido entre los 18 y 52 años. Todos los participantes estaban ingresados en la Unidad de Psicosis Refractarias del Hospital Psiquiátrico de Álava, perteneciente a Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. La Unidad de Psicosis Refractarias (UPR) está orientada al tratamiento rehabilitador de pacientes que se han mostrado refractarios a los tratamientos terapéuticos actuales y les ofrece cuidados intensivos durante un tiempo limitado. Estos cuidados se integran en un proyecto terapéutico a largo plazo, con el objetivo de permitir que el paciente retorne a la comunidad o por lo menos, al servicio de origen una vez mejorada su situación (Alonso, Ramírez, Ortiz de Zárate, Lizalde, Grive y Aizpuru, 2005). En la UPR, el proceso de ingreso se realiza desde el servicio referente del paciente, que determina la necesidad de control y seguimiento más estrictos y realiza una propuesta de internamiento a la Comisión de Ingresos y Seguimiento de la UPR, donde se valora su idoneidad para el ingreso en la unidad, según los criterios establecidos y que son los siguientes: *Criterios de admisión*: diagnóstico de esquizofrenia y trastornos esquizofreniformes, trastorno de ideas delirantes persistentes, trastorno bipolar, patología dual (psicosis esquizofrénicas o psicosis afectivas con abuso de sustancias), *Criterios de exclusión*: trastorno disocial de la personalidad, adolescentes y menores de 18 años, trastorno del comportamiento cuya causa sea de patología orgánica, pacientes con diagnóstico principal de drogodependencia actual, pacientes que están sentenciados, condenados o sometidos a condena penal, pacientes voluntarios, pacientes con retraso mental añadido, pacientes con ingreso urgente de carácter judicial.

En cuanto a los *criterios de inclusión* en el estudio, estos han sido: a) pacientes ingresados en la Unidad de Psicosis Refractarias, b) los participantes aceptan participar en el estudio a través del permiso que voluntariamente suscriben para participar en los estudios e investigaciones que se realizan en la Unidad de Psicosis Refractarias; y en cuanto a los *criterios de exclusión* del estudio son: a) la negativa del paciente a participar, y b) estado físico o mental que imposibilita la evaluación.

5.2. VARIABLES

5.2.1. Variables socio-demográficas.

A fin de poder estimar la homogeneidad de los dos grupos en las variables socio-demográficas y clínicas que les definen, fueron comparados con dos estadísticos de contraste: la prueba chi-cuadrado y la T para muestras independientes. En el caso de esta última prueba, con anterioridad se aplicó la prueba de Levene para establecer la igualdad de las varianzas. Los resultados aparecen a continuación, ver Tabla 4.

Tabla 4. Datos socio-demográficos de la muestra del estudio

	Fr	%	Media	DE	X ²	p	T	p
Género					.263	.452		
No Paranoides	30							
Hombre	24	80						
Mujer	6	20						
Paranoides	32							
Hombre	27	84.4						
Mujer	5	15.6						
Edad cronológica							.730	.468
No Paranoides	30		30.43	8.71				
Paranoides	32		28.94	7.40				
Años de estudio							.606	.547
No Paranoides	30		10.13	3.37				
Paranoides	32		9.66	2.82				
Edad inicio de enfermedad							.546	.587
No Paranoides	30		20.67	8.23				
Paranoides	32		19.78	3.92				
Años desde inicio de enfermedad							-.12	.990
No Paranoides	30		9.13	8.20				
Paranoides	32		9.16	6.47				
Comorbilidad por drogas					.041	.523		
No Paranoides								
No	12	40						
Sí	18	60						
Paranoides								
No	12	37.5						
Sí	20	62.5						
Problemas legales					.931	.572		
No paranoides								
No	20	66.7						
Sí	10	33.3						
Paranoides								
No	21	65.6						
Sí	11	34.4						

Con el fin de establecer el nivel de homogeneidad de los dos grupos y de los diferentes subgrupos antes de la realización de las pruebas estadísticas, se aplicaron diferentes estadísticos de contraste.

En primer lugar, en el caso de variables discretas, como la del género, y la comorbilidad por abuso de drogas, se aplicó la prueba chi-cuadrado con el fin de establecer si las frecuencias y porcentajes de las categorías que definen esas tres variables, se distribuyen de forma homogénea en los dos grupos analizados. Como puede observarse en la Tabla 4, y en lo referente a la variable género, no se apreció diferencias estadísticamente significativas ($X^2(1) = .263, p = .452$). Tanto en el grupo de participantes con la etiqueta “no paranoide”, como en la de los del grupo denominado “paranoide”, predomina el porcentaje de personas de sexo masculino: 80% (no paranoide) versus 84,4% (paranoide). De igual manera, no se apreció diferencias significativas a nivel estadístico en la variable “comorbilidad por abuso de drogas” ($X^2(1) = .041, p = .523$). En el subgrupo de personas etiquetadas como “no paranoide”, el 40% no puntuó en esta variable, frente al 37,5% del grupo paranoide. Tampoco se apreció diferencias significativas a nivel estadístico en la variable “problemas legales” ($X^2(1) = .931, p = .572$). En el subgrupo de personas etiquetadas como “no paranoide”, el 66,7% no puntuó en esta variable, frente al 65,6% del grupo paranoide.

Del otro grupo de variables sociodemográficas y clínicas de naturaleza cuantitativa se compararon los resultados de los dos grupos de sujetos mediante la prueba estadística T para muestras independientes, considerando $p < 0,05$ como nivel de significación. Previamente, se realizó la prueba de Levene de igualdad de varianzas con el objetivo de seleccionar el estadístico y los grados de libertad adecuados, según correspondiera en cada caso la asunción o no de varianzas iguales entre los grupos.

Respecto a la prueba de igualdad de varianzas, estos fueron los resultados en las variables analizadas: edad cronológica ($F = .546, p = .463$), años de estudio ($F = .802, p = .374$), edad inicio

de la enfermedad ($F=3.89$, $p=.374$) y años de edad de inicio de la enfermedad ($F=.701$, $p=.406$). Una vez demostrada la igualdad de las varianzas, se procedió a la aplicación de la prueba T. En primer lugar, en lo relacionado con la edad cronológica en el momento de la evaluación, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas. La edad media en el momento del estudio fue de 30.43 años en las personas del grupo no paranoide y de 28.94 años en el grupo paranoide.

La inexistencia de diferencias estadísticamente significativas también sucede en la variable años de estudio, en donde observamos que en el grupo de participantes no paranoide fue de 10.13 años frente a 9.66 años del grupo paranoide; en la variable edad de inicio de la enfermedad, con una media en años de 20,67 en el grupo no paranoide frente a 19.78; por último, los años desde el inicio de la enfermedad fueron de 9.13 en el grupo paranoide frente a 9.16 en el grupo paranoide.

La demostración de que en las variables citadas no se aprecian diferencias estadísticamente significativas es el paso previo para los análisis que a continuación se exponen.

Grupo no paranoide: $N=30$

- a) Género: 24 hombres (80%) 6 mujeres (20%).
- b) Edad: Media=30,4 años $D=8.71$. El rango está comprendido entre 18 y 52 años.
- c) Años de estudio: Media=10,13 $DT=3.37$. El rango está comprendido entre 6 y 20 años.

Dos pacientes eran licenciados universitarios, 13 no habían conseguido acabar los estudios primarios. La distribución de los años de estudio en este grupo puede apreciarse en la Tabla 5.

Tabla 5. Grupo no paranoide. Años de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 6	3	10,0
7	2	6,7
8	7	23,3
9	3	10,0
10	4	13,3
11	2	6,7
12	4	13,3
13	2	6,7
14	1	3,3
19	1	3,3
20	1	3,3
Total	30	100,0

Grupo paranoide: N=32

a) Género: 27 hombres (84,4%) 5 mujeres (15,6%).

b) Edad: Media=28,94 DT=7.40. El rango de edad está comprendido entre los 18 y 49 años.

b) Años de estudio: Media=9,66 DT=2,82. El rango está comprendido entre los 5 y 18 años.

Ninguno contaba con estudios universitarios, 11 de ellos no habían conseguido acabar los estudios primarios. La distribución de esta variable aparece en la Tabla 6.

Tabla 6. Grupo paranoide. Años de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 5	1	3,1
6	1	3,1
7	4	12,5
8	7	21,9
9	3	9,4
10	8	25,0
11	2	6,3
12	3	9,4
14	1	3,1
17	1	3,1
18	1	3,1
Total	32	100,0

5.2.2. Variables clínicas.

5.2.2.1. Diagnóstico.

Los diagnósticos fueron establecidos por el psiquiatra referente de cada paciente según criterios diagnósticos del *CIE-10.Trastornos Mentales y del Comportamiento* (Organización Mundial de la Salud, 1992). Sobre este diagnóstico se establece la pertenencia a cada grupo.

Grupo no paranoide: Este grupo se define porque su diagnóstico principal **no** es el de esquizofrenia paranoide. Este grupo está compuesto por 30 personas. Las frecuencias de los diagnósticos y porcentajes de este grupo se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Grupo no paranoide. Diagnóstico principal según CIE-10

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
F20.1 esquizofrenia hebefrénica	5	16,7
F20.6 esquizofrenia simple	2	6,7
F20.3 esquizofrenia indiferenciada	9	30,0
F23.3 otro trastorno psicótico agudo con predominio ideas delirantes	1	3,3
F31.2 trastorno bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos	3	10,0
F31.1 trastorno bipolar episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos	1	3,3
F84.5 Síndrome de Asperger	1	3,3
F60.2 trastorno disocial de la personalidad	1	3,3
F42.2 trastorno obsesivo compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos	1	3,3
F61.0 trastorno mixto de la personalidad	1	3,3
F31.5 trastorno bipolar episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos	1	3,3
F22.0 trastorno ideas delirantes persistentes	2	6,7
F23.2 trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	1	3,3
F25.0 trastorno esquizoafectivo tipo maniaco	1	3,3
Total	30	100,0

Se trata de un grupo heterogéneo compuesto en su mayoría por esquizofrénicos N=16 (53,3%). En la composición de este grupo se ve que en su mayoría tienen trastornos del grupo de los trastornos psicóticos, N=21 (70%). Respecto a otros agrupamientos diagnósticos, hay

5 personas con trastornos de tipo afectivo (16,6%), dos personas (6,6%) con trastornos de personalidad, una persona (3,3%) con trastorno de síndrome de Asperger y una persona (3,3%) con trastorno obsesivo compulsivo.

Grupo paranoide:

Está formado por 32 sujetos. Es el grupo compuesto por los pacientes con diagnóstico principal *F20.0 Esquizofrenia Paranoide*, según los criterios del CIE-10 (OMS, 1992), que se exponen a continuación.

Esquizofrenia: Criterios generales: Presencia de un síntoma muy evidente (o dos como mínimo si lo son menos), de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

- a) Eco, robo, la inserción del pensamiento o la difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, que se refieren al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones, sensaciones concretas y la percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el paciente. También incluye voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes no adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles (identidad religiosa o política, o capacidad y poderes sobrehumanos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, acompañadas de ideas delirantes no estructuradas, fugaces, sin contenido claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o que se presentan con mucha frecuencia.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, ocasionando un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas negativos tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (habitualmente retraimiento social y disminución de la competencia social) y que no se deben a depresión o a la medicación neuroléptica.

i) Un cambio en la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal (pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y el aislamiento social).

Subtipo paranoide: La pauta diagnóstica indica que se deben satisfacer las pautas generales para la esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones y las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos. Las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser de cualquier tipo, pero las más características son las de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

5.2.2.2. Comorbilidad por abuso de drogas.

Esta variable se define por la presencia en la historia clínica de un diagnóstico secundario y vigente (relacionado directa o indirectamente con las circunstancias de ingreso) de un trastorno perteneciente al grupo *F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas*. Esta variable se distribuye entre los grupos de esta manera (no = no comorbilidad por de abuso drogas, sí = comorbilidad por abuso de drogas):

Grupo no paranoide: no = 12 (40%), sí = 18 (60%)

Grupo no paranoide: no = 12 (37,5%), sí = 20 (62,5%)

Tan solo resaltar que esta variable afecta de forma homogénea a los dos grupos bajo estudio, tal como se ha mencionado anteriormente al comentar los resultados de la Tabla 4.

5.2.2.3. Edad del sujeto al inicio de la enfermedad.

En el grupo *no paranoide* la edad media de inicio de la enfermedad es a los 20,6 años, (DT=8,23) con un rango entre 5 y 51 años. La edad más frecuentes de inicio de la enfermedad en este grupo es a los 18 años (4 sujetos) y a los 19 (4 sujetos). La distribución de frecuencias y porcentajes de esta variable se recoge en la Tabla 8.

Tabla 8. Grupo no paranoide. Edad del sujeto al inicio de la enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	5	1	3,3
	6	1	3,3
	15	1	3,3
	16	3	10,0
	17	3	10,0
	18	4	13,3
	19	4	13,3
	20	3	10,0
	21	1	3,3
	22	2	6,7
	24	1	3,3
	28	1	3,3
	29	3	10,0
	32	1	3,3
	51	1	3,3
	Total	30	100,0

En el grupo paranoide, la edad media de inicio de la enfermedad es a los 19,7 años (DT=3,92) con un rango entre 13 y 32 años. La edad de inicio más frecuente es a los 17 años (9 sujetos), como puede verse en la Tabla 9.

Tabla 9. Grupo paranoide. Edad del sujeto al inicio de la enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	13	1	3,1
	15	1	3,1
	16	2	6,3
	17	9	28,1
	18	2	6,3
	19	1	3,1
	20	4	12,5
	21	3	9,4
	22	3	9,4
	23	1	3,1
	24	1	3,1
	25	2	6,3
	27	1	3,1
	32	1	3,1
	Total	32	100,0

5.2.2.4. Años transcurridos desde el inicio de la enfermedad.

Esta variable se define como los años transcurridos desde la primera manifestación del diagnóstico principal (o trastorno psiquiátrico grave en la infancia). La muestra de paranoides y la de no paranoides no se diferencian apenas en esta variable. Si tomamos en cuenta el valor medio de los dos grupos, ambos pueden considerarse crónicos, pero como se aprecia hay mucha variabilidad en los resultados de ambos grupos.

Grupo no paranoide: Media 9.13 D.T= 8,20. Rango (1-34). La Tabla 10 muestra los años transcurridos desde el inicio de la enfermedad del grupo no paranoide.

Tabla 10. Grupo no paranoide. Años transcurridos desde el inicio de la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 1	2	6,7
2	4	13,3
3	2	6,7
4	2	6,7
5	2	6,7
6	3	10,0
7	1	3,3
8	4	13,3
11	1	3,3
12	1	3,3
13	2	6,7
14	1	3,3
15	1	3,3
19	1	3,3
22	1	3,3
30	1	3,3
34	1	3,3
Total	30	100,0

Grupo paranoide: Media= 9.16 años D.T= 6.47 Rango (1-26). La Tabla 11 muestra los años transcurridos desde el inicio de la enfermedad en este grupo.

Tabla 11. Grupo paranoide. Años transcurridos desde el inicio de la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 1	1	3,1
3	5	15,6
4	2	6,3
5	4	12,5
6	1	3,1
7	6	18,8
10	4	12,5
12	1	3,1
15	2	6,3
16	3	9,4
19	1	3,1
26	2	6,3
Total	32	100,0

5.2.2.5. Problemas legales.

Esta variable se define por la presencia en la historia clínica o directamente relacionado con el motivo del ingreso de problemas legales por agresiones, amenazas, independientemente de que hayan ocurrido en el pasado. Esta variable se distribuye entre los grupos de esta manera (no = no comorbilidad con problemas legales , sí = comorbilidad por abuso de drogas):

Grupo no paranoide: NO = 12 (40%), SÍ = 18 (60%)

Grupo no paranoide: NO = 12 (37,5%), SÍ = 20 (62,5%)

Esta variable afecta de forma homogénea a los dos grupos bajo estudio, tal como se ha mencionado anteriormente al comentar los resultados de la Tabla 4.

5.3. INSTRUMENTOS

5.3.1. Socio-demográficos.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica de cada paciente. Se realizó un vaciado de datos en una ficha cuyo modelo que se presenta en el Apéndice 1.

5.3.2. Clínicos.

La clasificación diagnóstica empleada sigue los criterios del CIE-10 (OMS, 1992). Es un sistema de clasificación o nomenclatura de los trastornos mentales. Es un sistema de categorías a las cuales se asignan las enfermedades de acuerdo con criterios establecidos. El propósito de esta clasificación es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

5.3.3. *Psicométricos.*

5.3.3.1. Rendimiento intelectual.

El rendimiento intelectual se midió con Escala Wechsler de Evaluación de la Inteligencia para Adultos (WAIS-III), traducida y adaptada por TEA Ediciones, S.A. La denominación actual corresponde a la prueba creada por David Weschler en 1955; aunque su primera versión data de 1939 con el nombre de Wechsler-Bellevue Intelligence Test. La prueba tiene por objetivo medir la inteligencia del adulto. Se puede administrar a individuos con edades comprendidas entre 16 y 89 años. Su forma de administración es individual y el tiempo de aplicación estimado es de unos 90 minutos aproximadamente.

La prueba comprende 14 subtest: 1) Figuras incompletas 2) Vocabulario 3) Clave de números, 4) Semejanzas, 5) Cubos, 6) Aritmética, 7) Matrices, 8) Dígitos, 9) Historietas, 10) Información, 11) Comprensión, 12) Búsqueda de símbolos, 13) Letras y números y 14) Rompecabezas (subtest opcional). Cada prueba tiene su propia consigna, así como su modo particular de corrección para lo que hay que tener en cuenta los criterios de comienzo y terminación de las pruebas, las reglas de retorno o aplicación inversa, el control del tiempo, la repetición de elementos y qué preguntas se le permiten al examinador.

Las puntuaciones directas de cada subtest se transforman en puntuaciones escalares y a partir de ellas se derivan las puntuaciones compuestas: los 3 cocientes intelectuales y los cuatro índices: El cociente intelectual (CI) verbal, el CI manipulativo y el CI total. Los índices son Comprensión Verbal, Organización Perceptiva, Memoria de Trabajo y Velocidad de Proceso. La prueba permite obtener, a partir de los puntajes transformados o puntuaciones escalares (PE) los CI Verbal, CI Manipulativo y CI Total, y cuatro Puntajes de Índices, basados en factores: Índice de Comprensión Verbal , Índice de Organización Perceptiva , Índice de Memoria de Trabajo e Índice de Velocidad de Procesamiento.

Material: El material necesario para su administración consta de: a) El Manual Técnico, que recoge toda la información estadística relevante; b) El manual de aplicación y corrección: recoge las instrucciones de aplicación y puntuación de las 14 pruebas; c) El cuaderno de elementos, que incluye en sus páginas ilustraciones de los elementos de Figuras incompletas, Cubos y Matrices; d) El cuadernillo de anotación, donde se recogen las respuestas del sujeto a las diferentes pruebas, sus puntuaciones y los cálculos para la obtención de puntuaciones escalares y compuestas; e) Un sobre con las tarjetas de vocabulario; f) Juego de Rompecabezas: incluye una pantalla y cinco cajas con las piezas; g) Caja con cubos: contiene 9 cubos blancos y rojos; h) Plantilla de corrección para las pruebas de Clave de números y Búsqueda de símbolos; i) Caja de historietas: contiene las tarjetas de las viñetas de los ítems de la prueba.

Propiedades psicométricas: Se han tomado los datos del *WAIS-III Manual Técnico*. (Seisdedos et al., 1997). *Estabilidad Test-retest:* Coeficientes de estabilidad del WAIS III en muestras americanas. Figuras incompletas= 0,79 Vocabulario= 0,94 Clave de números= 0,84 Semejanzas= 0,88 Cubos= 0,88 Aritmética= 0,87 Matrices= 0,75 Dígitos= 0,83 Historietas= 0,73 Información= 0,94 Comprensión= 0,81 Búsqueda de símbolos= 0,82 Letras y números= 0,78 Índice de Comprensión Verbal= 0,95 Índice de Organización Perceptiva= 0,88 Índice de Memoria de Trabajo= 0,90 Índice de Velocidad de Procesamiento= 0,90 CI Verbal= 0,96 CI Manipulativo= 0,90 y CI Total= 0,96. Sobre el acuerdo entre aplicadores, los estudios originales indican un coeficiente de correlación general superior a 0,90 en muestras americanas (Seisdedos et al., 1999). En lo relativo a la validez de contenido, se muestran las correlaciones con el Stanford-Binet, 4ª edición (SB-IV de R.L. Thorndike et al. 1986). Aritmética= .51 Dígitos= .48 Índice de

Comprensión Verbal= .85 Índice de Organización Perceptiva= .86 Índice de Velocidad de Procesamiento= .07 CI Verbal= .78 CI Manipulativo= .89 y CI Total= .88.

5.3.3.2. Problemas clínicos y de funcionamiento.

Los problemas clínicos y de funcionamiento se midieron a través de la escala HoNOS, de Wing, Curtis y Beevor (1996) en la adaptación española de Uriarte et al. (1999). La escala se presenta en el Apéndice 2. Es una escala clínica que evalúa el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. Es utilizable por profesionales de la salud mental de forma rutinaria y en un contexto clínico. Está dirigida a la población de personas con un trastorno mental. El tiempo de administración es de 5 a 15 minutos. Para cumplimentar las escalas se requiere un entrenamiento en su uso y se rellenan haciendo uso de toda la información que esté al alcance del clínico.

Cada escala se puntúa en un rango de gravedad de 0 (sin problema) a 4 (problema grave). La puntuación máxima es de 48. A mayor puntuación, mayor gravedad de los problemas. El momento de aplicación es variable y flexible, permite evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento y seguimiento. Consta de 12 escalas que cubren un área psicosocial amplia: 1) Conducta agresiva e hiperactividad, 2) conducta auto-agresiva, 3) uso de sustancias, 4) cognición, 5) salud física, 6) alucinaciones e ideas delirantes, 7) depresión, 8) otros síntomas mentales, 9) relaciones sociales, 10) funcionamiento general, 11) problema de residencia, 12) problemas ocupacionales.

La escala ofrece adecuadas propiedades psicométricas: Wing et. al. (1996) aportan datos de la fiabilidad test-retest en términos de coeficientes de correlación intraclass para los ítem, con valores que oscilan entre 0.74 y 0.88, excepto en la subescala agresión que fue 0.61. Se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre algunas escalas HoNOS y algunos ítems de la BPRS (*Brief Psychotic Rating Scale*): La escala de agresión correlaciona de forma significativa con el ítem de hostilidad de la BPRS (0.87); la escala de autolesiones

con la de suicidio BPRS (0.97); la escala de cognición con la desorientación de la BPRS (0.84); la escala de alucinaciones e ideas delirantes con la de alucinaciones de la BPRS (0.88); la escala de sintomatología depresiva con el ítem de depresión de la BPRS (0.91); y la escala de otros problemas con los ítems de tensión y ansiedad de la BPRS (0.51 y 0.49, respectivamente).

5.3.3.3. Test de Rorschach.

Es una prueba de tipo proyectivo. Puede aplicarse a niños y a adultos. Mide diferentes aspectos de la personalidad a través del análisis de las respuestas que da el sujeto en el test.

Material: Se emplearon las láminas oficiales del test, editadas por Verlag, Hans Huber AG; Bern (1994), reimpresión de las láminas originales de 1921. El juego de láminas está formado por 10 láminas de cartón duro de color blanco, satinadas; miden 18 x 21,5 cm. Hay cinco láminas acromáticas, en tonos grises y negros (Láminas I, IV, V, VI y VII), dos combinan zonas de grises-negro y rojo (Láminas II y III) y las tres últimas son policromáticas (VIII, IX y X). No hay tiempo prefijado para la administración. El sistema de administración, registro y codificación se hizo según las indicaciones del Sistema Comprehensivo de Exner (1994). Sobre la propiedades psicométricas, fiabilidad interjueces $k = .79$ y $.88$ (Aklin et al., 2000). Mihura, Meyer, Dumitrascu y Bombel, (2013) aportan un criterio de validez externa revisando 53 metaanálisis y 65 variables del Sistema Comprehensivo, encuentran ($r = .37$ $k = 770$).

5.3.3.4. Cálculo de los síntomas positivos y negativos.

Variable síntomas positivos y negativos: Se tomaron como fuentes la entrevista, los informes de ingreso y evolutivos; según el siguiente baremo: 1=Moderado, 2= Moderado grave, 3=grave, 4 = extremo. Las dos condiciones se adjudicaron mediante los siguientes puntos de corte:

Predominio síntomas positivos: síntomas positivos – síntomas negativos ≥ 2

Predominio síntomas negativos: síntomas positivos – síntomas negativos ≤ -2

La medición de los síntomas positivos y negativos se calculó con una adaptación de la escala PANSS con las siguientes modificaciones: (a) en la entrevista no se preguntó específicamente por síntomas si no se mencionaban en el relato. La entrevista se completó con la lectura de las circunstancias de ingreso, según informes de ingreso, cubriendo un periodo temporal aproximado entre 1 y 3 meses anteriores a la evaluación. (b) La autora de este trabajo no ha recibido formación específica para la aplicación de la escala PANSS. (c) se aplicó una recodificación de los ítems de la PANSS, de la siguiente manera: 1=moderado, 2=moderado-grave, 3=grave, y 4=extremo. Las categorías y su detalle se presentan en el Apéndice 5: “Versión de la escala PANSS adaptada con especificación de gravedad para el cálculo de síntomas positivos y negativos”.

La escala de los síndromes positivo y negativo (*The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS*) fue desarrollada por Kay et al. 1987; está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) de Overall y Gorham (1982), muchos de cuyos ítems contiene. La validación española corrió a cargo de Peralta y Cuesta (1994). La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por cuatro subescalas: la *positiva* (PANSS-P) de 7 ítems, la *negativa* (PANSS-N) también de 7 y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems y la cuarta escala, la llamada *compuesta* (PANSS-C), resulta de restar la puntuación de la escala negativa a la de la positiva. Se ha empleado el formato de escala tipo compuesta, se le denomina *criterio restrictivo*, más adecuado para investigación.

En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales. Esta parte no debe estar dirigida por el entrevistador y posteriormente se pregunta los posibles síntomas que han sido expuestos. Luego se indaga sobre posibles síntomas evaluados en la PANSS para valorar su existencia y severidad. La

parte final se debe focalizar en aquellas áreas en las que el paciente se muestra a la defensiva o ambivalente, tratando de establecer cierta confrontación para valorar la repercusión de esta actitud en la organización conceptual del paciente. El tiempo explorado debe ser la semana anterior a la entrevista. Su aplicación requiere unos 30-40 minutos. *Propiedades psicométricas*: Peralta y Cuesta (1994), obtienen una fiabilidad interobservador de (.31) a (.93); las escalas positiva y negativa tienen buena fiabilidad, entre (.71) y (.80) respectivamente, mientras que la de la escala de psicopatología general es más moderada (.56); la relación de la escala positiva vs negativa es excelente ($k = .87$). La consistencia interna medida con el índice α de Crombach y la correlación ítem-total, la escala positiva es moderada ($\alpha = .62$), la negativa es muy elevada ($\alpha = .92$) y la escala de psicopatología general es moderada ($\alpha = .55$). *Validez de constructo*: Las escalas positiva y negativa no correlacionan entre sí ($r = .09$, ns) por tanto, son independientes y representan dos constructos diferenciados.

5.4. PROCEDIMIENTO

La evaluación de los sujetos del estudio se realizó en el marco de mi trabajo como psicóloga clínica de la Unidad de Psicosis Refractarias que implicaba la realización de diagnóstico, evaluación y tratamiento psicológico de los pacientes ingresados; así como la elaboración de informes psicodiagnósticos de asesoramiento al equipo asistencial en temas de diagnóstico, orientación vocacional y/o laboral, tratamiento de expedientes de tramitación de minusvalías, incapacitaciones, curatelas, etc. Los pacientes que participaron habían firmado su aceptación para trasladar sus datos con fines de investigación realizados en el marco de la Unidad de Psicosis Refractarias. Esta documentación obra en poder del Hospital Psiquiátrico de Álava. Además, se cursó un escrito solicitando permiso tanto al Jefe de la Unidad de Psicosis

Refractarias como al Director Médico del hospital para la revisión de historias clínicas de los pacientes de esta investigación, que fue concedido por ambos.

El momento de evaluación era variable, dependiendo del estado del paciente. En general, las evaluaciones se efectuaron a partir de la tercera semana de ingreso, cuando se encontraban más habituados a la rutina de la unidad y se habían estabilizado la sintomatología y las eventuales reacciones ante los cambios y/o primeros ajustes de la medicación. No se ha controlado la medicación en este estudio. Exner (1994) aconseja posponer el examen de sujetos en circunstancias especiales ya que las respuestas estarán francamente alteradas (como es el caso aquí, puesto que muchos sujetos son ingresados de manera involuntaria y en estados alterados de conciencia). Las tareas de administración de pruebas, recogida de datos, codificación de las pruebas fueron realizadas por la autora de este estudio. Los casos elegidos son aquellos en los que se empleó el Rorschach para el proceso de evaluación. El proceso de psicodiagnóstico no era estándar, ni se empleaban siempre los mismos instrumentos de evaluación.

Las sesiones de evaluación con el paciente se planificaban a los largo de unas cuatro o cinco sesiones de unos 120 minutos cada una, con descansos de unos 5-15 minutos cada hora aproximadamente, coincidiendo con el final de una prueba o del estado del paciente; exceptuando el Rorschach, que nunca se interrumpió. La primera sesión consistía en una entrevista clínica semi-estructurada en la que se explicaba el motivo de la evaluación y se exploraba el estado psicopatológico del paciente. En el Apéndice 6 se desglosan los temas que estructuraban la entrevista. La primera pregunta era pedirle que explicara las circunstancias que habían conducido a este ingreso hospitalario. Las notas tomadas en la entrevista quedaban recogidas en la historia clínica. Al final de la entrevista se establecía un plan horario para la administración de las pruebas. La administración del Rorschach ocupó siempre el primer lugar dentro de la batería de pruebas elegida para cada paciente. La siguiente prueba a realizar fue

el WAIS –III y después el resto de la batería adecuada al caso. La consigna de administración era siempre la misma y se decía mientras se entregaba en mano la lámina I al participante: *“Ahora te voy a enseñar una serie de láminas, quiero que me digas a qué se parecen”*. Se animó a dar más respuestas si el sujeto sólo daba una respuesta a la primera lámina. Durante la administración se restringieron al mínimo imprescindible los comentarios por parte de la examinadora; solo responder si se le preguntaba alguna opinión y respondiendo neutralmente, respuestas del tipo *“como quieras”*, *“sí, es una mancha; pero ¿a qué se parece?”*, *“la gente ve todo tipo de cosas”*; se difirieron preguntas más complejas hasta el final de la administración. El registro de los protocolos se hizo a mano, textualmente, sin apoyo de registro sonoro. Después de la fase de aplicación, se pasó la encuesta, según indicaciones propuestas en el Sistema Comprensivo (SC), explicando al sujeto que era para ayudar a la examinadora a ver las respuestas tal como él (o ella) las había visto. Como apoyo en la codificación, me ayudé del programa informático *RAP3-Virtual Psychology Rorschach Assistance Program*, que sigue los criterios del SC.

Este estudio cuenta con varias limitaciones, alguna de calado, la primera y más importante, es que este no es un estudio a ciegas y como ya se ha mencionado, la autora ha participado en todas las fases del trabajo, siendo quien ha evaluado a los sujetos, administrado las pruebas, las ha corregido y realizado la introducción y aplicación de los estadísticos. No solo están los problemas de querer ver lo que no hay, sino que también el autor queda ciego a sus propios errores por desconocimiento y sería muy deseable poder contrastar estos resultados. Por otra parte, no puedo más que plantearlo, reconocerlo y pedir disculpas por los posibles errores cometidos, pero no se encontró otra manera de llevar adelante este trabajo. Los resultados están abiertos a la comunidad científica por si alguien tiene a bien replicarlos. Creo que es imprescindible contar con más examinadores y codificadores para este tipo de estudios. Como entrenamiento en el juicio clínico creo que el Rorschach es impagable, porque permite a los

clínicos, cuando lo realizan en calidad de examinandos una fuente diferente de conocimiento personal, y como practicantes aporta un conocimiento transversal de la psicología clínica muy provechoso, ya que hoy en día el proceso de validación de las variables del test exige la contrastación empírica de sus supuestos y en ese proceso el test se fortalece (Gronnerod, 2004). Me apena que no despierte más interés solo porque sea viejo.

5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.

La investigación está diseñada como un análisis comparativo entre grupos de sujetos con patología psiquiátrica ingresados con y sin esquizofrenia paranoide, a partir de una muestra con valores similares en sexo, edad y otros datos socio-demográficos y clínicos y de rendimiento intelectual para el contraste de las variables a estudio.

Con el fin de poder verificar las hipótesis formuladas se aplicaron diferentes análisis estadísticos. En primer lugar, para la descripción de las variables discretas se han aplicado frecuencias y porcentajes. Para la descripción de las variables continuas, se han utilizado medias y desviaciones estándar (DE) y, en el caso, de variables que no se distribuyen con normalidad, la prueba de la mediana.

En segundo lugar, y con el fin de establecer el grado de ajuste de la distribución normal en cada una de las variables analizadas se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se toma como referencia $p > .05$ para identificar aquellas variables que no siguen una distribución normal y transformarlas en su caso a puntuaciones Z (Media= 0 y DE=1).

En tercer lugar, se estableció la homogeneidad de los dos grupos mediante diferentes pruebas. En el caso de las variables discretas, con la prueba chi-cuadrado. En el caso de las variables continuas, con la prueba de Levene de igualdad de varianzas con objeto de seleccionar el estadístico y los grados de libertad.

En cuarto lugar, con el fin de establecer la existencia de diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba chi-cuadrado para variables discretas y la T para muestras independientes para variables continuas. En el caso, de distribuciones no paramétricas, se aplicó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney.

En quinto lugar, se realizó un análisis de la función discriminante con el objetivo de comprobar qué variables son las que diferenciaban a cada uno de los dos grupos. A través del análisis discriminante se puede estudiar las combinaciones de las variables independientes que mejor discriminan las puntuaciones en la variable dependiente (la identificación de las personas a su grupo de referencia: no paranoide versus paranoide). Mediante el análisis discriminante se pretende realizar una clasificación de los pacientes a partir de las combinaciones lineales del conjunto de variables predictoras que reciben el nombre de funciones discriminantes. El número de funciones discriminantes posibles depende del número de grupos de la variable dependiente y del número de variables discriminantes incluidas en el análisis. El número máximo de funciones discriminantes es igual a una unidad menos del número de variables predictoras, o bien, a una unidad menos del número de grupos de la variable predicha.

En todos los análisis inferenciales citados se tomó $p < .05$ para aceptar las hipótesis. Para todos los análisis se hizo uso del programa estadístico SPSS versión 20.

6. RESULTADOS

La exposición de resultados se estructurará siguiendo la enumeración de los objetivos e hipótesis de este estudio. Los análisis detallados en el apartado de variables sociodemográficas (véase Tabla 4 y comentario posterior) permitieron establecer que no existen diferencias significativas entre el grupo paranoide y el no paranoide en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas de: género, edad cronológica, años de estudio, edad de inicio de la enfermedad, años transcurridos desde el inicio de la enfermedad y comorbilidad por drogas.

6.1. HIPÓTESIS 1: RENDIMIENTO INTELECTUAL

Se efectuaron varias pruebas de Mann-Whitney entre la variable grupo paranoide y no paranoide y los diferentes indicadores del WAIS, expresando las puntuaciones de los subtest en puntuaciones escalares (PE), y en sus respectivos cocientes las puntuaciones correspondientes a los cuatro índices y a las escalas verbal, manipulativa y total; en todos ellos no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo paranoide y no paranoide.

Vocabulario PE ($U=-0,927$ $p=.354$), Figuras incompletas PE ($U=-0,417$ $p=.676$), Semejanzas PE ($U=-0,681$ $p=.496$), Clave de números PE ($U=-0,432$ $p=.665$), Aritmética PE ($U=-0,255$ $p=.798$), Cubos PE ($U=-0,907$ $p=.365$), Dígitos PE ($U=0,149$ $p=.882$), Matrices PE ($U=-1,119$ $p=.263$), Información PE ($U=-0,702$ $p=.483$), Historietas PE ($U=-0,605$ $p=.545$), Comprensión PE ($U=-0,666$ $p=.506$), Búsqueda de símbolos PE ($U=-1,748$ $p=.080$), Letras y números PE ($U=-0,899$ $p=.369$), Índice de Comprensión Verbal ($U=-0,839$ $p=.401$), Índice de Organización Perceptiva ($U=-0,938$ $p=.348$), Índice de Memoria de Trabajo ($U=-0,099$ $p=.921$), Índice de Velocidad de Proceso ($U=-1,314$ $p=.189$), Escala Verbal ($U=-0,677$ $p=.62$), Escala Manipulativa ($U=-0,677$ $p=.499$), Escala Total ($U=-0,585$ $p=.559$).

Posteriormente a esta prueba y con objeto de ver si la interacción entre diferentes variables de inteligencia discriminaban al grupo paranoide-no paranoide, se realizó un análisis discriminante en el que no se obtuvo ningún resultado estadísticamente significativo, dado que todas las variables del test de inteligencia del WAIS fueron excluidas del análisis. Por lo tanto se rechaza la hipótesis 1 y afirmamos que, en cuanto al rendimiento intelectual, no existen diferencias entre el grupo paranoide y el grupo no paranoide.

6.2. HIPÓTESIS 2: INDICADORES CLÍNICOS Y DE FUNCIONAMIENTO

Para comprobar la hipótesis de que los grupos paranoide y no paranoide mostrarán diferencias significativas en sus problemas conductuales, de deterioro, clínicos y de funcionamiento asociados a su enfermedad mental, se realizó un análisis discriminante con los ítem de la escala HoNOS. De las 18 variables introducidas, 3 fueron admitidas en el análisis, tal como muestra la Tabla 12.

Tabla 12. Análisis discriminante: Indicadores clínicos y de funcionamiento.

Variables introducidas/excluidas a,b,c,d									
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks				F exacta			
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	C6hoalucid el	,762	1	1	60,000	18,742	1	60,000	,000
2	A2hoautoles	,701	2	1	60,000	12,572	2	59,000	,000
3	D9horelacion es	,657	3	1	60,000	10,104	3	58,000	,000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

- a. El número máximo de pasos es 34.
- b. La F parcial mínima para entrar es 3.84.
- c. La F parcial máxima para salir es 2.71
- d. El nivel de F, la tolerancia o el VN son insuficientes para continuar los cálculos.

Se ha obtenido un modelo de 3 variables discriminantes que presentan un valor $\lambda = 0.657$ con una probabilidad $p = < 0.000$

La correlación canónica del total de las 3 variables discriminantes fue de $r = 0.586$, tal como se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13. Indicadores clínicos y de funcionamiento. Correlación canónica.

Autovalores				
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	,523 ^a	100,0	100,0	,586

a. Se han empleado las 1 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

El modelo integra las siguientes variables en orden de importancia:

1. C6 Alucinaciones: Problemas asociados a la presencia de alucinaciones y delirios.
2. A2 Autolesiones: Autolesiones no accidentales.
3. D9 Relaciones: Problemas con las relaciones.

Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas son los que aparecen en la Tabla 14.

Tabla 14. Análisis discriminante problemas clínicos y de funcionamiento. Funciones discriminantes canónicas.

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
	1
A2hoautoles	,515
C6hoalucidel	-,894
D9horelaciones	,437

Las funciones de los centroides de los grupos son las siguientes:

0 = Grupo no paranoide, Función 0 = .735

1 = Grupo paranoide, Función 1 = -.689

Por último, el nivel de clasificación de los grupos fue del 77,4%, tal como aparece en la Tabla 15.

Tabla 15. Indicadores clínicos y de funcionamiento. Resultados de la clasificación del análisis discriminante.

Resultados de la clasificación ^a					
paranoides			Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			0	1	
Original	Recuento	0	19	11	30
		1	3	29	32
	%	0	63,3	36,7	100,0
		1	9,4	90,6	100,0

a. Clasificados correctamente el 77,4% de los casos agrupados originales.

Un análisis más refinado del análisis discriminante en cuanto a la contribución relativa e independiente de las variables que fueron admitidas en el análisis discriminante, ha sido efectuado mediante la prueba de U de Mann-Withney. El análisis realizado revela que la variable de mayor valor discriminante es C6Alucinaciones ($U=223,500$ $Z=-3.805$, $p=.000$).

Las hipótesis formuladas en el punto 2 sobre los indicadores clínicos y de funcionamiento que diferencian de forma significativa al grupo paranoide y al no paranoide, quedan parcialmente confirmadas, ya que se ha obtenido un modelo de tres variables clínicas y de funcionamiento que discriminan entre el grupo paranoide y el no paranoide en un 77,4% de los casos. Estas variables se distribuyen entre ambos grupos de la siguiente forma:

0 = Grupo no paranoide:

B2 Autolesiones no accidentales

D9 Problemas con las relaciones.

1 = Grupo paranoide:

C6 Alucinaciones. La prueba de Mann-Withney indicó además que ésta es la variable de mayor peso del modelo y la única que resultó significativa.

Podemos afirmar que se confirma que los indicadores clínicos de alucinaciones y delirios, los problemas de autolesiones y los problemas en las relaciones discriminan

significativamente al grupo de esquizofrénicos paranoides del grupo de no paranoides en un 77,4% de los casos.

6.3. HIPÓTESIS 3. TEST DE RORSCHACH

6.3.1. Hipótesis 3.1. Indicadores del test de Rorschach.

Los esquizofrénicos paranoides responderán en el test de forma significativamente diferente a los sujetos del grupo no paranoide en un conjunto de variables de localización, calidad formal, determinantes, contenidos y fenómenos especiales que les discrimina significativamente del grupo no paranoide. El detalle de las variables de Rorschach introducidas en el análisis se muestra en el Apéndice 7: Lista de variables introducidas en los análisis discriminantes de Rorschach.

Para comprobar la hipótesis de que los grupos paranoide y no paranoide responden de forma diferente en el test, se realizó un análisis discriminante, en el que 9 variables fueron incluidas en el análisis, tal como muestra la Tabla 16.

Tabla 16. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach.

Variables introducidas/excluidas ^{a,b,c,d}									
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks							
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	formaporce n	,869	1	1	60,000	9,024	1	60,000	,004
2	2 Pares	,778	2	1	60,000	8,405	2	59,000	,001
3	Xu% = inusuales porcentaje	,690	3	1	60,000	8,680	3	58,000	,000
4	PSVTOT	,616	4	1	60,000	8,876	4	57,000	,000
5	FABCOM1	,573	5	1	60,000	8,341	5	56,000	,000
6	Y sombreado puro (Y)	,515	6	1	60,000	8,635	6	55,000	,000
7	ciencia	,461	7	1	60,000	9,015	7	54,000	,000
8	DQvaga y FQ negativa	,413	8	1	60,000	9,416	8	53,000	,000
9	Msin Movim humano Sin forma	,378	9	1	60,000	9,521	9	52,000	,000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

- El número máximo de pasos es 290.
- La F parcial mínima para entrar es 3.84.
- La F parcial máxima para salir es 2.71
- El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.

Se ha obtenido un modelo de 9 variables discriminantes que presentan un valor $\lambda = 0.378$ con una probabilidad $p = < 0.000$.

La correlación canónica del total de las 9 variables fue de $r = .789$, tal como se muestra en la Tabla 17.

Tabla 17. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach. Correlación canónica.

Autovalores				
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	1,648 ^a	100,0	100,0	,789

- Se han empleado las 1 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

El modelo integra las siguientes variables en orden de importancia:

- Formaporce: Porcentaje de respuestas de determinante de forma pura.
- Pares: Respuestas de determinante de pares.

3. Xu%: Porcentaje de respuestas de calidad formal inusual.
4. PSVTOT: Total de fenómeno especial perseveraciones.
5. FABCOM1: Fenómeno especial crítico de combinaciones fabulatorias de nivel 1.
6. Y Sombreado: Respuestas de determinante de sombreado difuso puro.
7. Ciencia: Respuestas con el contenido Sc, ciencia.
8. DQ vaga y FQ negativa: Respuestas de calidad evolutiva vaga con calidad formal negativa.
9. Msin: Respuestas de determinante de movimiento humano sin forma.

Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas son los que aparecen en la Tabla 18.

Tabla 18. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas.

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
	1
DQvaga y FQ negativa	-,546
Msin Movim humano	,400
Sin forma	,722
2 Pares	-,504
Xu% = inusuales	,568
porcentaje	-,672
ciencia	,776
FABCOM1	-,751
PSVTOT	,674
formaporden	
Y sombreado puro (Y)	

Las funciones de los centroides de los grupos son las siguientes:

0 = Grupo no paranoide, Función 0 = 1.956

1 = Grupo paranoide, Función 1 = -1.833

Por último, el nivel de clasificación de los grupos, fue del 93,5%, tal como aparece en la Tabla 19.

Tabla 19. Análisis discriminante de indicadores del test de Rorschach. Resultados de la clasificación.

Resultados de la clasificación ^a					
			Grupo de pertenencia pronosticado		Total
paranoides			0	1	
Original	Recuento	0	27	3	30
		1	1	31	32
	%	0	90,0	10,0	100,0
		1	3,1	96,9	100,0

a. Clasificados correctamente el 93,5% de los casos agrupados originales.

Se efectuó un análisis más refinado del análisis discriminante en cuanto a la contribución relativa e independiente de las variables que fueron admitidas, mediante la prueba de U de Mann-Whitney. El análisis realizado revela que las variables con mayor valor discriminante son:

Contenido de ciencia (U=341,000 Z= -2.188 p=.029);

Forma% (U= 282,500 Z= -2.790 p= 0.005);

Respuesta de pares: (U = 297,000 Z = -2.600 p = 0.009).

La variable *forma%* es la que más peso tiene en el modelo discriminante.

Las hipótesis formuladas en el punto 3.1 sobre los indicadores del test de Rorschach que diferencian de forma significativa al grupo paranoide y al no paranoide, quedan parcialmente confirmadas, ya que se ha obtenido un modelo de 9 variables de determinantes, contenido, fenómeno especiales, calidad formal y calidad evolutiva que discriminan entre el grupo paranoide y el no paranoide en un 93,5% de los casos. Estas variables se distribuyen entre ambos grupos de la siguiente forma:

Grupo no paranoide= 0

1) Movimiento humano sin forma, 2) Respuestas de pares, 3) Ciencia, 4) Perseveraciones, 5) Respuestas de sombreado difuso puro.

Grupo paranoide= 1

- 1) Respuestas de calidad evolutiva vaga con calidad formal negativa, 2) Xu% porcentaje de respuestas de calidad formal inusual, 3) FABCOM1 Combinaciones fabulatorias de Nivel1, 4) Porcentaje de respuestas de forma pura.

La respuesta discriminante de Rorschach para cada grupo, se muestra en la Tabla 20.

Tabla 20. Respuesta discriminante Rorschach grupo paranoide y no paranoide

Localización y DQ, Calidad formal, Determinantes, Contenidos, FF. Especiales

No paranoide	1) Determinante de Movimiento humano sin forma, 2) determinante de sombreado difuso puro, 3) determinante de pares, 4) contenido de ciencia y 5) Fenómeno Especial Perseveraciones.
Paranoide	6) Calidad evolutiva vaga con calidad formal negativa, 7) Porcentaje de calidad formal inusual total, 8) Porcentaje de determinantes de forma pura (F%), y 9) Fenómeno Especial Crítico FABCOM1.

Podemos afirmar de acuerdo con los resultados que se confirma que los indicadores clínicos del test de Rorschach discriminan significativamente al grupo de esquizofrénicos paranoides del grupo de no paranoides en un 93,5% de los casos.

6.3.2. Hipótesis 3.2. Los contenidos humanos.

Los esquizofrénicos paranoides mostrarán en el test de Rorschach un interés interpersonal significativamente diferente al del grupo no paranoide, detectado a través de las siguientes variables:

1. H+: Percepción de *figuras humanas completas con calidad formal ordinaria*. Interés adecuado por las personas del entorno.
2. M+: Respuestas de *movimiento humano de calidad formal ordinaria*. Señalan capacidad de empatía.

3. GHR: *Buenas respuestas de representación humana*. Señala la percepción de la interacción humana de forma positiva y sana.
4. PHR: *Pobres respuestas de representación humana*. Señala la percepción de la interacción humana de forma negativa y problemática.
5. GHR-PHR: *Índice de Representación humana*. Estimación de la efectividad de las relaciones interpersonales.

Se efectuaron análisis de U de Mann-Withney para analizar si la presencia de estas variables relacionadas con la respuestas humana eran significativamente diferente entre el grupo paranoide y el grupo no paranoide. Se pueden ver los rangos de estas variables en la Tabla 21.

Tabla 21. Análisis de Mann-Withney. Rangos de las variables de contenidos humanos.

Rangos				
	paranoides	N	Rango promedio	Suma de rangos
M buenas	0	30	36,18	1085,50
	1	32	27,11	867,50
	Total	62		
GHR-PHR	0	30	29,40	882,00
	1	32	33,47	1071,00
	Total	62		
H buenas	0	30	38,42	1152,50
	1	32	25,02	800,50
	Total	62		
GHR buenas respuestas humanas	0	30	36,02	1080,50
	1	32	27,27	872,50
	Total	62		
PHR numero de respuestas humanas pobres	0	30	36,12	1083,50
	1	32	27,17	869,50
	Total	62		

Los resultados confirman que las siguientes variables mostraron una diferencia significativa entre los grupos: H buenas ($U=272,500$ $Z=-3.175$ $p=.001$), M buenas ($U=339,500$ $Z=-2.127$ $p=.033$), GHR: ($U=344,500$ $Z=-1,982$ $p=.048$), PHR: ($U=341,500$ $Z=-1,974$ $p=.048$), y no hay diferencias significativas en la variable GHR-PHR.

En lo relativo a su distribución entre los grupos, tenemos que la variable de buenas respuestas humanas H buenas, aparece con más frecuencia en el grupo no paranoide. La variable de movimiento humano de buena forma M buenas es más frecuente entre el grupo no paranoide. La proporción GHR es significativamente superior en el grupo no paranoide y la variable PHR, respuestas humanas pobres es más frecuente entre el grupo no paranoide.

Por lo tanto, en lo relativo a las hipótesis relacionadas con las variables de contenidos humanos, podemos afirmar que se confirma parcialmente la hipótesis de que el grupo no paranoide y el grupo paranoide muestran un interés interpersonal significativamente diferente.

6.3.3. Hipótesis 3.3.1. Predominio síntomas positivos.

Los esquizofrénicos paranoides, como grupo, responderán en el test de forma significativamente diferente de los pacientes del grupo no paranoide, determinado en variables específicas del test de Rorschach en la localización y calidad evolutiva, calidad formal, determinantes, contenido y fenómenos especiales de las respuestas, y según predominen en el cuadro clínico los síntomas positivos o negativos. La lista de variables introducidas en el análisis discriminante se muestra en el Apéndice 7. Esta hipótesis se desglosa en dos partes:

Predominio síntomas positivos ($SIMPO \geq 2$): Si el resultado de la diferencia entre (SÍNTOMAS POSITIVOS – SÍNTOMAS NEGATIVOS) es mayor o igual a 2.

Predominio de síntomas negativos ($SIMPO \leq -2$): Si el resultado de la diferencia entre (SÍNTOMAS POSITIVOS – SÍNTOMAS NEGATIVOS) es inferior o igual a -2.

Hipótesis 3.3.1. El subtipo paranoide y el predominio de síntomas positivos.

Para comprobar la hipótesis de que los grupos paranoide y no paranoide con predominio de síntomas positivos responden de forma diferente en el test, se realizó un análisis discriminante seleccionando 34 casos que cumplen el criterio predominio positivo ($SIMPO \geq 2$) y que se distribuyen entre 0= Grupo no paranoide, (N=13) y 1 Grupo paranoide, (N= 21), tal como se muestra en la Tabla 22.

Tabla 22. Casos utilizados en el Analisis Discriminante del predominio síntomas positivos

Probabilidades previas para los grupos

paranoides	Previas	Casos utilizados en el análisis	
		No ponderados	Ponderados
0	,500	13	13,000
1	,500	21	21,000
Total	1,000	34	34,000

Para comprobar la hipótesis de que los grupos paranoide y no paranoide responden de forma diferente en el test en la situación de predominio de síntomas positivos, se realizó un análisis discriminante, en el que 10 variables fueron incluidas en el análisis, tal como muestra la Tabla 23.

Tabla 23. Análisis discriminante. Predominio de síntomas positivos

Variables introducidas/excluidas a,b,c,d										
Paso	Introducidas	Excluidas	Lambda de Wilks							
			Estadístico	gl1	gl2	gl3	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	formaporce n	formaporce n	,714	1	1	32,000	12,813	1	32,000	,001
2	S FQneg		,603	2	1	32,000	10,207	2	31,000	,000
3	ABSTRACTA S		,486	3	1	32,000	10,561	3	30,000	,000
4	GHR buenas respuestas humanas		,387	4	1	32,000	11,502	4	29,000	,000
5	FY forma sombreado		,316	5	1	32,000	12,145	5	28,000	,000
6			,330	4	1	32,000	14,726	4	29,000	,000
7	NIVEL 2		,237	5	1	32,000	18,066	5	28,000	,000
8	2 Pares		,177	6	1	32,000	20,961	6	27,000	,000
9	Htotporcen		,128	7	1	32,000	25,253	7	26,000	,000
10	MuSH multiple sombreado		,110	8	1	32,000	25,411	8	25,000	,000
11	Col-Sh Multiple color-sombr eado		,089	9	1	32,000	27,330	9	24,000	,000
12	W DQv globales DQv		,068	10	1	32,000	31,397	10	23,000	,000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

a. El número máximo de pasos es 280.

b. La F parcial mínima para entrar es 3.84.

c. La F parcial máxima para salir es 2.71

d. El nivel de F, la tolerancia o el VN son insuficientes para continuar los cálculos.

Se ha obtenido un modelo de 10 variables discriminantes que presentan un valor $\lambda = .068$ con una probabilidad $p = .000$. La correlación canónica del total de las 10 variables fue de $r = .965$, tal como se muestra en la Tabla 24.

Tabla 24. Análisis discriminante. Predominio síntomas positivos. Correlación canónica SINTOPOS ≥ 2

Autovalores				
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	13,651 ^a	100,0	100,0	,965

a. Se han empleado las 1 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

El modelo integra las siguientes variables en orden de importancia:

1. SFQneg: respuestas de espacio blanco con calidad formal negativa.
2. Abstractas: Respuestas abstractas (fenómeno especial).
3. GHR: Respuestas de buena representación humana.
4. FY forma sombreado: Determinante de forma sombreado FY.
5. NIVEL2: Fenómenos especiales críticos de nivel 2.
6. 2 pares: Respuestas de par (2).
7. Htotporcen: Porcentaje de Respuestas de detalle humano, de ficción y experiencia humana en todo el protocolo = $[Hd+(H)+(Hd)+Hx]/R$.
8. MulSH: Múltiple de diferentes sombreados.
9. Col-SH Múltiple: Múltiple de color-sombreado.
10. Globales DQv: Globales con calidad evolutiva vaga.

Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas son los que aparecen en la Tabla 25.

Tabla 25. Análisis discriminante grupo no paranoide/paranoide con predominio síntomas positivos. Funciones discriminantes canónicas

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
	1
S FQneg	2,124
W DQv globales DQv	-,614
Col-Sh Multiple color-sombreado	,801
MulSH multiple sombreado	-1,062
GHR buenas respuestas humanas	1,028
FY forma sombreado	1,661
2 Pares	1,137
NIVEL 2	-1,273
ABSTRACTAS	2,418
Htotporcen	-1,153

Las funciones de los centroides de los grupos son las siguientes:

0= Grupo no paranoide, Función 0=4,556

1= Grupo paranoide, Función 1=-2,820

Por último, el nivel de clasificación de los grupos fue del 100%, tal como aparece en la Tabla 26.

Tabla 26. Síntomas positivos. Resultados de la clasificación

Resultados de la clasificación ^a					
			Grupo de pertenencia pronosticado		Total
paranoides			0	1	
Original	Recuento	0	13	0	13
		1	0	21	21
	%	0	100,0	,0	100,0
		1	,0	100,0	100,0

a. Clasificados correctamente el 100,0% de los casos agrupados originales.

Se efectuó un análisis más refinado del análisis discriminante en cuanto a la contribución relativa e independiente de las variables que fueron admitidas, mediante la prueba de U de

Mann-Whitney. El análisis realizado revela que las variables con mayor valor discriminante son:

- 1) S FQ negativa, espacio blanco con calidad formal negativa ($U=74,000$ $Z= -2.378$ $p=.027$),
- y 2) las respuestas abstractas ($U= 79,000$ $Z= -2.893$ $p=.042$)

Las hipótesis formuladas en el punto 3.3.1. sobre el predominio de síntomas positivos y las respuestas de Rorschach que diferencian significativamente a los grupos paranoide y no paranoide se confirman plenamente, al encontrar un modelo de 9 variables de Rorschach que incluyen localización, calidad evolutiva, determinantes, contenidos y fenómenos especiales que discriminan entre el grupo paranoide y el no paranoide en un 100% de los casos. Estas variables se distribuyen entre el grupo paranoide y no paranoide, tal como se ve en la Tabla 27.

Tabla 27. Respuesta discriminante Rorschach del grupo paranoide y no paranoide con predominio de síntomas positivos.

Localización y DQ, Calidad Formal, Determinante, Contenidos y Fenómenos especiales

No paranoide	1) Área de detalle blanco con FQ negativa, 2) determinante de pares, 3) determinante de forma sombreado, 4) determinante múltiple de color y sombreado, 5) contenidos de buena representación humana (GHR), y 6) fenómeno especial abstracta.
Paranoide	7) localización global vaga, 8) determinante múltiple con sombreado, 9) porcentaje de respuestas Htot porcentaje%, y 10) respuestas de nivel 2.

6.3.4. Hipótesis 3.3.2. Predominio de síntomas negativos.

Para comprobar la hipótesis de que los grupos paranoide y no paranoide con predominio de síntomas negativos responden de forma diferente en el test de Rorschach, se realizó un análisis discriminante seleccionando 22 casos que cumplen el criterio predominio negativo ($SIMPO \leq -2$) y que se distribuyen entre 0= Grupo no paranoide, (N=14) y 1= Grupo paranoide, (N= 8), tal como se muestra en la Tabla 28.

Tabla 28. Casos utilizados en el Analisis Discriminante. Predominio síntomas negativos

Probabilidades previas para los grupos			
paranoides	Previas	Casos utilizados en el análisis	
		No ponderados	Ponderados
0	,500	14	14,000
1	,500	8	8,000
Total	1,000	22	22,000

Para comprobar la hipótesis de que los grupos paranoide y no paranoide responden de forma diferente en el test en la situación de predominio de síntomas negativos, se realizó un

análisis discriminante, en el que 13 variables fueron incluidas en el análisis, tal como muestra la Tabla 29.

Tabla 29. Análisis discriminante. Predominio de síntomas negativos

Variables introducidas/excluidas ^{a,b,c,d}									
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks							
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	H buenas	,827	1	1	20,000	4,187	1	20,000	,054
2	DV2	,565	2	1	20,000	7,307	2	19,000	,004
3	arquitectura	,393	3	1	20,000	9,281	3	18,000	,001
4	DQvaga y FQ negativa	,291	4	1	20,000	10,353	4	17,000	,000
5	ALOG	,227	5	1	20,000	10,894	5	16,000	,000
6	Xu% = inusuales porcentaje	,177	6	1	20,000	11,648	6	15,000	,000
7	reflejosTOT	,130	7	1	20,000	13,370	7	14,000	,000
8	arte	,096	8	1	20,000	15,375	8	13,000	,000
9	DQordporc	,067	9	1	20,000	18,516	9	12,000	,000
10	Dd FQneg	,041	10	1	20,000	25,642	10	11,000	,000
11	ciencia	,025	11	1	20,000	34,755	11	10,000	,000
12	Sporcen	,015	12	1	20,000	47,802	12	9,000	,000
13	YSHOMclaros	,008	13	1	20,000	72,869	13	8,000	,000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

- El número máximo de pasos es 280.
- La F parcial mínima para entrar es 3.84.
- La F parcial máxima para salir es 2.71
- El nivel de F, la tolerancia o el VN son insuficientes para continuar los cálculos.

Se ha obtenido un modelo de 13 variables discriminantes que presentan un valor $\lambda = .008$ con una probabilidad $p = .000$. La correlación canónica del total de las 11 variables fue de $r = .996$, tal como se muestra en la Tabla 30.

Tabla 30. Análisis discriminante del predominio síntomas negativos. Correlación canónica.

Autovalores				
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	118,412 ^a	100,0	100,0	,996

- Se han empleado las 1 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

El modelo integra las siguientes variables en orden de importancia:

- Contenido H buenas: respuestas humanas enteras de buena formal (FQo).
- Fenómeno elemental DV2: (Elemento del SUM6) Verbalización desviada de nivel2.

3. Contenido, Arquitectura.
4. Calidad evolutiva, DQvaga y FQ negativa: Respuestas de calidad evolutiva vaga y calidad formal negativa.
5. Fenómeno especial crítico de nivel2, ALOG: (Elemento del WSUM6) Lógica inadecuada Nivel 2.
6. Calidad formal, inusuales Total, Xu%: Porcentaje de inusuales.
7. Determinante, Reflejos: rF+Fr porcentaje de respuestas de Reflejo-forma y Forma-Reflejo.
8. Contenido, Arte: contenido de arte, pintura.
9. Calidad evolutiva ordinaria, DQo: porcentaje de respuestas de calidad evolutiva ordinaria.
10. Localización, Dd- calidad formal, Detalles inusuales con calidad formal negativa.
11. Contenido, Ciencia: contenidos de ciencia y tecnología.
12. Localización, Espacio blanco, porcentaje de respuestas de espacio blanco (En D, Dd o W).
- 13.: Determinante, YSHOMCLAROS, suma total de los determinantes de Sombreado FY, YF, Y. Suma lado derecho del eb:

Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas son los que aparecen en la Tabla 31.

Tabla 31. Análisis discriminante grupo no paranoide/paranoide con predominio síntomas negativos. Correlación canónica SINTONEG $\leq$ -2

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
	1
DQvaga y FQ negativa	4,613
Dd FQneg	-4,904
Xu% = inusuales porcentaje	-8,626
H buenas	-8,518
arte	5,530
arquitectura	10,454
ciencia	1,437
DV2	-6,421
ALOG	-3,518
Sporcen	-1,816
YSHOMclaros	1,856
reflejos TOT	9,118
DQordporc	6,957

Las funciones de los centroides de los grupos son las siguientes:

0=No paranoide, Función 0= -7,843

1=Paranoide, Función 1= 13,725

El nivel de clasificación de los grupos resultó en el 100%, tal como aparece en la Tabla 32.

Tabla 32. Síntomas negativos. Resultados de la clasificación

Probabilidades previas para los grupos

paranoides	Previas	Casos utilizados en el análisis	
		No ponderados	Ponderados
0	,500	14	14,000
1	,500	8	8,000
Total	1,000	22	22,000

Seguidamente se procedió un análisis más refinado del discriminante en cuanto a la contribución relativa e independiente de las variables admitidas, mediante la prueba de U de Mann-Whitney. El análisis realizado reveló que ninguna variable cumplía con el criterio $p < .05$;

aunque la variable “localización, S, espacio blanco porcentaje quedó “a las puertas” con (U=81,000 Z= -1.977 p=.050).

La hipótesis formulada en el punto 3.3.3 sobre el predominio de síntomas negativos y las respuestas discriminantes del Rorschach en el grupo paranoide y no paranoide, también se confirma positivamente, ya que el modelo de respuestas de Rorschach consiguió discriminar entre ambos grupos en un 100% de los casos. Estas variables se distribuyen de la siguiente forma, véase Tabla 33:

Tabla 33. Respuesta discriminante Rorschach del grupo paranoide y no paranoide con predominio de síntomas negativos.

Localización y Calidad Evolutiva, Calidad Formal, Determinante, Contenidos y Fenómenos Especiales

No paranoide	1) Localización detalle insual y FQ negativa, 2) localización espacio blanco, porcentaje S%, 3) porcentaje de respuestas inusuales, Xu%, 4) contenido de buena respuesta H, 5) Fenómeno especial crítico respuesta desviada de nivel 2, DV2; y 6) fenómeno especial crítico ALOG, lógica inadecuada.
Paranoide	7) Calidad evolutiva ordinaria, porcentaje; 8) calidad evolutiva vaga con calidad formal negativa, 9) determinante de Reflejos, 10) determinante de Suma total de sombreado difuso, 11) contenidos de arte, 12) contenido de arquitectura, y 13) contenido de Ciencia, Sc.

7. DISCUSIÓN

La comparación entre un grupo de pacientes esquizofrénicos paranoides y otro de no paranoides para buscar en qué variables del test de Rorschach se distinguen, no ha puesto de relieve diferencias significativas en cuanto a sus características socio-demográficas (género, edad, años de estudio), tampoco en variables clínicas como la comorbilidad con el abuso de drogas, la edad de inicio de la enfermedad, los años transcurridos desde el inicio de la misma o los problemas legales que enfrenta la muestra. El rendimiento intelectual entre ambos grupos fue similar y por último, tampoco difieren significativamente en la mayoría de los problemas personales y de funcionamiento explorados; así que podemos suponer que las variables que hemos encontrado pueden explicarnos diferencias importantes entre los dos grupos.

Problemas clínicos

El análisis discriminante de los problemas clínicos y de funcionamiento asociados con la enfermedad mental mediante la escala HoNOS mostró que, en el grupo no paranoide la problemática más importante está relacionada con la presencia de *autolesiones no accidentales* y con los *problemas con las relaciones sociales*, mientras que el grupo paranoide mostró problemas más graves asociados con *alucinaciones y delirios*.

La variable *autolesiones no accidentales* comprende autolesiones ligeras, pasando por preparativas de suicidio hasta tentativas de suicidio y autolesiones graves. La segunda variable de la escala HoNOS que discrimina al grupo no paranoide es la de los *problemas con las relaciones sociales*, problemas ocasionados con la carencia activa o pasiva de buenas relaciones sociales. El criterio de la escala HoNOS para la puntuación alta en este ítem especifica que es una situación dolorosa, bien sea por aislamiento o por carencia o pérdida o por relaciones autodestructivas, lo que coincide con los estresores graves en los que aparece el sombreado difuso (véase más adelante). En el grupo paranoide, los problemas ocasionados

por la presencia de *alucinaciones y delirios* evalúan su repercusión sobre el estado mental y la conducta del paciente. El tipo de problemática discriminada a través de la aplicación de esta escala puede distinguir correctamente un 77,4% de los casos de la muestra; sin embargo, también hemos visto que las variables del Rorschach muestran un poder discriminante mayor, ya que puede clasificar un 93,5% de los casos del estudio. Como veremos a continuación las variables encontradas en los análisis del test de Rorschach apuntan en la misma dirección que los ítems significativos de la escala HoNOS.

Indicadores del test de Roschach

En lo relativo a las variables de Rorschach con mayor poder discriminante en el *grupo no paranoide*, tenemos el movimiento humano sin forma (*Msin*), las respuestas de pares (2), el contenido de ciencia, las perseveraciones (*PSV*) y el sombreado difuso puro (*Y*). De los análisis de Mann-Whitney realizados en este grupo, hay dos variables que muestran más peso en el grupo no paranoide, las respuestas de pares (cuando se identifican dos objetos cualquiera idénticos fruto de la simetría de la lámina) y las respuestas con el contenido de ciencia (objetos producto de la ciencia y de la tecnología).

Voy a intentar leer estos resultados tendiendo puentes entre las hipótesis y apoyándome en el metaanálisis de la validez de criterio de las variables de Rorschach (Mihura et al., 2013), trabajo que lanzó el desarrollo del RPAS (Meyer et al., 2011).

El sombreado difuso (*Y*). La variable clínica problemas con las lesiones no accidentales del HoNOS, tiene un correlato en la respuesta de sombreado difuso puro (*Y*), el signo clásico de aparición de angustia en la prueba, Bohm (1953/1984) las califica también de “primitivas”, y son típicas de los estados de angustia con pérdida del dominio sobre las reacciones del estado de ánimo. Por ejemplo, lámina IV: “*Esto me recuerda la oscuridad, no sé reconocer nada en ella, en esta oscuridad... un mal sueño quizás*”; o en la lámina VII: “*Esto lo mismo, tiras tinta en un folio, no veo nada*”. Esta es una de las 13 variables con mejor validez de criterio del SC

según el metaanálisis de Mihura et al. (2013), que se han apoyado para afirmar su utilidad diagnóstica apoyándose en: 1) *Estudios sobre angustia biopsicológica*: Señala el empeoramiento en angustia y la presencia de síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal (Porcelli, 2010), *Y* se muestra como un indicador estable de la experiencia angustiosa, considerada esta en su doble componente psicológico y somático. 2) *Uso de anfetaminas*: Perry et al., (1995) encontraron que la administración de anfetaminas elevaba los índices de angustia en la prueba, sin afectar a los valores de los índices de trastorno de pensamiento. 3) *Abuso sexual infantil temprano versus tardío*: Zivney, Nash y Hulsey (1988), mencionan la aparición de *Y* como una de las variables del test que discriminan significativamente el abuso sexual temprano del tardío. 4) *Dolor crónico en no pacientes ingresados versus dolor no clínico*: Yamamoto et al. (2010) se apoya en la presencia de la variable *Y* para proponer el abordaje psicológico de los pacientes afectados por esta condición. 5) *Discriminación entre distimia y trastorno de conducta*: Weber, Meloy y Gacono (1992) encontraron que la presencia de *Y* era mayor en el grupo de adolescentes distímicos que en el grupo de trastornos de conducta. 6) *Pacientes depresivos vs. Controles*: Hartmann, Nørbech y Grønnerød (2006) señalan la presencia de *Y* como uno de los elementos que discriminaba delincuentes violentos de delincuentes no violentos. Mason, Cohen y Exner (1985) en una muestra de pacientes esquizofrénicos, depresivos y no pacientes señalan a *Y* como característica del grupo de pacientes depresivos. 7) *Gravedad del maltrato*: Perfect, Tharinger, Keith y Lyle-Lahroud (2011) en la exploración de los subtipos de maltrato infringido a adolescentes señalaron la relación con *Y* tanto con la gravedad como con el tipo de maltrato por abandono o negligencia (*neglect*). 8) *Ausencia de resiliencia psicológica en unidades de quemados vs resilientes*: en el estudio de Holaday y Terrell (1994) se midió la resiliencia por medio de las valoraciones del personal asistencial de planta a una muestra de niños y adolescentes ingresados con graves quemaduras. La respuesta *Y* era una de las que diferenciaba a este grupo del grupo resiliente.

9) *Efectos psicológicos del cáncer parental en contraposición a los de una enfermedad más benigna*: En la medida que el cáncer se vuelve una enfermedad larga y crónica en el progenitor enfermo, Flahault y Sultan (2010) observaron que la *Y* aumentaba en aquellos niños que llevaban mayor tiempo conviviendo continuamente con el estrés de la enfermedad parental y plantean las posibles secuelas psicológicas negativas que puede acarrear a estos niños. 10) *Automutilación en adolescentes*: Kochinski et al. (2008) encontraron que la combinación de *Y* y el trastorno de pensamiento, medido con el *PTI* predecía de manera significativamente estos casos. 11) *Intentos de suicidio*: Exner (1969) encontró que la *Y* distinguía al grupo de depresivos con intentos de suicidio previo de los grupos de sujetos normales y de trastornos de conducta. 12) *Estrés postraumático*: Frueh y Kinder (1994) encuentran esta variable en los genuinos enfermos de TPEP (trastorno por estrés post traumático) vs. fingidores; Goldfinger, Amdur y Liberzon (1998) señalan que es una de las variables que distingue al grupo de excombatientes con TPEP de otros dos grupos: uno de combatientes y otro de control; Hartman et al. (1990) lo encuentran en el resumen estructural característico del grupo de pacientes ingresados para tratamiento por TPEP; Sloan et al. (1995) señalan su presencia en los protocolos de excombatientes aquejados de estrés postraumático. 13) Riquelme y Perfetti (2000) informan de respuestas *Y* en víctimas de *violación*.

El determinante *Y* se interpreta como una señal de angustia, indefensión, desvalimiento (Sendín, 2007). Rorschach (1921/1980) atribuyó a las respuestas de claroscuro el valor sintomático de una adaptación angustiosa y de una tendencia a una disposición depresiva del ánimo. Porcelli y Meyer (2002) y Porcelli y Mihura (2010) la asocian con muy pobres recursos personales. Exner (1994) indica que aparece ante la presencia de fuertes estresores situacionales. Es una respuesta de determinante puro, sin participación de la forma, lo que según la Exner (1994) se interpreta como una vivencia que invade sobre la que no se tiene control. En el estudio de respuestas paranoides de Ruiz, Brotat y Serrano (1989) no aparece

entre las variables que caracterizan a la muestra de paranoides con lo que es consistente con su aparición diferencial en el grupo de no paranoides.

Las respuestas de *Movimiento humano sin forma (Msin)*. Un ejemplo, de la lámina VI: “*El yo, la oscuridad, el pozo*”. (Esta respuesta además recibe el determinante *Y*); lámina VIII: *Atracción*. (Encuesta): *el rosa con el verde, se atraen, son muy complementarios. Los colores se complementan bien uno con el otro, se llevan bien*. (Esta respuesta lleva además el código de denominación de color, *Cn*). La *Msin* es un código muy poco frecuente y su validez según Mihura et al. (2013) es inexistente, que no nulo como apostillan, debido a que su frecuencia de aparición es tan baja que no hay estudios sobre ella. Exner (2005/2008) asigna este código a las respuestas de movimiento humano que implican una experiencia sensorial, aunque pueda ser presentada como una abstracción, de hecho hay solapamiento entre categorías. Exner codifica como *Msin* respuestas que en otros sistemas (véase el apartado de los autores clásicos, Rapaport o Weiner) se recogían a título de enunciados no valorables, interpretaciones intelectuales de claroscuro o abstracciones (Bohm 1953/1984); aunque por otra parte, la abstracción también se relaciona con el pensamiento esquizofrénico, como hemos visto en la revisión teórica. Sendín (2007) interpreta las *Msin* como una intensificación de la intelectualización en caso de que aparezcan de forma aislada en un protocolo; pero su aumento indica, para ella, un signo de trastorno de pensamiento de corte delirante, con el mismo valor que las *M-*; lo que sí puede coincidir en nuestro caso, ya que los sujetos propiamente delirantes están en el grupo no paranoide. Weiner (1966) indica que las *M* acompañadas de contenido distinto a *H* y sin calidad formal son un índice de una capacidad disminuida para las relaciones interpersonales efectivas, y esto coincide con la descripción de las *Msin*, aunque él no las nombra directamente. En mi opinión habría que considerarlas como un tipo más de abstracciones graves. Hay otro código que puede incluirse aquí, el de la respuesta amorfa que menciona Friedman (1952, 1953), por ser la *Msin* una respuesta en la que la forma no juega

ningún papel y entonces coincide parcialmente con los resultados por estar en el grupo que reúne a los hebefrénicos, categoría diagnóstica que da más respuestas amorfas según este autor. Meyer et al., (2011) también las consideran abstracciones y las codifican dentro de la categoría residual de los contenidos.

La *respuesta de par (2)* es una categoría de determinante que se asigna cada vez que se describen dos objetos idénticos basándose en la simetría de la lámina (lámina II: “*Dos perros, uno enfrente al otro*”; lámina III: “*Dos mujeres con tacones y todo, están como inclinadas*”. Mihura et al., 2013 en su metaanálisis no revisan específicamente esta variable. En el Manual del RPAS (Meyer, Viglione et al., 2011) lo incluyen como un agregado secundario a las cualidades de los objetos percibidos, señalan que es una manera directa y relativamente obvia de organizar una respuesta que no tiene muchas más implicaciones de interés. En el Rorschach “clásico” era lo esperado, tener en cuenta la simetría y mencionarla en términos de dos objetos idénticos, sobre todo al ver algunas populares (animales en las láminas II y VIII o las figuras humanas de las láminas III y VII), ya que de lo contrario se consideraba un “detalle oligofrénico” (Bohm, 1953/1984; Loosli-Usteri, 1972; Friedman, 1952, 1953). Este es uno más de los ejemplos de que Exner no aplicaba la máxima que aconseja Bohm (1953/1984) “menos es más” a la hora de codificar. En todo caso es correcto, desde el punto de vista perceptivo, responder a uno de los estímulos deliberados de la mancha, recordemos Rorschach manipuló las láminas para acentuar la simetría (Sendín, 2007) y, el sujeto, en vez de quejarse por la falta de simetría o simplemente nombrarla (estos últimos son un fenómeno especial de Bohm, 1953/1984) da una respuesta en la que se ven un par de objetos idénticos.

La variable de *perseveraciones* incluye tres tipos diferentes de perseveración que Exner incluye bajo el mismo código porque no tiene datos que validen su tratamiento diferencial (Exner, 2005). Incluye las modalidades de *perseveración intralámina* (dos respuestas consecutivas en la misma lámina que comparten misma área, calidad evolutiva, determinantes,

calidad formal, casi el mismo contenido y actividad organizativa); por ejemplo, lámina I: *murciélago* (Wo, Fo, P, A, 1.0) y *mariposa* (Wo, Fo, P, A, 1.0). La *perseveración de contenido*, cuando se identifica la respuesta como la misma que se vio anteriormente, fenómeno que denominaba Bohm (1953/1984) la *ilusión de semejanza*; por ejemplo, lámina VII: “*Son todas parecidas, una rana aplastada*”, (ya ha mencionado otra “rana” en la lámina III). Otro ejemplo, este de la lámina II: “*ahora el escudo es como el de Batman, de esas pelis malas. Yo soy más de la época de Casablanca. Este es más vistoso, tiene colorido, ha avanzado, se ha movido de una a otra [lámina]*”; el probando ha mencionado en la lámina anterior también un escudo. El tercer tipo de perseveración es el *automático*, la identificación del mismo contenido en casi todas las láminas. La perseveración se interpreta como rigidez relacionada con dificultades para cambiar de *set* cognitivo (Mihura et al., 2013). Ellis y Zahn (1985) las encuentran con más frecuencia en pacientes con graves lesiones cerebrales cerradas. Iloinen, Taiminen et al., (2000) encuentran mayor número de perseveraciones en el test de Rorschach en esquizofrénicos con pobres recursos personales y que funcionan de manera simplista al prestar atención al campo estimular. Perry y Braff (1998) encuentran un número significativamente mayor de perseveraciones entre pacientes esquizofrénicos como grupo, aunque en sus resultados este aumento no se asoció con el subtipo diagnóstico. Estos autores consideran las perseveraciones como una señal del razonamiento abstracto deteriorado de la esquizofrenia.

El contenido de *ciencia* (Sc) es un tipo de contenido que agrupa objetos asociados a la ciencia, tecnología o a la ciencia ficción. Un ejemplo de la lámina II: (detalle blanco interior) “*Avión*”. Otro ejemplo en la lámina IX en el que aparece como contenido secundario: “*Un hombre montado en una moto*”. (Encuesta): Señala en posición lateral los detalles centrales verdes. No hay una interpretación específica para este contenido tomado aisladamente, sí se lo toma en cuenta por indicar variedad de intereses (Bohm, 1953/1984). En este sentido, es

uno de los contenidos que entra en el cómputo de la variable *Complexity* (Viglione, 1999), que mide la complejidad psíquica y el trabajo de pensamiento, en donde uno de los criterios que tiene en cuenta es el número de contenidos distintos de la categoría de animales. Sin embargo, no coincide con los resultados de Ruiz, Brotat y Serrano (1989), que incluyen el contenido *Sc* dentro de los contenidos que se dan en número significativo entre los esquizofrénicos paranoides; aunque hay que constar que estos autores subsumen la categoría de ciencia dentro de la de “objetos”. De las variables obtenidas en el análisis de Mann-Whitney, el contenido Ciencia es una de las variables que tuvieron mayor valor discriminante en el modelo.

En el *grupo paranoide*, las variables discriminantes que han salido en este grupo han sido *DQv* negativas, *Xu%*, *F%*, *FABCOM* de nivel 1. En el análisis de Mann-Whitney la variable *F%* fue la obtuvo mayor peso en el análisis discriminante.

La respuesta *DQv de forma negativa* es un modo de procesamiento vago unido a calidad formal negativa, indica un procesamiento vago, confuso y disorsionado. La codificación de estas respuestas representa casi un contrasentido ya que coinciden en el mismo código respuestas vagas y difíciles de ver. Se aplicaron estos códigos cuando el sujeto daba una respuesta vaga en una zona con características formales muy marcadas, o cuando no podía localizar en la encuesta la respuesta dada con anterioridad. Son ejemplos del primer tipo, este de la lámina VIII: “*Hay carne en este, ahí*”. (Encuesta): Señala detalles rosas laterales. Se aplica el criterio de Klopfer y Kelly (1977) de codificar como negativa a las respuestas sin forma en áreas en la que es muy habitual ver un objeto con forma definida como este caso en el que se da la popular de animales. Otro ejemplo de la lámina X: “*Un hueso*”. (Encuesta): Señala detalles rojos grandes en zona media. Ejemplo del segundo tipo: lámina X: “*Mechas*”. (Encuesta): no la ve; lámina VII: “*Hojas juntas*”. (Encuesta): No la ve.

La respuesta de calidad evolutiva vaga según Mihura et al. (2013) tiene un apoyo modesto, los estudios señalan su aumento entre sujetos con lesiones cerebrales por trauma cráneo-encefálico. Acklin y Fechner-Bates (1989) señala una relación inversa del rendimiento intelectual con la calidad evolutiva vaga (objetos sencillos de forma inespecífica) y también para estos autores la *DQv* refleja un bajo nivel de motivación. Sendín (2007) indica que las *DQv* son muy abundantes en niños hasta los 10 años y luego disminuyen drásticamente. Exner y Sendín (1995) incluyen a la *DQv* en una agrupación de variables que discrimina a los sujetos con alto y bajo CI. Sendín (2007) indica una tendencia a evitar el compromiso que provoca una indefinición en los conceptos procesados; lo que ocurre aquí es que además ese procesamiento vago está distorsionado. De acuerdo con la clasificación del nivel genético de Friedman (1952, 1953) esta respuesta tiene la cualidad amorfa (que es su denominación para las respuestas vagas). Aunque en este caso la calidad del área en la que se dan perceptos no comprometidos, que pueden tomar cualquier forma aún así no encajan con la zona señalada. Puesto que la variable encontrada es un combinado de calidad formal y calidad evolutiva se puede considerar que hay un desprecio total por el procesamiento estimular, es decir, de desinterés por la tarea, ya que se obvian las características formales llamativas del estímulo y se dan conceptos simples no comprometidos en lo que aflora la distorsión de percepción que conlleva la calidad formal negativa, hasta el punto de no conseguir verlos a posteriori.

La variable *FABCOM1*, *combinaciones fabuladas* de nivel 1, es uno de los componentes del *WSUM6*, la medida de la distorsión de pensamiento y una de las medidas con mejor validez de constructo del SC. La variable recogida en el modelo es la *FABCOM* “benigna” (nivel 1) como los siguientes ejemplos: lámina X: “*Caballos volando en el cielo*”. (Encuesta: señala D7); otro ejemplo de la lámina X: “*Dos cangrejos violinistas*” (Encuesta) señala el D1; o este de la lámina II: “*Dos osos en una nave espacial*” (Encuesta): Osos en D1 y nave espacial en DS5. La combinación fabulada es un índice clásico recogido por Rorschach (1921/1984),

Bohm en sus fenómenos especiales (1953/1984), Rapaport (1968/1988) y Weiner (1966). La mezcla desordenada de conceptos y categorías basada en este caso en relaciones imposibles (en la realidad) forma parte de todos los sistemas de clasificación de las verbalizaciones mostrados en este trabajo. Si tomamos en cuenta que las respuestas vagas son un tipo de percepción difusa y la *FABCOM1* es, por definición, una respuesta de síntesis, pero distorsionada por la relación imposible, podemos ver la señal de que el trabajo cognitivo de síntesis en el paranoide es fallido y las conclusiones apartadas de la realidad; es así como interpreta Sendín (2007) este código especial, señalando fallos en la actividad de síntesis y que puede reflejar un trastorno cronificado de los procesos de pensamiento. El fenómeno especial *FABCOM1* se diferencia de *FABCOM2* en que en esta última hay todavía mayor gravedad de la distorsión de pensamiento; en este sentido coincide con la observación de Perry, Viglione y Braff (1992) sobre el mayor deterioro en el grupo de esquizofrenias indiferenciadas/desorganizadas, manteniéndose la esquizofrenia paranoide más preservada. Berg et al., (1993) encuentran que la variable que discriminaba a los esquizofrénicos de grupos de trastornos límite y narcisista era la variable *FABCOM* de nivel 2. Zimet y Fine (1965) encuentran las *FABCOM* con mayor frecuencia en esquizofrénicos procesuales que en reactivos, ya que estos autores no se plantearon diferenciaciones diagnósticas entre los subtipos de la esquizofrenia. El *FABCOM* es uno de los componentes de la suma ponderada de los 6 fenómenos especiales críticos (*WSUM6*) que es una de las 13 variables con mayor validez de constructo de todo el Sistema Comprehensivo (Mihura et al., 2013). En este sentido se vuelve a comprobar cómo una y otra vez se confirma la asociación trastorno de pensamiento y esquizofrenia y la capacidad de test para detectarla, valor que no le niegan ni los investigadores críticos con el test (Wood et al., 2000).

La tercera variable discriminante en el grupo paranoide es el *porcentaje de respuestas inusuales (Xu%)*, a las que se asigna el código *FQu* en el protocolo que indica un uso creativo

y peculiar de la forma, no distorsionado. Un ejemplo de la lámina VII: “*Pues una planta de esas aromáticas, esto pueden parecer las hojas, al estilo de la corona de espinas que le pusieron a Jesús en las películas bíblicas, a ese estilo*”. (Encuesta): Señala toda la lámina “*como una corona de plantas*”; otro ejemplo, lámina VIII: “*Puede ser por ejemplo la tierra vista desde un avión, desde arriba, vistas de huertas*”. (Encuesta): Señala azul central “*una corona de plantas*”. Es un conjunto de respuestas que aparecen con poca frecuencia y por tanto no pueden codificarse como *FQo*, pero se pueden ver con cierta facilidad ya que los contornos de la mancha no están seriamente alterados. En la muestra de Vives Gomila (2011), la *Xu%* estaba significativamente más elevada en el grupo de esquizofrénicos agudos. Es un dato clásico de la esquizofrenia paranoide, ya que la respuesta *FQu* equivale (parcialmente) a las originales positivas; digo parcialmente porque también se incluyen en esta categoría el uso impreciso de la forma cuando el examinando se refiere a perceptos infrecuentes y con requerimientos formales más laxos (objetos que pueden tomar cualquier forma, ej.: trozos de minerales). En la muestra de Ruiz, Brotat y Serrano (1980), el equivalente a estas respuestas es la Original positiva; en la diferencia entre los paranoides sin deterioro coincide en señalar la aparición en número significativamente superior de Originales, porcentaje de originales y de originales positivas. Mihura et al. (2013) las definen como respuestas poco comunes, creativas, que no son simples percepciones erróneas, encuentran confirmación de esta variable en estudios acerca de la creatividad (Ferracuti, Cannoni, Burla y Lazzari, 1999).

La cuarta variable es la *F%*, *porcentaje de respuesta de forma pura* en todo el protocolo, calculado con las respuestas determinadas única y exclusivamente por la forma, silueta o contorno del área empleada. La interpretación del *F%* es similar a la del índice Lambda - que se calcula de acuerdo con la fórmula: $F/(R-F)$, pero *F%* se adapta mejor a los análisis estadísticos (Meyer, Viglione y Exner, 2001); de hecho, la variable Lambda también se incluyó en el análisis discriminante y no resultó significativa. La proporción alta de respuestas

de forma pura (y el índice Lambda) en un protocolo indican un modo de respuesta de un sujeto que se resiste a las demandas que la situación del test le impone; de hecho es un tipo de rechazo a hacer el test (Exner, 1994). También indica un estilo de respuesta evitativo y en exceso reduccionista, por el que se evita afrontar la complejidad del campo estimular, se simplifican las percepciones al máximo para evitar procesar la emoción (Sendín, 2007). En este grupo la dirección de la variable $F\%$ coincide parcialmente con la de la muestra de Bannatyne, Gacono y Greene (1999) quienes encontraron que en los esquizofrénicos paranoides el $F\%$ era inferior al del grupo de esquizofrénicos indiferenciados, pero mayor que el de los esquizoafectivos. En este estudio los esquizofrénicos indiferenciados y los esquizoafectivos forman parte del grupo no paranoide. El rasgo $F\%$ también coincide con el cuadro de la esquizofrenia paranoide en Weiner (1966), cuando señala que la constricción afectiva característica de este subtipo ya que, excepto la forma, este grupo no se distingue por dar otros determinantes. Ruiz, Brotat y Serrano, (1989) encuentra $F\%$ en paranoides agudos con temáticas mesiánicas, y para Sendín (2007) esta actitud inhibida y constreñida también es un rasgo paranoide. El Lambda (y por lo tanto el $F\%$) es una variable que como indica Sendín (2007) indican un estilo evitativo y sobresimplificador (evita afrontar la complejidad del campo estimular y simplifica sus perceptos al máximo. Es una de las variables de mayor peso en el modelo discriminante. Mihura et al (2013) analizan la variable Lambda, lo interpretan como evitación (en contraposición a prestar atención a la complejidad, sutilezas y matices) y constatan su aparición en estudios de pacientes de Alzheimer vs. normales controlados según edad y nivel educativo, la ejecución en el test de pacientes que han sufrido traumatismos craneo-encefálicos y encuentran una relación inversa entre Lambda y el nivel educativo, el rendimiento intelectual (CI) y la capacidad y fuerza del yo necesarias para realizar una psicoterapia psicodinámica. Rosenbaum et al., (2012) consideran el Lambda como una variable clave para describir los estímulos psíquicos en un nivel económico, ya que refleja el

grado de economía perceptiva en el procesamiento de la respuesta. Un porcentaje alto de respuestas de forma pura en un protocolo se caracteriza por la concentración en los estímulos más obvios y sencillos y excluye detalles del entorno que son prerequisites necesarios para un ajuste satisfactorio a las demandas cotidianas.

Por lo tanto, acerca de la hipótesis sobre las diferencias entre los grupos paranoide y no paranoide encontramos que se confirma parcialmente que hay variables de calidad evolutiva, calidad formal, determinantes, contenido y fenómenos especiales que distinguen a ambos grupos en un 93,5% de los casos. El grupo paranoide muestra emplea el área localizada de manera burda e inexacta, distorsiona al dar una respuesta lo más simple posible, usa pertinazmente la forma como determinante, la calidad formal es poco convencional y da muestras de distorsión de pensamiento sacando conclusiones imposibles. El grupo no paranoide destaca por la presencia de angustia actual, la percepción de características obvias y llamativas de la mancha (la simetría), da un tipo de contenidos poco comunes y tiende a abstracciones exageradas (*Msin*) y muestra un tipo de pensamiento rígido.

Respuestas de contenido humano

La siguiente hipótesis con el Rorschach se refiere al tratamiento diferente entre ambos grupos de las *respuestas humanas*. En lo que se refiere al tratamiento de las respuestas humanas las variables que aparecían con más frecuencia en el grupo no paranoide fueron: Las respuesta humana completa de buena calidad formal H^+ , la respuesta de movimiento humano de buena calidad formal M^+ , y las respuestas de buena representación humana GHR .

La respuesta *humana completa de calidad formal positiva* H^+ indica considerarse a sí mismo y a los demás como personas completas, según la interpretación de Mihura et. al., (2011). Encontramos que las respuestas humanas “buenas” aparecen en una frecuencia significativamente mayor en el grupo no paranoide. Esta variable es más restringida que las H , ya que solo tiene en cuenta el número de respuestas humanas completas de buena forma.

De hecho hay 16 pacientes que no dan ninguna *H* (de ellos solo 3 pertenecen a la muestra de no paranoídes). La respuesta humana completa *H* tiene, según Mihura et al. (2013) una validez buena; apoyan su afirmación en varios estudios: la menor frecuencia de respuestas *H* en el grupo de los trastornos de conducta en comparación con un grupo de pacientes distímicos (Weber, Meloy y Gacono, 1992). Loving y Russell (2000) encuentran una media más baja de *H* en los grupos de delincuentes juveniles explorados en comparación con la media de la muestra normativa de Exner (1994). Franks et al., (2009) encuentra una disminución de *H* entre las características significativas de los protocolos de reclusos por delitos violentos en comparación con sujetos control no clínicos. En la comparación entre grupos de pacientes psicóticos, Kalla et al., (2004) comparando dos muestras de primeros episodios psicóticos en Finlandia y en España, señalan que la mayoría de ellos carecía de interés por los demás y de éxito en el mantenimiento de relaciones interpersonales. Hughes et al., (1992) señalan que en delincuentes juveniles clasificados en función de la gravedad de los delitos cometidos, que aquellos que habían cometido delitos sexuales daban más respuestas anatómicas y menos respuestas *H*. La presencia de *H* es una de las variables que distingue a pacientes psicóticos de grupos no clínicos (Di Nuovo et al., 1988; Mason et al., 1985). Weiner (1966) también menciona que la baja frecuencia y la ausencia de *H* es un signo esquizofrénico; en este estudio este dato parece que apunta indirectamente a que es un rasgo de la esquizofrenia paranoide.

La *M+* aparece con más frecuencia en el grupo no paranoide. La *respuesta de movimiento humano bien vista* va de la mano de la buena *H*; es decir, en las láminas las áreas donde pueden coincidir ambas son limitadas: ver movimiento humano en una respuesta humana completa y con buena forma y esto casi siempre elevará el número de buenas representaciones humanas *GHR*. La respuesta de movimiento humano refleja según Mihura et al., (2013) capacidades mentales que abarcan planificación, imaginación y empatía. Según su revisión encuentran que correlaciona negativamente con los síntomas de déficit de atención, pacientes diagnosticados

de Alzheimer comparados con controles (Perry et al., 1996) y correlaciona positivamente con buenos resultados en pruebas de creatividad, años de educación, buen rendimiento intelectual (CI) a través de los test de Weschler y con la actividad de las neuronas espejo, detectada ante la producción de las respuestas de movimiento humano (Giromini et al., 2010; Pineda et al., 2011).

También es significativamente más frecuente en el grupo no paranoide la respuesta de *buena representación humana (GHR)*, que refleja según Mihura et al., (2013) la aceptación sana y adaptativa de los demás. Lepisto et al., (1994) encuentran este efecto positivo en pacientes ingresados tras la introducción de clozapina; señalan que tras introducción del fármaco había mejor procesamiento estimular, mayor conciencia de las claves sociales, menor retraimiento y mayor capacidad para apreciar la interacción interpersonal de manera positiva. Sin embargo, no fue una variable que se controlara en este estudio, aunque sí consta que era una de las opciones terapéuticas farmacológicas principales a considerar, pero de todas maneras el fármaco también se administraba a pacientes del grupo paranoide.

Los datos referidos a las tres variables anteriores indican que en la discriminación entre los grupos de estudio, la presencia de mayor número de buenas respuestas humanas, buenas respuestas de movimiento humano y buenas respuestas de representación humana, *GHR*, por el lado del grupo no paranoide, confirma indirectamente que el grupo paranoide hay una retirada de interés humano, pero no implica que el grupo no paranoide posea las características positivas que supuestamente reflejan las *H* buenas, las *M* de buena forma o la presencia de *GHR* ya que hay que recordar que el grupo no paranoide tiene como problemas clínicos y de funcionamiento diferenciales los problemas en las relaciones sociales. No resultó discriminativa la variable *M*- que indica habilidades sociales inadecuadas y que es parte del índice SCZI.

El aumento de *PHR* en el grupo paranoide puede ser una confirmación indirecta de la hipótesis de Du Brin (1962) que indica específicamente en paranoides un aumento de respuestas humanas de detalle en forma de caras, ojos y de los “trozos de carne”, o de miembros partidos tal como señalan Koide, Chien, Iizuka y Morita (2002), además, como se ha comentado anteriormente, en el cómputo se incluyen tanto contenidos primarios como secundarios, con lo que el aumento de respuestas humanas fragmentadas podría ser un índice de la fragmentación del cuerpo que vive el paranoide. Burns y Viglione (1996) encuentran que el aumento de *PHR* se asocia con menos cercanía interpersonal; Adrian y Kaser-Boyd (1995) correlacionan esta variable con el aumento de síntomas psicóticos, recogidos a través de los evolutivos de los pacientes. Perry et al., (2003) indicaron que el aumento de *PHR* coincidía con pacientes del espectro esquizofrénico vs normales.

Los datos no parecen muy concluyentes en cuanto a que la presencia de buenas respuestas *H* sea un dato positivo, sobre todo porque los problemas clínicos detectados en el grupo paranoide muestran un aumento significativo de problemas de autolesiones no accidentales y de problemas con las relaciones sociales. Sobre el aumento de respuestas *PHR* en el grupo paranoide, desgraciadamente al ser una investigación transversal no podemos corroborar el dato de Levander y Holmsquit (2013) que encontraron un índice de buen pronóstico en la presencia de *PHR*, pero quiero apuntarlo aquí como un punto de vista diferente y esperanzador acerca del tratamiento en primeros episodios y cómo puede reflejarse en las variables sobre lo humano del Rorschach, ya que estos autores plantean un abordaje de las psicosis orientado a la crisis, a la atención psicoterapéutica al paciente y sus familias, invirtiendo más en cuidados que en medicación y con resultados espectaculares ya que los mejores resultados en el funcionamiento de los pacientes en la evaluación realizada cinco años después eran los de los pacientes con predominio de *PHR* y con mayor grado de distorsión de pensamiento. La

percepción de figuras humanas malévolas y destructivas relacionadas con buen pronóstico psicoterapéutico también aparecen en Blatt et al. (1977).

Por otra parte, la base teórica sobre la que se apoya la interpretación de las respuestas humanas y de la respuesta de movimiento parece un poco un catálogo de buenas intenciones (véase Ullrich, 1977, Schafer, 1954, 1959 y Schachtel, 1956). Si tomamos un punto de vista perceptivo podríamos plantearnos que dar una buena respuesta humana y de movimiento humano sea lo más difícil de articular como respuesta en el Rorschach y que en esa dificultad la figura humana tenga tropiezos, deslizamientos, irrupciones, fallos, datos de la subjetividad en suma, que indican la visión del campo humano que está atravesada por la problemática relación del hombre con sus semejantes, Freud (1927) lo señalaba de manera tajante al enumerar que las amenazas para el individuo provenían de tres campos: el mundo exterior, el mundo interior y los otros. El plantearse entonces que la relación humana sea negativa o esté distorsionada no necesariamente sea algo disparatado. Por lo tanto, en lo relativo a la hipótesis que postula un interés interpersonal significativamente diferente entre el grupo paranoide y no paranoide se confirma en parte, ya que sí difieren en cuanto a la aparición de H^+ y de M^+ ; pero no es concluyente ya que los datos de la evaluación de problemas clínicos muestran evidencias que contradicen la interpretación consabida de las buenas respuestas humanas en el test de Rorschach.

Predominio de síntomas positivos y negativos: indicadores del Rorschach

La tercera hipótesis del Rorschach plantea que hay una agrupación de variables del Rorschach diferenciada en paranoides y no paranoides para el predominio de síntomas positivos y de síntomas negativos. Estas diferenciaciones aparecerán en variables de localización, calidad evolutiva, determinantes, calidad formal, contenidos y fenómenos especiales.

Predominio de síntomas positivos: indicadores del Rorschach

El análisis discriminante incluyó a 13 personas en el grupo no paranoide y a 21 personas en el grupo paranoide, arrojando un nivel de clasificación del 100% de los casos. Las variables que tomaron mayor peso en el modelo de acuerdo con el análisis de Mann-Withney fueron la respuesta de espacio blanco con calidad formal negativa y las respuestas abstractas.

Las variables discriminantes de Rorschach en el predominio de los síntomas positivos en *el grupo no paranoide* fueron las siguientes: Espacio blanco con calidad formal negativa *S-*, determinantes múltiples de color-sombreado *Col-SH*, las respuestas de par (2), respuestas abstractas *ABS*, y buenas representaciones humanas *GHR*. En el estudio de Moore et al. (2012), que relacionaba medidas de cognición con el funcionamiento social y cotidiano en la esquizofrenia, encontraron que el EII-2 (índice de deterioro del yo calculando la proporción de respuestas de representación humana) correlacionaba con la escala de síntomas positivos, sin embargo, el EII-2 no ha aparecido como variable discriminativa discriminante en ninguna de las dos situaciones que nos planteamos a continuación.

La respuesta de *espacio blanco con calidad formal negativa (S-)* es una respuesta negativa dada en un área de espacio blanco. Un ejemplo de *WS-* de la lámina VII: “*Una máscara y sombras alrededor*”. (Encuesta): Señala detalle blanco, “*como una máscara maya y el resto [lo que es la mancha propiamente dicha] sombras*”. Un ejemplo en *DdS*, lámina IV: “*un gusano escarbando un agujero*”. (Encuesta): Señala gusano en extremo central inferior y los detalles inusuales blancos que lo rodean. Un ejemplo en *DS*, lámina II: “*Una vagina*” (Encuesta): “*un hueco (DS5), una penetración*”. Exner (1994) calcula un índice parecido, “*distorsión de espacio blanco*” según la siguiente fórmula $S-/FQ-$ (el número de respuestas de espacio blanco entre el total de respuestas negativas) que según Sendín (2007) indica una interferencia emocional en los procesos de mediación no debidos a trastornos del espectro psicótico, indicando su valor para el diagnóstico diagnóstico diferencial. Les atribuye un valor

pronóstico positivo, ya que plantea que una vez solucionados los problemas emocionales mejorará el ajuste perceptivo del sujeto. Estas interferencias emocionales son de tipo negativismo, rabia u oposicionismo que no tienen por qué manifestarse en la conducta. Perceptivamente hablando, el individuo responde interpretando lo que no se le ha pedido y además con desconsideración por la forma. Mihura et al. (2013) coloca a la distorsión del espacio blanco entre los índices con nulo apoyo en su validez de constructo por “ausencia de evidencias” al no contar con estudios específicos que versen sobre este índice, tal como ocurría con las *Msin*. En este estudio la variable discriminante es la frecuencia de respuestas negativas en respuestas de espacio blanco *S-*, que sí aparece aunque con apoyo “débil” los datos del metaanálisis dan a la variable de espacio blanco un apoyo muy débil. Meyer et al., (2011) distinguen dos tipos de *S* atendiendo a que el espacio blanco esté integrado no en la respuesta: plantean que en las primeras hay esfuerzo organizativo, mientras que en las segundas, el responder a la zona blanca (al modo de la reversión tradicional figura-fondo) indica una especie de “nadar contra corriente”, que interpretan en el mismo sentido de Exner (1994) de resistencia a la presión, autoafirmación y también oposicionismo. Por esto creo que la hipótesis del oposicionismo se puede mantener ya que el sujeto da una respuesta en una zona no pedida, y es un criterio del metaanálisis emplear un criterio de validación externo, conductual, que en este caso es perceptivo. Bohm (1953/1984), Rorschach (1921/1980) y Exner (1994) indican que para valorar si esa oposición es conducta agresiva y el tipo de manifestación de esa agresividad (hacia el exterior o introyectada) se deben observar otras variables dentro del protocolo, aspectos básicos de la interpretación del Rorschach que se escapan de este análisis cuantitativo.

La siguiente variable discriminante del grupo no paranoide son las respuestas de *FY*, *forma-sombreado difuso*, que indica la presencia de un estresor grave, pero muestra mayor control por el predominio de la forma sobre el claroscuro. Un ejemplo, lámina VII: “*parecen dos*

nubes que se han formado como haciendo el cuerpo de dos personas". (Encuesta): Señala toda la lámina e indica cabeza, coleta, manos y cuerpo ("*¿en qué se parecen a nubes?*"): "*por el difuminado*". Otro ejemplo, lámina IV: "*El Hombre de las Nieves en oscuro*". La aparición de la respuesta FY en los síntomas positivos del grupo no paranoide supone un trabajo sobre la vivencia de angustia y desvalimiento que reflejan las Y puras, ya que en este caso hay predominio de la forma en la respuesta y esto se debe leer como un esfuerzo por controlar esa experiencia.

El determinante *múltiple de color sombreado (ColSh)* es la combinación dentro de la misma respuesta de un determinante de color y otro de sombreado. Un ejemplo, lámina III: "*Esto parece una pajarita, esto rojo, un traje, un smoking negro con la pajarita roja*". (Encuesta): Señala D1 como smoking negro y D3 como pajarita. Otro ejemplo, lámina II: "*Como un dibujo, un garabato de las pinturas*". (Encuesta): Señala toda la mancha, "*pintar rojo, negro y gris*". Estas respuestas son muy poco frecuentes. Esta respuesta se incluye en el Índice de Depresión y en la Constelación de Suicidio (SCON), y aunque *ColSh* es solo una de los componentes del *SCON* coincide en cierta medida con su aparición diferencial en este grupo de no paranoides, en el que se incluyen a pacientes con trastornos afectivos y con problemas de autolesiones no accidentales entre las que se documentaron intentos de suicidio. Las *ColSh* indican según Exner (1994) una experiencia emocional confusa. En el estudio de Exner y Wilye (1977) encontraron una correlación positiva de esta variable con suicidios llevados a cabo, pero advierten que no deben considerarse aisladamente para señalar el riesgo autolítico, sino como parte del *SCON* (índice no incluido en este estudio). Meyer et al., (2011) interpretan la respuesta *ColSh* como la aparición de emociones negativas que estorban el disfrute y las reacciones positivas. La interpretación más detallada debe incluir considerar qué tipos de determinantes concretos de color y sombreado se emplearon.

Las *respuestas de par (2)* ya se comentaron anteriormente. Quizá su aparición en este apartado se deba a que la variable siguiente GHR, *proporción de buenas representaciones humanas*, incluye la percepción de figuras humanas completas que suelen señalarse casi siempre como “dos personas”. Recordemos que es un procesamiento de los estímulos sencillo y que responde a la simetría de manera más concreta que como una descripción, porque señala que se han identificado dos objetos.

El código de *buenas representaciones humanas*, GHR se aplica a representaciones humanas positivas o sanas. Un ejemplo de la lámina III: “*Dos personas mirándose la una a la otra fijamente*”. Para Moore et. al., (2012) el tener al menos algunas representaciones humanas benévolas, organizadas y saludables es un dato positivo porque puede procurar a estos pacientes conducir mejor las interacciones personales con los demás. Los problemas clínicos del grupo no paranoide no coinciden con los de la muestra de Moore (esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio) que se encontraba “estabilizada”; quizá se pueda plantear que en un grupo con graves problemas de relación y con problemas de autolesiones con predominio de síntomas positivos la aparición de buenas representaciones humanas refleje un rasgo de relación en el ánimo, una visión sin fisuras o que sirva solo como variable de contraste con el grupo paranoide. El dato es, de todos modos, cuando menos contradictorio.

La siguiente variable del modelo es la *respuesta abstracta*, que además es una de las tres variables de peso en el discriminante, según el análisis de Mann-Whitney. La *respuesta abstracta* es uno de los fenómenos especiales. Exner (2005/2008) aplica este código a dos tipos de respuesta en los que siempre se incluye una representación simbólica clara y específica, por un lado las que tienen un único contenido Hx, que son los que se refieren a una emoción humana (por ejemplo, lámina VI: “*el yo, la oscuridad*”) o una experiencia sensorial (asociar con sonido, peso); esto último ya recogido por Bohm (1953/1984) en sus fenómenos especiales. Este tipo de respuestas abstractas suelen tener la calidad evolutiva DQv, se trata

de respuestas de calidad evolutiva vaga y les corresponde un determinante *Msin*, movimiento humano sin forma. En el otro tipo de respuestas abstractas, hay un uso específico de la forma y se describe una representación clara y específica. Un ejemplo de la lámina VIII: “*Parecen dos animales que son de la misma familia, haciendo algo común, algún trabajo para su mundo, vida, alimentación, aquí veo como armonía*”. La respuesta abstracta aparece tanto en esquizofrénicos como en sanos (Bohm, 1953/1984; Rapaport et al., 1968/1988). Rapaport et al. (1968/1988) quienes coinciden en señalar que lo característico de la respuesta simbólica esquizofrénica es que, para el sujeto, el área a la que responde es la idea abstracta, o está diseñada especialmente para representarla (Lámina VIII: “el que dibujó esto intentaba representar la teoría de la similitud de la naturaleza”). La respuesta abstracta es un factor de peso del “índice de intelectualización”, que indica un proceso defensivo dirigido a reducir o neutralizar el efecto de las emociones (Exner, 1994). Weiner (1966) propone otro tipo de interpretación para las respuestas abstractas, y lo relaciona con el déficit esquizofrénico en la formación de conceptos. Ruiz, Brotat y Brontano (1989) encuentran mayor número de abstractas en su muestra de paranoides con baja adaptación, lo que no coincide con lo hallado aquí, porque el aumento aquí se produce en el grupo no paranoide. Mihura et al., (2013) no la mencionan en su metaanálisis. Meyer et al., (2011) incluyen este código en el RPAS codificándolo e interpretándolo de manera similar al SC, puede señalar una defensa contra el malestar o angustia.

El grupo paranoide con predominio de síntomas positivos se distingue por el uso localizaciones globales con calidad evolutiva vaga (W_v), combinación de múltiples de sombreado ($MulSh$), porcentaje de H total ($H_{tot}\%$) y por las respuestas de nivel 2, un cualificador de gravedad que se aplica a los fenómenos especiales críticos ($WSUM6$).

La respuesta *global con calidad evolutiva vaga (W_v)* es un intento de abarcarlo todo pero de manera muy poco concreta. Un ejemplo, lámina I: “*Una hoja seca*” (Encuesta): Señala

global. La calidad evolutiva vaga indica un funcionamiento primitivo, infantil e inmaduro (Sendín, 1977); es una respuesta considerada genéticamente inmadura según la escala de Friedman (1952, 1953); Fine y Zimet (1959) la encontraban entre los esquizofrénicos procesuales. En el caso de los paranoides con síntomas positivos aparece una respuesta que es una solución simplista y burda al reto que plantea la lámina (Meyer et al., 2011).

El *múltiple de sombreado* (MulSh) es la combinación de diferentes tipos de sombreado en la misma respuesta. Ejemplo de la lámina IV: “*Esto me recuerda como a un monstruo de estos nórdicos, que vi en un videoclip de un grupo islandés, un poco fantástico en el sentido de literatura fantástica mitológica*”. (Encuesta:): Señala D1, “*Es muy alto, tiene la cabeza peluda, como de león, tiene un halo oscuro, como de humo y tiene una capa de penumbra o halo de penumbra*”). Es una respuesta muy poco frecuente (Exner, 1994) y en su muestra normativa las encuentra en pacientes externos cuyo síntoma principal era la depresión (9%) y en pacientes drogadictos internados evaluados tras una semana de desintoxicación (12%); las interpreta como señal de una vivencia emocional atormentada, produciendo un impacto perturbador en casi todas las funciones afectivas que ejerce una importante influencia en el pensamiento; en su interpretación es necesario leer los determinantes combinados para saber más acerca de la experiencia recogida por la respuesta.

Porcentaje total de contenidos *Htot%* incluye el porcentaje de respuestas de *detalle humano y de ficción y de experiencia humana* en todo el protocolo, viene a ser el reverso de la H pura, y es significativamente superior en el grupo paranoide. Es una variable introducida por la autora de este trabajo para tener un puntaje global de la cantidad de respuestas “*otras H*”, que ha resultado significativo en la condición del predominio de síntomas positivos; esta variable refleja contenidos humanos fragmentados y apartados de la realidad. Resulta interesante constatar cómo predomina la visión fragmentada del campo humano en el subtipo

paranoide. Meyer et al., (2011) calculan algo similar con la proporción NoHpura, e indican que refleja una tendencia a verse a sí mismo y a los demás de manera irreal.

La respuesta de *nivel 2* es un índice de gravedad que se aplica a cuatro de los seis fenómenos especiales críticos, en concreto a *DV*, *DR*, *INCOM* y *FABCOM*. Un ejemplo de *INCOM2* en la lámina VI: “*Parte de una mariposa despellejada con parte de su piel, incluso podría ser una serpiente, parece que tiene columna vertebral, partes pegadas y la salida de la uretra*”. El *WSUM6* es una de las 13 variables con mayor validez de todo el SC (Mihura et al., 2013) que reiteradamente aparece en los estudios con pacientes del espectro psicótico, en concreto la asociación trastorno de pensamiento y esquizofrenia, en este caso paranoide con predominio de síntomas positivos. Meyer et al., (2013) indican que el *nivel 2* califica a un tipo de respuesta extraña, difícil de seguir, en la que se aprecia la pérdida de contacto con la realidad; las consideran la expresión conductual de una alteración de pensamiento. La respuesta de *nivel2* es parte del criterio 3 del PTI, analizado por Mario et al. (2015) en sus correlaciones con la escala PANSS no encontró correlación entre este criterio y ninguna de las variables de esta escala; sin embargo en este caso sí aparece su valor discriminante en relación con los síntomas positivos en paranoides. Otro dato que apoya esta afirmación es la aparición en la escala HoNOS de los delirios y alucinaciones como principal variable discriminante en el grupo paranoide.

Como resumen del predominio de los síntomas positivos aparece como llamativo los determinantes múltiples en ambos grupos, que son respuestas que hablan de experiencia emocional grave y confusa, que, por otra parte coincide parcialmente con uno de los componentes de la variable *complexity* (Viglione, 1999), ya que este es un índice donde tienen más puntuación los determinantes múltiples, además de que *complexity* mantiene una correlación inversa con los síntomas negativos (Moore et al., 2012). La percepción del campo humano es diferente entre ambos grupos, en el grupo paranoide es fragmentada y en el no

paranoide es descrita de manera más amable e intacta. El grupo paranoide mostró mayor distorsión de pensamiento (códigos de Nivel 2) y el grupo no paranoide respuestas abstractas, verbalizaciones de tipo intelectualizado y elíptico.

Predominio de síntomas negativos: indicadores del Rorschach

El análisis discriminante del predominio de síntomas negativos incluyó a 14 sujetos del grupo no paranoide y a 8 del grupo paranoide, arrojando un nivel de clasificación del 100%. No hubo ninguna variable que tuviera mayor peso en el modelo, pero el porcentaje de respuestas de espacio blanco (S%) quedó en el límite ($p = .050$).

El estudio de Moore et al. (2012) obtienen una correlación negativa entre la complejidad psicológica (medida con el índice *complexity*) y los síntomas negativos. El índice *complexity* refleja una tendencia a emplear más trabajo cognitivo, intelectual, energía y motivación.

Las variables discriminantes obtenidas en el grupo no paranoide fueron: detalles inusuales con mala forma (*Dd-*), porcentaje de respuestas de espacio blanco (S%), porcentaje de respuestas de calidad formal inusual (*Xu%*), buenas respuestas humanas completas (*H+*), respuestas desviadas de nivel 2 (*DV2*), y lógica inadecuada (*ALOG*).

El detalle inusual *Dd* es un área de localización poco frecuente, lo que combinado con la calidad formal negativa indica una conducta en el test totalmente “irresponsable” ya que no se adapta ni en localización ni en calidad formal a los requerimientos formales de la mancha ni responde a sus características estímulares, a menudo creando contornos arbitrarios, es decir, se impone la respuesta de modo que se crean contornos en la lámina donde no los hay. Ejemplo de la lámina IX: “*Unas tijeras*”. (Encuesta): Señala rosa inferior y línea media. Para Meyer et al., (2011) reflejan un estilo cognitivo paranoide.

El S%, porcentaje de espacio blanco se interpreta como un índice de oposicionismo, una variable con poca validez según Mihura et al., (2013) pero que creo que tiene su valor al presentarse en una muestra tan específica. La interpretación más ponderada en mi opinión es

la de la oposición porque la operación perceptiva que realiza el sujeto en la tarea es usar el espacio blanco.

El porcentaje de respuestas inusuales $Xu\%$ aparece entre los pacientes agudos de la muestra de Vives Gomila (2011), aunque podemos pensar que aquí la calidad formal inusual toma la forma de respuesta poco comprometida en vez de original, porque toma la forma de cuadros o dibujos sin forma definida.

La cuarta variable que aparece es la presencia de respuestas *H puras de buena forma*, que puede indicar un buen pronóstico, aunque esto se escapa de los límites de este estudio transversal y por los datos clínicos, la interpretación positiva de este dato es contradictoria. Al hilo de esta reflexión, Moore et al. (2012), por ejemplo, no se explican por qué en su muestra de esquizofrénicos, el aumento de buenas respuestas humanas (*GHR* y una derivación de la escala MOA de Urist, 1977, 1982; adaptada para el RPAS) correlacione con una de las situaciones exploradas las habilidades sociales positivas y también con las habilidades sociales que requieren confrontación porque según ellos una interacción interpersonal que sea confrontativa es inconsistente con las propiedades implícitas (positividad, benevolencia) de las buenas respuestas de contenido humano. Creo que es otro dato que permite pensar que la teoría subyacente a la respuesta humana en el test de Rorschach necesita una revisión cuando tratamos con sujetos con patología muy grave. Las dos últimas variables de este grupo, la respuesta desviada de *nivel 2*, *DV2* y la lógica inadecuada *ALOG* pertenecen al *WSUM6*, suma ponderada de los seis fenómenos especiales críticos. La *DV2* se emplea erróneamente un término o estructura gramatical que puede incluir neologismos y obstaculizan la comunicación.

La lógica inadecuada, *ALOG* indica la presencia del trastorno de pensamiento en forma de lógica particular grave, ya que además del *DV2* el *ALOG* es una respuesta, por definición, de nivel 2 que usa en el razonamiento de la respuesta argumentos en base al número o posición

(por ejemplo, lámina VIII: “*Un cerebro*”, y en encuesta señala toda la lámina y añade espontáneamente “*tiene 8 partes*”); esto, como hemos visto ya lo notó el propio Rorschach (1921/1980) y en la revisión teórica aparece en todas las escalas que evalúan el trastorno de pensamiento esquizofrénico.

El grupo *paranoide* con predominio de síntomas negativos muestra las siguientes variables discriminantes: porcentaje de respuestas de calidad evolutiva ordinaria, DQo%; calidad evolutiva vaga con calidad formal negativa, DQv FQ-; determinante de Reflejos, determinante de Suma total de sombreado difuso (FY+YF+Y); contenidos de arte, Art; contenidos de arquitectura, Arq; y contenidos de Ciencia, Sc.

El porcentaje de la *calidad evolutiva ordinaria* (DQo%), indica que usa principalmente una aproximación simplista y conservadora, dando objetos separados sin integración, pero con forma definida. Este tipo de calidad evolutiva es considerado por Di Nuovo et al., (1988) como un modo simplista de procesamiento e indica poca motivación.

La segunda variable es la *calidad evolutiva vaga con mala calidad formal* (DQv con FQ-) como diría Sendín (2007) distorsiona cuando simplifica en demasía.

La respuesta de *reflejos*, es la percepción de un objeto que se percibe reflejado en una superficie debido a la simetría de la lámina (Lámina VII: “*Igual es una persona en un espejo*”). Según Bohm (1953/1984), Exner (1984) y Urist (1977,1982) indica rasgos de narcisismo, es una variable discutida (Nezworski y Wood, 1995) aunque Mihura et al. (2013) la colocan entre las variables que muestran buen apoyo y la encuentran relacionada con los trastornos de conducta, el trastorno narcisista de la personalidad, el grado de psicopatía en infracciones criminales y las infracciones de tipo sexual. Este dato no coincide con la aparición en el grupo paranoide aunque lo que sí coincide es la interpretación de intenso centramiento en sí mismo, si tenemos en cuenta la problemática narcisista de las parafrenias, su terminología para la esquizofrenia paranoide (Freud 1914/2015).

Este grupo da más respuestas totales de *claroscuro difuso* (FY+YF+Y puras), indica un aumento de la angustia actual con mayor o menor control de la forma.

En cuanto a los contenidos, el contenido de *Arte* se refiere a la percepción de objetos artísticos, pinturas, esculturas, etc. En esta muestra, los pacientes solían dar respuestas difusas del claroscuro o los colores como si fueran cuadros abstractos. *Arquitectura* es la percepción de construcciones, edificios y el contenido de ciencia *Sc* se revisó anteriormente y al que poco se puede añadir aquí por falta de evidencia. De estos últimos dos contenidos sólo decir que se pueden interpretar como cierta amplitud de intereses (Bohm, 1953/1984; Viglione, 1999).

En cuanto a los síntomas negativos en el Rorschach aparece un procesamiento simple, que da pocos datos y mayor egocentrismo en el grupo paranoide. Si como grupo mostraban poco compromiso con la tarea, en la condición de síntomas negativos esto parece acentuarse: hay un procesamiento simple, distorsión al simplificar, angustia y centramiento en sí mismo. En el grupo no paranoide aparece un grado mayor de oposicionismo, distorsión perceptiva y trastorno de pensamiento, y sus resultados indican mayor patología. Los resultados son muy categóricos en términos estadísticos tanto para el predominio positivo como para el negativo, pero no dejan de ser muy pocos casos como para poder generalizar más allá de lo encontrado en esta muestra.

Quiero concluir presentando las limitaciones de este estudio:

La primera ya se ha mencionado, pero es importante: es un estudio de Rorschach realizado con el cotejo de un programa informático de apoyo puntual y es algo que en la literatura científica del test no se hace, ya que se separan los codificadores de los que administran la prueba, o se codifica entre varios a ciegas. Todo ello fue inviable aquí. En segundo lugar, las muestras son muy pequeñas y la generalización de los resultados es poco probable. En tercer lugar, hay muchas variables que no se revisaron ni se controlaron, variables que hubieran permitido dar una visión más amplia a estos resultados, como las medidas neuropsicológicas

de atención o memoria; el desglose de los componentes de la escala PANSS y sus correlatos en el test, por mencionar algunos.

La tarea de evaluación a través de Rorschach es una escritura de las respuestas en términos dónde, por qué y qué, localización, determinantes y contenido:

Hipótesis 1, respuesta discriminante paranoide: respuestas amorfas distorsionadas en cuanto al uso del área de localización, determinante de forma pura de calidad formal inusual, en el límite de lo que es respuesta, con comentarios descriptivos no comprometidos (*estos es una forma no definida, un dibujo, garabatos, manchas, piedras*) y se registra la presencia de *FABCOM*, mezcla irreal de conceptos y categorías.

Se ven las dificultades del esquizofrénico paranoide en aceptar la tarea del test.

Hipótesis 2: Variables figura humana: Grupo paranoide: Respuestas de pobre representación humana, PHR. En el grupo no paranoide más H bien vistas, M bien vistas y GHR: buenas representaciones humanas. Aquí casi entre líneas se deduce que el signo clásico de Weiner (1966) sobre la ausencia de H completas ($H = 0$) aparece con mayor frecuencia en el grupo paranoide.

Hipótesis 3.1. Predominio de síntomas positivos. Grupo paranoide predominio de localizaciones globales y vagas, respuestas de determinante múltiple de sombreado en la misma respuesta, contenidos aumentados distintos de H pura y respuestas de *NIVEL2*. En procesos de síntomas positivos surge el mayor peso de la distorsión de pensamiento y conceptualización pobre (Globales vagas) y experiencia emocional confusa. El grupo de contraste mostró respuestas negativas en el espacio blanco (distorsión), colores y sombreados en la misma respuesta, GHR y abstracciones.

Hipótesis 3.2. Predominio de síntomas negativos: en el grupo paranoide procesamiento simple de objetos específicos y de respuestas difusas y mal vistas, determinantes que aparecen son los reflejos y la suma de los tres tipos de respuestas de sombreado difuso y

contenidos variados de la obra humana: arte (principalmente por ser *dibujos abstractos y pinturas, manchas*), edificaciones y objetos fruto de la técnica y ciencia. Los determinantes que surgen en este grupo tienen similitud con el proceso de invasión que define Clérambault como negativo: por la presencia de angustia y la respuesta de reflejo, no por nada Freud partió para el estudio del narcisismo de las esquizofrenias y su pérdida de sentimiento de la vida.

8. CONCLUSIONES

A través de la lectura de los resultados obtenidos una vez analizados, hemos encontrado una serie de variables que muestran una manera de responder en el test diferente entre el grupo no paranoide y el paranoide. Por un lado, en el grupo no paranoide se muestra sensible a la angustia y el test refleja cómo esta le invade sin control, altera la claridad de su conciencia a través de perseveraciones y de tipos de respuestas en las que intenta elaborar los estresores que vive sin éxito, que tienen que ver con los problemas con las relaciones sociales y con el riesgo de autolesiones que presenta. Sin embargo, aunque hay datos que pueden considerarse esperanzadores ya que hay más señales de que se interesa por los demás y muestra mayor participación y compromiso con la tarea del test, quizá la propia teoría de las relaciones interpersonales que rige hoy en el test de Rorschach no alcance a entender por qué se dan buenas respuestas humanas cuando la vida relacional acusa serios problemas y el riesgo autolítico está presente. Al ser este trabajo un intento de diferenciación entre dos grupos, se puede plantear si la ausencia de buenas respuestas de contenido humano es un rasgo del grupo paranoide.

El grupo paranoide refleja un cuadro bien distinto. Este grupo se distingue por los problemas asociados con los delirios y alucinaciones. En el test se aprecia la distorsión de la forma y el trastorno de pensamiento característico de la esquizofrenia, y en este sentido, se muestra más enfermo que el grupo no paranoide. Hay rechazo del otro porque en todos los índices estudiados de la respuesta humana que tienen que ver con el interés adaptativo y positivo acerca de los demás siempre puntúa por debajo del grupo no paranoide. El otro rasgo al que responde en el test es a no comprometerse, se quita la tarea de encima, pero cuando lo hace, aparece el trastorno de pensamiento y la distorsión formal. Este cuadro muestra una retirada

del mundo, no le interesan los otros, ni la tarea y vive en un mundo que no es accesible para los demás, centrado en sí mismo, porque en comparación con el grupo no paranoide no reacciona ante los afectos y emociones.

Presento con mucha cautela las respuestas asociadas con los síntomas positivos y negativos, en un estudio con tantas limitaciones como ha sido este, se impone poder contrastar los datos controlando variables como las de la ejecución en las pruebas neuropsicológicas que podrán esclarecer muchas de las particularidades perceptivas que aquí aparecen.

El grupo paranoide muestra un cuadro de defensa ante la situación del test que, por otra parte no es exclusivo de la esquizofrenia paranoide. No participo de la idea de eliminar los protocolos cortos (Exner, 1994; Meyer et al., 2011; Vives Gomila, 2011). La consigna deja libre al sujeto para dar el número de respuestas que quiera. El problema lo tiene la estadística, no el esquizofrénico paranoide que tiene otros, más graves todavía. El trabajo clínico del psicólogo consiste en poder ser un interlocutor de un paciente sin imponerle algo en lo que él no cree. Es muy interesante lo que relatan Vizcarro-Guarch, Fernandez-Ballesteros y Fernandez-Trespalacios (1987): su hipótesis es que si el Rorschach es principalmente una tarea perceptiva, la ejecución en el test mejoraría como resultado de un entrenamiento perceptual efectivo. Entonces, entrenaron a los participantes en las leyes perceptivas en las que habían fallado. El resultado que los autores no esperaban es que tras este entrenamiento, la ejecución en el test no solo no había mejorado, sino que incluso aumentaron las respuestas negativas. ¿Se puede educar la percepción? ¿Cómo? ¿Cómo acercarnos a alguien al que no le interesa lo que le planteamos? Las preguntas siguen en el aire.

Hay otra pregunta que me planteo tras este recorrido, ya que es totalmente diferente el Rorschach aplicado caso por caso que aplicado a una muestra de sujetos. Por una parte, creo necesaria la investigación porque he obtenido de este trabajo una nueva hipótesis que tiene que ver con la interpretación de los resultados en el caso de la respuesta humana que en el

caso de los sujetos paranoides se caracteriza por una visión fragmentada de los otros y muy poco interés y ver en estos casos qué papel toman otros contenidos humanos tales como las respuestas anatómicas y las de contenido sexual (Weiner, 1966). Por los datos obtenidos, no por ver buena forma humana hay mejores perspectivas de evolución clínica, como se aprecia en el grupo no paranoide. Por otro lado, este es un test de la particularidad que se interpreta caso por caso, con los elementos dados dentro de un mismo protocolo: qué variables acompañaban a otras variables dentro del mismo test. Hasta donde yo conozco eso solo se hace de uno en uno. Ambos pilares deberían coordinarse para una clínica que atienda a los particulares del malestar de las personas.

Por mi parte, he encontrado una vía que es la de estar atenta a escuchar y poder conversar para entender la experiencia esquizofrénica tal como los pacientes la relatan, a la búsqueda de ese fenómeno elemental y estructurante de sus síntomas que nos dará la llave para que él pueda hacer algo con lo que le pasa. Creo que ahí está un camino para un tratamiento orientado por la palabra, para poder ayudar a otro a vivir con las cartas que le han sido dadas.

Y para terminar quiero traer un pequeño verso con el que acabó Freud “Más allá del Principio del Placer” que dice, más o menos así:

*Lo que no se puede alcanzar volando
Hay que alcanzarlo cojeando.
La Escritura dice: cojear no es pecado (*)*

(Últimos versos de “Die beiden Gulden”, versión de uno de los *Macamas* (cuadros literarios) de Abu Hariri (escritor y filólogo árabe), efectuada por Rückert)

9. REFERENCIAS

- Acklin, M. W., McDowell, C. J., Verschell, M. S., y Chan, D. (2000). Interobserver agreement, intraobserver reliability, and the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 15-47.
- Acklin, M. W., y Fechner-Bates, S. (1989). Rorschach developmental quality and intelligence factors. *Journal of personality Assessment*, 53(3), 537-545.
- Adair, H. E., y Wagner, E. E. (1992). Stability of unusual verbalizations on the Rorschach for outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 250-256.
- Adrian, C., y Kaser-Boyd, N. (1995). The Rorschach Ego Impairment Index in heterogeneous psychiatric patients. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 408-414.
- Ahmed, A. O., Strauss, G. P., Buchanan, R. W., Kirkpatrick, B., y Carpenter, W. T. (2014). Are Negative Symptoms Dimensional or Categorical? Detection and Validation of Deficit Schizophrenia With Taxometric and Latent Variable Mixture Models. *Schizophrenia bulletin*, <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbu163>
- Alonso, I., Ramírez, I., Ortiz de Zárate, A., Lizalde, B., Grive, N. y Aizpuru, F. (2005). Intervenciones Terapéuticas Intensivas: Influencia de Pacientes con refractariedad al tratamiento Psiquiátrico. Ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, 7-9 de abril, Cáceres.
- Álvarez, J. M., y Colina Pérez, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 11(1), 7-25.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. Washington, DC: Author.

- Andreasen N.C. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa: University of Iowa.
- Andreasen, N. C. (1985). Positive vs. negative schizophrenia: a critical evaluation. *Schizophrenia bulletin*, 11(3), 380-389.
- Andreasen, N. C. (1989). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). *The British Journal of Psychiatry*, 155(Suppl 7), 53-58.
- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M., Lasser R.A., Marder, S.R. y Weinberger, D.F. (2005). Remission in schizophrenia. Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449.
- Andreasen N.C., Olsen S. (1982). Negative y positive schizophrenia. Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry*, 39,789-794.
- Arboleda, C., y Holzman, P. S. (1985). Thought disorder in children at risk for psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 42(10), 1004-1013.
- Armstrong, J., Silberg, J. L., y Parente, F. J. (1986). Patterns of thought disorder on psychological testing. Implications for adolescent psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(8), 448-456.
- Arnheim, R. (1954). *Arte y Percepción Visual*. Madrid: Alianza, 1980.
- Auslander, L. A., Perry, W., y Jeste, D. V. (2002). Assessing disturbed thinking and cognition using the Ego Impairment Index in older schizophrenia patients: paranoid vs. nonparanoid distinction. *Schizophrenia research*, 53(3), 199-207.
- Bannatyne, L. A., Gacono, C. B., y Greene, R. L. (1999). Differential patterns of responding among three groups of chronic, psychotic, forensic outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1553-1565.
- Bateson, G. (1991). *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. Almagesto.
- Bateson, G. (1972): *Pasos hacia una ecología de la mente*. Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1977.

- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. H. (1963). A note on the double bind—1962. *Family Process*, 2(1), 154-161.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1951). *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Beck, S. J. (1938). Personality structure in schizophrenia: a Rorschach investigation in 81 patients and 64 controls. *Nervous & Mental Disorders Monograph Series*.
- Becker, W.C. (1956). A genetic approach to the interpretation and evaluation of the process-reactive distinction in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53:229-236.
- Bellak, L. (1985). Sobre los problemas del concepto de proyección. Una teoría de la distorsión aperceptiva. En L.E. Abt y L. Bellak (Eds.), *Psicología proyectiva. Enfoque clínico de la personalidad total* (pp. 25-53). México: Paidós.
- Benedik, E., Čoderl, S., Bon, J., y Smith, B. L. (2013). Differentiation of psychotic from nonpsychotic psychiatric inpatients: the Rorschach Perceptual Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 95(2), 141-148.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 1986.
- Bercherie, P. (1983). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós, 1988.
- Beres, D. (1956). Ego deviation and the concept of schizophrenia. *The psychoanalytic study of the child*, 11, 164-235.
- Berg, J. L., Packer, A., y Nunno, V. J. (1993). A Rorschach analysis: Parallel disturbance in thought and in self/object representation. *Journal of Personality Assessment*, 61(2), 311-323.
- Berrios, G. E. (1985). Positive and negative symptoms and Jackson: a conceptual history. *Archives of General Psychiatry*, 42(1), 95-97.

- Bianciardi, M. (1988). Il concetto di doppio legame: una proposta di revisione logica. *Terapia familiare*, 26, 45-58.
- Blanco Picabía, A. (1983). Evaluación de construcciones psiquiátricas. En R. Fernández-Ballesteros, R., (Ed.) *Psicodiagnóstico 2*. Madrid: UNED.
- Blatt, S. J., Brenneis, C. B., Schimek, J. G., y Glick, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 364-373.
- Blatt, S.J., Tuber, S.B. y Auerbach, J.S. (1990) Representation of interpersonal interactions on the Rorschach and level of psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 54(3-4), 711-728.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia Precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen, 1993.
- Bohm, E. (1953). *Manual de psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata, 1984.
- Braff, D. L., Geyer, M. A., y Swerdlow, N. R. (2001). Human studies of prepulse inhibition of startle: normal subjects, patient groups, and pharmacological studies. *Psychopharmacology*, 156(2-3), 234-258.
- Braff, D. L., Ryan, J., Rissling, A. J., y Carpenter, W. T. (2013). Lack of use in the literature from the last 20 years supports dropping traditional schizophrenia subtypes from DSM-5 and ICD-11. *Schizophrenia bulletin*, 39(4), 751-753.
- Braff, D., Stone, C., Callaway, E., Geyer, M., Glick, I. y Bali, L. (1978). Prestimulus effects on human startle reflex in normals and schizophrenics. *Psychophysiology*, 15 (4): 339–43.
- Brenner, H.D., Dencker, S.J., Goldstein, M.J., Hubbard, J.W., Keegan, D.L., Kruger, G., Kulhanek, F., Liberman, R.P., Malm, U. y Midha, K.K. (1990). Defining Treatment refractoriness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, (16)4, 551-561.

- Brown, G. W., Birley, J. L. y Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. y Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 16(2), 55-68.
- Buchsbaum, M. S., y Hazlett, E. A. (1998). Positron emission tomography studies of abnormal glucose metabolism in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 343-364.
- Burns, B., y Viglione, D. (1996). The Rorschach human experience variable, interpersonal relatedness and object representation in nonpatients. *Psychological Assessment*, 8(1), 92-99.
- Cadenhead, K. S., Perry, W., y Braff, D. L. (1996). The relationship of information-processing deficits and clinical symptoms in schizotypal personality disorder. *Biological Psychiatry*, 40(9), 853-858.
- Cameron, N. (1944). Experimental analysis of schizophrenic thinking. En J. S. Kasanin (Ed.), *Language and thought in schizophrenia* (pp. 50-64). Berkeley: University of California Press.
- Campo, V. (1993). The two poles of C': Depression and persecution. *British Journal of Projective Psychology*, 38(2), 9-19.
- Campo, V. (1993). An old friend revisited: In the throes of the SCZI index. *British Journal of Projective Psychology*, 38(1) 2-18.
- Campo, V. (2000). The SCZI index and the normative sample of Barcelona (1993). *Rorschachiana*, 24(1), 28-38.

- Campo, V. (2006). Comparación entre las razones GHR:PHR y H:(H) + HD + (HD) del Rorschach en la muestra normativa de Barcelona (1999, N=520). *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (19), 48-53.
- Carlsson, A., y Lindqvist, M. (1963). Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta pharmacologica et toxicologica*, 20(2), 140-144.
- Carpenter, W.T., Bartko, J.J., Carpenter, C.L., y Strauss, J.S. (1976). Another view of schizophrenia subtypes: a report from the International Pilot Study of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 508-516.
- Carpenter, W. T., y Kirkpatrick, B. (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 645-652.
- Carpenter, W. T., Strauss, J. S., y Bartko, J. J. (1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*, 182(4118), 1275-1278.
- Carter, L., Robertson, S. R., Ladd, J. y Alpert, M. (1987) The Family Rorschach with Families of Schizophrenics: Replication and Extension. *Family Process*, 26, 461-474.
- Castro, D. (1993). Acerca de la existencia en la esquizofrenia de dos perfiles en el resumen estructural del Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 54-51.
- Chapman, L. J. (1979). Recent advances in the study of schizophrenic cognition. *Schizophrenia Bulletin*, 5(4), 568-580.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of abnormal psychology*, 85(4), 374.

- Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Raulin, M. L. (1978). Body-image aberration in Schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 87(4), 399.
- Clérambault, G. G. (1995). *El Automatismo Mental*. Madrid: Eolia-Dor.
- Coleman, M. J., Carpenter, J. T., Waternaux, C., Levy, D. L., Shenton, M. E., Perry, J. . . y Holzman, P. S. (1993). The thought disorder index: A reliability study. *Psychological Assessment*, 5(3), 336-342.
- Crow, T.J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*, 137, 383–386.
- Crow, T.J. (1985). The two syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin* 11 (3): 471–486.
- Crow T.J. (1986). The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *British Journal of Psychiatry* 149 (4), 419–429.
- Crow, T. J. (2000). Schizophrenia as the price that Homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. *Brain Research Reviews*, 31(2), 118-129.
- Dao, T. K., y Prevatt, F. (2006). A psychometric evaluation of the Rorschach Comprehensive System's Perceptual Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 86(2), 180-189.
- Dao, T. K., Prevatt, F., y Horne, H. L. (2008). Differentiating psychotic patients from nonpsychotic patients with the MMPI–2 and Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 90(1), 93-101.
- Dean, K. L., Viglione, D. J., Perry, W., y Meyer, G. J. (2007). A method to optimize the response range while maintaining Rorschach Comprehensive System validity. *Journal of Personality Assessment*, 89(2), 149-161.

- Di Nuovo, S., Laicardi, C., y Tobino, C. (1988). Rorschach indices for discriminating between two schizophrenic syndromes. *Perceptual and Motor Skills*, 67(2), 399-406.
- Diener, M.J., Hilsenroth, M.J., Shaffer, S.A. y Sexton, J.E. (2011). A Meta-Analysis of the Relationship between the Rorschach Ego Impairment Index (EII) and Psychiatric Severity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 464-485.
- Du Brin, A. J. (1962). The Rorschach “eyes” hypothesis and paranoid schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 18, 468-471.
- Dudek, S. Z., y Kolivakis, T. (1983). Stability of intellect and personality in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 28(1), 2-7.
- Dwivedi, S. D. (2015). Sensitivity of Exner's Comprehensive Scoring System in Detecting Specific Delusions in Psychotic Patients: Preliminary Observations. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 22(1), 58-61.
- Dykens, E., Volkmar, F., y Glick, M. (1991). Though disorder in high-functioning autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(3), 291-301.
- Dzamonja-Ignjatovic, T., Smith, B. L., Djuric Jovic, D., y Milanovic, M. (2013). A comparison of new and revised Rorschach measures of schizophrenic functioning in a serbian clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 95(5), 471-478.
- Edell, W. S. (1987). Role of structure in disordered thinking in borderline and schizophrenic disorders. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 23-41.
- Elizagárate, E., Sánchez, P., Ojeda del Pozo, N., Ezcurra, J., Mendiola, N., Napal, O., Peña, J., Larumbe, J. y Yoller A.B. *Estrategias terapéuticas en la esquizofrenia refractaria o esquizofrenia resistente a tratamiento*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2012. Informe N° Osteba D-12-04.
- Engel, G. (1975). The need for a new medical model. *Science*, 196, 129-136.

- Exner, J. E. (1969). Rorschach responses as an index of narcissism. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 33(4), 324-330.
- Exner, J.E. (1978). *El Rorschach. Un sistema comprensivo. Volumen 1*. Madrid: Pablo del Rio.
- Exner, J.E. (1986) *The Rorschach. A Comprehensive System. I. Basic Foundations*. New York: John Wiley.
- Exner, J. E. (1986). Some Rorschach data comparing schizophrenics with borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 455-471.
- Exner, J. E. (1988). Problems with brief Rorschach protocols. *Journal of Personality Assessment*, 52(4), 640-647.
- Exner, J.E. (1994). *El Rorschach. Un sistema comprensivo. Volumen 1: Fundamentos básicos. Tercera edición*. Madrid: Psimática.
- Exner, J.E. (2000). *A primer for Rorschach Interpretation*. Rorschach Workshops: Asheville, NC.
- Exner, J.E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System, 4th ed*. New York: Wiley.
- Exner, J. E. (2005). *Manual de codificación del Rorschach para el Sistema Comprensivo. Tercera edición en castellano de Quinta Edición original*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. E., Armbruster, G., y Mittman, B. (1978). The Rorschach response process. *Journal of Personality Assessment*, 42(1), 27-38.
- Exner, J.E. y Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: A Comprehensive System. Volumen 2. Advanced Interpretation*. New York: Wiley.
- Exner, J. E., y Sendín, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach: para el sistema comprensivo*. Madrid: Editorial Psimática.
- Exner, J.E. y Weiner, I.B. (1982). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. III: Assessment of Children and Adolescents*. New York: John Wiley and Sons.

- Exner Jr, J. E., y Wylie, J. (1977). Some Rorschach data concerning suicide. *Journal of Personality Assessment*, 41(4), 339-348.
- Fine, H. J., y Zimet, C. N. (1959). Process-reactive schizophrenia and genetic levels of perception. *The Journal of abnormal and social psychology*, 59(1), 83-86.
- Font, J. y Saiz, D.J. (1996). Estudio de validación del Índice de deterioro del yo (EII de W. Perry y D. Viglione) en pacientes melancólicos y esquizofrénicos. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (9), 26-35.
- Forgus, R. H. (1966). *Percepción. Proceso básico en el desarrollo cognitivo*. Méjico: Trillas, 1978.
- Frank, G. (1980). New directions in Rorschach research: I. the process-reactive differentiation. *Perceptual and Motor Skills*, 50(1), 187-191.
- Frank, G. (1990). Research on the clinical usefulness of the Rorschach: 1. The diagnosis of schizophrenia. *Perceptual and Motor Skills*, 71(2), 573-578.
- Frank, G. (1994). On the prediction of aggressive behavior from the Rorschach. *Psychological Reports*, 75(1), 183-191.
- Frank, L.K. (1939). Projective Methods for the Study of Personality. *Journal of Psychology*, 8, 389-413.
- Franklin, K. W., y Cornell, D. G. (1997). Rorschach interpretation with high-ability adolescent females: Psychopathology or creative thinking? *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 184-196.
- Freud, S. (1950/[1887-1902]). Proyecto de psicología. En J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. (Vol 1, pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1891). *La afasia*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.
- Freud, S. (1895). Las neuropsicosis de defensa. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol 3, pp. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.

- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol 5). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol 12, pp. 11-76). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. (Vol 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. (Vol 14, pp. 153-214). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. (Vol 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. En J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. (Vol 19, pp. 151-160). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1927). El porvenir de una ilusión. En J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. (Vol 21, pp. 1-70). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. (1938/[1940]). Esquema de psicoanálisis. En J.L. Etcheverry (Trad.) *Obras Completas*. (Vol 23, pp. 133-210). Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. y Jung, C.G. (1974). *Correspondencia*. Madrid: Trotta, 2012.
- Friedman, H. (1952). A comparison of a group of hebephrenic and catatonic schizophrenics with two groups of normal adults by means of certain variables of the Rorschach test. *Journal of Projective Techniques*, 16(3), 352-360.
- Friedman, H. (1953). Perceptual regression in schizophrenia. An hypothesis suggested by the use of the Rorschach Test. *Journal of projective techniques*, 17(2), 171-185.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273.

- Frueh, B. C., y Kinder, B. N. (1994). The susceptibility of the Rorschach Inkblot Test to malingering of combat-related PTSD. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 280-298.
- Ganellen, R. J. (1996). Comparing the diagnostic efficiency of the MMPI, MCMI-II, and Rorschach: A review. *Journal of Personality Assessment*, 67(2), 219-243.
- Ganellen, R. J. (1996). Exploring MMPI-Rorschach relationships. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 529-542.
- Garb, H. N., Florio, C. M., y Grove, W. M. (1998). The validity of the Rorschach and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Results from meta-analyses. *Psychological Science*, 9(5), 402-404.
- Garnezy, N. (1968). Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. *Schizophrenia Bulletin*, 1(2), 1970, 30-74.
- Goldfinger, D. A., Amdur, R. L., y Liberzon, I. (1998). Rorschach patterns of response in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus combat and normal controls. *Depression and Anxiety*, 8(3), 112-120.
- Gooding, D. C., Coleman, M. J., Roberts, S. A., Shenton, M. E., Levy, D. L., y Erlenmeyer-Kimling, L. (2012). Thought disorder in offspring of schizophrenic parents: findings from the New York High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 263-271.
- Gottesman, I.I. (1991). *The origins of madness*. New York: Freeman.
- Gottesman, I. I., y Shields, J. (1976). A critical review of recent adoption, twin, and family studies of schizophrenia: Behavioral genetics perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 2(3), 360.
- Greenwald, D. F., y Harder, D. W. (1994). Outcome predictors in a longitudinal study of high-risk boys. *Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 638-643.
- Gronnerod, C. (2006). Reanalysis of the Gronnerod (2003) Rorschach temporal stability meta-analysis data set. *Journal of Personality Assessment*, 86(2), 222-225.

- Gronnerod, C. (2003). Temporal stability in the Rorschach method: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 272-293.
- Gronnerod, C. (2004). Rorschach assessment of changes following psychotherapy: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 256-276.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental (Coord.), *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. (AATRM. N° 2006/05-2). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Harrow, M., Quinlan, D., Wallington, S., y Pickett, L. (1976). Primitive drive-dominated thinking: Relationship to acute schizophrenia and sociopathy. *Journal of Personality Assessment*, 40(1), 31-41.
- Hartman, W. L., Clark, M. E., Morgan, M. K., Dunn, V. K., Fine, A. D., Perry, G. G., y Winsch, D. L. (1990). Rorschach structure of a hospitalized sample of Vietnam veterans with PTSD. *Journal of personality assessment*, 54(1-2), 149-159.
- Herman, B. F., y Jones, J. E. (1976). Lack of acknowledgment in the family Rorschachs of families with a child at risk for schizophrenia. *Family Process*, 15(3), 289-302.
- Heston, L. L. (1966). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry*, 112(489), 819-825.
- Hiller, J. B., Rosenthal, R., Bornstein, R. F., Berry, D. T., y Brunell-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, 11(3), 278.
- Hilsenroth, M.J., Eudell-Simmons, E.M., DeFife, J.A. y Charnas, J.W. (2007). The Rorschach Perceptual-Thinking Index (PTI): An Examination of Reliability, Validity and Diagnostic Efficiency. *International Journal of Testing*, 7(3), 269-291.

- Hilsenroth, M. J., Fowler, J. C., y Padawer, J. R. (1998). The Rorschach schizophrenia index (SCZI): An examination of reliability, validity, and diagnostic efficiency. *Journal of Personality Assessment*, 70(3), 514-534.
- Hirsch, S. R., y Leff, J. P. (1975). *Abnormalities in parents of schizophrenics*. Oxford: Oxford University Press.
- Holt, R. R., y Havel, J. (1960). A method for assessing primary and secondary process in the Rorschach. En M. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach psychology* (pp. 263-315). New York: Wiley, 263-315.
- Hornykiewicz, O. (1982). Brain catecholamines in schizophrenia - a good case for noradrenaline. *Nature*, 299 (5883), 484-486.
- Ilonen, T., Heinimaa, M., Korkeila, J., Svirskis, T., y Salokangas, R. K. (2010). Differentiating adolescents at clinical high risk for psychosis from psychotic and non-psychotic patients with the Rorschach. *Psychiatry Research*, 179(2), 151-156.
- Ilonen, T., Mattlar, C. E., y Salokangas, R. K. (1997). Rorschach findings and neuropsychological comparison of first-episode psychotic depression with first-episode nonpsychotic depression and schizophrenia: A preliminary report. *Rorschachiana*, 22(1), 198-210.
- Ilonen, T., Taiminen, T., Lauerma, H., Karlsson, H., Helenius, H. Y., Tuimala, P., ... y Salokangas, R. K. (2000). Impaired Wisconsin Card Sorting Test performance in first-episode schizophrenia: Resource or motivation deficit?. *Comprehensive psychiatry*, 41(5), 385-391.
- Ingraham, L. J., y Kety, S. S. (2000). Adoption studies of schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics*, 97(1), 18-22.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., ... y Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures.

- A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological medicine. Monograph supplement*, 20, 1-97.
- Johnston, M. H., y Holzman, P. S. (1979). Assessing schizophrenic thinking. San Francisco: Jossey Bass.
- Jorgensen, K., Andersen, T. J., y Dam, H. (2000). The diagnostic efficiency of the Rorschach depression index and the schizophrenia index: A review. *Assessment*, 7(3), 259-280.
- Jung, C.G. (1907): Sobre la psicología de la *dementia praecox*: Un ensayo. *Obras completas*. Volumen 3. Madrid: Trotta, 1999.
- Kaplan, R., y Saccuzzo, D. (2006). Normas y estadística básica para evaluación. En R. Kaplan y D. Saccuzzo (Eds.), *Pruebas Psicológicas: principios, aplicaciones y temas* (p. 25-61). México: Thomson.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kendall, T., Hollis, C., Stafford, M. y Taylor, C. (2013). Guideline Development Group. Recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*, 346:f150. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f150>.
- Kendler, K. S., y Diehl, S. R. (1993). The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiologic perspective. *Schizophrenia bulletin*, 19(2), 261-285.
- Kety, S.S. y Rosenthal, D. (1968). *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon.
- Klonsky, E. D. (2004). Performance of personality assessment inventory and Rorschach indices of schizophrenia in a public psychiatric hospital. *Psychological Services*, 1(2), 107-110.
- Klopfer, B. y Davidson, H.H. (1979). *Manual introductorio a la técnica del Rorschach*. Buenos Aires: Paidós.

- Klopfer, B. y Kelly, D.M. (1977). *Técnica de psicodiagnóstico de Rorschach*. Buenos Aires: Paidós.
- Kochinski, S., Smith, S. R., Baity, M. R., y Hilsenroth, M. J. (2008). Rorschach correlates of adolescent self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72(1), 54-77.
- Köhler, W. (1929). *Psicología de la configuración*. Madrid: Morata, 1967.
- Köhler, W. Koffka, K. y Sanders, F. (1963). *Psicología de la forma*. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- Koide, R., Chien, C. P., Iizuka, S., y Morita, N. (2002). A mass of flesh: Schizophrenic Rorschach percepts. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 474-477.
- Kokes, R. F., Strauss, J. S., y Klorman, R. (1977). Premorbid adjustment in schizophrenia. Part II. Measuring premorbid adjustment: The instruments and their development. *Schizophrenia Bulletin*, 3(2), 186-213.
- Krohn, A. (1974). A borderline empathy and differentiation of object relations. A contribution to the psychology of object relations. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 3, 142-165.
- Lambley, P. (1973). Rorschach scores and schizophrenia: An evaluation of weiner's signs in clinical practice. *Journal of Personality Assessment*, 37(5), 420-423.
- Landriscini, N. (2013). Bleuler y Freud: Crónica de una escisión anunciada. *Norte de Salud Mental*, 48(12), 13-18.
- Lazar, B. S., y Harrow, M. (1985). Paranoid and nonparanoid schizophrenia: Drive dominated thinking and thought pathology at two phases of disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 145-151.
- Lepisto, B. L., Abraham, P. P., Lewis, M. G., y Haga, K. (1994). A preliminary study of the comparison of behavioural scales with Rorschach variables pre and post clozapine intervention. *British Journal of Projective Psychology*, 39(1), 50-56.

- Lerner, P. M. (1968). Correlation of social competence and level of cognitive perceptual functioning in male schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146(5), 412-416.
- Levander, S., y Holmqvist, R. (2012). Rorschach human content responses as a prognostic indication of long-term recovery from psychosis. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(3), 245-251.
- Lidz, T., y Fleck, S. (1965). Family studies and a theory of schizophrenia. En: R. Cancro (Ed.) *Annual Review of the Schizophrenic Syndrome*, 3, 386-402.
- Linscott, R. J., y Van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 391-419.
- Loosli-Usteri, M. (1972). *Manual práctico del test de Rorschach*. Madrid: Rialp.
- Lucente, S. y Fals-Stewart, W. (1992). A computer application for calculation of the Ego Impairment Index. *Perceptual and Motor-Skills*, 75(3), 1281-1282.
- Mario, B., Paolo, R., Anna, C., Paola, A. M., Valentina, C., Martina, C., ... & Stefano, F. (2015). Relationship between the Rorschach Perceptual Thinking Index (PTI) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in psychotic patients: A validity study. *Psychiatry research*, 225(3), 315-321.
- McGhie, A., y Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34(2), 103-116.
- McGorry, P. D. (2010). Risk syndromes, clinical staging and DSM-V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophrenia Research*, 120, 49-53.

- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., Welham, J., (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiological Review*, 30, 67-76.
- Meehl, P.E. (1962) Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psicologist*, 17, 827-838.
- Meehl, P.E. Schizotaxia revisited. *Archives of General Psychiatry*. 46, 935-944.
- Meloy, J.R. y Gacono, C.B. (1992). The aggression response and the Rorschach. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 104-114.
- Metsanen, M., Wahlberg, K. E., Saarento, O., Hakko, H., Tarvainen, T., Koistinen, P., y Tienari, P. (2005). Stability of thought disorder index among high-risk and low-risk adoptees in the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(1), 35-40.
- Meyer, A. (1948). Fundamental conceptions of dementia praecox. En: A. Lief (Ed.), *The Common sense psychiatry of Adolph Meyer*. (pp 184-192). New York: McGraw Hill.
- Meyer, G. J. (1993). The impact of response frequency on the Rorschach constellation indices and on their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment*, 60(1), 153-180.
- Meyer, G. J. (1997). On the integration of personality assessment methods: The Rorschach and MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 297-330.
- Meyer, G. J., y Archer, R. P. (2001). The hard science of Rorschach research: What do we know and where do we go?. *Psychological Assessment*, 13(4), 486-502.
- Meyer, G. J., y Eblin, J. J. (2012). An overview of the Rorschach performance assessment system (R-PAS). *Psychological Injury and Law*, 5(2), 107-121.
- Meyer, G. J., y Handler, L. (1997). The ability of the Rorschach to predict subsequent outcome: A meta-analysis of the Rorschach Prognostic Rating Scale. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 1-38.

- Meyer, G. J., Mihura, J. L., y Smith, B. L. (2005). The interclinician reliability of Rorschach interpretation in four data sets. *Journal of personality assessment*, 84(3), 296-314.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., y Exner, J. E. (2001). Superiority of Form% over Lambda for research on the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 68-75.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., y Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System. Administration, Coding, Interpretation and Technical Manual*. Toledo: RPAS.
- Mihura, J. L. (2012). The necessity of multiple test methods in conducting assessments: The role of the Rorschach and self-report. *Psychological Injury and Law*, 5(2), 97-106.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., y Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the comprehensive system. *Psychological Bulletin*, 139(3), 548.
- Minassian, A., Granholm, E., Verney, S., y Perry, W. (2005). Visual scanning deficits in schizophrenia and their relationship to executive functioning impairment. *Schizophrenia research*, 74(1), 69-79.
- Moore, R. C., Viglione, D. J., Rosenfarb, I. S., Patterson, T. L., y Mausbach, B. T. (2013). Rorschach measures of cognition relate to everyday and social functioning in schizophrenia. *Psychological Assessment*, 25(1), 253.
- Musatti, C. (1931): Forma e assimilazione. *Archivio Italiano di Psicologia*, 9, 61-156.
- Nezworski, M.T. y Woods, J.M. (1995) Narcissism in the Comprehensive System for the Rorschach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 179-199.
- Nicolás, L., Azpiri, M., González, C. y López, A. (1987). Estudio de la interacción familiar a través de la comunicación verbal y no verbal y expresión emocional como factor influyente en la adquisición y mantenimiento de patrones. Proyecto de investigación

- X-86.072. Universidad de Deusto, subvencionado por el Gobierno Vasco. (no publicado).
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., ... y Bartzokis, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s382), 58-64.
- Nuechterlein, K. H., Edell, W. S., Norris, M., y Dawson, M. E. (1986). Attentional vulnerability indicators, thought disorder, and negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 408-426.
- Obiols, J. E. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Parker, K. C., Hanson, R. K., y Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103(3), 367-373.
- Paulus, M. P., Perry, W., y Braff, D. L. (1999). The nonlinear, complex sequential organization of behavior in schizophrenic patients: Neurocognitive strategies and clinical correlations. *Biological Psychiatry*, 46(5), 662-670.
- Peralta, V., y Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(4), 171-177.

- Pérez, P., Briones, N., Plumed Martín, M. L., y Tamayo Lacalle, A. (2002). Percepción y pensamiento SCZI vs. PTI. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y métodos proyectivos*, 15, 139-149.
- Perry, W. (1996). Introducción a la escala de errores lingüísticos y de perseveración en la ejecución. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y métodos proyectivos*, 9, 50-56.
- Perry, W. (2001). Incremental validity of the ego impairment index: A re-examination of Dawes (1999). *Psychological Assessment*, 13(3), 403-407.
- Perry, W. (2003). Let's call the whole thing off: A response to dawes (2001). *Psychological Assessment*, 15(4), 582-585. doi:10.1037/1040-3590.15.4.582 [doi]
- Perry, W., y Braff, D. L. (1994). Information-processing deficits and thought disorder in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 151(3), 363-367.
- Perry, W. y Braff, D. L. (1998). A multimethod approach to assessing perseverations in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 33(1-2), 69-77.
- Perry, W., Felger, T., y Braff, D. (1998). The relationship between skin conductance hyporesponsivity and perseverations in schizophrenia patients. *Biological Psychiatry*, 44(6), 459-465.
- Perry, W., Geyer, M. A., y Braff, D. L. (1999). Sensorimotor gating and thought disturbance measured in close temporal proximity in schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 277-281.
- Perry, W., Minassian, A., Cadenhead, K., Sprock, J., y Braff, D. (2003). The use of the Ego Impairment Index across the schizophrenia spectrum. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 50-57.

- Perry, W., Potterat, E., Auslander, L., Kaplan, E., y Jeste, D. (1996). A neuropsychological approach to the Rorschach in patients with dementia of the Alzheimer type. *Assessment*, 3(3), 351-363.
- Perry, W., Sprock, J., Schaible, D., McDougall, A., Minassian, A., Jenkins, M., y Braff, D. (1995). Amphetamine on Rorschach measures in normal subjects. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 456-465.
- Perry, W., y Viglione, D. (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. *Journal of Personality Assessment*, 56(3), 487-501.
- Perry, W., Viglione, D. y Braff, D. (1992). The ego impairment index and schizophrenia: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 165-175.
- Porcelli, P. (2015). Rorschach Comprehensive System predictors of biopsychological distress in patients with chronic disease. *Rorschachiana*, 31, 143-171.
- Porcelli, P., y Meyer, G. J. (2002). Construct validity of Rorschach variables for alexithymia. *Psychosomatics*, 43(5), 360-369.
- Porcelli, P., y Mihura, J. L. (2010). Assessment of alexithymia with the Rorschach comprehensive system: The Rorschach Alexithymia Scale (RAS). *Journal of personality assessment*, 92(2), 128-136.
- Portuondo, J.A. (1970). El Psicodiagnóstico de Rorschach en la Psicología Clínica. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rapaport, D., Gill, M. y Schafer, R. (1968): Diagnostic Psychological Testing. Madison: International University Press, 1988.
- Regier, D.A., Kuhl, E.A. y Kupfer, D.J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12, 92-98.

- Rickers-Ovsiankina, M. (1938). The Rorschach test as applied to normal and schizophrenic subjects. *British Journal of Medical Psychology*, 17(2), 227-257.
- Rickers-Ovsiankina, M. (1977). *Rorschach Psychology*. Nueva York: Robert E. Krieger.
- Riquelme, M.J. y Perfetti, E.H. (2000). Rorschach in women victims of rape. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 7, 133-140.
- Rock, I. (1983): *The Logic of Perception*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Rorschach, H. (1921). *Psicodiagnóstico: Una prueba basada en la percepción*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Rosenbaum, B., Andersen, P. B., Knudsen, P. B. y Lorentzen, P. (2012). Rorschach inkblot method data at baseline and after 2 years treatment of consecutively admitted patients with first-episode schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 79-85.
- Ruiz, M., Brotat, M., y Serrano, V. (1989). Evaluación psicodiagnóstica de las esquizofrenias paranoides mediante el Rorschach conceptual. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42(3), 331-341.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberría, K., y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52-59.
- Saccuzzo, D. P., Braff, D. L., Sprock, J., y Sudik, N. (1984). The schizophrenia spectrum: A study of the relationship among the Rorschach, MMPI, and visual backward masking. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6), 1288-1294.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Schachtel, E. (1966). *Experiential Foundations of Rorschach Test*. New York: Basic Books.
- Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*. Orlando: Grune y Straton.

- Schafer, R. (1959). Generative empathy and the treatment situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 342-373.
- Schneider, K. (1950). *Psicopatología clínica*. Madrid: Paz Montalvo, 1975.
- Schreber, D.P. (1903). *Memorias de un neurópata (Legado de un enfermo de los nervios)*. Buenos Aires: Petrel, 1978.
- Seeman, P. (1987). Dopamine receptors and the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Synapse*, 1(2), 133-152.
- Seisdedos, N., Corral, S., Cordero, A., de la Cruz, M.V., Hernández, M.V., y Pereña, J. (1999). *WAIS-III. Manual Técnico*. Madrid: TEA ediciones.
- Sendín Bande, C. (2007). *Manual de codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Shapiro, D. (1977). A perceptual understanding of the color response. En M. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach's Psychology* (pp 251-301). New York: Robert E. Krieger.
- Shapiro, L. N., y Wild, C. M. (1976). The product of the Consensus Rorschach in families of male schizophrenics. *Family Process*, 15(2), 211-224.
- Shontz, F. C., y Green, P. (1992). Trends in research on the Rorschach: Review and recommendations. *Applied and Preventive Psychology*, 1(3), 149-156.
- Silverman, L. H., Lapkin, B., y Rosenbaum, I. S. (1962). Manifestations of primary process thinking in schizophrenia. *Journal of Projective Techniques*, 26, 117-127.
- Singer, M. T. (1968). The Consensus Rorschach and family transaction. *Journal of Projective Techniques & Personality Assessment*, 32(4), 348-351.
- Singer, M. T., y Wynne, L. C. (1965a). Thought disorder and family relations of schizophrenics: III. Methodology using projective techniques. *Archives of General Psychiatry*, 12, 187-200.

- Singer, M. T., y Wynne, L. C. (1965b). Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry*, 12(2), 201-212.
- Singer, M. T., y Wynne, L. C. (1966a). Communication styles in parents of normals, neurotics, and schizophrenics. Some findings using a new Rorschach scoring manual. *Psychiatric Research Reports*, 20, 25-38.
- Singer, M. T., y Wynne, L. C. (1966b). Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals. *Psychiatry*, 29(3), 260-288.
- Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., Harvill, L., y Handler, L. (1995). Rorschach measures of posttraumatic stress in Persian Gulf War veterans. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 397-414.
- Smith, S. R., Baity, M. R., Knowles, E. S., y Hilsenroth, M. J. (2001). Assessment of disordered thinking in children and adolescents: The Rorschach Perceptual-Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 447-463.
- Solovay, M. R., Shenton, M. E., Gasperetti, C., Coleman, M., Kestnbaum, E., Carpenter, J. T., y Holzman, P. S. (1986). Scoring manual for the Thought Disorder Index. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 483-496.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. y Robins, R. (1975). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Stevens, D.T., Edwards, K.J., Hunter, W.F. y Bridgman, L. (1993). An investigation of the color-affect hypothesis in Exner's Comprehensive System. *Perceptual and Motor Skills*, 77(3), 1347-1360.

- Stokes, J. M., Pogge, D. L., Grosso, C., y Zaccario, M. (2001). The relationship of the Rorschach schizophrenia index to psychotic features in a child psychiatric sample. *Journal of Personality Assessment*, 76(2), 209-228.
- Stotsky, B. A. (1957). Factor analysis of Rorschach scores of schizophrenics. *Journal of Clinical Psychology*, 13(3), 275-278.
- Stotsky, B. A., y Lawrence, J. F. (1955). Various Rorschach indices as discriminators of marked and little conceptual disorganization among schizophrenics. *Journal of Consulting Psychology*, 19(3), 189-193.
- Stotz-Ingenlath, G. (2000). Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3, 153-159.
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T., y Bartko, J.J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, 1(11), 61-69.
- Sullivan, H.S. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Swerdlow, N. R., Weber, M., Qu, Y., Light, G. A., y Braff, D. L. (2008). Realistic expectations of prepulse inhibition in translational models for schizophrenia research. *Psychopharmacology*, 199(3), 331-388.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... y Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10.
- Tienari, P. (1991). Interaction between genetic vulnerability and family environment: The Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(5), 460-465.

- Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., Sorri, A., . . . y Kaleva, M. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (23), 20-26.
- Tsuang, M.T., Stone, W.S., Faraone S.V. (2000a). Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1041-1450.
- Tsuang, M.T., Stone, W.S., Faraone, S.V. (2000b). Towards the prevention of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 48, 349-56.
- Uriarte, J. J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J. K., Beevor, A. S., y Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11(4), 93-101.
- Urist, J. (1976). Some estructural considerations in the relationship between M and empathy. *Journal of Personality Assessment*, 40(6). 573-578.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of personality assessment*, 41(1), 3-9.
- Urist, J., y Shill, M. (1982). Validity of the Rorschach Mutuality of Autonomy Scale: A replication using excerpted responses. *Journal of Personality Assessment*, 46(5), 450-454.
- Van Os, J. y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- Vaughn, C. E., y Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125-137.
- Viglione, D. J. (1999). A review of recent research addressing the utility of the Rorschach. *Psychological Assessment*, 11(3), 251.

- Viglione, D. J., Blume-Marcovici, A. C., Miller, H. L., Giromini, L., y Meyer, G. (2012). An inter-rater reliability study for the Rorschach Performance Assessment System. *Journal of Personality Assessment*, 94(6), 607-612.
- Viglione, D., Giromini, L., Gustafson, M. L., y Meyer, G. J. (2014). Developing continuous variable composites for Rorschach measures of thought problems, vigilance, and suicide risk. *Assessment*, 21(1), 42-49.
- Viglione, D. J., y Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: Facts, fictions, and future. *Psychological Assessment*, 13(4), 452-471.
- Viglione, D. J., Meyer, G., Jordan, R. J., Converse, G. L., Evans, J., MacDermott, D., y Moore, R. (2014). Developing an alternative Rorschach administration method to optimize the number of responses and enhance clinical inferences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1913
- Viglione, D. J., Perry, W., Giromini, L., y Meyer, G. J. (2011). Revising the Rorschach Ego Impairment Index to accommodate recent recommendations about improving Rorschach validity. *International Journal of Testing*, 11(4), 349-364.
- Viglione, D., Perry, W., Jansak, D., Meyer, G.J., y Exner, J.E. (2003). Modifying the Rorschach Human Experience Variable to create the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 64-73.
- Viglione, D., Perry, W., y Meyer, G. (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment index incorporating the human representational variable. *Journal of Personality Assessment*, 81(2), 149-156.
- Vives Gomila, M. (1985). El Rorschach en el diagnóstico de la esquizofrenia crónica. *Cuadernos de Psicología*, 9(1), 99-110.

- Vives Gomila, M. (1986). Esquizofrenia de exacerbación aguda: Estudio piloto con psicodiagnóstico de Rorschach. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 8(1-2), 157-165.
- Vives Gomila, M. (2011). El test de rorschach en el diagnóstico diferencial de 245 pacientes esquizofrénicos ingresados. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 81-95.
Retrieved from http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_81-95.pdf
- Vizcarro-Guarch, C., Fernandez-Ballesteros, R., y Fernandez-Trespalacios, J. L. (1987). The role of perceptual laws in the Rorschach test. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 82-94.
- Wagner, E.E. (1994a). Reductio ad absurdum: A formal analysis of Rorschach autisms. *Perceptual and Motor Skills*, 79(2), 912-914.
- Wagner, E.E. (1994b). Loss of reality contact on the Rorschach: A formal analysis. *Perceptual and Motor Skills*, 78(2), 553-554.
- Wagner, E.E. (1998). TRAUT: A Rorschach index for screening thought disorder. Tripartite classification of autisms. *Journal of Clinical Psychology*, 54(6), 719-762.
- Wagner, E. E., y Rinn, R. C. (1994). The extrapolated area response: a pathognomic sign of mania on the Rorschach. *Perceptual and motor skills*, 78(3), 1025-1026.
- Wagner, E.E., Wagner, C.F., Hilsenroth, M.J., y Fowler, C. (1995). A taxonomy of rorschach autisms with implications for differential diagnosis among thinking-disordered patients. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 290-293.
- Watkins, J., y Stauffacher, J. (1952). An index of pathological thinking in the Rorschach. *Journal of projective techniques*, 16(3), 276-286.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. y Jackson, D.D. (1967): *Teoría de la comunicación humana*. Herder, Barcelona, 1981.

- Weber, C. A., Meloy, J. R., y Gacono, C. B. (1992). A Rorschach study of attachment and anxiety in inpatient conduct-disordered and dysthymic adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 16-26.
- Weiner, I.B. (1961). Three rorschach scores indicative of schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 436-439.
- Weiner, I.B. (1964). Pure C and color stress as Rorschach indicators of schizophrenia. *Perceptual and Motor Skills*, 18, 484.
- Weiner, I.B. (1966). *Psychodiagnosis in Schizophrenia*. New York: John Wiley y Sons.
- Weiner, I.B. (1977). Approaches to Rorschach validation. En M. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach psychology* (pp. 575 – 608). New York: Krieger.
- Weiner, I.B. (1986). Conceptual and empirical perspectives on the Rorschach assessment of psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 272-279.
- Weiner, I.B. (1994). The Rorschach Inkblot Method (RIM) is not a test: Implications for theory and practice. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 498-504.
- Weiner, I.B. (1995). Consideraciones metodológicas en la investigación con Rorschach. *Psychological Assessment*, 7(3), 330-337.
- Weiner, I.B. (2001). Considerations in collecting Rorschach reference data. *Journal of Personality Assessment*, 77(1), 122-127.
- Wender, P.H., Rosenthal, D., Kety, S.S., Schulsinger, F., y Welner, J. (1974). Crossfostering: A research strategy for clarifying the role of genetic and experiential factors in the etiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 30(1), 121-128.
- Werner, H. (1948). *Comparative psychology of mental development*. Chicago: Follet.
- Wing, J.K. (1978). *Schizophrenia: Toward a New Synthesis*. London: Academic Press.

- Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., y Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18.
- Wood, J.M., Lilienfeld, S.O., Garb, H.N., y Nezworski, M.T. (2000). The Rorschach test in clinical diagnosis: A critical review, with a backward look at Garfield (1947). *Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 395-434.
- Wood, J.M., Lilienfeld, S.O., Nezworski, M.T., Garb, H.N., Allen, K.H., y Wildermuth, J.L. (2010). Validity of Rorschach inkblot scores for discriminating psychopaths from nonpsychopaths in forensic populations: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 22(2), 336.
- Wynne, L.C., Singer, M.T., Bartko, J., y Toohey, M. (1977). Schizophrenics and their families: Recent research on parental communication. En: J.M. Tanner, (Ed.), *Developments in psychiatric research*. (pp. 254-286). London: Hodder y Stroughton.
- Yamamoto, K., Kanbara, K., Mutsuura, H., Ban, I., Mizuno, Y., Abe, T., ... y Fukunaga, M. (2010). Psychological characteristics of Japanese patients with chronic pain assessed by the Rorschach test. *BioPsychoSocial medicine*, 4(20), 1-13.
- Zillmer, E.A., y Perry, W. (1996). Cognitive-neuropsychological abilities and related psychological disturbance: A factor model of neuropsychological, Rorschach, and MMPI indices. *Assessment*, 3(3), 209-224.
- Zimet, C.N., y Fine, H.J. (1965). Primary and secondary process thinking in two types of schizophrenia. *Journal of Projective Techniques & Personality Assessment*, 29, 93-99.
- Zivney, O. A., Nash, M. R., y Hulsey, T. L. (1988). Sexual abuse in early versus late childhood: Differing patterns of pathology as revealed on the Rorschach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1), 99-106.

Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103.

Zubin, J., y Steinhauer, S. (1981). How to Break the Logjam in Schizophrenia: A Look Beyond Genetics. *The Journal of nervous and mental disease*, 169(8), 477-492.

9.1. RECURSOS ELECTRÓNICOS

Bases de datos: EBSCO.

Base de datos: Medline (Psiquiatría).

Bases de datos: Psyclit (Psicología).

Página Web: https://www.virtualpsychology.com/rap3/home_rap3_fe.html (RAP3 *Virtual Psychology Rorschach Assistance Program*).

10. APÉNDICES

Apéndice 1. Ficha de información de variables socio-demográficas y clínicas

Sujeto N°:

Sexo:

Edad:

Años de estudio:

Diagnóstico Principal según CIE-10:

Diagnósticos secundarios:

Edad de inicio de la enfermedad:

Años transcurridos desde el inicio de la enfermedad:

Comorbilidad con drogas (diagnóstico según CIE-10):

Apéndice 2. Escala de Evolución HoNOS

Estructura de la Escala HoNOS

Título de la sección y nombre del ítem	Rango de puntuación de cada ítem	Rango de puntuación de la sección
A. Problemas Conductuales 1. Agresividad 2. Autoagresiones 3. Uso de sustancias	0-4 0-4 0-4	0-12
B. Deterioro 4. Disfunción Cognitiva 5. Discapacidad física	0-4 0-4	0-8
C. Problemas Clínicos 6. Depresión 7. Alucinaciones e I Delirantes 8. Otros Síntomas	0-4 0-4 0-4	0-12
D. Problemas Sociales 9. Relaciones Sociales 10. Funcionamiento General 11. Problemas de Residencia 12. Problemas Ocupacionales	0-4 0-4 0-4 0-4	0-16
Puntuación Total (1-12)	0-48	

Apéndice 3. Resumen estructural y Cálculo de porcentajes, proporciones y derivaciones.

R= P=

LOCALIZACIÓN

ZF =

Z Sum =

Z est =

Zd =

W = (%) (Wv =)

D = (%)

Dd = (%)

(S) = (%)

DQ+ = (FQ- =)

DQ v/+ =

DQ o = (FQ- =)

DQ v =

DETERMINANTES

Múltiples

Simples

SCON

- SumV+FD > 0

- Col-SH > 0

- Indice Ego > .44

- MOR > 3

- Zd > +/- 3.5

- es > EA

- CF+C > FC

- X+% < 0.70

- S > 3

- P < 3 ó > 8

- R < 17

TOTAL =

CALIDAD FORMAL

FQA FQf FQM

+ =

o =

u =

- =

CONTENIDOS

H = (H) = Hx =

Hd = (Hd) =

A = (A) =

Ad = (Ad) =

Art = Ay = Bt = Na = Geo = Nube =

Anat = Sex = Sangre = Rx =

Vestim = Fi,Ex=

Id =

CÓDIGOS ESPECIALES

Nivel 1

Nivel 2

DV = (x 1) (x 2)

INC = (x 2) (x 4)

DR = (x 3) (x 6)

FAB = (x 4) (x 7)

ALOG = (x5)

CONTAM (x7)

Sum Bruta 6 =

WSum6 Sum Pond 6 =

AB = CP =

AG = MOR =

CFB = PER =

COP = PSV =

GHR = PHR =

PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

SECCIÓN PRINCIPAL		AFECTOS	INTERPERSONAL		
R =	L =	FC: CF+C =	Fd =		
EB =	EA =	C pura =	Aislamiento =		
EBPer:		Afr =			
Eb =	es =	C':SumPond C =	H:(H)+Hd+(Hd) =		
Punt. D =	es Ajust =	S =	(H)+(Hd):(A)+(Ad) =		
D Ajust =		Mult:R =	H+A:Hd+Ad =		
FM =	m =	CP =	GHR:PHR =		
C' = Y =					
V = T =					
IDEACIÓN	MEDIACIÓN	PROCESAMIENTO	AUTOPERCEPCIÓN		
a:p =	P =	Zf =	I. EGO=		
Ma:Mp =	XA% =	Zd =	Fr+rF =		
2AB+Art+Ay =	F+% =	W:D:Dd =	FD =		
CE Nivel2 =	X-% =	W:M =	An+Xy =		
SumPond6 =	Xu% =	DQ+ = (FQ-)	MOR =		
M- =	X+% =	DQv =			
M sin =	S-% =				
	WDA% =				
PTI =					
XA% < 0.70 y WDA% > 0.75					
X-% > 0.29					
CE nivel 2 > 2 y FAB2 > 0					
R < 17 y SumPond6 > 12 ó R > 16 y SumPond6 > 17					
M- > 1 ó X-% > 0.40					
PTI =	DEPI=	CDI =	SCON =	HVI =	OBS =

Apéndice 4. Nomenclatura y definición de los códigos del Sistema

Comprehensivo

(Exner, 1994; 2005)

Localización: Área empleada en la respuesta.

Global (*W*), Detalle usual (*D*), Detalle inusual (*Dd*), Espacio blanco (*S*).

Calidad Evolutiva (DQ): calidad del área empleada.

Síntesis (+), Ordinaria (o), Vaga/sintetizada (v/+), Vaga (v).

Determinantes: Estímulos de la lámina que contribuyen al parecido con el objeto.

Forma *F*,

Forma dimensión, *FD*

Par (*2*)

Reflejos: *Fr* (forma-reflejo) y *rF* (reflejo-forma)

Movimiento: Indicar si *a* (activo) o *p* (pasivo)

M (humano), *FM* (animal), *m* (movimiento de objeto inanimado)

Color cromático:

C (color puro), *CF* (color-forma), *FC* (forma-color), *Cn* (Denominación del color),

Sombreados:

C' color acromático: Blanco, negro o gris como color: *C'* (color acromático puro), *CF'* (color acromático puro-forma), *FC'* (forma-color acromático)

T textura: sombreado como Textura o cualidades de superficie: *T* (textura pura), *TF* (textura forma), *FT* (forma-textura)

V vista: sombreado como Profundidad o dimensión: *V* (vista pura), *VF* (vista-forma), *FV* (forma-vista),

Y sombreado difuso: *Y* (sombreado difuso puro), *YF* (sombreado difuso-forma), *FY* (forma-sombreado difuso)

Calidad Formal: Articulación y precisión de la forma.

Superior (+), ordinaria (o), inusual (u), negativa (-) u sin forma (sin).

Contenidos: Categoría a la que pertenece el objeto.

H Humano completo,

Hd Detalle humano,

(*H*) Humano completo de ficción,

(*Hd*) Detalle humano de ficción,

Cl: Nubes,

Ex: Explosión,

Fd: Comida,

Fi: Fuego, humo,

<i>(Hx)</i> Experiencia humana	<i>Ge:</i> Geografía,
<i>A</i> Animal completo,	<i>Hh:</i> Objeto doméstico,
<i>Ad</i> Animal detalle,	<i>Ls:</i> Paisaje,
<i>(A)</i> Animal de ficción,	<i>Na:</i> Naturaleza,
<i>(Ad)</i> Detalle animal de ficción	<i>Sc:</i> Ciencia,
, <i>Hx:</i> Experiencia humana,	<i>Sx:</i> Sexual,
<i>An:</i> Anatomía,	<i>Xy:</i> Rayos X,
<i>Art:</i> Arte,	<i>Id:</i> Idiográfico. El objeto no pertenece a
<i>Ay:</i> Antropología,	ninguna de las anteriores categorías.
<i>Bl:</i> Sangre,	
<i>Bt:</i> Botánica,	
<i>Cg:</i> Vestimenta,	

P (Populares): Se asigna a la respuesta que es popular.

Actividad organizativa:

(Z) Se asigna esta puntuación cuando ha habido relaciones entre áreas de la lámina diferentes.

Fenómenos especiales: Señalan la presencia de rasgos inusuales en la respuesta.

Fenómenos especiales críticos:

Verbalizaciones Desviadas DV

Respuesta desviada DR

Combinación inadecuada INCOM

Combinación fabulada FABCOM

Lógica inadecuada ALOG

Contaminación CONTAM

Perseveraciones: PSV (Intralámina, Automática o de contenido)

Respuesta abstracta AB

Movimiento agresivo AG

Movimiento cooperativo COP

Contenido Mórbido MOR

Variable de representación humana GHR ó PHR.

Respuesta personal PER

Sección principal

R *Respuesta.* Número de Respuestas del sujeto.

L *Lambda.* Se trata de una proporción que compara la frecuencia de respuestas de Forma pura (F) con el resto de respuestas del protocolo. Se refiere al grado de economizar los recursos. Puede ser normal o de dos tipos: estilo Lambda alto y estilo Lambda bajo.

EB *Erlebnistypus* o *Estilo Vivencial*. Relaciona dos variables fundamentales (M) y (SumPond.C). Se trata de estilos en la toma de decisiones, puede ser de tres tipos: estilo *Introversivo* (predominio de movimiento humano), *Extratensivo* (Predominio de color) o *Ambiguo* (no difieren en las puntuaciones). También puede encontrarse *coartativo* (aprox. de 1) o *coartado* (valores próximos a cero).

M *Movimiento humano*. Las respuestas contienen la actividad cinética propia de un ser humano. Se relaciona con la actividad intelectual.

SumPond.C *Suma ponderada de color*. Se obtiene de la multiplicación de cada tipo de color cromático por un peso ponderado. Se refiere a la importancia que tiene al afecto en la toma de decisiones del sujeto.

EA *Experiencia accesible*. Se obtiene sumando los lados de EB. Se refiere a los recursos psicológicos disponibles del sujeto y el acceso más o menos dificultoso a ellos.

EBPer EB rígido. Refleja la dominancia del EB (estilo vivencial) en la toma de decisiones.

eb *Experiencia Base*. Esta relación compara los determinantes de movimiento no humano ($FM+m$) con los determinantes de color acromático y sombreado ($Sum.SH$) informa sobre las demandas estímulares que el sujeto experimenta.

FM *Movimiento animal*. La actividad cinética es propia de su especie. Se relaciona con la actividad mental provocada por estados de presión estimular.

m *Movimiento inanimado*. Las respuestas contienen el movimiento de objetos inanimados o sin facultad de sentir.

Sum.SH *Respuestas de sombreado*. Suma de las respuestas que incluyen determinantes de sombreado (lado derecho del eb). Incluye los determinantes de color acromático (C'), *Textura* (T), *Dimensión* (V) y *Difuso* (Y). Registran las emociones provocadas por demandas estímulares y tienen tintes de irritación o malestar.

Es *Estimulación sufrida*. Se deriva de sumar los dos lados de eb. Refleja la cantidad de demandas estímulares que presionan al sujeto, que no se encuentran bajo el control deliberado del sujeto.

D *Puntuación D*. Relaciona EA y es. Refleja tolerancia al estrés, los recursos psicológicos disponibles y aspectos de control.

Adj.es y Adj.D *Puntuaciones es y D Ajustadas*. Valoran en que medida las puntuaciones es y D han sido influidas por elementos (estresantes) pertenecientes a la situación.

Sección de ideación

a:p *Proporción activo:Pasivo*. Se registran el total de respuestas de movimiento activo a la izquierda y el total de movimientos pasivos a la derecha. Tiene que ver con la flexibilidad en la ideación y en las actitudes y valora si se da pasividad en el sujeto.

2AB+(Art+Ay) *Índice de Intelectualización*. Refleja el uso de la intelectualización como mecanismo defensivo.

Sum pond6 *Suma Ponderada de las respuestas con Códigos Especiales* (Nivel 1 y Nivel 2 de los 6 primeros códigos especiales). Refleja las alteraciones de Pensamiento.

Sección del Afecto

FC:CF+C *Proporción Forma-Color*. Incluye todas las respuestas con uso de color cromático. El peso de la forma en la articulación de la respuesta (FC; CF; C) se relaciona con la capacidad de modular las expresiones afectivas.

Cn *Color Nominal*. Los colores son identificados por su nombre y con la intención de dar una respuesta. Indican dificultad para integrar cognitivamente la complejidad estimular.

S *Respuesta de Espacio*. Cuando las respuestas incluyen el espacio en blanco en sus localizaciones. Señalan aspectos oposicionistas o de irritación hacia el entorno.

Afr *Proporción afectiva*. Compara las respuestas de lastres últimas láminas con las respuestas totales. Se relaciona con el interés por la estimulación emocional.

Complj:R *Proporción de la Complejidad*. Se anotan directamente el número de respuestas complejas (más de un determinante) a la izquierda y el total de respuestas a la derecha. Da idea de la complejidad psicológica de la persona.

Sección de la mediación

P *Populares*. Número de respuestas populares del protocolo. Está relacionado con la capacidad para responder de una forma adecuada a las situaciones obvias.

X+% *Forma Convencional*. Frecuencia en la que se usa convencionalmente la forma.

F+% *Forma Pura Convencional*. Uso convencional del contorno en respuestas de Forma Pura (F).

X-% *Forma distorsionada*. Proporción de la distorsión perceptiva que aparece en el protocolo.

S-% *Distorsión del Espacio Blanco*. Proporción de respuestas de forma distorsionada que emplea el espacio en blanco.

Xu% *Forma Única*. Respuestas en las que se usan los contornos de manera válida pero poco convencional.

XA% Medida de ajuste convencional en todo el protocolo.

WDA% Ajuste convencional de las respuestas globales y de detalle

Sección del Procesamiento

Zf *Frecuencia de la actividad organizativa*. Respuestas que incluyen la puntuación zeta. Se relaciona con la actividad organizativa, da idea del esfuerzo realizado en sus abordajes mediacionales.

Zd *Zeta Diferencia*. Estilo y Grado de eficacia del proceso de pensamiento.

W: D: Dd *Índice de Economía o Tipo Aperceptivo*. Se anota el número de respuestas correspondientes a cada código de localización. Refleja el interés por procesar.

W Respuesta Global. Cuando la respuesta se localiza de forma global (incluye toda la mancha en su respuesta). Refleja cierta organización en la figura.

D Detalle Usual. Cuando la respuesta se localiza en un área de la mancha identificada con frecuencia). Indica una tendencia económica y eficaz.

Dd Detalle Inusual. Cuando la respuesta se localiza en un Detalle Inusual (se usa un área de la mancha no identificada con frecuencia). Suele constituir una forma de evitación mediante la cual se crea un campo estimular más manejable.

W:M Proporción de Aspiraciones. Se relaciona con la motivación o el esfuerzo puesto en el procesamiento.

DQ+ Calidad Evolutiva de Síntesis. Diferentes zonas de la mancha se articulan en una única respuesta (dos o más objetos se describen como diferentes pero interrelacionados). Al menos uno requiere forma específica. Requieren una actividad cognitiva más elevada.

DQv Calidad Evolutiva Vaga. Utilización simplista y poco comprometida del campo estimular, de manera que evita la necesidad de articular un contorno o forma específica, y sin especificar relaciones significativas.

Sección Interpersonal

COP Movimiento Cooperativo. Respuestas con movimiento de tipo cooperativo. Se perciben las interacciones entre las personas de forma positiva y están dispuestos a participar en ellas.

AG Movimiento Agresivo. Respuestas con movimiento de tipo agresivo. Se tiende a percibir la agresividad como un componente natural de las relaciones interpersonales.

Fd Comida. Respuestas con contenido de comida. Se relaciona con aspectos de dependencia.

Aislamiento/R Índice de Aislamiento. Se relaciona con el aislamiento social.

H:(H)+Hd+(Hd) Interés interpersonal. Compara los contenidos completos con el resto de contenidos humanos. Informa sobre el interés por los demás.

H+A:Hd+Ad Compara los contenidos humanos y animales completos con los de detalle.

GHR : PHR Proporción respuestas humanas buenas: Respuestas humanas pobres.

Sección de Autopercepción

Fr+rF Respuestas de Reflejo. Un área de la mancha se identifica como rellejada, debido a la simetría. Se relaciona con aspectos narcisistas.

FD Forma Dimensión. Respuestas en las que la impresión de profundidad o distancia es creada por elementos del tamaño y/o forma de los contornos. Señala conductas de autoinspección.

MOR Contenido Mórbido. Los contenidos se presentan como rotos o dañados

Art+Xy Contenido Anatómico y Contenido de Radiografía. Refleja el grado de preocupación por el cuerpo.

3r+(2)/R *Índice de Egocentrismo.* Se relaciona con la autoestima.

Códigos Especiales *Asignar Nivel 1 o Nivel 2 (Según grado de distorsión)*

DV Verbalización desviada. Por redundancia o por uso de un neologismo.

DR *Respuesta desviada.* Respuestas circunstanciales o frases inadecuadas.

INCOM *Combinación incongruente.* Imágenes fundidas de manera inapropiada.

FABCOM *Combinación fabulatoria.* Relación inverosímil entre dos o más objetos.

ALOG *Lógica inadecuada.* Justificación de la respuesta mediante un razonamiento forzado.

CONTAM *Contaminación.* Fusión de dos conceptos en la misma área.

PSV *Perseveración.* Respuestas casi idénticas a la misma mancha, una respuesta anterior vuelve a darse en otra lámina o la misma respuesta se ofrece de manera redundante.

CONFAB *Confabulación.* El sujeto se fija en un detalle, y al dar la respuesta generaliza a una zona más amplia sin que exista integración de esa parte, aunque se insista en que la respuesta es total.

AB *Abstracción.* Hace referencia al código de experiencia humana o representación simbólica.

PER *Respuestas personalizadas.* Justifica o aclara su respuesta refiriéndose a sus conocimientos o experiencias personales.

Índices Especiales

S-Con Constelación de Suicidio.

SCZI Índice de Esquizofrenia.

DEPI Índice de Depresión.

CDI Índice de Inhabilidad Social o de Déficits de Recursos.

HVI Índice de Hipervigilancia.

OBS Índice de Estilo Obsesivo.

Apéndice 5. Versión de la escala PANSS.

Modificación del baremo de gravedad para el cálculo de síntomas positivos y negativos.

(Adaptado de Kay et al., 1987; versión de Peralta y Cuesta, 1994).

Evaluación de la gravedad para cálculo de los Síndromes positivos y Síndrome Negativo	
Gravedad: 0 = no evaluado/no presente/no mencionado - 1 moderado - 2 moderado-grave - 3 grave - 4 extremo	
P1	Delirios.
P2	Desorganización.
P3	Conducta alucinatoria.
P4	Excitación.
P5	Grandiosidad.
P6	Recelo/Persecución.
P7	Hostilidad.
N1	Afecto embotado.
N2	Retirada social.
N3	Compenetración pobre.
N4	Retirada social apática/pasiva.
N5	Dificultad de pensamiento abstracto.
N6	Falta de espontaneidad y de fluidez en el habla.
N7	Pensamiento estereotípico.

P1. Delirios: Creencias infundadas, poco realistas e idiosincráticas.

1. **Moderado.** Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
2. **Moderadamente grave.** Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
3. **Severo.** Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
4. **Extremo** Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden poner en peligro la vida del paciente o la de otros.

P2. Desorganización conceptual: Proceso de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos , por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento.

1. **Moderado.** Es capaz de concretar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero pasa a ser vago o incoherente al afrontar comunicaciones más completas o en situaciones de una mínima presión
2. **Moderadamente grave.** Generalmente tiene dificultades para organizar los pensamientos, como se pone de manifiesto en frecuentes incoherencias, inconsistencias o debilitación de las asociaciones incluso en ausencia de presión.
3. **Severo.** El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce y es internamente inconsistente, lo que produce grandes incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento, fenómenos que aparecen casi constantemente.
4. **Extremo.** Los pensamientos están perturbados hasta el punto que el paciente resulta incoherente. Existe una notable debilitación de las asociaciones, cosa que origina una total imposibilidad de comunicación, por ejemplo, la “ensalada de palabras” o el mutismo.

P3 Conducta alucinatoria: Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático.

1. **Moderado.** Las alucinaciones se producen de manera frecuente pero no continua, y la capacidad de pensamiento y la conducta se ven afectadas solo en menor medida.
2. **Moderadamente grave.** Las alucinaciones son frecuentes, puede intervenir en ellas más de un sentido y tienden a distorsionar el pensamiento y/o a perturbar la conducta. El paciente

puede plantear una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y, en ocasiones, también verbalmente.

3. **Severo** Las alucinaciones se producen de manera casi continua y causan grandes perturbaciones de pensamiento y la conducta. El paciente reacciona ante estas alucinaciones como si fueran percepciones, y su funcionamiento se ve dificultado por frecuentes respuestas emocionales y verbales a dichas alucinaciones.
4. **Extremo** El paciente está casi totalmente obsesionado con las alucinaciones, las cuales virtualmente dominan el pensamiento y la conducta. Se da a las alucinaciones una interpretación rígida y delirante y provocan respuestas verbales y de conducta que incluyen la obediencia a órdenes presuntamente recibidas durante las alucinaciones.

P4 Excitación: Hiperactividad que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo.

1. **Moderado** El nerviosismo o sobreestimulación es claramente evidente a lo largo de la entrevista, y afectan al habla y a la movilidad general, o se producen esporádicamente accesos episódicos.
2. **Moderadamente grave** Se observa un grado significativo de hiperactividad o frecuentes accesos de la actividad motriz. En cualquier momento, al paciente le resulta difícil permanecer sentado y sin moverse durante más de unos pocos minutos.
3. **Severo** Un notable nerviosismo domina la entrevista, limita la atención y, hasta cierto punto, afecta las funciones personales, como la alimentación y el sueño.
4. **Extremo** Un notable nerviosismo interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace virtualmente imposibles los contactos interpersonales. La aceleración del habla y la actividad motriz puede producir incoherencia y agotamiento físico.

P5. Grandiosidad: Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidades extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral.

1. **Moderado** Se siente clara e ilusoriamente superior a los demás. Pueden existir algunos delirios poco definidos sobre una condición social o unas capacidades especiales, pero el paciente no se ve afectado.
2. **Moderadamente grave** Se expresan delirios bien definidos sobre unas capacidades y un poder y condición social extraordinarios que influyen en la actitud, pero no en la conducta.
3. **Severo** Se expresan delirios definidos sobre una superioridad extraordinaria que se refieren a más de un parámetro (riqueza, conocimientos, fama, etc.) e influyen en las interacciones, que pueden verse afectadas.

4. **Extremo** El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominados por múltiples delirios sobre capacidades, riqueza, conocimientos, fama, poder, y/o talla moral extraordinarios, que pueden tomar un cariz extravagante.

P6. Susplicacia/Perjuicio: Ideas irreales o exageradas e persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretenden hacerle daño.

1. **Moderado** La desconfianza es claramente evidente y se manifiesta en la entrevista y/o en la conducta, pero no hay delirios persecutorios. Alternativamente puede haber indicios de delirios persecutorios poco definidos, pero estos no parecen afectar a la conducta ni las relaciones interpersonales del paciente.
2. **Moderadamente grave** El paciente muestra una notable desconfianza, lo que perturba gravemente las relaciones interpersonales, o bien existen delirios persecutorios bien definidos que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la conducta.
3. **Severo** Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones interpersonales.
4. **Extremo** Una red de delirios persecutorios sistematizados domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del paciente.

P7. Hostilidad: Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento que incluyen sarcasmos, conducta pasivo-agresiva, insultos y violencia física.

1. **Moderado** Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.
2. **Moderadamente grave** El paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.
3. **Severo** la falta de cooperación y los insultos o amenazas se manifiestan notablemente durante la entrevista y tienen un serio impacto sobre las relaciones sociales. El paciente puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.
4. **Extremo** La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de la interacción con los demás, o bien episodios de violencia física hacia los demás.

N1. Afecto embotado: Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones y gestos de comunicación.

1. **Moderado** Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
2. **Moderadamente grave** El afecto es generalmente “apático” con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia en los gestos de comunicación.

3. **Severo** Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia o risas inapropiadas o incontroladas.
4. **Extremo** Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de “madera”.

N2. Retracción emocional: Falta de interés, participación o preocupación afectiva en los hechos cotidianos.

1. **Moderado** El paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.
2. **Moderadamente grave** El paciente está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.
3. **Severo** Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual el paciente necesita supervisión.
4. **Extremo** Paciente casi totalmente aislado, incommunicativo y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. Pobre relación: Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal.

1. **Moderado** El paciente es típicamente reservado, con una distancia evidente. El paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.
2. **Moderadamente grave** La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.
3. **Severo** El paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.
4. **Extremo** Falta de implicación total con el entrevistador. El paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. Retracción social, apatía pasiva: Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o de voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades sociales.

1. **Moderado** Pasivamente va con las actividades sociales, pero de una forma desinteresada o mecánica
2. **Moderadamente grave** Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.
3. **Severo** Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en una minoría de actividades sociales y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.
4. **Extremo** Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. Dificultad de pensamiento abstracto: Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos, más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema.

1. **Moderado** Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
2. **Moderadamente grave** trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de proverbios y varias categorías.
3. **Severo** Incapaz de entender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacío o cerrado de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas.
4. **Extremo** Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación: Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal.

1. **Moderado** Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.

2. **Moderadamente grave** El paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apretura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.
3. **Severo** Las respuestas del paciente están delimitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej., “no sé, no tengo libertad para opinar”). Como consecuencia la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente satisfactoria.
4. **Extremo** La respuesta verbal se restringe a, lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. Pensamiento estereotipado: Disminución en la fluidez, espontaneidad y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo o de contenido estéril.

1. **Moderado** La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar a un nuevo tópico.
2. **Moderadamente grave** El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
3. **Severo** Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.
4. **Extremo** Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del paciente.

Apéndice 6. Formato de entrevista semiestructurada

- 1) Exploración de las circunstancias ingreso.
- 2) Cuál cree que es su problema.
- 3) Circunstancias vitales generales.
- 4) Valoración de problemas del paciente durante el ingreso.
- 5) Planes para el alta.

Apéndice 7. Lista de variables introducidas en los análisis

discriminantes

1. abstractMsinHx	Suma de respuestas abstractas, experiencia humana y movimiento humano sin forma.
2. Respu	Número de respuestas.
3. W	Globales.
4. Dd	Detalles inusuales.
5. D	Detalle usual.
6. WFQneg	Globales con calidad formal negativa.
7. WDQmas	Globales con calidad evolutiva (+).
8. DFQneg	Detalles con calidad formal negativa.
9. S	Respuesta de espacio o detalle blanco.
10. Sneg	Respuesta de espacio o detalle blanco con calidad formal negativa.
11. DQmas	Calidad evolutiva (+), sintetizada.
12. DQvmas	Calidad evolutiva vaga-sintetizada.
13. DQo	Calidad evolutiva ordinaria.
14. DQvag	Calidad evolutiva vaga.
15. Masneg	Respuestas de calidad evolutiva sintetizada (+), con calidad formal (FQ-) negativa.
16. Msin	Respuestas de Movimiento Humano sin forma.
17. Vmasng	Respuestas de calidad evolutiva (v-/+) con FQ- negativa.
18. Ordineg	Respuestas de Q ordinaria con FQo negativa.
19. Vaganeg	Respuestas calidad vaga con FQ- negativa.
20. WDQvaga	Globales con calidad evolutiva (DQv) vaga.
21. DdFQneg	Detalles inusuales con FQ negativa.
22. Fpura	Respuestas de determinante forma.
23. Fneg	Número de respuestas de forma negativa.
24. FNEGporc	Porcentaje de F negativas dividido entre respuestas F.
25. FFQmas	Respuestas de forma pura con calidad formal ordinaria.
26. FMASporc	Porcentaje de respuestas de forma pura con calidad formal ordinaria.
27. M	Respuestas de movimiento humano.

28. Mneg	Respuestas de movimiento humano con calidad formal negativa.
29. EA	Experiencia accesible; suma de M y de la suma ponderada del color.
30. ebizFMm	Lado izquierdo del eb.
31. ebderSH	Lado derecho del eb; suma de FM y m.
32. es	Suma de sombreados y movimiento animal e inanimado.
33. FQMAS	Calidad formal ordinaria.
34. FQINUSU	Calidad formal inusual.
35. FQNEG	Calidad formal negativa.
36. SF	Respuestas sin forma.
37. EGOINDEX	Índice EGO
38. INTELEC	Índice de intelectualización.
39. AFR8A10	Proporción de respuestas en láminas de color.
40. WDA75	Ajuste convencional (FQ) de las respuestas globales y de detalle.
41. XALL70	Ajuste convencional (FQ).
42. Xmasporc	Porcentaje de forma convencional (FQ).
43. XNEG	Porcentaje de forma distorsionada (FQ).
44. XINUSU	Porcentaje de forma inusual (FQ).
45. MULTIPLE	Número de respuestas de determinante múltiple.
46. MULColSH	Número de respuestas múltiples con color y sombreado.
47. MulSH	Respuestas múltiples de sombreados.
48. MULconF	Múltiple con forma.
49. Popultot	Número de respuestas populares.
50. popneg13	Respuestas populares con calidad formal negativa.
51. EBSumC	Suma ponderada del color.
52. predC	Predominio del color.
53. GHR	Respuestas de buena representación humana.
54. PHR	Respuestas de pobre representación humana.
55. HUMAN	Respuestas humanas completas.
56. HumanGood	Respuestas humanas completas de buena forma.
57. HFANT	Respuestas de contenido humano completas de ficción.
58. HdFANT	Respuestas de detalle humano de ficción.
59. HHx	Respuestas de experiencia humana.
60. Hd	Respuestas de detalle humano.

61. HumaNEG	Humanas completas con FQ negativa.
62. ANIMAL	Respuestas de animal completo.
63. AnimDET	Respuestas de detalle animal.
64. ANIMALfan	Respuestas de animal entero de ficción.
65. ADFAN	Respuestas de detalle animal de ficción.
66. FM	Respuestas de movimiento animal.
67. mpeq	Respuestas de movimiento inanimado.
68. cinterpreta	Conciencia de interpretación.
69. ansexy	Respuestas de contenido humano anatómicas y sexuales.
70. formaporcen	Porcentaje de respuestas de forma pura en todo el protocolo.
71. SINPOSmenSINNEG	Diferencia entre síntomas positivos menos síntomas negativos.
72. C	Respuestas de determinante color puro.
73. CF	Respuestas de color-forma.
74. FC	Respuestas de forma-color.
75. AcromA	Respuestas de color acromático puro.
76. acromAF	Respuestas de color acromático-forma.
77. FAcrom	Respuestas de forma-color acromático.
78. Ysombra	Número de respuestas de sombreado difuso puro.
79. YFsombra	Respuestas de sombreado difuso-forma.
80. FYsombra	Repuestas de forma -sombreado difuso.
81. PARES	Respuestas de PAR (2).
82. Vista	Vista pura, respuestas como profundidad o dimensión.
83. VF	Respuestas de vista-forma.
84. FV	Respuestas de forma-vista.
85. ANATOM	Respuestas de contenido de anatomía.
86. SEX	Respuestas de contenido sexual.
87. SGRE	Respuestas con el contenido sangre.
88. RAYOS	Respuestas con el contenido rayos-X.
89. ANTROP	Respuestas de contenido antropología.
90. ARTE	Respuestas de contenido artístico.
91. ARQUIT	Respuestas de contenido arquitectura.
92. VESTIM	Respuestas de contenido vestimenta.
93. GEO	Respuestas de contenido geografía.
94. Hh	Respuestas de contenido objetos domésticos.

95.	SCIFI	Respuestas de contenido ciencia y tecnología.
96.	Nubes	Respuestas de contenido nubes.
97.	COMIDA	Respuestas de contenido comida.
98.	CONFAB	Respuestas con el fenómeno especial confabulación.
99.	COP	Respuestas de movimiento cooperativo.
100.	DV1	Verbalizaciones desviadas (DV) de nivel 1.
101.	DV2	Verbalizaciones desviadas (DV) de nivel 2.
102.	INC	Combinación inadecuada (INCOM).
103.	INC2	Combinación inadecuada nivel 2 (INCOM).
104.	DR	Respuestas desviadas (DR).
105.	DR2	Respuestas desviadas 2 (DR)
106.	FAB	Respuestas de combinación fabulada (FABCOM).
107.	FAB2	Respuestas de combinación fabulada 2 (FABCOM).
108.	ALOG	Respuestas de lógica inadecuada (ALOG)
109.	CONTAM	Respuestas contaminadas (CONTAM)
110.	Sum6	Frecuencia de aparición de los 6 fenómenos especiales críticos.
111.	wsum6	Suma ponderada de los 6 fenómenos especiales críticos.
112.	NIVEL2	Frecuencia de aparición de códigos en los 6 fenómenos especiales críticos.
113.	AB	Respuestas abstractas.
114.	MOR	Respuestas de contenido mórbido.
115.	AG	Respuestas de movimiento agresivo.
116.	Zf	Frecuencia de respuestas de actividad organizativa.
117.	FRACASO	No da respuesta a la lámina.
118.	Cnomina	Denominación de color.
119.	Wporcent	Porcentaje de globales en todo el protocolo.
120.	Detporcent	Porcentaje de respuestas de detalle totales en todo el protocolo.
121.	DdinPORC	Porcentaje de respuestas de detalle inusual en todo el protocolo.
122.	Sporcen	Porcentaje de respuestas de espacio blanco en todo el protocolo.
123.	GoodPoor	Respuestas de buena representación humana menos respuestas de representación humana pobre.
124.	VISTATOTAL	Sumatorio de las respuestas de VISTA, (V, VF y FV.).
125.	ACROMTOT	Sumatorio de respuestas de color acromático.
126.	YSHOMclaros	Sumatorio de respuestas de sombreado difuso (V, VF y FV).

127.	Mbuenas	Respuestas de movimiento humano de buena calidad formal (FQo).
128.	PSVTOT	Total de perseveraciones.
129.	reflejosTOT	Suma de respuestas reflejo-forma y forma-reflejo.
130.	PTI	Índice de percepción-pensamiento.
131.	EII2totalbien	Índice del deterioro del Yo.
132.	DQmasporc	Porcentaje de respuestas con calidad evolutiva (DQ+) sintetizada.
133.	DQVMasporc	Porcentaje de respuestas con calidad evolutiva (DQv/+) vaga-sintetizada.
134.	DQordporc	Porcentaje de respuestas con calidad evolutiva (DQo) ordinaria.
135.	DQvagporc	Porcentaje de respuestas con calidad evolutiva (DQv) vaga.
136.	Aporcen	Porcentaje de respuestas de animal entero y de detalle animal en todo el protocolo.
137.	Htotporcen	Porcentaje de respuestas humanas de ficción y de detalle humano en todo el protocolo.
138.	Derrepremidido	Suma de respuestas de anatomía, sexuales, sangre, rayos-X, explosiones, movimiento agresivo, fuego, comida y contenido mórbido.
139.	WsumCnomina	Suma ponderada de color puro, color-forma y forma-color.
140.	ColFQsum	Suma de la calidad formal del color.

