

EL RORSCHACH EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA CRÓNICA

María VIVES GOMILA*

RESUMEN

El objetivo fundamental de este trabajo consiste en comprobar la precisión diagnóstica de la prueba de Rorschach en pacientes diagnosticados de esquizofrenia crónica, en base al Research Diagnostic Criteria for schizophrenia, RDC.

Los resultados aportan al diagnóstico diferencial de esquizofrenia más de 125 nuevos ítems (procedentes de la prueba de Rorschach), que permiten una visión más completa de la personalidad del paciente esquizofrénico crónico.

ABSTRACT

The fundamental objective of this work consists in the verification of diagnostic precision using the Rorschach test in patients previously diagnosed as chronic schizophrenics, using Research Diagnostic Criteria for Schizophrenia, RDC.

The results add more than 125 new items to the differential diagnostic of schizophrenia, and provide a more holistic understanding of the personality of the chronic schizophrenic.

* Departamento de Psicología Evolutiva y Diferencial, Facultad de Psicología, Universidad Central de Barcelona.

OBJETIVOS

Este proyecto presenta un doble objetivo:

1. Verificar si a través de la prueba de psicodiagnóstico de Rorschach, aplicada a sujetos diagnosticados de esquizofrenia «crónica», puede corroborarse el diagnóstico psiquiátrico realizado por medio del *Research Diagnostic Criteria for Schizophrenia*, RDC (SPITZER *et al.*, 1977).
2. Comprobar qué nuevos aspectos detectará esta prueba en el diagnóstico, y con posterioridad, pronóstico y tratamiento del paciente esquizofrénico «crónico».

METODOLOGÍA

1. El diagnóstico psiquiátrico hospitalario se ha obtenido aplicando los criterios establecidos para el diagnóstico de esquizofrenia incluidos en el RDC (SPITZER *et al.*, 1977).
2. La prueba de psicodiagnóstico de Rorschach se pasó cuando estos pacientes llevaban un tiempo mínimo de estancia, dos años. La pasación, clasificación y diagnóstico de estos protocolos siguen las normas utilizadas en *The Rorschach: A comprehensive System* (EXNER, 1978).
3. La muestra está constituida por 30 pacientes de larga estancia en el hospital con indicios importantes de esquizofrenia, presentes de forma más o menos continua durante los dos últimos años como mínimo, y presentan una Sintomatología que coincide con los criterios establecidos en el RDC para la definición de esquizofrenia «crónica» (SPITZER *et al.*, 1983; SPITZER *et al.*, 1977).

Aplicando los criterios que para el diagnóstico de la esquizofrenia ha obtenido J. Exner en sus investigaciones de 1976, 1978 y siguientes, observamos:

1. La presencia, como media de grupo, de *más de cuatro fenómenos especiales*, que apuntarían la existencia de trastornos de pensamiento. El casi 84% cuenta con Verbalizaciones desviadas en su protocolo (DV), el 80% con INCOM (Combinación incongruente); el 64% responde, al menos, con un FABCON (Combinación fabulada); reflejan CONTAM (Contaminación) en un 30% y ALOG (Lógica autista) en un casi 47%. Un 40% ofrece respuestas MOR (de contenido mórbido).

2. FABCOM+ALOG+CONTAM es mayor que DV+INCOM en tres de los casos. *Nos encontramos con una variable que, tal como aparece formulada, no diferencia suficientemente a este grupo de pacientes psiquiátricos.*

3. La media (\bar{x}) de respuestas F+ y X+% es 43%, resultados inferiores a .70, que indican la presencia de patología grave traducida en una distorsión de la realidad, en la que tanto el juicio del sujeto como su control de la realidad serían dudosos (Fiske y Baughman). *Es otro de los cinco signos de esquizofrenia, según Exner (EXNER, 1978).*

4. El número de respuestas de nivel formal menos (FQ_x^-) es mayor que el número de respuestas de nivel formal débil (FQ_{xw}) en un 84%, otra de las variables relacionadas con la esquizofrenia, según Exner, hecho que nos sugiere la pérdida de precisión perceptiva y su relación con el descontrol y contacto con la realidad (EXNER, 1978).

5. En cuanto a la presencia de M-, *el 50% de los sujetos presentan, al menos, una M- en su protocolo.*

6. Respecto a los índices de esquizofrenia, considerados complementarios para un diagnóstico diferencial: En la proporción FC:CF+C y el contenido humano H (WEINER, 1966), vemos que:

1. En la proporción FC:CF+C, CF+C es mayor que FC en 17 de los casos. Incluso en los protocolos donde FC es mayor que CF+C o son iguales ambas proporciones, observamos otros indicios de descontrol. De todo ello, podemos concluir que se trata de sujetos descontrolados, que tienen mayor dificultad para modular sus afectos que los no pacientes. Así mismo, resalta el predominio de respuestas C sobre CF.

2. Respecto al análisis del contenido humano H, observamos que de los 24 pacientes que obtienen H pura 15 poseen H inferior a 2. Aunque, aparentemente, el 62% de estos sujetos puede relacionarse más o menos adecuadamente con las otras personas, el 40% posee, junto a estas H puras, contenidos (H) y Hd, con lo que la proporción anterior quedaría bastante reducida, puesto que sería muy dudoso creer en la existencia de un potencial adecuado para establecer contactos sociales efectivos. Como grupo, pueden ser considerados esquizofrénicos.

TABLA I

MEDIAS DE LOCALIZACIONES, DETERMINANTES Y CONTENIDOS, ASÍ COMO VALORES DEL RESUMEN ESTRUCTURAL DE LA PRUEBA DE PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH, PARA UN GRUPO DE 30 PACIENTES CATALANES CONSIDERADOS ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS, SEGÚN LOS CRITERIOS DE RDC

ÍTEM	M	SD	FR	ÍTEM	M	SD	FR	ÍTEM	M	SD	FR
R	17.47	8.70	30	S. Shd	1.50	2.11	20	ep	3.30	3.73	27
W	6.70	3.25	30	Fr+rF	0.00	0.00	0	Blend	0.83	1.60	12
D	8.93	7.24	28	FD	0.03	0.18	1	ColSh	0.27	0.94	4
Dd	1.77	2.65	19	F	11.40	6.06	30	activ	2.53	3.21	21
S	1.43	1.61	21	Pair	4.60	4.12	29	Passv	1.20	1.97	16
DQ:+	1.80	2.01	21	PureH	1.37	1.35	19	M act	1.30	1.76	17
DQ:o	7.10	6.53	29	(H)	0.77	0.97	14	Mpass	0.63	1.07	10
DQ:v	2.43	2.60	22	Hd	0.97	1.03	19	L	3.64	3.93	30
DQ:-	6.03	3.44	30	(Hd)	0.10	0.40	2	F+	0.43	0.21	27
DQ:/	0.13	0.43	3	A	5.70	4.28	28	X+	0.43	0.20	28
DQ:	0.70	1.37	9	(A)	0.03	0.18	1	A%	0.40	0.23	29
FQx:+	0.00	0.00	0	Ad	1.40	1.63	18	AFr	0.47	0.14	30
FQx:o	7.83	5.61	28	(Ad)	0.07	0.37	1	Ego	0.24	0.16	29
FQx:w	2.43	3.02	24	Ab	0.07	0.25	2	Cont	6.53	4.28	30
FQx:-	6.43	3.47	30	Al	0.00	0.00	0	H+Hd	3.20	2.14	27
FQxno	0.77	1.41	12	An	1.43	2.11	16	A+Ad	7.20	5.10	29
FQf:+	0.00	0.00	0	Art	0.30	0.70	6	(H+Hd)	0.87	1.04	15
FQf:o	5.00	3.70	27	Ay	0.00	0.00	0	(A+Ad)	0.10	0.40	2
FQf/w	1.80	2.31	22	Bl	0.20	0.76	3	H+A	7.87	5.21	29
FQf:-	4.60	3.16	30	Bt	0.70	1.39	11	Hd+Ad	2.53	1.96	25
MQu:+	0.00	0.00	0	Cs	0.40	0.86	8	S.5SS	9.00	6.75	30
MQu:o	1.07	1.28	19	Cl	0.23	0.50	6	PER	0.90	1.18	14
MQu:w	0.20	0.48	5	Ex	0.07	0.25	2	PSV	0.23	0.57	5
MQu:-	0.63	1.52	8	Fi	0.00	0.00	0	DV	3.90	3.35	25
MQuonon	0.03	0.18	1	Fd	0.13	0.35	4	INCOM	1.83	1.53	23
M	1.93	2.32	21	Ge	0.60	1.10	9	FABCM	1.63	2.17	18

ÍTEM	M	SD	FR	ÍTEM	aM	SD	FR	ÍTEM	M	SD	FR
FM	1.33	1.79	18	Hh	0.07	0.25	2	CONTM	0.67	1.40	9
m	0.47	0.78	10	Ls	0.30	0.88	4	ALOG	0.97	1.45	12
FM+m	1.80	2.30	21	Na	0.13	0.35	4	B	0.00	0.00	0
FC	0.60	0.81	13	Sx	0.63	1.10	11	VU	0.00	0.00	0
CF	0.47	0.97	8	Xy	0.03	0.18	1	MOR	1.33	2.07	12
C+Cn	0.63	1.22	9	ldio	1.70	3.02	17				
Sum C	1.70	2.04	20	Sui-C	4.40	1.52	30				
WSumC	1.72	2.36	20	P	3.40	2.14	28				
Sum C'	0.67	1.09	11	Zf	8.37	3.61	30				
Sum T	0.17	0.59	3	ZSum	24.32	12.64	30				
Sum V	0.03	0.18	1	Zd	-0.97	3.43	29				
Sum Y	0.63	1.22	11	EA	3.65	3.81	25				

Análisis de algunos de los valores del resumen estructural

A partir de este análisis de medias, correspondiente a algunos de los valores del resumen estructural, deducimos que:

1. Tienden a ser infraincorporadores, es decir, personas que al responder sin reflexionar lo hacen de manera ineficaz, al perder la información que necesitarían para una respuesta adecuada ($Z_d > -3.0$).

2. Son personas que carecen de un estilo definido de respuesta, con tendencia a la constricción y/o extinción de su capacidad de respuesta a necesidades básicas, de tensión a estímulos dolorosos (C'; lado izq. del eb = O).

3. Son sujetos que han perdido su precisión perceptual, cuya consecuencia es la falta de control y distorsión de la realidad, no pudiendo mantener relaciones estables y adecuadas con las otras personas ($M- = 57\%$).

4. Respecto a la expresión de la afectividad, podríamos hablar de la dificultad de estos pacientes para integrar el estímulo afectivo, siendo descontrolados y con dificultades para manejar sus afectos (AFr., CF+C > FC).

5. La mayoría de estos pacientes responde al estímulo afectivo y, en general, a todo estímulo externo, aislándose, disociándose, poniendo distancia y simplificando su campo de estímulos (Λ).

6. Poseen una muy baja autoevaluación, $3R + (2)/R < .30$.

7. Son sujetos que responden al estímulo externo con una agresividad manifiesta, aunque preferentemente subyacente y/o somatizada (respuestas Ag. y An.).

Análisis de diagnóstico individual

1. El diagnóstico individual de estos 30 pacientes de larga estancia (criterio de los tres «jueces») establece que:

- 29 pacientes son esquizofrénicos
- Un paciente no es esquizofrénico por Rorschach

2. Basándonos en la metodología del período actual esquizofrénico:

- 26 pacientes presentan un diagnóstico de esquizofrenia paranoide
- Una esquizofrenia sin clasificar
- Dos esquizofrenias residuales
- Una no esquizofrenia por Rorschach

Análisis cualitativo

1. *Trastornos de pensamiento*: Además de buen número de Verbalizaciones desviadas (DV), señaladas en el Sistema Comprensivo de EXNER (1978), el análisis cualitativo ha revelado la existencia de un quinto tipo de respuestas DV «graves» o *patognomónicas*. Estas nuevas DV delirantes son mucho más graves que las clasificadas hasta ahora en el Sistema Comprensivo. Representan algo más que una pérdida de objetividad. Traducen, posiblemente, la pérdida de asociaciones ya difíciles de comprender. Todo ello dentro de un lenguaje delirante, confuso e incoherente.

Por ejemplo: Paciente núm. 2 – L.III – Respuesta núm. 5: «Dos mujeres cazando mariposas, el motivo es el siguiente: *como aquel que amó la gloria interna...*» (VIVES GOMILA, 1984).

Paciente núm. 14 – L. VII – Respuesta núm. 19: «*Dos gestos con cara de mujer... gestos determinados en la postura de cara... un gesto de dialogar*» (VIVES GOMILA, 1984).

La gravedad de estas DV procedentes de la muestra de pacientes esquizofrénicos «crónicos» difiere de la observada en la muestra de pacientes esquizofrénicos «agudos» (VIVES GOMILA, 1984). En la muestra que estudiamos, se trata de DV dadas por sujetos *ya acostumbrados* a su enfermedad, habituados a su vida de internos en un hospital psiquiátrico.

Hay una ausencia, en general, de la exacerbación aguda que caracteriza a la muestra de pacientes «agudos» (VIVES GOMILA, 1984).

2. *Agresividad*: Revisando las respuestas dadas a las 10 láminas por los 30 pacientes de esta muestra observamos:

1. La presencia de agresividad manifiesta en 9 de los 30 casos (30%).
2. Respuestas de agresividad subyacente en 21 de estos sujetos (70%).
3. Coincidencia de agresividad subyacente y manifiesta en 6 sujetos (20%).
4. Presencia de respuestas anatómicas (An) en un 50%. Aunque ello presente una preocupación menos directa por lo agresivo.

3. *Respuestas anatómicas y sexuales*: El 50% de estos pacientes da respuestas anatómicas (An). El casi 7% ofrece coincidencia entre anatómicas y sexuales, por lo que solo por esta causa y siguiendo el criterio de Weiner (1966) ya podrían ser considerados esquizofrénicos.

El mayor número de respuestas anatómicas se concentra en las láminas: X, I, III, IX y II, VIII, y por este orden.

Respecto a las respuestas sexuales (Sx), casi el 47% de estos sujetos da

este tipo de respuesta. Coincidiendo, y por este orden, en las láminas: VII, II, VI, VIII y IX. Las láminas III y IV reciben una única respuesta y la V, ninguna (véanse Cuadros I y II).

CUADRO I

MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS RESPUESTAS An POR LÁMINA

Láminas	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	T
Paciente núm.	1		1	1	1					2	6
2											
3	2							1			3
4											
5											
6											
7	1										1
8											
9	1										1
10											
11											
12											
13											
14			1			1				1	3
15									1		1
16									1	1	2
17		1						1			2
18	1	1	1				1	1	1		6
19											
20			1						1	1	3
21											
22											
23		1	1						1	1	4
24				1							1
25	1	1	1	1	1		1	1		1	8
26											
27										1	1
28											
29											
30				1						1	2
	7	4	6	4	2	1	2	4	5	9	44

CUADRO II

MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS
RESPUESTAS SX POR LÁMINA

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

CONCLUSIONES

Al preguntarnos si el diagnóstico de Rorschach corrobora el diagnóstico psiquiátrico realizado por RDC, el análisis cuantitativo-cualitativo nos dará la respuesta. El número de esquizofrénicos diagnosticados por RDC no difiere del número de esquizofrénicos obtenidos por Rorschach, en cuanto a diagnóstico diferencial se refiere. El Rorschach discrimina adecua-

damente la enfermedad y coincide con el diagnóstico del RDC en 29 de los 30 pacientes «crónicos», aproximadamente el 97%.

Los diagnósticos efectuados por RDC y Rorschach desde el punto de vista de la tipología del período actual de esquizofrenia (paranoide, desorganizado, etc.) coinciden en 20 sujetos, en un casi 67%.

El psicodiagnóstico de Rorschach nos ha permitido conocer algo más de la personalidad del paciente esquizofrénico «crónico», al aportar al diagnóstico efectuado por RDC por lo menos más de 125 ítems, que nos abren la posibilidad de conocer la personalidad de estos pacientes y enfocar su tratamiento. El análisis cualitativo de los determinantes y contenidos nos lleva a las siguientes apreciaciones:

1. Al revisar el determinante de movimiento humano M, corroboramos la hipótesis de Rapaport y Piotrowski de que la ausencia de M podría estar asociada al desorden esquizofrénico crónico (PIOTROVSKI, 1970; RAPA-PORT *et al.*, 1971).

Coincidimos con Weiner en que la ausencia de M con contenido humano H pura o la presencia de más de una M con otro contenido, sea Hd, A, Ad o estos contenidos entre paréntesis o con nivel formal negativo, sugiere un deterioro en la capacidad para relacionarse adecuadamente con otras personas (WEINER, 1966).

2. Respecto al determinante de color cromático, nuestros resultados coinciden, como grupo, con los obtenidos por J. Exner en su Sistema Comprensivo, $CF+C > FC$ (EXNER, 1978). Sin embargo, observamos un predominio de respuestas C puras.

A su vez, coincidimos con Weiner en que un alto número de C pura, asociadas a los índices fundamentales para el diagnóstico de esquizofrenia podría indicar un deterioro esquizofrénico (WEINER, 1966).

3. Al hecho de que más de la mitad de esta muestra de pacientes «crónicos», un 54%, de respuestas de sexo (Sx) sería un criterio válido, como apunta Weiner, de la preocupación sexual de estos sujetos, más aún, cuando estas respuestas se dan en láminas y áreas donde no es frecuente este tipo de respuesta (WEINER, 1966).

4. La gran mayoría de estos sujetos son agresivos, agresión que expresan directa o indirectamente.

Por otro lado, el hecho de que el 57% de estos pacientes dé respuestas anatómicas favorece el planteamiento de Weiner sobre la evidencia de que una puntuación alta de respuestas anatómicas esté asociada con esquizofrenia (WEINER, 1966). De la misma manera, la agrupación de anatómicas y se-

xuales en una misma respuesta, tesis formulada por Thiesen, Beck, Taube y Sisson, sugiere esquizofrenia (BECK, 1966; WEINER, 1966).

5. La gravedad de las Verbalizaciones desviadas (DV) traduce tanto la pérdida de asociaciones como la utilización de un lenguaje delirante y confuso y constituye un quinto tipo de DV mucho más grave que las clasificadas hasta ahora en el Sistema Comprensivo. La obtención de este tipo de DV en los protocolos de estos pacientes «crónicos» repercutirá sobre el segundo de los cinco criterios, descritos y considerados por Exner como los más adecuados para el diagnóstico de la esquizofrenia:

$$\text{FABCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} > \text{DV} + \text{INCOM}$$

de tal manera que muy bien podría convertirse en la siguiente proporción (VIVES GOMILA, 1984)

$$\text{FABCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} + \text{DV pat} > \text{DV n.p.} + \text{INCOM} \text{ (VIVES GOMILA, 1984):}$$

Todo ello nos lleva a constatar:

a) El valor diagnóstico de la prueba de Rorschach en pacientes diagnosticados de esquizofrenia por RDC.

b) La precisión diagnóstica de la prueba en pacientes no esquizofrénicos por Rorschach y considerados esquizofrénicos por RDC.

c) La dificultad de un diagnóstico diferencial de esquizofrenia en base al RDC en pacientes «crónicos».

d) Todos los esquizofrénicos diagnosticados por Rorschach creemos que lo son, según el criterio de los tres «jueces». El Rorschach no ha dado «falsos positivos», no ha considerado esquizofrénicos pacientes que no lo fueran.

e) Y lo más importante, que el test de Rorschach no precisa de un período de dos años como necesita el RDC para diagnosticar la esquizofrenia «crónica».

No entramos en el estudio, iniciado ya, de la variable medicación, que merece una investigación aparte y en el cual tiene un papel primordial el médico psiquiatra. Sin embargo, hemos comprobado sus efectos en la misma prueba de Rorschach, al enmascarar la presencia de los trastornos de pensamiento con la desaparición y/o disminución de algunos de los fenómenos especiales más graves y con la preponderancia de otros nuevos (DV patognomónicas), posiblemente debido a los efectos de la medicación antipsicótica (VIVES GOMILA, 1984).

Bibliografía

- ALVIRA, AVIA y CALVO, 1979, *Los dos métodos de las ciencias sociales*, Centro de Invest. Sociológicas, Madrid.
- ANGUERA ARGILAGA, M.^aT., 1978, *Metodología de observación de las ciencias humanas*, Cátedra, Madrid.
- ARIETTI, S., 1959, *Schizophrenia: the manifest symptomatology, the psychodynamic and formal mechanisms*, American Handbook of Psychiatry, Basic Books, Nueva York.
- ARNAU GRAS, J., 1978, *Psicología experimental: un enfoque metodológico*, Trillas, México.
- BECK, S.J., 1966, *Psicodiagnóstico en schizofrenia*, J. Wiley, Nueva York.
- DOMÉNECH M., J. M.^a, 1975, *Métodos estadísticos para la investigación en ciencias humanas*, Herder, Barcelona.
- EXNER, J.E., 1978, *The Rorschach: a comprehensive system*, I y II, J. Wiley, INC., Nueva York.
- , 1982, *Algunos datos referentes al «Borderline» y esquizofrenia*, Rorschach Workshop, Nueva York.
- EXNER, J.E. y MURILLO, 1983, *Effectiveness of regressive ect with process schizophrenics. Diseases of the nervous system*, Nueva York.
- EY, H., 1971, *Tratado de Psiquiatría*, Toray-Masson, Barcelona.
- , 1973, *Traite des hallucinations*, Masson et Cie. Edit., París.
- MINKOWSKI, 1980, *La esquizofrenia: psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*, Paidós, Buenos Aires.
- PIOTROWSKI, Z.A., 1970, *The movement score... Rorschach Psychology*, J. Wiley, Nueva York.
- RAPAPORT, D., GILL, M. y SCHAFER, R., 1946, *Diagnostic psychological testing*, vol. 1 y 2, Year Book Publishers, traducido en 1971, *Tests de diagnóstico psicológico*, Paidós, Buenos Aires.
- RORSCHACH, H., 1969, *Psicodiagnóstico*, Paidós, Buenos Aires.
- SCHAFER, R., 1954, *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*, Grune-Stratton, Nueva York.
- SPITZER et al., 1983, *D.S.M. III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association, Masson, Barcelona.
- SPITZER, ENDICOTT y ROBINS, 1977, *Research diagnostic criteria for schizophrenia*.
- VIVES GOMILA, M., 1984, *Índices de Rorschach en esquizofrénicos crónicos versus esquizofrénicos agudos*, tesis doctoral, Universidad de Barcelona.
- , 1984, *Índices Rorschach en pacientes esquizofrénicos «agudos»*, comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica, Madrid.
- WEINER, I., 1966, *Psychodiagnostic in schizophrenia*, J. Wiley, Nueva York.