

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TIPOS DE RESONANCIA ÍNTIMA DE
PACIENTES CON TRASTRONO DE
DEPENDENCIA DE ALCOHOL**

(Estudio a realizarse con el test de Rorschach en la Comunidad Terapéutica COTEMUAZ de
la ciudad de Azogues)

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO

GRADUANDOS: Víctor Alexander PADILLA OCHOA

Giovanni Andrés VIDAL PIEDRA

DIRECTOR: Mst. Gerardo PEÑA CASTRO

CUENCA, 2013

A Mis Padres, a Jorge Medina, a la Confraternidad de Alcohólicos Anónimos y al Círculo de Fuego del Camino Rojo.

Por la libertad que depositaron en mis manos permitiéndome, así, llegar a consolidar mis objetivos y trascender un escalón más del libro de mi existencia.

Alexander Padilla Ochoa.

A Mis Padres, Hermanos y familiares.

De manera muy especial a mis padres, Giovanni Augusto Vidal Pozo y Leonor Alexandra Piedra Rojas, quienes son el eje fundamental de este trabajo, ya que por ellos me he esforzado día a día para consolidar mis metas. A mis hermanos: Juan, Jorge, José, Valeria y Marcela, quienes me han brindado siempre su apoyo incondicional. A mi Tío Max Vidal Moscoso, quien me motivó de una manera muy especial a culminar mi carrera; en fin, a la vida, por permitirme vivirla, gozarla y aprender de sus enseñanzas.

Giovanni Andrés Vidal Piedra.

AGRADECIMIENTOS

El momento más emotivo de la redacción de esta tesis de grado ha sido la elaboración de los agradecimientos. Durante el tiempo que ha durado este trabajo han sido muchísimas las personas que han colaborado directa o indirectamente en la misma. El orden de mención no está vinculado con la importancia de nuestros colaboradores.

Agradecemos a la Universidad del Azuay y al cuerpo de docentes, por habernos impartido sus conocimientos durante nuestros años de formación.

A la Comunidad Terapéutica "COTEMUAZ", por las facilidades que nos ha procurado para la realización de esta investigación y, en especial, a su Director Técnico, Ps. Fabián Gonzales, por la apuesta que ha hecho en pro de la investigación.

A los usuarios, a cada uno en su medida, y al resto del Staff clínico de la Comunidad Terapéutica "COTEMUAZ", especialmente al Lic. Mauricio Hernández y a la Lic. Adriana Velazco.

Al Mst. Gerardo Peña Castro, director de este estudio, porque sin su ayuda y paciencia, tanto en las correcciones como en el planteamiento del trabajo, no habría sido posible la redacción de esta investigación.

Agradecemos también a toda nuestra familia, que incondicionalmente nos apoyó de cerca en el desarrollo de este trabajo, siendo ella el motor que impulsa los engranajes de nuestra motivación y proyectos a corto, mediano y largo plazo.

Finalmente, a todas las personas que han incentivado con su palabra esta tesis, en especial, al Ing. Jaime Tapia, Ing. Marcelo Pozo, Sr. Walter Lituma, Ps. Marco Cabrera, Ps. Bertha Sánchez, Sr. Klever Morocho, Dra. Vilma Bojorque. Gracias a ellos.

Nos quedan gratos recuerdos del trabajo conjunto.

MUCHAS GRACIAS

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
1. ALCOHOLISMO.....	5
1.1. PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	5
1.1.1. Definición.....	5
1.1.2. Importancia del psicodiagnóstico temprano.....	6
1.2. TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS: ALCOHOL.....	7
1.2.1. Definición.....	7
1.2.2. Signos y síntomas.....	8
1.2.3. Importancia del psicodiagnóstico temprano.....	9
1.3. TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS: ALCOHOL	9
1.3.1. Definición.....	9
1.3.2. Signos y síntomas.....	10
1.3.3. Características sociales de la patología.	11
Conclusiones	12
2. LOS TEST PROYECTIVOS	13
2.1. VISIÓN PANORÁMICA DE LOS TEST PROYECTIVOS	13
2.1.1. Introducción a la proyección y a la apercepción.....	15
2.1.2. Test Temáticos.	18
2.1.3. Test Estructurales.	18
Conclusión	19
3. BREVE RESUMEN DEL TEST DE RORSCHACH	20
3.1. APLICACIÓN DEL TEST.	20
3.1.1. Instrucciones de aplicación (Consigna)	21
3.1.2. Prueba complementaria de elección.....	22

3.1.3 La encuesta.....	22
3.2. LOCALIZACIONES.	22
3.2.1. Respuestas Globales: G.....	22
3.2.2. Respuestas Detalle Grande: (D).....	23
3.2.3. Respuestas Detalle Pequeño.....	23
3.2.4. Respuesta Detalle Blanco.....	24
3.3. DETERMINANTES.	24
3.3.1. Determinante K (Cinestesia).....	24
3.3.2. Color Cromático.....	25
3.3.2.1. Forma Color (FC).....	25
3.3.2.2. Color Forma (CF).....	26
3.3.2.3. Color Puro (C).....	26
3.3.3. Color Acromático “Clarooscuro” (C´).....	26
3.3.4. Respuestas Textura (c).....	27
3.4. CONTENIDOS.	27
3.4.1. Contenido Animal (A).....	27
3.4.2. Contenido Humano.....	28
3.4.3. Contenido Anatómico (anat).....	28
3.4.4. Contenido Naturaleza (nat).....	29
3.4.5. Contenido Arquitectónico (arq).....	29
3.4.6. Contenido Objeto (obj).....	29
3.4.7. Contenido Sexual (sex).....	29
3.4.8. Otros Contenidos.....	30
3.5. LA INTELIGENCIA.....	30
3.5.1. Aspectos a tomar en cuenta para la evaluación cuantitativa de la inteligencia mediante el test de H. Rorschach.	31

3.5.2. Evaluación cualitativa de la inteligencia.....	31
3.5.3. Complejo de inteligencia.....	32
3.6. LA AFECTIVIDAD	32
3.6.1. La estabilización de los afectos.....	32
3.6.2. La fuerza o debilidad de los afectos.....	33
3.6.3. El Contacto Afectivo.....	33
3.7. TIPOS DE RESONANCIA ÍNTIMA (T.R.I.).....	34
3.7.1. T .R.I. Introversivo.....	34
3.7.1.1. Características del tipo introversivo puro:	34
3.7.1.2. Características del tipo introversivo mixto:	35
3.7.1.3. Explicación de los tipos introversivos según el R. Badilla Rodríguez ...	35
3.7.2. T.R.I. Extratensivo:.....	35
3.7.2.1. T.R.I. Extratensivo mixto (Adaptativo):	36
3.7.2.2. Explicación de los tipos extratensivos mixtos según el R. Badilla Rodríguez	36
3.7.2.3. T.R.I. Extratensivo puro (desadaptativo o egocéntrico):	37
3.7.2.4. Explicación de los tipos extratensivos Puros según el R. Badilla Rodríguez	37
3.7.3. T.R.I. Ambiguo (dilatado).....	37
3.7.4. T.R.I. Coartado.....	38
3.7.5. T.R.I. Coartativo:	38
Conclusiones:	39
4. ESTUDIO DE LOS TIPOS DE RESONANCIA ÍNTIMA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL A TRAVÉS DEL TEST DE RORSCHACH.	40
4.1. METODOLOGÍA	41
4.1.1. Tipo de estudio.....	42

4.1.2. Población y Muestra.....	42
4.1.3. Procedimiento.	43
4.1.4. Recursos técnicos para la recolección de datos.....	44
4.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS DATOS	45
4.2.1. ANÁLISIS DEL TEST DE RORSCHACH.	45
4.2.1.1. Capacidad Ideo Asociativa.....	45
4.2.1.2. Localizaciones.....	47
4.2.1.3. Calidad y Variedad de Contenido.	53
4.2.1.4. Índices Formales del Control Cognitivo.	56
4.2.1.5. Tipos De Resonancia Íntima.	59
4.2.1.5.1. Tipos de Resonancia Íntima predominantes en pacientes con Trastorno de Dependencia de Alcohol.	64
4.2.1.5.2. La relación entre Alcoholismo y Tipos de Resonancia Íntima.	66
4.2.1.5.3. Riqueza del Test de Rorschach en el psicodiagnóstico temprano en pacientes con Trastorno de Dependencia de Alcohol.	68
4.2.1.5.4. Estrategias de Afrontamiento.....	70
4.2.2. Datos obtenidos en la Historia Clínica Psicológica.	71
4.2.2.1. Detención de la lactancia.	71
4.2.2.2. Control de esfínteres.	73
4.2.2.3. Relaciones con las figuras paternas.....	75
4.2.2.4. Antecedentes de alcoholismo en la figura paterna.....	78
4.2.2.5. Edad de inicio de consumo de alcohol en los usuarios del estudio.....	79
CONCLUSIONES	81
1. RELATIVAS A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS:	81
2. RELATIVAS A OTROS ASPECTOS DEL TEST DE RORSCHACH:	82
3. RELATIVAS A LA HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA:.....	84
BIBLIOGRAFÍA	86

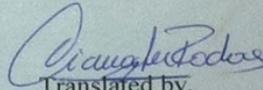
RESUMEN

Este trabajo consiste en una investigación sobre los Tipos de Resonancia Intima realizada en la Comunidad Terapéutica "COTEMUAZ" de la ciudad de Azogues, en pacientes con trastorno de dependencia: Alcohol. Se estudiaron 20 usuarios de sexo masculino, cuyas edades se encuentran entre los 18 y 55 años. Utilizamos los siguientes recursos técnicos: la entrevista clínica, la historia clínica psicológica y, como herramienta principal, el test de Rorschach. En la parte teórica, se ha hecho una revisión de la psicopatología de los trastornos relacionados con el alcohol, de los fundamentos teóricos de la psicología proyectiva y del test de Rorschach. En la parte práctica, presentamos el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recolectados. Los resultados de la investigación revelan que el 60% de los pacientes de la muestra poseen tipos vivenciales introversivos mixtos; el 25 % de los sujetos son tipos extroversivos mixtos; mientras que el 10 % son extroversivos puros y el 5% son tipos ambiguos.

ABSTRACT

The present work is a research of the Types of Inner Resonance developed in "COTEMUAZ" Therapeutic Community in the city of Azogues, which were applied to patients with alcohol dependency disorder. The study was carried out with 20 male alcohol users within the ages of 18-55. We employed the following technical resources: clinical interview, psychological clinical history, and as a main tool the Rorschach test. As for the theoretical part, we present a review of the psychological disorders related to alcohol consumption, the theoretical fundamentals of projective psychology and of the Rorschach test. In the practical part we present the quantitative and qualitative analysis of the collected data. The results of the investigation show that 60% of the patients present mixed introversion personality; 25% of the patients have mixed extraversion personality while 10% are true extroverts and 5% are ambivalent.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
DPTO. IDIOMAS


Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

Nuestra experiencia de trabajo pre profesional y de voluntariado en el área de comunidades terapéuticas, particularmente en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues "COTEMUAZ", nos ha motivado a buscar un medio eficaz, efectivo y confiable para explorar la afectividad del individuo, ya que fundamentándonos en los manuales de comunidad terapéutica, realizados por el Lic. Mauricio Hernández Ramírez, revisados y aprobados por el Psicólogo clínico Fabián Gonzales y la Trabajadora social Adriana Velasco, podemos afirmar que la adicción no es la problemática en particular pero si el síntoma, que emerge de una personalidad y afectividad desordenada por diversas causas, es por esto que decidimos explorar el área afectiva en sus diversas manifestaciones.

Decidimos utilizar el test de Rorschach para la exploración de la afectividad y otras áreas porque consideramos que es un test estructural de confianza indiscutible, además, su riqueza nos permite ampliar el campo de estudio, ya que el test de Rorschach es un test universal, que no requiere de comprensión verbal y que prácticamente no tiene limitaciones en el campo que estudiaremos.

Nuestra investigación se centra en la afectividad, principalmente en el estudio de los tipos de resonancia íntima (T.R.I), siendo el Rorschach la herramienta de primera elección para explorar dichas áreas, sobre todo en cuanto a los problemas relacionados con el alcoholismo. Estamos seguros que el test nos dará una aproximación diagnóstica de confiabilidad significativa para la realización de nuestro estudio.

Nos hemos encuadrado dentro de las líneas psicodinámica y proyectiva, ya que estas corrientes nos brindan las herramientas necesarias para la realización de nuestro estudio, tanto en el área de la interpretación como en la de realización de una anamnesis adecuada y acorde con la aplicación del test de Rorschach.

Tanto el alcoholismo como los desordenes afectivos pueden tener una trascendencia mayor a la que comúnmente nos imaginamos. La vida de algunos usuarios puede estar marcada por lo que sucedió en su pasado, es por esto que hemos realizado una anamnesis completa para develar dichos acontecimientos y sobre qué base han estructurado su personalidad.

Por estas y muchas otras razones más que detallaremos conforme se desarrolla la investigación, creemos que este es un tema de interés significativo, que amerita un análisis profundo y científico para la psicología clínica, particularmente en el área de adicciones, en donde podamos intervenir todos los protagonistas de este importante hecho: profesionales de la salud, operadores técnicos de comunidades terapéuticas relacionadas con adicciones, familias y, por supuesto, la comunidad en general.

Este tema, tan importante para el conocimiento de diversas áreas de interés en el psicodiagnóstico y tratamiento del alcoholismo, constituyó el eje fundamental para la investigación que se desarrolló con el apoyo del Cuerpo Clínico de la Comunidad Terapéutica "COTEMUAZ" y sus Operadores Terapéuticos; por otro lado, en cuanto al área académica, hemos recibido el apoyo de la Universidad del Azuay, y de manera especial del Mst. Gerardo Peña Castro.

A continuación haremos una breve presentación de la temática de nuestro estudio, tanto en el área teórica como práctica.

En el primer capítulo revisaremos los temas de marcada importancia para nuestro estudio, ya que al ser una investigación relacionada con el alcoholismo, debemos tener claros los conceptos principales que lo preceden en cuanto a esta psicopatología.

Los temas en los que nos centraremos serán: psicopatología de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo, con el trastorno de dependencia de sustancias: alcohol, ya que en base a este trastorno gira nuestra investigación.

En el segundo capítulo enfatizaremos los fundamentos teóricos sobre los tests proyectivos, porque al ser un estudio que parte de la corriente psicodinámica, necesitamos tener en cuenta sus principales características y conceptos. Los temas en los que nos centraremos son: la proyección y la apercepción. tests temáticos y tests estructurales.

En el tercer capítulo, con fines didácticos, realizaremos un breve resumen de los fundamentos teóricos del test de Rorschach: aplicación del test, localizaciones, determinantes, contenidos, inteligencia, afectividad y tipos de resonancia íntima.

El conocimiento de estos tópicos es de fundamental importancia para un correcto análisis de nuestro estudio "mediante el test de Rorschach", ya que así nos adentraremos en un círculo de conocimiento adecuado a la investigación.

En el cuarto capítulo, que corresponde a la parte práctica, revisaremos los problemas referentes a las variables afectivas, sobre todo, en pacientes con trastorno de dependencia de alcohol, asilados en la comunidad terapéutica "COTEMUAZ", que, dentro de su programa reeducativo, se dedica a tratar esta patología.

Aquí haremos referencia al tipo de estudio con el que desarrollamos la investigación en una muestra de veinte pacientes, a la que aplicamos los recursos técnicos para la recolección de datos: Entrevista Psicológica, Historia Clínica Psicológica y Test de Rorschach

Por otra parte, expondremos los cuadros cuantitativos y el análisis cualitativo de los mismos, dando de esta manera una visión panorámica del cumplimiento de los objetivos trazados a lo largo del estudio. Esto será expuesto en dos partes: la primera, tiene que ver con los datos obtenidos en el Test de Rorschach. y la

segunda, con los datos obtenidos en la Entrevista Clínica y la Historia Clínica Psicológica.

Finalmente, queremos indicar que el presente trabajo es una primera aproximación al tema estudiado y quedan las puertas abiertas para futuras investigaciones.

1. ALCOHOLISMO

En este capítulo abordaremos tres temas de marcada importancia para nuestro estudio, ya que al ser una investigación relacionada con el alcoholismo debemos tener claros los conceptos principales que lo preceden en cuanto a psicopatología refiere.

Los temas en los que nos centraremos serán: psicopatología de los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas, trastorno de abuso de sustancias: alcohol, trastorno de dependencia de sustancias: alcohol.

Una vez que se queden esclarecidos estos conceptos y sus subdivisiones, nuestro estudio será de más fácil comprensión y su análisis será dinámico.

1.1. PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

1.1.1. Definición.

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. El término sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Las sustancias tratadas en se agrupan en 11 clases: alcohol; alucinógenos; amfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; Cannabis; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a

ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis convulsivas. Los síntomas suelen desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, pero pueden mantenerse semanas o meses y requerir tratamiento médico. (DSM IV. 2003)

Además suelen presentarse trastornos tales como:

Demencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo crónico inducido por sustancias, ansiedad crónica inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

Características sociales de la patología.

En cuanto a las características sociales de trastornos relacionados con sustancias psicoactivas es de vital importancia comprender que un sujeto que se vea afectado por trastornos tales como; depresión, ansiedad, trastorno de pánico, delirium, demencia, o trastornos psicóticos secundarios al consumo, Es un individuo que se ve limitado por la sintomatología de su propio padecimiento accesorio, llevándolo de esta forma a aislarse tanto en la esfera familiar como en la laboral y social, entre otros problemas secundarios a un trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas . En casos de patologías tales como la psicosis el cuadro se agrava aún más ya que se presentan síntomas tales como; Alienación, alucinaciones, aislamiento, paranoia entre otros.

1.1.2. Importancia del psicodiagnóstico temprano.

Es importante el realizar un psicodiagnóstico temprano en cuanto a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, ya que el al dejar que estos cuadros se agraven también en la mayoría de sus casos se agravara el consumo, por ejemplo y centrándonos en nuestro estudio podemos afirmar que a prevalencia de alcoholismo durante la vida en individuos con algún trastorno mental es de 22.3%, en comparación a un 14% en la población general; la probabilidad de padecer alcoholismo en personas con algún trastorno mental es 2.3 veces mayor que en quienes no padecen trastornos mentales (Regier y Colab., 1990).

Este alto grado de comorbilidad de enfermedades mentales y uso de sustancias sugiere fuertemente que estos trastornos están vinculados, debido a anormalidades neurobiológicas, conductuales y psicodinámicas.

Desde la perspectiva psicodinámica, a pesar que Freud no dedicó ninguno de sus trabajos en particular a las toxicomanías, a lo largo de sus escritos pueden encontrarse numerosas referencias, las cuales han servido como punto de partida para las posteriores investigaciones psicoanalíticas. Freud opina que la adicción es el resultado de fuertes fijaciones orales (Corderch, 1991), que suelen estar asociadas a traumas infantiles tales como madres sobre-protectoras, negligencia materna o frustración de la necesidad de dependencia (Sue, 1996).

En conclusión; Mientras más temprano sea un psicodiagnóstico en el área de trastornos relacionados a sustancias psicoactivas más sencilla y eficaz será su intervención psicológica y menor será la probabilidad que estos trastornos agraven el uso de sustancias y viceversa.

1.2. TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS: ALCOHOL

1.2.1. Definición

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias. Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que

han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína. (DSM IV. 2003)

1.2.2. Signos y síntomas

Criterios para el abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia. (DSM IV. 2003)

1.2.3. Importancia del psicodiagnóstico temprano

La importancia del psicodiagnóstico temprano en la etapa de abuso de sustancias, particularmente el alcohol, radica en la acción de identificar o detectar signos, señales claves o situaciones que hacen presumir un consumo problemático de la bebida.

Uno de los objetivos prioritarios es la identificación temprana de manifestaciones o indicadores de problemas antes de que ocasionen daños que pongan en riesgo la salud del individuo. En el caso del de que el abuso haya sido diagnosticado, el esfuerzo para lograr intervenir en forma temprana y oportuna se entorpece ya que, por las características psicológicas y sociales de sus manifestaciones, puede dificultar la percepción de riesgo y la motivación para iniciar cambios en los hábitos o estilos de vida.

Por ello es necesario perfeccionar y diversificar los medios e instrumentos, a fin que las personas en riesgo o afectadas por el consumo del alcohol identifiquen dicho riesgo y asistan a psicoterapia antes que el cuadro se agrave en un cuadro de dependencia, es decir, en la etapa de abuso, es todavía viable establecer terapia de psicoeducación profiláctica. (DSM IV. 2003)

1.3. TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS: ALCOHOL

1.3.1. Definición

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menospatentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la

dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados en los criterios diagnósticos que revisaremos en el siguiente apartado. (DSM IV. 2003)

1.3.2. Signos y síntomas.

Criterios Para La Dependencia De Sustancias:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

(2) Abstinencia, Definida Por Cualquiera De Los Sigüientes Ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la *sustancia* (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el

consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes.

Los cuales parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera). (DSM IV. 2003)

1.3.3. Características sociales de la patología.

Los factores, psicológicos y sociales operan directamente al nivel de la conciencia individual de la persona para la cual la búsqueda del alcohol, con la dependencia cada vez más fuertemente establecida, es el falso final feliz de múltiples situaciones emocionales como vía alternativa de respuesta a las mismas. La ingestión del alcohol es la solución más económica en la situación concreta en la que el sujeto se encuentra, si bien se trata de una solución subjetiva y falsa y en consecuencia contraproducente.

Mediante la pérdida de conciencia que el alcohol provoca, el sujeto alude la posibilidad de una conducta que repare la situación conflictual originaria. La dependencia alcohólica no estriba tanto en las modificaciones que hayan tenido lugar por su ingestión, cuando por el hecho de que ante la progresiva complicación del conflicto originario, las posibilidades de solución se alejen más y más y por consiguiente la necesidad de evasión es cada vez más imperiosa a la mayor necesidad de huir de la realidad se une ahora como antes a la fácil disponibilidad de la bebida alcohólica.

El alcoholismo socialmente podría considerarse como un estado de evasión ante situaciones conflictivas significativas como una estrategia individual de adaptación al medio por retraimiento, la no-aceptación de ciertas situaciones emocionales o físicas trae consigo en última instancia que el individuo busque en

los efectos del alcohol la solución a sus problemas logrando así el desvinculo con la realidad cayendo en un estado de evasión de la realidad que le resulta desfavorable.

Conclusiones:

El alcoholismo constituye un problema social, ya que tiene un impacto negativo en las vidas de un segmento considerable de la población, el mismo que para su estudio y comprensión, podemos analizarlo, a través de dos funciones: las manifiestas y las latentes.

El alcoholismo tiene gran repercusión social la cual se ve reflejada en las reiteradas y siempre crecientes olas de violencia hacia hijos, cónyuges, agresiones a vecinos y amigos, riñas, daños a la propiedad social, divorcios entre otros.

Existen factores sociales que inciden en el predominio del alcoholismo como problema social como son: un medio social propicio al consumo y adquisición de las bebidas alcohólicas, evasión de los problemas que afectan al individuo y tradiciones socioculturales favorables al consumo.

2. LOS TEST PROYECTIVOS

El presente capítulo está enfatizado a los fundamentos teóricos sobre los test proyectivos, porque al ser un estudio que parte de la corriente psicodinámica, necesitamos tener en cuenta sus principales características y conceptos. Los temas en los que nos centraremos son: la proyección y la apercepción; test temáticos; test estructurales.

2.1. VISIÓN PANORÁMICA DE LOS TEST PROYECTIVOS

En 1939, L. K. Frank había inventado esta expresión “métodos proyectivos” para dar cuenta del parentesco entre tres pruebas psicológicas: el Test de asociación de palabras, de Jung (1904); el Test de manchas de tinta, de Rorschach (1920) y el “T.A.T.” (Test de invención de historias), de Murray (1935). Frank mostraba que estas técnicas constituyen el prototipo de una investigación dinámica y “holística”. En efecto, los test proyectivos han demostrado ser uno de los instrumentos más valiosos del método clínico en psicología y una de las aplicaciones prácticas más fecundas de las concepciones teóricas de la psicología dinámica.

Se puede discutir, con razón, si el término test, tomado en sentido rigurosamente psicométrico, se aplica bien a tales pruebas, cuya estandarización y verificación dejan a menudo que desear, cuya sensibilidad, fidelidad y validez son difíciles de apreciar. Pero es innegable que estas pruebas tienen en común un método propio, diferente del que funda los test psicométricos, y que aportan, en la práctica afectiva del conocimiento de los demás, una finura clínica que compensa su menor rigor estadístico.

Las técnicas proyectivas se distinguen de los test de aptitudes esencialmente por la ambigüedad del material presentado al sujeto y por la libertad de respuestas que le es permitida. Por estas dos características, el método proyectivo se sitúa en las líneas respectivas de la psicología de la forma y del psicoanálisis.

Los test proyectivos han seguido de cerca los progresos de la *Gestalttheorie*: Jung es un poco posterior a von Ehrenfels, Rorschach un poco posterior a Wertheimer, Murray un poco posterior a Lewin; no obstante, ellos no parecen haber sufrido su influencia directa. El análisis, por parte del psicólogo, de figuras ambiguas y de ilusiones ópticogeométricas, ha proporcionado el terreno privilegiado para el descubrimiento de “formas” perceptivas e intelectuales y de sus leyes. La psicología proyectiva amplía la psicología de la forma. Se interesa en las relaciones del hombre con los otros, al mismo tiempo que se interesa en las relaciones del hombre con su mundo vivido.

La influencia del *psicoanálisis* es más clara. Este inaugura una revolución copernicana que ha sido definida por Politzer como un paso de la psicología en tercera persona a una psicología en primera persona. El ejemplo de Jung es significativo. Para la psicología académica o experimental, la asociación de ideas es una función mental general, de la que se busca las leyes del funcionamiento impersonal. En revancha, las asociaciones que el psicoanálisis requiere de su paciente y que son dichas libres son, de hecho, rigurosamente determinadas por la historia del paciente y sus conflictos.

Quince años más tarde, otro suizo de lengua germana, que había sido formado, como Jung, en la misma escuela psiquiátrica de Bleuler en Zurich, y que se había dedicado igualmente a la práctica del psicoanálisis, realiza por segunda vez la misma revolución; las manchas de tinta eran conocidas desde hace muchos años, pero no habían aportado nada en manos experimentalistas que, en una época donde se preocupaban de la psicología del genio, esperaban, por este camino, abordar el estudio de la imaginación y de sus leyes generales.

Rorschach tuvo la idea que la interpretación de manchas de tinta constituía una prueba no de imaginación sino de personalidad. En efecto, es la organización individual de la personalidad que estructura la percepción de tales manchas.

Por otro lado, la experiencia del *dibujo* representa una tercera fuente histórica de los test proyectivos. Entre 1920 y 1930, los psicoanalistas extienden sus tratamientos a los niños y, en lugar de la expresión verbal poco madura en ellos, recurren al dibujo libre como sustituto de las asociaciones libres. En la primera época, los métodos activos se incorporan a la pedagogía; ellos predicán el dibujo y el relato libre como medios para manifestar la personalidad del niño. Dibujos y relatos libres rápidamente se revelan como poseedores de una significación simbólica, análoga a la de los sueños o los síntomas neuróticos. El uso proyectivo del dibujo y del relato se ha desarrollado en oposición a una pedagogía orientada a la reproducción exacta de los modelos, en oposición a los test, donde dibujos y relatos son analizados en lo que tienen de impersonal como criterio de desarrollo intelectual. Un conocimiento del individuo deviene posible según el estilo de sus obras. Murray, en 1935, en los Estados Unidos, crea el primer test que se inspira en la técnica del relato libre: el Test de Apercepción Temática o T.A.T. Los test proyectivos que utilizan el dibujo son más tardíos. En 1949, Koch publica, en Suiza, el test del árbol y Machover, en los Estados Unidos, el test del dibujo de una persona.

2.1.1. Introducción a la proyección y a la apercepción.

En la proyección, en primer sentido denota una acción física, el tiro; por ejemplo, un lanzamiento de proyectiles. Por analogía metafórica, “Freud ha designado aquí, como lo veremos más adelante, una acción física, característica de la paranoia, que consiste en expulsar de la consciencia los sentimientos reprobables para atribuirlos a los demás”. (Bellak 35) en este sentido, los test proyectivos favorecen la descarga, sobre el material presentado al sujeto, de todo lo que éste rechaza ser, de lo que siente en él como malo o como sus puntos vulnerables.

El segundo sentido es matemático. Aparece en el s. XVII cuando se constituye la geometría proyectiva. La proyección hace corresponder a un punto (o conjunto de puntos) del espacio un punto (o un conjunto de puntos) de una recta o de una superficie. Según el procedimiento retenido, la proyección puede ser ortogonal, oblicua, cónica, cilíndrica, estereográfica. El estudio de la perspectiva, la confección de los planos y de los alzados por los arquitectos o de las cartas por los geógrafos encuentran allí su base teórica. La noción esencial es la de las propiedades proyectivas: son las propiedades geométricas de una figura que se encuentran conservadas en toda proyección plana de esta figura. La neurología ha utilizado muy temprano esta noción de proyección para marcar la correspondencia, punto con punto o estructura con estructura, entre un área cerebral y un aparato sensorial o motor. Parecidamente, los test proyectivos llevan al sujeto a producir un protocolo de respuestas tal que la estructura de este protocolo corresponde a la estructura de su personalidad. Las características fundamentales de ésta se encuentran conservadas en aquél.

El tercer sentido, al final del s. XIX, tiene su origen en la óptica. La proyección luminosa envía sobre una superficie rayos o radiaciones a partir de una fuente. Las aplicaciones prácticas son bien conocidas: el teatro de sombras (que inspira a *Klecksographie* de Kerner, que inspirará, a su vez, a Rorschach para su test de manchas de tinta), la proyección fija de una imagen sobre una pantalla, en fin, el cinematógrafo. Este tercer sentido ha sido adoptado y popularizado por los escritores al comienzo del s. XX. Su transposición ha sido rápida en psicofisiología y en psicología (el animismo, el mito, la superstición consisten en percibir en el mundo exterior estados afectivos que son, de hecho, interiores y que han sido proyectados sobre él; Freud utiliza también este otro sentido de la palabra proyección). Un test proyectivo es como un rayo X que, atravesando en el interior de la personalidad, fija la imagen del núcleo secreto sobre un revelador (aplicación del test) y permite luego una lectura fácil por agrandamiento proyección creciente sobre una pantalla (interpretación del protocolo). Lo que está oculto es, así, puesto a la luz; lo latente deviene manifiesto; lo interior es llevado a la superficie; lo que hay de estable y también de anudado en nosotros se encuentra desvelado.

El primer sentido, es la descarga pulsional y emocional, precisa el nivel en el que opera el test proyectivo: se trata en cierto modo de un psicoanálisis condensado; la aplicación de un test es, en el pleno sentido de la expresión, una puesta a prueba para el sujeto, es decir, una prueba de verdad. El segundo sentido establece una correspondencia estructural entre la personalidad, concebida como el sistema de las conductas propias de un individuo, y las producciones de éste en una situación definida por dos variables: una superficie más o menos vacía (el material del test) que el sujeto debe llenar con sus respuestas, y una regla de proyección “oblicua” (las consignas de libertad orientada del test); este segundo sentido funda el rigor científico de las técnicas proyectivas. En cuanto al tercer sentido, él moviliza representaciones arcaicas de la imagen del cuerpo, donde el adentro es opuesto a lo que está fuera, lo oculto a la superficie, lo pleno a lo agujereado, representaciones que marcan una etapa importante en la organización precoz de la personalidad, pero representaciones cuyo despertar, por la situación del test proyectivo, moviliza temores antiguos y profundos; de donde surge en ensañamiento de los detractores de estos tests; de donde nace la angustia de una “violación” de la personalidad en los potenciales sujetos que serán sometidos a estas pruebas; de donde se explica el apasionamiento equívoco de algunos estudiantes de psicología por apropiarse de una técnica que, inconscientemente creen, les permitirá tener a su merced la vida interior y secreta de los demás.

Por otra parte, la “percepción” está, en definitiva, ligada a un sistema de psicología que no tiene nada que ver con el concepto de personalidad como un *todo*. Si bien es cierto que la terminología no es aquí asunto de primera importancia ya que será el término *apercepción* el utilizado. Se habla de *apercepción* a la interpretación (dinámicamente) significativa que hace un organismo de una percepción. En efecto, *apercepción* en el Diccionario de Filosofía es: “El proceso mediante el cual la nueva experiencia es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar un todo nuevo. El residuo de la experiencia pasada se conoce como masa *aperceptiva*”. (Bellak 17)

2.1.2. Test Temáticos.

Los test proyectivos *temáticos*, cuyo modelo es el T.A.T., revelan los contenidos significativos de la vida del sujeto; naturaleza de los conflictos, deseos fundamentales, reacciones al entorno, mecanismos de defensa, momentos claves de la historia vivida. Tales son los juegos dramáticos, los dibujos o relatos libres y para completar, las interpretaciones de cuadros, de fotografías o de documentos diversos. El sujeto puede, conforma a las distinciones de Ombredane, “proyectar aquí lo que cree ser, lo que quisiera ser, lo que rechaza ser, lo que los otros son o deberían ser respecto a él”. (Ombredane15)

De esta manera, somos esencialmente informados sobre las redes de motivaciones dominantes del sujeto, sobre sus mecanismos de defensa, sobre lo que Catell llama “la dinámica del yo”. El margen de incertidumbre y de error concierne al efecto práctico de estas diversas motivaciones. ¿Son ellas fuente de conductas, habituales o raras, en el sujeto? ¿Son solamente causa de comportamientos parásitos en el cumplimiento de estas conductas ¿O no producen sino puras ensoñaciones interiores?

2.1.3. Test Estructurales.

Los test proyectivos *estructurales* tienen como prototipo al Rorschach. Estos ya no recogen, como los precedentes, la manifestación de las fuerzas vivas del sujeto, la que corresponde al punto de vista “dinámico” en psicoanálisis, a los “temas” en psicología de las tendencias, al “por qué” de la conducta. Ellos conducen más bien a un corte representativo de un sistema de su personalidad, de su equilibrio, de su manera de aprehender el mundo, de su *Weltanschauung*, de su “mundo de formas”; se trata de la organización de las interrelaciones entre las instancias del ello, el yo y el superyó. (Cf. el punto de vista “económico” en psicoanálisis, los “esquemas” psicología de las tendencias, el “cómo” de la conducta).

Conclusión:

La aplicación, aún en sus comienzos, de las concepciones lingüísticas a los test proyectivos, parece confirmar esta distinción de las dos categorías de test proyectivos: en los test temáticos, la tarea es de orden sintagmático (el mensaje); en los test estructurales ella es de orden paradigmático (el código). El peligro sería creer que se puede captar la *totalidad* de la personalidad con uno solo de estos tests. También el psicólogo que establece un balance de una personalidad recurre al menos a un test temático y a un test estructural, naturalmente, de la entrevista psicológica, la historia clínica y eventuales exámenes complementarios.

3. BREVE RESUMEN DEL TEST DE RORSCHACH

En este capítulo, con fines didácticos, realizaremos un breve resumen de los fundamentos teóricos del test de Rorschach, en las siguientes áreas: Aplicación del test, localizaciones, determinantes, contenidos, inteligencia, afectividad y tipos de resonancia íntima.

El conocimiento de los tópicos antes expuestos es de fundamental importancia para un correcto análisis de nuestro estudio, ya que así nos adentraremos en un círculo de conocimiento adecuado a la investigación.

3.1. APLICACIÓN DEL TEST.

Es recomendable realizar la prueba en una habitación tranquila, alejada de todo estímulo, considerando que no debería haber interrupciones, sin la presencia de un familiar, en luz natural o muy parecida a ella.

Se sugiere preguntar si la persona usa lentes o tiene algún tipo de discapacidad como ceguera a los colores, en caso de usar lentes, es necesario que se los ponga desde el comienzo de la prueba, en caso de padecer ceguera a los colores, se recomienda aplicar luego del test la prueba de Ishihara 1

Debe tener siempre en cuenta el examinador que esta situación debe ser una relación de “persona a persona” (circunstancial), en la cual uno de los dos aporta con los conocimientos y el otro con su proyección (Asimetría), pero ambas son de mutua reciprocidad.

3.1.1. Instrucciones de aplicación (Consigna)

A pesar que existe una variedad de consignas, que generalmente se relacionan con las distintas escuelas que existen con este test (Piotrowsky, Klopfer, Böhm, etc.), se recomienda la siguiente:

“Vamos a hacer juntos este test. Le voy a mostrar una serie de láminas, una por una y le voy a pedir que me diga lo que esto podrá ser para usted. Yo tomare nota de sus respuestas, todas las respuestas son válidas. Usted es libre manipular las láminas como usted desee y tiene el tiempo que quiera. Yo utilizare un cronometro pero no se preocupe el tiempo es completamente libre. Cuando estime haber acabado usted me entregara la lámina y yo le daré entonces la siguiente. Le pido por favor que me diga todo lo que esto podría ser para usted”.

Generalmente la consigna produce errores de interpretación en el sujeto, por eso se recomienda no decir al sujeto que las significan nada, tampoco se debe utilizar las palabras “Mancha de tinta” No se debe aclarar que existen respuestas buenas o malas, entonces, frente a cualquier pregunta se debe deben repetir las instrucciones, como dice Böhm: *“decir tan poco como sea posible y tanto como resulte necesario”.*

Luego, se le pasa la primera lámina al examinado, desde la derecha del examinado, y en la mano, si el sujeto gira la lámina, se le comenta después que puede hacerlo. Es necesario registrar este cambio en el protocolo, se recomienda utilizar la designación de Morgenthaler. Posiciones (a,b,c,d), si el sujeto gira la lámina sin parar se registra en el protocolo un espiral indicando con una flecha al final del espiral el sentido de rotación.

Es necesario registrar toda la conducta del que se observa del sujeto, y las verbalizaciones que hace, para esto se recomienda anotarlas en una hoja de protocolo como la que mostramos a continuación.

L	T Pos	Interpretaciones	Encuesta	L	D	C	

3.1.2. Prueba complementaria de elección

El clínico expone simultáneamente las 10 láminas delante del sujeto en fila y en el siguiente orden: I II III, IV V VI VII, VIII IX X. Luego se le dice: “Escoja, por favor, y ordene las tres laminas que Ud. prefiere y las tres laminas que menos le gustan, el sujeto es invitado a proceder lo más rápido posible. Terminadas las elecciones, el clínico apunta en el protocolo e invita al sujeto a justificar las elecciones o rechazos; estas justificaciones son igualmente anotadas”

3.1.3 La encuesta

La encuesta comenzará, pues, después de haber terminado la prueba de elección, el objetivo de la encuesta es hacer precisar al sujeto, por medio de preguntas neutras, la parte de la lámina correspondiente a su interpretación en cuanto refiere a; Localizaciones, determinantes y contenidos, estos datos serán anotados en la hoja de protocolo antes expuesta.

3.2. LOCALIZACIONES.

3.2.1. Respuestas Globales: G

Las respuestas Globales se las considera como uno de los 7 componentes de la capacidad de inteligencia y su mayor número permite entender una buena capacidad asociativa (H.Rorschach). También si su presencia está en las láminas

cuya composición es más inestructuradas(III, IX, y X, y segundo lugar II, y VIII), dan cuenta de niveles altos de inteligencia (Beck). Su presencia permite observar “Una Visión Panorámica”, que se traduce en una mayor inteligencia (Böhm), y que en definitiva da cuenta de una buena organización, síntesis, y planificación (Piotrowsky). En la escuela Alemana se la conoce como (G; Respuestas globales).

3.2.2. Respuestas Detalle Grande: (D).

Según H. Rorschach son los detalles que más resaltan, en cambio para Klopfer deben ser subdivisiones obvias del área total de la mancha, y que deben ser utilizadas por cualquier grupo de sujetos con una frecuencia mayor. Y es este el mayor criterio para su uso, ya que comprende en gran medida las respuestas que son frecuentemente vistas en ciertas áreas de las láminas, pudiendo ser localizadas en un mapa de localización que permite en definitiva una delimitación con relación a todas las verbalizaciones de los protocolos que se han ido dando hasta la fecha.

Su significado psicológico apunta a concebir esta área usual a partir de lo práctico, lo inmediato, y obvio. Como inteligencia práctica (Böhm), y como un índice de adaptación (Piotrowsky).

3.2.3. Respuestas Detalle Pequeño

Rorschach las obtiene después de sustraer los detalles Grandes (usuales), en cualquier verbalización que ya no sea obviamente: global (G), o Grande (D). Su interpretación apunta por lo mínimo e insignificante, desde un marcado afán de crítica y escurpulosidad exagerada (H. Rorschach), o como también en la actitud de esmero.

Indican minuciosidad y detallismo. Se relacionan con la capacidad de realizar tareas prácticas y meticulosas y como contraparte, con la carencia de capacidad para efectuar trabajos que exijan amplios enfoques de conjunto. En caso de encontrarse en una proporción aumentada en un protocolo, puede significar

compulsividad, huida, desajuste externo y observación escrupulosa. En proporción razonable, la presencia señalaría iniciativa e inhibición equilibrada.

3.2.4. Respuesta Detalle Blanco

Para H. Rorschach eran consideradas como formas intermedias “Detalle blanco”=Dbl, y daban cuenta de inhibición del pensamiento, por ende como incapacidad para captar la totalidad, evidenciando cierta ansiedad, y presentándose de forma escasa en los protocolos. En un sentido amplio se liga al Oposicionismo, la agresividad y la dificultad de adaptación al contexto.

3.3. DETERMINANTES.

3.3.1. Determinante K (Cinestesia)

Se considera que un determinante es de movimiento, cuando la respuesta surge (está determinada) a partir de factores cinestésicos. Por lo tanto, para tabular un determinante como K, ka, kp o ko debe estar presente la sensación subjetiva de movimiento (en muchos casos, el sujeto tiende a imitar los movimientos que describe en su respuesta, o se producen inervaciones corporales involuntarias).

Expresa aquellos aspectos psicológicos de más difícil acceso, es decir, el “qué” y el “cómo” de la vida intrapsíquica.

Corresponde entonces al mundo de las ideas, dando cuenta de la riqueza del mundo interno, de la creatividad y la capacidad de creación interior, siendo un componente importante de la inteligencia.

Por lo tanto, el determinante K está relacionado con la introversión, los intereses centrados en el mundo interno, las ideas (como contraparte al Determinante de Color Cromático C, que en el Test de Rorschach, representa lo extratensivo, los intereses centrados en el mundo externo, los afectos).

Se puede esperar una mayor presencia de K en protocolos de artistas, personas imaginativas, pensadores abstractos y personas con riqueza y variedad de ideas. Por el contrario, las K se encontrarán disminuidas en protocolos de personas depresivas, poco creativas, con pobreza de ideas y con pobreza del mundo interno.

El determinante K está dando cuenta de un sistema bien organizado y jerarquizado de las necesidades. Si en un protocolo está presente K de buena calidad y en un porcentaje adecuado (10%), indica madurez, capacidad de postergar impulsos de gratificación inmediata en post del logro de metas a largo plazo y por ende, capacidad de llevar a cabo actividades productivas y de alcanzar los objetivos trazados. En este sentido, el movimiento humano no sólo representa las ideas, la creatividad y la riqueza interna necesarias para realizar proyectos, sino que también indica la presencia de madurez y perseverancia, como elementos jerarquizadores de las necesidades, que permiten a la persona centrar su energía y organizar sus actividades con el fin de concretar proyectos y obtener logros productivos a largo plazo, postergando la gratificación inmediata de necesidades.

3.3.2. Color Cromático.

Según Klopfer, el color es un estímulo emocional, por lo tanto, en términos psicológicos, las respuestas cromáticas están ligadas a los afectos, los sentimientos y a las conductas y reacciones emocionales del sujeto ante el medio. Según Rapaport, la persona reacciona de modo emocional y automáticamente ante el estímulo cromático, sin requerir de ningún otro estímulo o mediación para elaborar una respuesta, no obstante, la forma puede intervenir para amortiguar el impacto emocional que produce el color.

Por lo tanto, el Color es a la reacción emocional, afectiva y racionalmente pasiva, como la Forma es al control racional activo.

A continuación realizaremos un breve resumen del determinante C con sus distintas combinaciones FC, CF, C

3.3.2.1. Forma Color (FC)

El dominio de la forma sobre el color implica psicológicamente, que los procesos cognitivos secundarios (Forma), priman por sobre los impulsos

primarios, demorando, moderando y organizando la expresión de la respuesta afectiva (Color).

El hecho de que el sujeto proporcione FC, señala que acepta la demanda de integrar el color (afecto), dentro de un concepto de forma definida (control racional), es decir, es capaz de responder afectivamente de manera controlada, sin dejar de impactarse emocionalmente. Por lo tanto, podrá reaccionar apropiadamente a las exigencias emocionales de la situación, llevándose bien con los otros. En síntesis, la presencia de FC, es uno de los indicadores más confiables de una buena adaptación afectiva, de empatía afectiva, de control y modulación de los afectos, considerando tanto a la realidad, como a los otros.

3.3.2.2. Color Forma (CF)

En estas respuestas, el sujeto no intenta integrar el color en una forma definida, es decir, está hablando de una reacción afectiva poco controlada por los estímulos sociales, de egocentrismo, labilidad y sugestionabilidad emocional. No obstante, su presencia muestra una actitud genuina en la demostración de los afectos, por lo que este determinante es esperable y aceptable dentro de un protocolo en cantidad moderada y lógicamente, inferior a FC.

3.3.2.3. Color Puro (C)

La presencia de C, da cuenta de impulsividad, máximo egocentrismo, tendencia a la conducta actingout, exageración en las respuestas emocionales y descontrol. De tal manera, se espera su ausencia total en un protocolo. Es frecuente que se presenten en la lámina II, y debido a la interpretación psicológica de esta lámina, sería un signo de alerta, al igual que la presencia de K en esta misma lámina.

3.3.3. Color Acromático “Claroscuro” (C’)

Las respuestas de color acromático son aquellas donde se utilizan los colores negro, blanco y gris. Para tabularlas así, la persona debe hacer alusión directa a dichos colores, sin suponer que los está tomando en cuenta aunque dé su respuesta en dichas áreas claroscuros.

Interpretación psicológica de respuestas Color Acromático (Claroscuro)

Recordemos que el color cromático representa los aspectos eufóricos, la responsabilidad afectiva del individuo ante a los estímulos provenientes del ambiente y la relación con otras personas, es decir, la reacción o respuesta frente al impacto emocional que produce el medio.

Por el contrario, el color acromático se relaciona con la influencia depresiva, los afectos disfóricos opuestos a la alegría, a la rabia y a la hilaridad, es decir, entran en juego los sentimientos de pena y duelo. Al mismo tiempo, a través del color acromático, la agresión se expresa como pulsión de muerte, es decir, en oposición a la libido. Junto con lo anterior, las respuestas de color acromático, dan cuenta de una responsabilidad amortiguada y vacilante ante los estímulos externos, es decir, una capacidad de expresión personal que se encuentra sofocada e inhibida.

3.3.4. Respuestas Textura (c)

En ellas, el efecto de sombreado da la impresión de textura (Ej: blando, peludo, áspero, rugoso, etc).

Psicológicamente, según Klopfer, las respuestas Fc, dan cuenta de “adecuación” en el contacto social. Sin embargo, cuando las Fc están muy aumentadas, podrían indicar una actitud defensiva frente a amenazas agresivas reprimidas..

Por su parte, tanto las respuestas cF como las c, indican un predominio de los procesos primarios y una pérdida de la adecuación en el contacto, presentándose una marcada necesidad de seguridad y afecto y dependencia de tipo regresiva.

3.4. CONTENIDOS.

3.4.1. Contenido Animal (A)

Se espera un porcentaje A% entre 25% y 50%

Psicológicamente el contenido Aes un indicador de adaptación social ya que indica un adecuado reconocimiento de las normas sociales desde un punto de vista intelectual.

En general, un porcentaje aumentado (sobre 50%), da cuenta de un pensamiento estereotipado y poco creativo, de presencia de ideas más comunes y vulgares, y de un bajo nivel de interés por los diferentes ámbitos de la vida y del conocimiento.

Por el contrario, un porcentaje disminuido (bajo 25%), da cuenta de un pensamiento creativo, sin embargo, implica también un alejamiento de las normas sociales porque no hay un suficiente reconocimiento intelectual de ellas.

3.4.2. Contenido Humano

Dichas respuestas, aunque no son las más frecuentes, representan el núcleo de mayor significación en los contenidos dados en un protocolo debido a que:

La persona proyecta y expresa sus propias preocupaciones por el esquema corporal. Dichas respuestas sirven de modelo para las múltiples identificaciones de que se vale el sujeto para dramatizar el contenido de sus fantasías inconscientes.

Clasificación de H.

- H: toda la figura humana. Ej: “dos personas” (lám III).
- Hd: sólo una parte de la figura humana. Ej: cabeza, cuerpo, etc.
- (H, Antropomórficas): humanos en formas mitológicas, caricaturas, brujas, duendes, fantasmas, genios, animales de fábulas que demuestren tener sentimientos semejantes a los humanos.

3.4.3. Contenido Anatómico (anat)

Se espera un anat% de 0% a 4%.

Si están aumentadas, aluden a preocupaciones hipocondríacas, estados depresivos pasajeros con ansiedades por el esquema corporal o padecimiento de enfermedades graves o crónicas.

Su aumento también puede indicar estereotipia del pensamiento a modo de “complejo intelectual.

Si están mal vistas pueden darse en organicidad, esquizofrenia y epilepsia.

Específicamente, existen dos tipos de anat:

Las que aluden a huesos, cuyo significado psicológico indica agresividad fría y frialdad emocional.

Las que aluden a vísceras, relacionadas con la agresividad explícita y la impulsividad (relacionar con C).

3.4.4. Contenido Naturaleza (nat)

Si están bien elaboradas, pueden deberse a intereses profesionales. Si son menos específicas o simples, implican infantilismo.

3.4.5. Contenido Arquitectónico (arq)

Cuando están bien vistas, se dan en personas con amplia cultura y gusto artístico. Por otra parte, también pueden indicar un medio simbólico para reconstruir la arquitectura interior (Bohm, Klopfer).

3.4.6. Contenido Objeto (obj)

Suelen estar vinculadas a intereses amplios y variados o con preocupaciones inmediatas del sujeto, sin embargo, si se encuentran aumentadas, aluden a autismo y alejamiento de los asuntos humanos

3.4.7. Contenido Sexual (sex)

En términos generales, son un indicio de una intensa represión sexual y/o de conflictos y resistencia frente a la problemática sexual, si la frecuencia es muy alta, indica la dificultad para simbolizar adecuadamente.

Pueden darse en cuadros patológicos como la psicosis, donde puede describirse un acto sexual. Asimismo, en trastornos emotivos que pueden expresarse violentamente, cuando se dan respuestas sex de C pura y Sg.

3.4.8. Otros Contenidos

Dentro del apartado de contenidos tenemos muchos otros que no han sido nombrados ya que no son relevantes para nuestra investigación, a continuación enumeraremos algunos de ellos:

Sg: Sangre, (H): Antropomórfico (A): Personajes animales de ficción o mitológicos, Pl: Planta, fg: Fuego, (Hd): detalle antropomórfico, geo: geográfica, entre otros

3.5. LA INTELIGENCIA

Si bien el test de H. Rorschach no es propiamente un test de inteligencia. No brinda un cociente intelectual como el Wechsler, por ejemplo. Permite simplemente una apreciación en determinadas áreas.

Sin embargo, es particularmente interesante por más de una razón las cuales exponemos:

- Es casi completamente independiente de la comprensión verbal.
- Representa una prueba de inteligencia casi completamente independiente del saber, de la memoria y del ejercicio.
- Puede dar una imagen cualitativa del tipo de inteligencia.
- Muestra las relaciones existentes entre la inteligencia y la afectividad.
- Pone en evidencia síntomas de inhibición.
- El material es objetivo y de simple presentación.
- El mismo material puede ser presentado para todos los tipos de inteligencia.
- Permite establecer la existencia de la diferencia entre capacidad y rendimiento.

3.5.1. Aspectos a tomar en cuenta para la evaluación cuantitativa de la inteligencia mediante el test de H. Rorschach.

- La sucesión ordenada; la cual tiene que ver principalmente con la capacidad de atención.
- El Numero de respuestas G; los sujetos inteligentes proporcionan de 7 a 10 respuestas G por protocolo y estas suelen ser F+ o K.

Vale mencionar que los individuos que proporcionan muchas respuestas G suelen tener tendencias maniacas, ambición de calidad y gusto por lo abstracto, mientras quienes proporcionan pocas respuestas G suelen ser sujetos meticulosos o depresivos.

- El A% Suele ser la interpretación más cómoda, ya que en las láminas se ofrece una amplia gama de interpretaciones de este tipo y suelen ser las que menos esfuerzo requieren por parte del examinado, es por eso que hay que evaluar minuciosamente el A% para hacer un buen análisis en cuanto a respuestas de tipo Animal refiere.
- Las K; las respuestas K son las representantes específicas de las aptitudes creadoras, de la inspiración artística, de la experiencia religiosa.

3.5.2. Evaluación cualitativa de la inteligencia

Como regla general, no podemos, con la ayuda del Rorschach, evaluar la forma cualitativa de la inteligencia de un sujeto, sino cuando el nivel cuantitativo alcanza un buen promedio e incluso está claramente por encima de lo normal.

Dentro de la Evaluación cualitativa de la inteligencia encontramos diferentes tipos de inteligencia tales como:

- Actitud teórica abstracta
- Talento practico
- Aptitudes técnicas
- Talento artístico

Dentro de cada subtipo de inteligencia antes mencionado se debe cumplir con ciertos criterios para que puedan estar o no presentes en determinado individuo.

3.5.3. Complejo de inteligencia

Algunos individuos sufren de sentimientos de insuficiencia intelectual. Consideran que se ha puesto obstáculos al libre desarrollo de su inteligencia; piensan que se estima poco su inteligencia, que no ocupan el lugar que convendría a su justo valor, a sus capacidades intelectuales. Prestan un valor considerable a los conocimientos, a la instrucción, incluso en el caso de que no los hayan captado o que sean de difícil asimilación.

Este tipo de sujetos suelen hacer uso constante de términos extraños, de forma equivocada, incluso estereotipándolos, son individuos generalmente poco instruidos y con una opinión exageradamente buena sobre si mismos además les gusta hacer ostento de sus “conocimientos.

3.6. LA AFECTIVIDAD

“Bajo el nombre de afectividad agrupamos los afectos, las emociones, los sentimientos de placer y displacer” (Bleuer).

Rorschach hace suya esta definición, precisando que el test está orientado principalmente a:

- La estabilización de los afectos
- La fuerza o debilidad de los afectos
- La posibilidad de dominar o no los afectos
- La represión de los afectos o su libre juego

3.6.1. La estabilización de los afectos

En cuanto a la estabilización de los afectos Rorschach manifiesta que éstos pueden estar más o menos estabilizados de dos maneras diferentes; Por mecanismos de frenaje o por mecanismos patológicos de inhibición

Hay que tener en cuenta que los mecanismos de frenaje son la forma adecuada de dominar la afectividad.

Según Rausch de Traubenberg, los sujetos tipo K muestran un grado de estabilidad más constante y mantienen mejores controles conscientes sobre su propia motilidad. En cambio, los del tipo C, condicionados de un modo más receptivo ante el estímulo exterior, varían en su resonancia al ambiente con una respuesta afectiva más fuerte y menos control de la motilidad.

3.6.2. La fuerza o debilidad de los afectos

Dentro de este sub apartado, se incluyen; el dominio de los afectos y su represión o libre juego. Son varios los elementos que nos pueden informar sobre este punto, estos son: el F%, las K y las C.

En los conceptos y elementos que interfieren en la fuerza o debilidad de los afectos, podemos afirmar que las F%, las K y las C interfieren en porcentaje de manera directa tanto en la fuerza o debilidad como en la normalidad o anormalidad de los afectos, es por eso que es necesario comprender el la afectividad ampliamente, para poder entender al individuo sometido a la prueba.

3.6.3. El Contacto Afectivo

Según Rausch de Traubenberg, en el tipo, K el contacto afectivo es de carácter más intenso y consistente. En el tipo C, por el contrario, la relación afectiva es más superficial y extensiva.

Es importante mencionar que estos dos tipos no se oponen o excluyen entre sí, más bien, son extremos de un solo continuo, de un proceso dinámico que configuran el mayor o menor predominio de uno u otro factor y, en relación al Test de Rorschach, de disposiciones caracterológicas que inciden en el modo de percepción ante las pruebas de las manchas de tinta.

El Tipo de resonancia íntima, más que una serie de comportamientos concretos dados es una situación vivida, es una disposición profunda y básica de actuar, es el trasfondo que condiciona en forma general y consistente las experiencias y vivencias manifestadas en cada conducta. (*R. Badilla Rodríguez, Manual test de Rorschach Pág. 35*)

3.7. TIPOS DE RESONANCIA ÍNTIMA (T.R.I.)

La relación entre las respuestas de K y las de color (FC, CF y C), proporcionan lo que Rorschach denominó “Tipo de Resonancia Intima”. Además de las cantidades de K y de C, como representantes de la creación interior y de los afectos, respectivamente, es esencial analizar la proporción mutua entre ambos.

... Si sabemos de un sujeto cual es la fuerza de sus momentos introversivos y la fuerza de sus momentos extratensivos, si sabemos en qué relación se encuentran estos momentos, si sabemos hasta qué grado los momentos introversivos y los momentos extratensivos son dilatados o coartados, entonces sabemos muchas cosas del sujeto... (Psicodiagnóstico, p. 86)

3.7.1. T .R.I. Introversivo

Es aquel que puede ser puro o mixto, según que las C estén ausentes o poco expresadas, a continuación una explicación de este subtipo vivencial en base a nuestra investigación.

Tipo puro $xK \ 0C$ (Dominio de K y cero respuestas color)

Tipo mixto $K > C$ (Donde K es mayor que color)

Son personas ideacionales y no conllevan descargas afectivas sino ocasionalmente. Estos pueden ser puros o mixtos, según las respuestas color “C” estén ausentes o poco expresadas:

3.7.1.1. Características del tipo introversivo puro:

Preocupados por su propia personalidad, observan el objeto, reflexionan, son aptos para diferenciar la acción y la gratificación y parecen tener un buen carácter reservado. En este sentido, pueden tener un buen conocimiento de ellos mismos, son tal vez conscientes de sus dificultades, pero pueden absorberse en su propia contemplación imaginaria y su mundo interior imaginario domina sobre la realidad exterior

3.7.1.2. Características del tipo introversivo mixto:

La reacción del tipo introversivo mixto es más impulsiva, es decir, tienden a independizarse del mundo exterior, creando una vivencia interna, incrementada por la reflexión y la imaginación. Se adaptan más fácilmente al mundo interior. Su grado de estabilidad emocional es más estable y mantienen mejores controles conscientes sobre su propia motilidad. Además, el contacto afectivo es de carácter más intenso y consistente. Por otro lado, el tipo mixto en especial se caracteriza por reacciones más impulsivas, que suele presentarse en sujetos muy centrados en sí mismos, pero que pueden tener incidentes explosivos.

3.7.1.3. Explicación de los tipos introversivos según el R. Badilla Rodríguez

- Inteligencia más diferenciada.
- Pensamiento independiente.
- Mayor capacidad de creación propia
- Afectividad equilibrada.
- Mayor vida interior (viven de su pensamiento y frecuentemente de sus fantasías e ideas propias, son personas que no se aíslan pero se bastan a sí mismas)
- Estructuración del mundo en base a sus propios valores y necesidades.
- Menor capacidad de adaptación a la realidad exterior.
- Empatía intelectual.
- Relaciones afectivas más intensivas que extensivas.
- Motilidad mesurada y estabilizada.

(R. Badilla Rodríguez, Manual test de Rorschach Pág. 35)

3.7.2. T.R.I. Extratensivo:

Es aquel que puede ser puro o mixto, según las K sean nulas u estén poco expresadas, es decir C siempre será mayor que K.

Tipo mixto $xK < C$ (Donde C es mayor que K)

Tipo puro $\emptyset K \ xC$ (Dominio de C y cero respuestas K)

En este tipo de sujetos las necesidades afectivas se expresan sin frenos (pero es necesario verificar la frecuencia de las respuestas F y su cualidad, lo que constituye en sí una posibilidad de frenaje), los sujetos están sometidos a los sentimientos, son emotivos e inestables. Puede ser puro o mixto, según que la respuesta kinestesia “K” sea absolutamente nula o esté poco expresada.

El carácter extratensivo no es evidentemente patológico en sí, puede devenir patológico por exageración de algunas de sus reacciones de base; así, la acentuación de la sugestionabilidad y del egocentrismo en un terreno de labilidad y de hiperemotividad lleva a la histeria, mientras que la exageración del polo impulsivo-explosivo, que se traduce por impulsos graves, se encuentra en los grandes desequilibrios.

Existen dos tipos de Extratensivos:

3.7.2.1. T.R.I. Extratensivo mixto (Adaptativo):

Es aquel que se presentan en sujetos donde predominan las C por sobre las K

El tipo mixto está matizado por la participación de las K, lo que le hace menos extremista y capaz de una cierta ponderación en la expresión de las necesidades. (Más adaptado que el tipo puro)

El carácter extratensivo no es evidentemente patológico en sí, puede devenir patológico por exageración de alguna de sus reacciones de base; así, la acentuación de la sugestionabilidad y del egocentrismo en un terreno de labilidad y de hiperemotividad lleva a la histeria, mientras que la exageración del polo impulsivo – explosivo, que se traduce por impulsos graves, se encuentra en los grandes desequilibrios, incluso en ciertos síndromes psicóticos.

3.7.2.2. Explicación de los tipos extratensivos mixtos según el R. Badilla Rodríguez

- las funciones lógicas se encuentran muy acentuadas (F), coartando con frecuencia los factores intro y extratensivos.
- Existe una alta capacidad de adaptación afectiva e intelectual.

- Capacidad de relacionarse amistosa y socialmente.
- Capacidad de conciliación.
- Capacidad de adaptación externa.
- Empatía afectiva.

(R. Badilla Rodríguez, Manual test de Rorschach Pág. 36)

3.7.2.3. T.R.I. Extratensivo puro (desadaptativo o egocéntrico):

Es aquel que se presenta en sujetos donde predominan las C por sobre las K,

Se caracterizan por que se encuentran preocupados por su propia personalidad, observan el objeto, reflexionan, son aptos para diferenciar la acción de la gratificación y tienen un carácter reservado. En este sentido tienen un buen conocimiento de ellos mismos, son quizá conscientes de sus dificultades, pero pueden absolverse en su propia contemplación imaginaria y su mundo interior imaginario domina sobre la realidad exterior. Corresponde frecuentemente al encontrado en los niños, es también el que se encuentra en los adultos impulsivos, sugestionables y egocéntricos.

3.7.2.4. Explicación de los tipos extratensivos Puros según el R. Badilla Rodríguez

- Déficit en las funciones lógicas.
- Afectividad insuficientemente regulada por el dominio del control intelectual (F).
- Obstinación.
- Impulsividad.
- Egocentrismo y falta de empatía.
- En ocasiones, poca capacidad intelectual.

(R. Badilla Rodríguez, Manual test de Rorschach Pág. 36)

3.7.3. T.R.I. Ambiguo (dilatado)

Es aquel donde K es igual a C (+K = +C)

En sujetos donde existen la misma cantidad de K que de C

Aquí los dos componentes se manifiestan en grado igual y abundante. Hay una riqueza de K y C. este tipo se encuentra en personas dotadas, en personas de espíritu amplio, que saben explorar las riquezas del mundo exterior y elaborar sus propios recursos de una manera diferenciada y que ejercen con flexibilidad un control en la exteriorización de las descargas afectivas.

“Esté carácter puede devenir patológico cuando la riqueza y la diversidad de las reacciones impiden la elección y vuelven difícil el equilibrio e inexistente la satisfacción, debido al desacuerdo sufrido entre fuerzas diferentes. Es el caso de los caracteres obsesivos”. (Rorschach 36)

3.7.4. T.R.I. Coartado

Es aquel donde K es igual a 0 puntos y C es igual a 0 puntos.

Se presenta en protocolos con ausencia de K y de C. Corresponde a sujetos que llegan a anular tanto las tendencias intratensivas como las extratensivas. Ello ocurre porque los controles racionales de las funciones lógicas, que suelen ser característicos de los alcohólicos, y los frenos formales están muy aumentados, inhibiendo la participación del mundo interno y afectivo. Son personas pedantes excesivamente formales, con un estilo de vida burocrático, apáticos afectiva e intelectualmente. Puede encontrarse en depresivos, en esquizofrenias y en cuadros orgánicos con deterioro del pensamiento y apatía afectiva.

(R. Badilla Rodríguez, Manual test de Rorschach Pág. 37)

3.7.5. T.R.I. Coartativo:

Es aquel donde K es igual a 1 punto y C es igual a 1 punto.

Psicológicamente, es similar al T.R.I. Coartado, sin embargo se atenúan un poco las consecuencias conductuales del cuadro.

En sí, en estos dos últimos Tipos de Resonancia Íntima ninguno de los componentes toma una expresión suficiente, los dos modos de expresión son reducidos y aniquilados, y las reacciones en el test son esencialmente formales. Esta restricción, esta coartación es el efecto de un bloqueo o la expresión de una pobreza real o de una ineptitud para manejar los símbolos. Se encuentra pues,

tipos coartados o coartativos en los casos de insuficiencia de equipamiento y en las situaciones donde aparece desterrada la expresión afectiva y donde la función lógica es el único criterio de contacto.

Los tipos coartados puros y coartativos pueden ser considerados como bastantes vulnerables y, acaso, más vulnerables que los otros tipos. La restricción de las manifestaciones, el bloqueo operado reducen la movilidad y la capacidad de adaptación a una situación. Como dice Rorschach: “Los coartados se muestran, en efecto, poco tolerantes en las situaciones de estrés fisiológico y psicológico, en razón de la rigidez de sus mecanismos de defensa”. (*R. Badilla Rodríguez, Manual test de Rorschach Pág. 38*)

Conclusiones:

Luego de revisar este capítulo nos podemos dar cuenta de lo valioso que es el test de Rorschach como instrumento de psicodiagnóstico tanto de la personalidad como del alcoholismo y de otras patologías pesadas.

Además el test de Rorschach es un instrumento que está agraciado con una gran riqueza, ya que no se enfoca tan solo en una área del psicodiagnóstico, mas por el contrario va más allá, como por ejemplo en la capacidad ideosociativa, componentes de la inteligencia, exploración de diversas áreas de aptitudes y además nos devela el tipo de resonancia íntima de cada paciente, dándonos de esta manera una aproximación certera sobre la vida afectiva del sujeto.

Para nuestros objetivos hemos dado por sentado que el test de Rorschach es la mejor prueba proyectiva para diagnosticar la personalidad y afectividad de los pacientes con trastorno de dependencia al alcohol, entre otros factores principalmente podemos destacar que nos es útil que este sea un test que no valla de la mano con la comprensión verbal y que su uso sea prácticamente universal.

4. ESTUDIO DE LOS TIPOS DE RESONANCIA ÍNTIMA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL A TRAVÉS DEL TEST DE RORSCHACH.

En el presente capítulo, abordaremos los problemas en cuanto a variables afectivas se refieren, sobre todo en pacientes con trastorno de dependencia de alcohol asilados en Comunidades Terapéuticas que se dedican a tratar esta patología. Los efectos que estas variables afectivas producen son diversos, debido a que el consumo de alcohol altera los estados afectivos del sujeto y, por ende, su personalidad.

Una de las necesidades en el campo del alcoholismo es un psicodiagnóstico temprano y efectivo de su personalidad y, en especial, las variedades afectivas según el tipo de resonancia íntima (T.R.I.). Porque de esta manera nos encaminaríamos paciente y terapeuta hacia un tratamiento adecuado en los diferentes ejes de la personalidad y, sobretodo, los estados afectivos inadecuados. De esta forma, los profesionales de la salud que laboran con el problema del alcoholismo podrán brindar una psicorehabilitación de calidad a sus usuarios.

Es así como hemos elegido a la Comunidad Terapéutica “COTEMUAZ” como centro referente para poder llevar a cabo nuestro estudio ya que se enfoca en un programa que trata la personalidad patológica de los usuarios y no se enfatiza mucho en el síntoma (Alcoholismo). Este programa manifiesta que la persona que consume alcohol es un niño emocional inmaduro que no ha podido adaptarse de manera eficaz a las exigencias de la vida extrapersonal e intrapersonal; por lo que, se trata de equilibrar la personalidad psicoafectiva inmadura con su edad

cronológica actual y, de esta forma, pueda desenvolverse de la manera más adecuada a las presiones externas e internas de la vida cotidiana.

Este modelo de tratamiento es 100 % psicopedagógico, de madurez emocional y reeducación centrado en la personalidad; es decir, los temperamentos, carácter y talentos. Es por eso que nuestra experiencia en el psicodiagnóstico de la personalidad nos ha llevado a utilizar la riqueza del Test de Rorschach en la investigación con alcohólicos y poderlo extender a las demás comunidades que dedican a tratar esta patología.

Otra de las razones por la cual nosotros elegimos esta Comunidad Terapéutica “COTEMUAZ”, es porque se acerca más a los estándares internacionales y mundiales de comunidades terapéuticas contemporáneas. Con sus membrecías en la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFCT), y el “TREANET” (membrecía de las Naciones Unidas para centros o instituciones que brindan asistencia social con respaldo científico en programas de salud, concretamente en adicciones, con certificaciones de calidad en gestión, en atención de los servicios ofrecidos y en excelencia de la prestación de los servicios sociales), organización a la cual pertenecen solo “22” instituciones del mundo. Donde cuya meta ha sido encontrar un modelo de intervención donde el Hombre sea responsable de la construcción de su propia transformación, guiado por la excelencia de los servicios, la mística y vocación de grupos interdisciplinarios éticos y serviciales que aspiran para el prójimo a través de una institución, una Opción “LA VIDA”.

Por lo tanto, hemos puesto todo nuestro esfuerzo en esta investigación para poder concretar de la mejor manera los resultados obtenidos en esta tesis y así cumplir adecuadamente los objetivos planteados.

4.1. METODOLOGÍA

Aquí haremos referencia al tipo de estudio con el que desarrollamos la tesis. La muestra de una población a la que aplicamos los recursos técnicos para la recolección de datos. También, explicaremos el orden jerárquico en el que se fue

llevando a cabo el estudio desde el momento en que fue aprobado el diseño de tesis hasta su culminación.

4.1.1. Tipo de estudio.

El estudio que desarrollamos es *descriptivo*: donde describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud como es el alcoholismo. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos. Los resultados de la tesis servirán para poder apoyar otros estudios con el Test de Rorschach en el área de salud mental. Dentro de los estudios clínicos descriptivos esta el estudio de *Serie de Casos*, en el cual nosotros tomamos partida:

Pita Fernández, en su obra *Tratado de Epidemiología*, considera lo siguiente en el estudio clínico de *Serie de Casos*:

Estos estudios describen la experiencia de un paciente o un grupo de pacientes con un diagnóstico similar. En estos estudios frecuentemente se describe una característica de una enfermedad o de un paciente, que sirven para generar nuevas hipótesis. Muchas veces documentan la presencia de nuevas enfermedades o efectos adversos y en este sentido sirven para mantener una vigilancia epidemiológica. (28)

4.1.2. Población y Muestra.

Para la muestra de nuestra investigación hemos partido del *Método de Muestreo no Probabilístico*, donde la selección de los usuarios a participar del estudio se hace por medio de criterios de inclusión. Dentro de este método de muestreo hemos tomado en cuenta el *Opinático o Intencional*: “En este tipo de muestra, el investigador debe conocer la población sujeto de estudio y escoger a un grupo de sujetos con ciertas características establecidas previamente de acuerdo al tema de estudio”. (Jiménez; Logroño; Rodas & Yépez 130)

La población de usuarios residentes en la C.T. “COTEMUAZ” es de 30 de acuerdo a los respectivos permisos del M.S.P. y el CONSEP. Por lo cual, hemos tomado como muestra a 20 sujetos porque los demás tienen diferentes patologías.

Los mismos que fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes *criterios de inclusión*:

- **Edad:** 18 – 55 años.
- **Género:** Masculino.
- **Patología:** Trastorno de Dependencia de Sustancias: Alcohol.

4.1.3. Procedimiento.

En el desarrollo de la tesis se ha trabajado jerárquicamente. Nosotros hemos elegido a los usuarios que se encuentran en la etapa de identificación porque es donde profundiza el proceso de autoconocimiento a partir de un instrumento terapéutico (Guía de historia personal).

El estudio realizado fue de la siguiente manera:

- a. Se realizó y entregó la solicitud al Director Técnico de la Comunidad Terapéutica “COTEMUAZ” de la ciudad de Azogues. El mismo que nos recibió de buena manera abriéndonos las puertas de la institución y motivándonos a que el trabajo se realice de la mejor manera.
- b. Se seleccionó a los usuarios que participaron de la investigación. Esto lo hicimos con el Director Técnico y los Psicólogos de la C.T. de acuerdo a los criterios de inclusión. Por consiguiente, nos reunimos con los usuarios a ser investigados para exponerles en qué consiste el trabajo de tesis para que sea voluntario y así no poder alterar los resultados, todos estuvieron dispuestos a colaborar y no presentaron resistencia. Finalmente nos repartimos los casos a investigar para continuar con el estudio.
- c. Luego continuamos con la primera entrevista trabajando por separado en el departamento de psicología y en el departamento de tutorías de los operadores con el fin de establecer una *transferencia afectiva positiva* con los usuarios. De esta forma familiarizamos con los sujetos y preparamos el campo para la próxima intervención.
- d. Se desarrollo la Historia Clínica Psicológica para poder llevar a cabo el psicodiagnóstico de la patología a estudiar y, al mismo tiempo, obtener información valiosa de la anamnesis del paciente.

- e. Posteriormente, aplicamos el Test de Rorschach bajo las condiciones necesarias con el fin de que los resultados sean efectivos. El resultado fue excelente debido a que era en la tercera sesión pudimos familiarizarnos de manera adecuada con los usuarios.
- f. Finalmente, procedimos a calificar los test y utilizando los respectivos materiales; pasar las Historias Clínicas Psicológicas a computador; realizamos el informe psicológico y clínico del Rorschach. Luego fuimos analizando cada caso donde recolectamos la información. Una vez que obtuvimos los datos los procesamos en Excel para realizar las tablas de valores cuantitativos y desarrollar el análisis cualitativo de cada cuadro. De esta forma hemos consolidado los objetivos planteados en el tema de nuestra tesis. Finalmente, una vez acabado los contenidos de la tesis entregamos al respectivo tribunal para su revisión y calificación.

4.1.4. Recursos técnicos para la recolección de datos.

Para recopilar datos en nuestro estudio, hemos partido de fuentes *primarias* y *secundarias*:

Las fuentes primarias, donde se toma información de primera mano, de forma directa, en su origen, en el mismo sitio de los acontecimientos, son: la Entrevista Clínica, la Historia Clínica Psicológica y el Test de Rorschach.

Como fuentes secundarias para la recolección de datos, hemos tomado la información de los records de los usuarios, de su familia y de los tutores de terapia de cada sujeto que participa de la investigación.

Entrevista Clínica: Nos ayudó a desarrollar una transferencia afectiva positiva. Aquí, como investigadores motivamos a los usuarios a establecer un clima de confianza dándoles a conocer los objetivos del estudio y en que nos beneficia a todos.

Historia Clínica Psicológica: Es un recurso clínico terapéutico estructurado para la recolección de datos. La información es recogida con objetivos y propósitos específicos frente al problema de la investigación. Es de índole más científico que

los tipos de entrevistas inestructuradas, ya que el enfoque estandarizado introduce controles que luego permiten enunciar generalizaciones científicas.

Test de Rorschach: Fue uno de los instrumentos principales para obtener datos para el psicodiagnóstico y, sobre todo, para conocer los Tipos de Resonancia Íntima.

4.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS DATOS

Aquí nos dedicaremos a presentar los cuadros cuantificados como resultado de la investigación llevada a cabo en la C.T. “COTEMUAZ”. Al mismo tiempo explicaremos cada uno detalladamente para poder ir concretando los objetivos de la tesis.

Explicaremos en dos partes: la primera, tiene que ver con los datos obtenidos en el Test de Rorschach y con los puntos más sobresalientes del mismo y el segundo, de los datos más significativos que obtuvimos en la entrevista clínica y la Historia Clínica Psicológica.

4.2.1. ANÁLISIS DEL TEST DE RORSCHACH.

4.2.1.1. Capacidad Ideo Asociativa.

Para considerar este punto, es necesario conocer el porcentaje del número de respuestas, lo cual nos lleva a describir si se encuentra en los rangos normales o esperados, en relación al número de respuestas, si este se encuentra adecuado, disminuido o aumentado. Ello involucra capacidad de rendimiento, en determinada cantidad. También, está relacionada con la capacidad intelectual del sujeto. Analizaremos detalladamente esta área tal como lo indica la **figura 1:**

n= 20

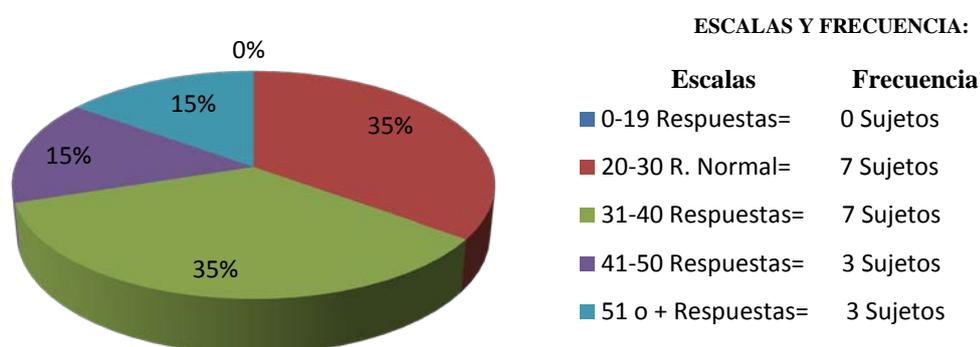


Figura 1. Porcentaje del número total de respuestas de los sujetos examinados.

El número de respuestas en nuestro estudio dentro del *rango normal* y *normal elevado*, corresponde al 70 % de la muestra en las escalas de 20-30 R. (7 sujetos) y 31-40 R. (7 sujetos), esto se debe principalmente a que los usuarios que participaron son personas con escolaridad secundaria y superior, sin dejar de lado que los sujetos de la muestra ingresan a la C. T. de manera voluntaria y con capacidad de razonamiento. El tener un nivel de instrucción adecuado nos demuestra que la capacidad intelectual y de rendimiento de los involucrados en la investigación están dentro del promedio y por encima del mismo.

Las condiciones de aplicación adecuadas para la realización del test constituyen un factor que tiene que ver con el buen rendimiento y el número de respuestas. Además, el usuario fue asignado con anterioridad para que se encuentre libre de actividades cotidianas propias de la comunidad que puedan alterar los resultados, viéndose así libre de presiones externas del medio.

Por otro lado, en el 30% de la muestra (6 sujetos) encontramos un número de respuestas sumamente elevado, lo que según el manual del psicodiagnóstico del test de Rorschach indicaría un complejo de inteligencia siempre y cuando la cantidad supere a la calidad de las respuestas.

4.2.1.2. Localizaciones.

La localización se refiere al acto de determinar el área de una lámina utilizada para dar una respuesta. Los sujetos que participan del estudio pueden elegir toda el área, una parte de la misma, un detalle muy pequeño o los espacios en blanco. A continuación expondremos un cuadro explicativo de las localizaciones con su respectiva nomenclatura y las más significativas encontradas en el estudio realizado:

RESPUESTAS	NOMENCLATURA
Globales	G
Detalle Grande	D
Detalle Pequeño	Dd
Detalle Blanco	Dbl

a. Respuestas Globales

Cuando una lámina es captada como un todo, la respuesta dada es calificada como (G). Las respuestas Globales se las considera como uno de los siete componentes de la capacidad de inteligencia y su mayor número permite entender una buena capacidad asociativa (Rorschach). También, si su presencia esta en las láminas cuya composición es más inestructuradas (III, IX, y X, y segundo lugar II, y VIII), dan cuenta de niveles altos de inteligencia (Beck). Su presencia permite observar “Una Visión Panorámica”, que se traduce en una mayor inteligencia (Böhm), y que en definitiva da cuenta de una buena organización, síntesis, y planificación (Piotrowsky). (Badilla, *Test de Rorschach* 10)

En el estudio realizado en la C. T. hemos obtenido los siguientes resultados como lo indica la **figura 2:**

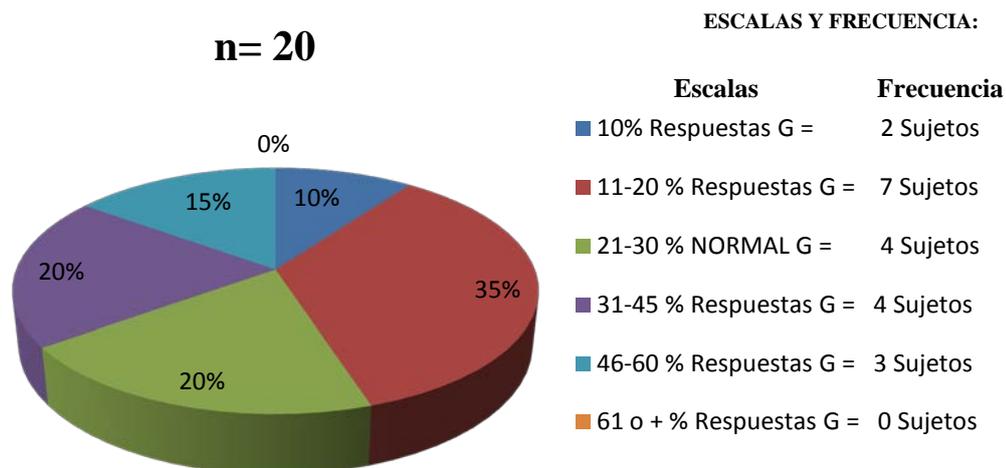


Figura 2. Promedio de las respuestas globales (G) de los sujetos examinados.

Tenemos un alto porcentaje correspondiente al 45% (9 sujetos) en las escalas (10%) y (11-20%) que esta por debajo de los rangos normales o esperados, indicándonos de esta manera que el individuo no se adecuó de manera correcta a la prueba, además de ser un factor que cuantifica la inteligencia por debajo de la media y que la capacidad creadora del sujeto no se encuentra en su máximo esplendor, también habría que tener en cuenta su capacidad de síntesis y asociativa.

Se puede apreciar que el 20 % (4 usuarios), se encuentran dentro de lo normal en la escala (21-30%), lo que indica adecuación a la prueba y una buena capacidad asociativa, además es un indicador de inteligencia promedio, capacidad de análisis, síntesis, buena adaptación a la prueba con una capacidad creativa dentro de los rangos esperados de acuerdo a la norma.

El 35% restante (7 sujetos), corresponde a las escalas (31-45%) (46-60%) se encuentran por encima de la media, lo que nos indica una excelente capacidad creativa, abstracta, de análisis, síntesis, asociativa y por ende una muy buena adecuación a la prueba, sin dejar de lado que el número de respuestas globales es un indicador de inteligencia, lo cual nos revelaría que estos sujetos tienen su inteligencia por encima de la media, es por eso que han podido completar sus estudios superiores.

b. Respuestas Detalle Grande

Según H. Rorschach son los detalles que más resaltan, en cambio para Klopfer deben ser subdivisiones obvias del área total de la mancha, y que deben ser utilizadas por cualquier grupo de sujetos con una frecuencia mayor. Y es este el mayor criterio para su uso, ya que comprende en gran medida las respuestas que son frecuentemente vistas en ciertas áreas de las láminas, pudiendo ser localizadas en un mapa de localización que permite en definitiva una delimitación con relación a todas las verbalizaciones de los protocolos que se han ido dando hasta la fecha.

Su significado psicológico apunta a concebir esta área usual a partir de lo práctico, lo inmediato, y obvio. Como inteligencia práctica (Böhm), y como un índice de adaptación (Piotrowsky). Los resultados del estudio en cuanto al detalle grande están detallados en la **figura 3**:

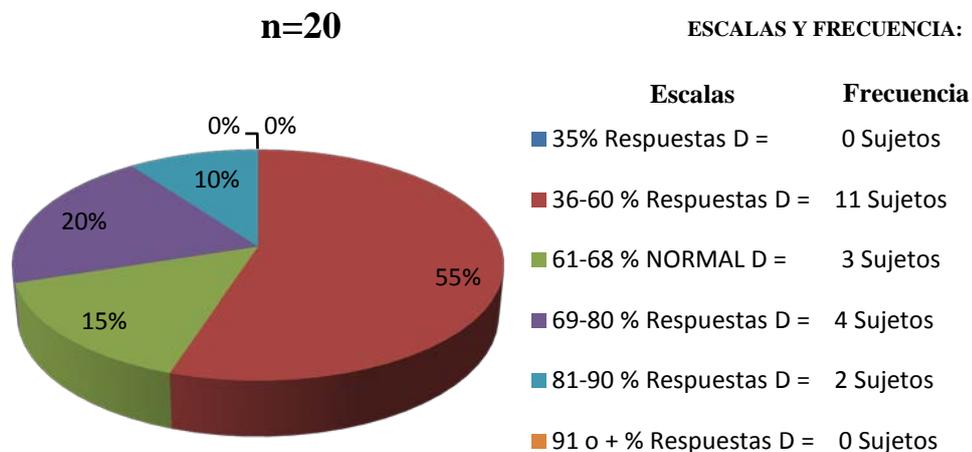


Figura 3. Promedio de las respuestas detalle grande (D) de los sujetos examinados.

Tenemos un alto porcentaje correspondiente al 55% de respuestas (D) (11 sujetos), que está por debajo de los rangos normales o esperados lo que nos indica que los usuarios dentro de este porcentaje no cuentan con una inteligencia práctica ni capacidad de adaptación dentro de lo normal, tal como lo contarían sujetos que

se encuentren dentro de la media o sobre la misma. Esto no quiere decir que los individuos que están dentro de este porcentaje carezcan de estas dos características sino más bien que las tienen por debajo de la media.

Es primordialmente importante los datos arrojados en este apartado, ya que la capacidad de adaptación va de la mano con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, ya que muchos de los usuarios de la muestra que padecieron de trastorno de dependencia al alcohol también tenían problemas de adaptación y usaban la bebida como medio para superar este conflicto.

Por otra parte tenemos un 45% de respuestas (D) (9 sujetos), que está dentro de los rangos normales y sobre estos, lo que indica inteligencia práctica normal y sobre el promedio, además de una buena capacidad de adaptación, dándonos de esta forma datos concordantes con los análisis en las historias clínicas, ya que muchos de los pacientes sometidos al estudio trabajan en oficios que requieren de inteligencia práctica para su ejecución, como por ejemplo, mecánica, carpintería, construcción civil, entre otros.

Además y en contraparte a lo mencionado en el párrafo anterior la capacidad de adaptación de estos sujetos al estar dentro y sobre el promedio, facilita las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo los mismos que suelen ser alcohólicos por el trabajo que realizan y el sistema cultural en el que se ven sumergidos, siendo este también un factor de riesgo para el consumo.

c. Respuestas Detalle Pequeño

Rorschach las obtienen después de sustraer los detalles usuales, en cualquier verbalización que ya no sea obviamente: (G), (D). Su interpretación apunta por lo mínimo e insignificante, desde un marcado afán de crítica y escrupulosidad exagerada (H. Rorschach), o como también en la actitud de esmero.

Indican minuciosidad y detallismo. Se relacionan con la capacidad de realizar tareas prácticas y meticulosas y como contraparte, con la carencia de capacidad para efectuar trabajos que exijan amplios enfoques de conjunto. En caso de encontrarse en una proporción aumentada en un protocolo, puede significar compulsividad, huida, desajuste externo y observación escrupulosa. En

proporción razonable, la presencia señalaría iniciativa e inhibición equilibrada. Los resultados están expuestos en la **figura 4**:

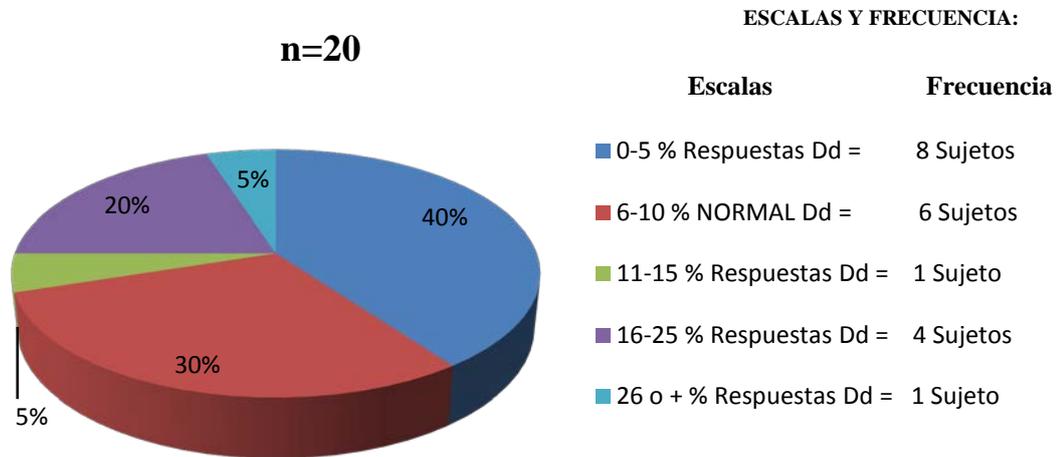


Figura 4. Promedio de las respuestas detalle pequeño (Dd) de los sujetos examinados.

Un 40% de los usuarios (8 sujetos) a los que aplicamos el test muestran un número de respuestas (Dd) por debajo de lo normal, esto nos indica que son sujetos que disponen de una capacidad reducida para realizar labores que tengan que ver con enfocarse en detalles, en la minuciosidad y el esmero, más bien ellos tienen la facilidad de efectuar trabajos que exijan amplios enfoques de conjunto, mas no en subconjuntos y detalles.

Por otra parte, tenemos un 30% de los usuarios examinados (6 sujetos) que están dentro de la media, lo cual nos indica que son individuos que tienen balanceada su capacidad de esmero, de enfocarse en los detalles pequeños y en la minuciosidad con su capacidad de realizar labores que requieran enfoques en conjunto.

En contraste los resultados de la investigación arrojaron que un 30% de los usuarios (6 sujetos) sometidos a la prueba correspondiente a las escalas (11-15%) (16-25%) (26 o +%) superan ampliamente el promedio, lo cual nos devela que son sujetos con una alta capacidad de realizar labores que requieran de minuciosidad y detallismo además demuestran; compulsividad, huida, desajuste externo y observación escrupulosa.

d. Respuestas Detalle Blanco

Para H. Rorschach eran consideradas como formas intermedias (Dbl), y daban cuenta de inhibición del pensamiento, por ende como incapacidad para captar la totalidad, evidenciando cierta ansiedad. En un sentido amplio se liga al oposicionismo y a la agresividad. Los resultados se pueden apreciar en la **figura 5**:

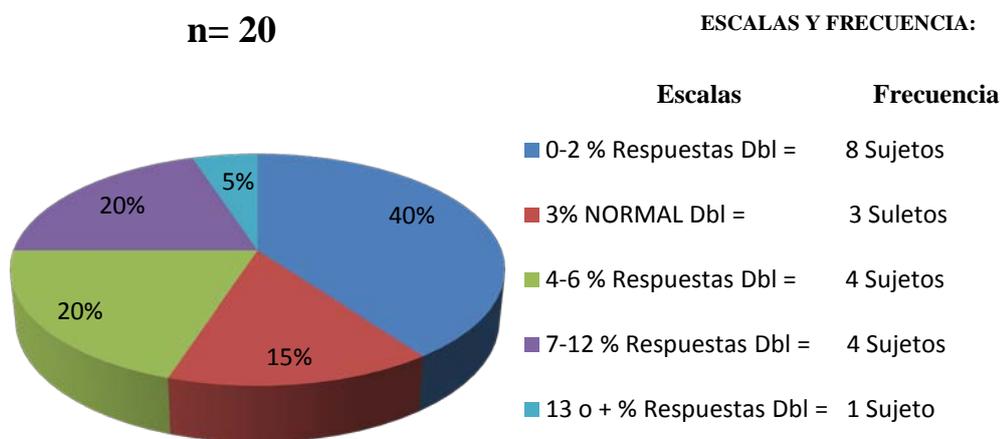


Figura 5. Promedio de las respuestas detalle blanco (Dbl) de los sujetos examinados.

Podemos observar que un 40% de los usuarios (8 sujetos), cuyas respuestas se encuentran por debajo del rango normal, lo que indica una buena capacidad para captar el conjunto (G) y los detalles tanto (D) como (Dd) podemos hablar de sujetos que se adecuaron de una manera correcta a la prueba y que no presentan problemas para captar el contenido de las laminas.

Por otra parte, tenemos un 15% de los usuarios (3 sujetos) están dentro del rango normal de respuestas (Dbl) lo que no indica ningun problema a la adaptacion a la prueba ni al captar los conjuntos propiamente dichos ni los detalles, este porcentaje está dentro de los rangos optimos en la aplicación del test y se adecuan al protocolo de una manera correcta.

En contraparte encontramos que un 45% de los usuarios (9 sujetos) correspondiente a las escalas (4-6%) (7-12%) (13% >), proporcionaron respuestas (Dbl) sumamente elevadas lo que nos indica que el sujeto de estudio carece de capacidad para captar la totalidad, evidenciando; ansiedad, oposicionismo agresividad marcada.

Esto se puede evidenciar en las historias clínicas y en los informes, los cuales nos indican gran cantidad de usuarios tendencia hacia la agresividad, el oposicionismo y a la ansiedad.

4.2.1.3. Calidad y Variedad de Contenido.

En la calidad y variedad de contenido enfatizamos en respuestas contenido humano (H) y contenido animal (A), siendo estos primordialmente importantes para nuestro estudio porque serán los que develaran la calidad y variedad de los mismos.

a. Contenido Humano

Representan el núcleo de mayor significación en los contenidos dados en un protocolo debido a que; la persona proyecta y expresa sus propias preocupaciones por el esquema corporal. Dichas respuestas sirven de modelo para las múltiples identificaciones de que se vale el sujeto para dramatizar el contenido de sus fantasías inconscientes.

Las respuestas (H) dan cuenta del mundo afectivo de las relaciones humanas, los intereses del sujeto por el mundo humano, sus preocupaciones sociales y culturales, de la capacidad de reconocer al otro y a la empatía. los resultados estan expuestos en la **figura 6:**

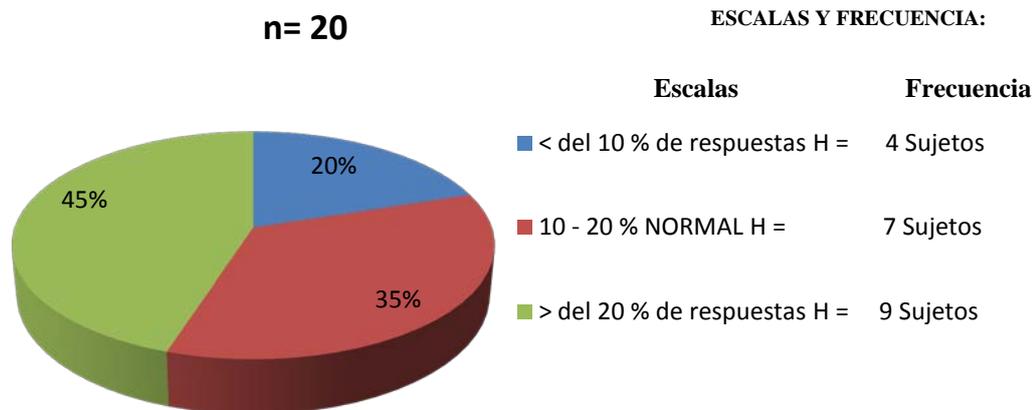


Figura 6. Promedio de las respuestas contenido humano (H) de los sujetos examinados.

Encontramos un 20% de los usuarios (4 sujetos), donde las respuestas contenido humano están por debajo de los índices normales, (< 10%) esto nos expresa que esta parte de la muestra son personas que manifiestan; retraimiento respecto a los temas humanos, narcisismo marcado, introversión y baja capacidad empática.

Por otra parte, tenemos un 35% de los usuarios (7 sujetos) sometidos al estudio que presentan respuestas de contenido Humano (H) dentro de los rangos normales (>10% - <20%), lo cual indica que son individuos con capacidad empática normal, que tienen intereses por temas humanos de manera general, son personas que no estriban en la introversión ni en la extroversión, además su capacidad de adaptabilidad está dentro de lo normal sin dejar de lado que tienen intereses por temas sociales y culturales.

En contraste, un alto porcentaje de los usuarios de la C.T. correspondiente al 45% (9 sujetos) dieron respuestas de contenido humano por encima de los rangos esperados (>20%) lo que nos indica extroversión, excesiva preocupación por los otros, interés por los temas humanos exacerbado y vinculación en temas que tengan que ver con la esfera sociocultural.

b. Contenido Animal

Psicológicamente el contenido animal (A) es un indicador de adaptación social ya que indica un adecuado reconocimiento de las normas sociales desde un punto de vista intelectual.

En general, un porcentaje aumentado (sobre 50%), da cuenta de un pensamiento estereotipado y poco creativo, de presencia de ideas más comunes y vulgares, y de un bajo nivel de interés por los diferentes ámbitos de la vida y del conocimiento.

Por el contrario, un porcentaje disminuido (bajo 25%), da cuenta de un pensamiento creativo, sin embargo, implica también un alejamiento de las normas sociales porque no hay un suficiente reconocimiento intelectual de ellas. Se puede apreciar en la **figura 7** los resultados obtenidos:

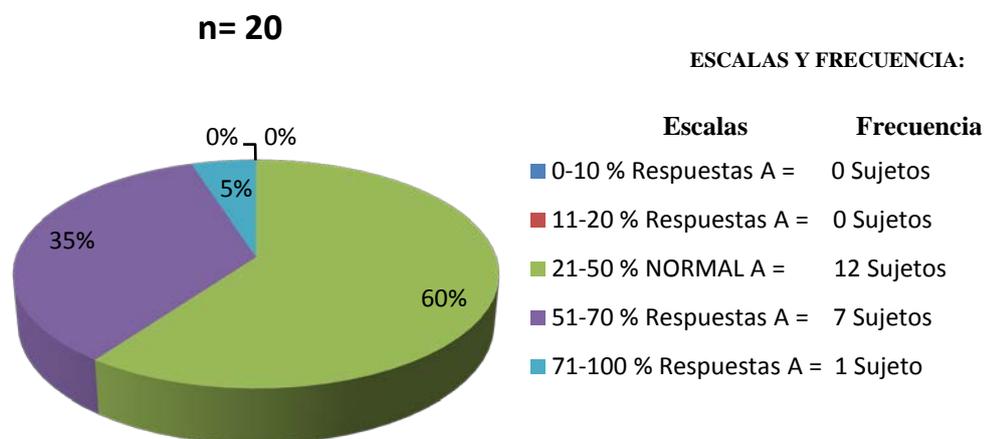


Figura 7. Promedio de las respuestas contenido animal (A) de los sujetos examinados.

El estudio de los contenidos (A) en los usuarios de la C.T. no encontramos respuestas que se encuentren por debajo de los rangos normales (0-10%) ni (11-20%) por lo cual no podemos hablar de sujetos con dificultades de adaptación social, pensamientos excéntricos, aptitudes artísticas, originalidad ni alejamiento

de las normas socioculturales e inteligencia por encima del promedio (en ocasiones).

Por otra parte, encontramos un 60% de los usuarios de estudio (12 sujetos) se encuentran dentro de los rangos normales (21-50%) lo cual manifiesta inteligencia promedio, suficiente creatividad, buen humor y contacto social.

También encontramos un 35% de usuarios (7 sujetos) que se encuentra en el rango (51-70%) de respuestas (A) lo que nos devela poca capacidad intelectual, creatividad disminuida y pensamiento estereotipado.

En contraste, el estudio arrojó que un 5% de los sujetos sometidos al test dieron respuestas de tipo (A) en el rango máximo en las escalas correspondiente a (71-10) lo que indica; pensamiento estereotipado, pedantería y franca disminución de la capacidad intelectual.

4.2.1.4. Índices Formales del Control Cognitivo.

No solo es necesario conocer la presencia de los procesos cognitivos (representados por las respuestas formales), sino que, es necesario conocer su adecuación lógica, su calidad, su independencia y su eficiencia controladora y reguladora sobre los otros procesos mentales. Por esto, a partir de ello, ha sido posible a través de la investigación calcular dos índices que darán cuenta de dicho control cognitivo y de la interpretación correcta de la realidad, siendo los siguientes:

a. Porcentaje de respuestas forma (F%).

Da cuenta de los intentos (cantidad de control, no se considera la calidad formal) de control cognitivo racional que aplica el sujeto, por sobre la intromisión de factores inconscientes, con el fin de lograr interpretar la realidad en forma correcta, con independencia de los afectos, impulsos, etc. En el estudio que realizamos se puede valorar los siguientes resultados como lo explica la **figura 8:**

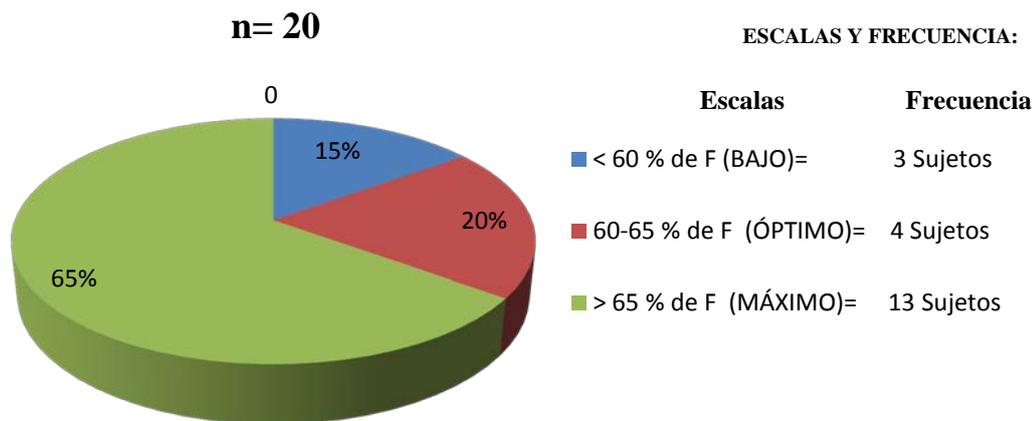


Figura 8. Porcentaje del número de respuestas forma (F%) de los sujetos examinados.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los usuarios que participaron del estudio se puede apreciar que el 65% (13 sujetos) están en un nivel *máximo*; es decir, indica una atención excesiva del sujeto hacia el control lógico, una rígida postergación del impulso y una supresión de la expresión personal, es decir, indica inhibición, con empobrecimiento de la experiencia ideacional y afectiva. (Badilla, *Test de Rorschach 20*)

Este sofocamiento de la vida afectiva es producto del ambiente social y familiar en el cual se desarrollaron, es decir, al carecer de una figura de identificación y modelos adecuados para aprender a controlar de una manera adecuada su sistema sofro-afectivo y a desarrollarse de una manera asertiva en el medio social. La Terapia Familiar Sistémica manifiesta que no se ha generado una frontera transgeneracional funcional, por lo cual trasciende el mismo modelo de crianza que sus figuras parentales recibieron de sus padres; siendo esta la manera que aprendieron a utilizar sus habilidades cognitivas patológicas para interactuar con el medio circundante y a defenderse del mismo.

El 20 % de la muestra (4 sujetos) tiene un nivel *óptimo* que indica un control inteligente, racional y equilibrado sobre las emociones. Por otro lado, el 15 % (3 sujetos) se encuentran en un nivel *inferior*, como Raquel Badilla escribe: “Indica que no hay suficientes intentos de control lógico, lo que interfiere, como se explicó, en la correcta interpretación de la realidad. Daría cuenta de un cuadro de

impulsividad, de variada riqueza afectiva y experiencia ideacional, pero a menudo incontrolada o inadecuada, llegando a la arbitrariedad". (Badilla 21)

b. Porcentaje de respuestas forma bien vista (F+%).

Indica el éxito (calidad del control, se considera la calidad formal), que tiene el sujeto en la interpretación correcta de la realidad, basado en el eficiente control cognitivo racional que aplica, logrando independencia por sobre la intromisión de factores inconscientes. Es decir, indica cuando es exitoso y eficiente el control racional de todas las veces que se ha aplicado ese control (todas las producciones puramente conscientes, cognitivas y racionales con mejor calidad), entre más exitoso es el control, mayor es la autonomía que se tiene sobre las producciones inconscientes, por ende, es más correcta que se tiene de la interpretación de la realidad que se efectúa.

El F+ % indica juicio o examen de la realidad (efectuado con independencia de los afectos). Los resultados obtenidos en la investigación son los siguientes, de acuerdo a la **figura 9**:

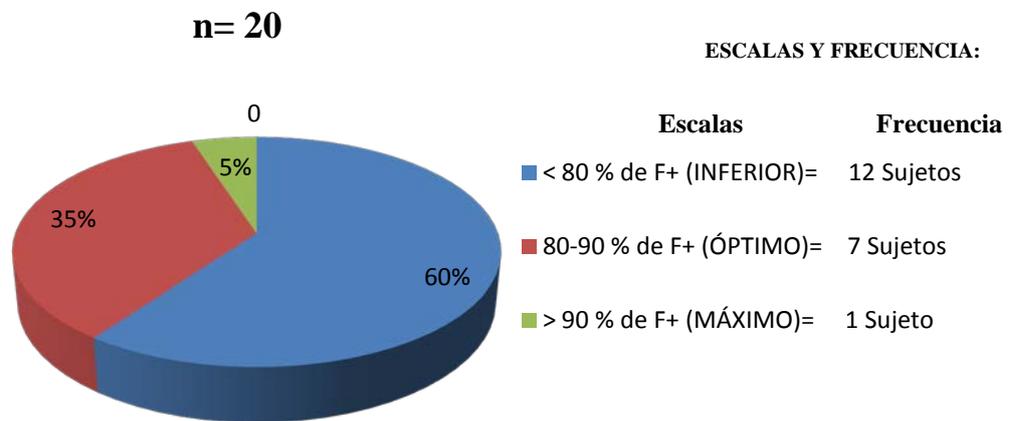


Figura 9. Porcentaje del número de respuestas forma bien vista (F+%) de los sujetos examinados.

El 60 % de los usuarios (12 sujetos) están en un nivel *inferiór*, lo cual indica un control indebido de las habilidades cognitivas como una falta de control de pensamientos acompañada de una mala capacidad de observación. En vista de que

es mayor el porcentaje inferior no es muy exitoso el control cognitivo en este tipo de sujetos, es menor la autonomía que tiene sobre las producciones inconscientes.

El 35 % (7 sujetos) se encuentran en el nivel óptimo con una precisión de pensamiento, estabilidad de la atención, con una buena capacidad de observación y concentración. También existe un control cognitivo apropiado en estos usuarios acompañada de una autonomía adecuada sobre las producciones inconscientes. Por otro lado, un 5 % (1 sujeto) están en un nivel *máximo* que indica un pensamiento rígido, ansiosamente controlado, signo a veces, de un control obsesivo del pensamiento donde no se permite ningún error.

4.2.1.5. Tipos De Resonancia Íntima.

Esta área que tiene que ver con la afectividad en también conocida como “*Tipo Vivencial*”. La relación entre las respuestas K y las de color (FC, CF y C), proporcionan lo que Rorschach denominó “Tipo Vivencial”. Además de las cantidades de K y de C, como representantes de la creación interior, y de los afectos, respectivamente, es esencial analizar la proporción mutua entre ambos.

Siguiendo el pensamiento de Rorschach, Rausch de Traubenberg en su obra *El Test de Rorschach*, precisó esta entidad en función de tres características fundamentales:

El Papel del Pensamiento:

Que distingue a los sujetos orientados a la K, como personas que se autoindependizan relativamente del mundo exterior, creando una zona de vivencia interna, incrementada por la reflexión y la imaginación. Su adaptación es más con relación al mundo interior que al exterior. Por el contrario, los sujetos que se orientan hacia la C, vuelcan sus intereses en la acción y su pensamiento es eminentemente práctico. (Badilla 34)

El Grado de Estabilidad de los sentimientos y de la actividad en general:

Los sujetos tipo K muestran un grado de estabilidad más constante y mantienen mejores controles consientes sobre su propia motilidad. En cambio,

los del tipo C, condicionados de un modo más receptivo ante el estímulo exterior, varían en su resonancia al ambiente con una responsividad afectiva más fuerte y menos control de la motilidad. (34)

El Contacto Afectivo:

En el tipo K el contacto afectivo es de carácter más intenso y consistente. En el tipo C, por el contrario, la relación afectiva es más superficial y extensiva. (34)

Es importante mencionar que estos dos tipos no se oponen o excluyen entre sí, más bien, son extremos de un solo continuo, de un proceso dinámico que configuran el mayor o menor predominio de uno u otro factor, y, en relación al Test de Rorschach, de disposiciones caracterológicas que inciden en el modo de percepción ante la prueba de las manchas de tinta.

El T.R.I., más que una serie de comportamientos concretos dados es una situación vivida, es una disposición profunda y básica de actuar, es el trasfondo que condiciona en forma general y consistente las experiencias y vivencias manifestadas en cada conducta.

Fórmula: $T.R.I. = K / \sum C$

Es la suma absoluta de las K (Kinestesis mayores) en relación con la suma ponderada de las respuestas color.

K ----- **C**

Se incluyen todas las K mayores.
y C.

Donde cada **K = 1pto.**

Se incluyen todas las FC, CF

Donde **FC = 0,5 ptos.**

CF = 1 ptos.

C = 1,5 ptos.

T.R.I. Extratensivo Puro: $0K \leq xC$

T.R.I. Extratensivo Mixto: $xK < C$

T.R.I. Introversivo Puro: $xK \leq 0C$

T.R.I. Introversivo Mixto: $xK > C$

T.R.I. Ambiguo: $+K = +C$

T.R.I. Coartado Puro: $0K \leq 0C$

T.R.I. Coartativo: $1K \leq 1C$ (ó $0.5 C$)

Es aquí donde consolidaremos el tema de tesis (Tipos de Resonancia Íntima de pacientes con Trastorno de Dependencia de Alcohol) y con el objetivo general que plantea la misma (Conocer los Tipos de Resonancia Íntima de los pacientes con Trastorno de Dependencia al Alcohol a través del Test de Rorschach).

Mauricio Hernández, en su manual *Guía de Tratamiento para el Usuario*, considera que el alcohol y la droga no fueron el problema, sino la solución. Este modelo de C.T. sustenta que el usuario estaba alcoholizado y drogado mental y emocionalmente desde muy pequeño, debido a una detención en las etapas psicoafectivas del desarrollo por su personalidad inmadura, por eso el programa no se centra en el alcohol, que lo consideran como síntoma, sino en la personalidad. Por lo tanto, el tratamiento equilibra la edad psicoafectiva inmadura con la edad cronológica actual. El referido autor manifiesta:

Cuando la conducta de una persona muestra que su adaptación a su ambiente es buena, decimos que su personalidad en este ambiente es considerada como eficiente. El logro de una buena y armónica personalidad depende del desarrollo de pautas de conductas satisfactorias en varios y distintos aspectos de la vida. Una persona que posea las cualidades típicamente necesarias para obtener éxito en los negocios puede ser socialmente inepta, ya que las cualidades necesarias para el éxito social

y para el triunfo en los negocios no tienen por qué ser necesariamente los mismos. (33)

El alcohol es una enfermedad integral porque afecta todas las esferas del ser humano como lo indica el texto básico de los *Narcóticos Anónimos* al escribir:

La adicción es una enfermedad biopsicosocioespiritual que afecta todos los aspectos de nuestra vida. El aspecto físico de nuestra enfermedad es el consumo compulsivo de drogas: la incapacidad de parar de consumir una vez que empezamos. El aspecto mental es la obsesión o el deseo abrumador de consumir aunque estemos destruyéndonos nuestra vida, la parte espiritual es nuestro egocentrismo total. Creíamos que podríamos parar cuando quisiéramos, a pesar de que los hechos demostraban lo contrario. La negación, la sustitución, los pretextos, las justificaciones, la desconfianza en los demás, la culpabilidad, la vergüenza, el abandono, la degradación, el aislamiento y la pérdida de control son los resultados de nuestra enfermedad. Una enfermedad progresiva, incurable y mortal. (24)

Los efectos que estas variables afectivas producen son diversos, debido a que el consumo de alcohol altera los estados afectivos del sujeto, por ejemplo: no mide las consecuencias de sus actos debido a una falta de control de sus impulsos. Por consiguiente, una de las causas principales es la falta de un psicodiagnóstico profundo a nivel de la afectividad de las personas que presenten este trastorno.

Una de las necesidades en el campo del alcoholismo es un psicodiagnóstico temprano y efectivo de su personalidad y, en especial, las variedades afectivas según el tipo de resonancia íntima (T.R.I.). Porque de esta manera nos encaminaríamos paciente y terapeuta hacia un tratamiento adecuado en las diferentes personalidades y, sobretodo, en los afectos desordenados. De esta forma, los profesionales de la salud que laboran con el problema del alcoholismo podrán brindar una psicorehabilitación de calidad a sus usuarios. Por lo tanto, hemos decidido utilizar el Test de Rorschach como una de las herramientas fundamentales para psicodiagnóstico a través del cual descubriremos las fracturas en la estructura de la personalidad del sujeto.

Herman Rorschach, en su obra *Psicodiagnóstico* dice:

... Si sabemos de un sujeto cuál es la fuerza de sus momentos introversivos y la fuerza de sus momentos extratensivos, si sabemos en qué relación se encuentran los momentos introversivos y los momentos extratensivos, si sabemos hasta qué grado los momentos introversivos y los momentos extratensivos son dilatados o coartados, entonces sabemos muchas cosas del sujeto... (86)

Rorschach, basándose sobre la observación, muestra como el hombre normal conoce en la existencia cotidiana unos momentos en los que está volcado hacia él mismo (momentos de introversión o introversivos) y otros momentos en los que se abre al mundo exterior (momentos de extratensión o extratensivos).

Nosotros en este presente estudio hemos clasificado a los usuarios de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos en el diseño de tesis para poder cumplir con los objetivos planteados. Pero, a más de esto, para que sea un trabajo impecable hemos elegido a los usuarios que se encuentran en la etapa de *identificación* que comprende la fase de progreso; es decir, cuando el sujeto ya ha pasado la Fase de Ingreso que comprende la etapa de pre-comunidad y acogida donde ha superado el síndrome de abstinencia y tanto el usuario como su familia recibieron el programa de inducción, posibilitando así el conocimiento y adaptación a la dinámica de comunidad terapéutica, iniciando el proceso de autoconocimiento y valoración biopsicosocial del usuario con el fin de determinar su aptitud para continuar en el programa y orientar la segunda fase del tratamiento. En esta etapa de identificación se profundiza el proceso de autoconocimiento a partir de la guía de historia personal y psicodiagnóstico en todas las esferas del ser humano; por lo tanto, ha bajado sus defensas contra el medio y está en pleno autodescubrimiento lo cual enriquece los resultados de los instrumentos terapéuticos aplicados (Historia clínica, test de Rorschach).

Los Tipos de Resonancia Íntima propuestos por Rorschach que obtuvimos como resultado del estudio realizado en la Comunidad Terapéutica “COTEMUAZ” de la ciudad de Azogues son los siguientes como lo explica la **figura 10:**

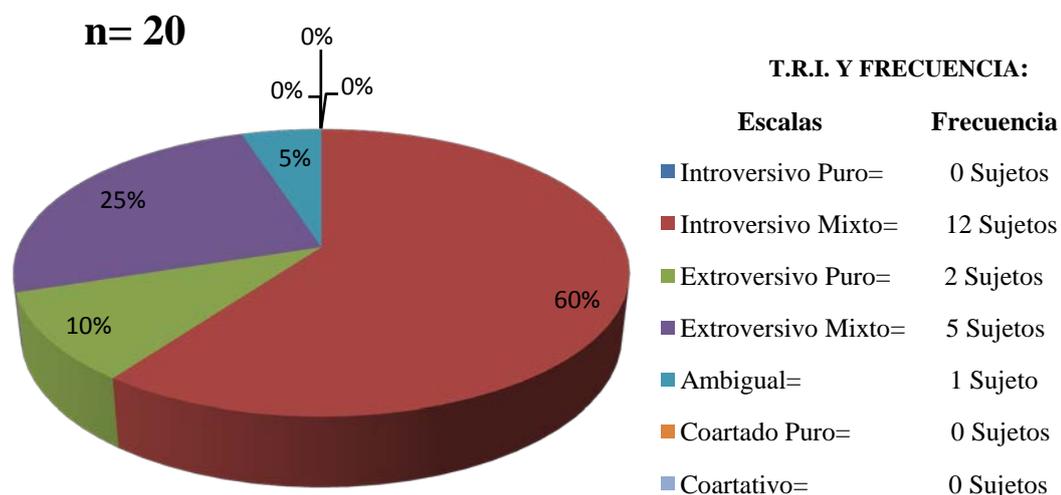


Figura 10. Porcentaje de los Tipos de Resonancia Íntima de los sujetos examinados.

4.2.1.5.1. Tipos de Resonancia Íntima predominantes en pacientes con Trastorno de Dependencia de Alcohol.

Introversivo:

El **60 %** de la muestra (12 sujetos) son tipos ***Introversivos Mixtos***, es decir, tienden a independizarse del mundo exterior, creando una vivencia interna, incrementada por la reflexión y la imaginación. Se adaptan más fácilmente al mundo interior. Su grado de estabilidad emocional es más estable y mantienen mejores controles conscientes sobre su propia motilidad. Además, el contacto afectivo es de carácter más intenso y consistente. Por otro lado, el tipo mixto en especial se caracteriza por reacciones más impulsivas, que suele presentarse en sujetos muy centrados en sí mismos, pero que pueden tener incidentes explosivos.

En cuanto a los tipos ***Introversivos Puros***, no hemos encontrado ninguno en la muestra de la investigación.

Extroversivo:

En este tipo de sujetos las necesidades afectivas se expresan sin frenos (pero es necesario verificar la frecuencia de las respuestas F y su cualidad, lo que constituye en sí una posibilidad de frenaje), los sujetos están sometidos a los sentimientos, son emotivos e inestables. Puede ser puro o mixto, según que la respuesta kinestesia “K” sea absolutamente nula o esté poco expresada.

El 25 % de la muestra (5 sujetos) son tipos ***Extroversivos Mixtos***, es decir, vuelcan sus intereses en la acción y su pensamiento es eminentemente práctico. Están condicionados de un modo más receptivo ante el estímulo exterior, varían en su resonancia al ambiente con una responsividad afectiva más fuerte y menos control de la motilidad. La relación afectiva es más superficial y extensiva. Por otro lado, como existe la participación de las kinestesias “K”, lo que le hace menos extremista y capaz de cierta ponderación en la expresión de necesidades. En cuanto al tipo ***Extroversivo Puro*** tenemos un 10 % (2 sujetos), se caracterizan especialmente por ser impulsivos, sugestionables y egocéntricos; es decir, no miden las consecuencias de sus acciones teniendo muy pocas defensas mentales.

Ambigüal:

En nuestra investigación se puede apreciar el 5 % (1 sujeto), en lo que refiere al ***Tipo Ambigüal***, es decir, existe una buena productividad con una capacidad de creación interna adecuada. Las relaciones ambientales son intensivas y extensivas con una excelente capacidad de empatía. También, su capacidad de adaptación afectiva es apropiada.

Coartado Puro:

En la muestra de nuestro estudio no existe este tipo de sujetos. Se presenta en protocolos con ausencia de K y de C.

Coartativo:

No existen tipos Coartativos en la investigación realizada en la comunidad con los usuarios. Donde K es igual a 1 punto y C es igual a 1 punto (ó 0.5 C).

Psicológicamente, es similar al T.R.I. Coartado, sin embargo se atenúan un poco las consecuencias conductuales del cuadro.

En sí, en estos dos últimos Tipos de Resonancia Íntima ninguno de los componentes toma una expresión suficiente, los dos modos de expresión son reducidos y aniquilados, y las reacciones en el test son esencialmente formales. Esta restricción, esta coartación es el efecto de un bloqueo o la expresión de una pobreza real o de una ineptitud para manejar los símbolos. Se encuentra pues, tipos coartados o coartativos en los casos de insuficiencia de equipamiento y en las situaciones donde aparece desterrada la expresión afectiva y donde la función lógica es el único criterio de contacto.

4.2.1.5.2. La relación entre Alcoholismo y Tipos de Resonancia Íntima.

Existen varias definiciones de alcoholismo, las más aceptadas son las de la Organización Mundial de la Salud, Keller, Jellinek y la del Consejo Nacional de Alcoholismo, todas están de acuerdo en que se trata de un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud y con el funcionamiento social y económico del individuo. (Toro 85)

“El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central. Como tal disminuye el autocontrol e impide el correcto funcionamiento de los llamados “*procesos superiores*”: razonamiento, juicio, análisis entre otros”. (Bacca 127)

Carlos J. Bacca Sandoval, en su obra *Proyecto Hombre*, habla de una visión global de los efectos generales del alcohol, derivados del hecho simple de ser un depresor del S.N.C. entre los cuales tenemos los siguientes:

- Disminución del autocontrol.
- Impedimento para los procesos superiores; razonamiento, juicio, análisis.
- Disminución de inhibiciones emocionales.
- Sensación de bienestar y expansividad.
- Alteración de la percepción.
- Alteración de la coordinación psicomotora.

- Alteración de la sensibilidad al calor y al frío.

Por consiguiente, el alcohol al ser un trastorno y no un problema moral nos lleva a entender que existe un tratamiento para el mismo. Si entendemos desde esta perspectiva nos damos cuenta de que altera todas las esferas de un ser humano; es decir, a nivel físico, nivel mental, nivel emocional, nivel socio-familiar, nivel trascendental o espiritual. Así, al alterar al individuo en general del mismo modo se ve alterada su personalidad.

Como nuestro estudio se basa en las teorías dinámicas y proyectivas entendemos que el alcoholismo es un síntoma de un tumor psíquico inconsciente que se manifiesta en la estructura de personalidad inconsciente. El estilo de crianza desde su nacimiento viene acarreado problemáticas profundas a nivel individual, social, familiar, e incluso existen factores genéticos y hereditarios que a la larga llevan a la persona a canalizar su problemática a través del alcoholismo, los cuáles explicaremos más adelante. Todos estos factores han influenciado negativamente en la personalidad del sujeto llevándolo a alterar su papel de pensamiento, el contacto afectivo, el grado de estabilidad de las emociones y actividad en general. Por lo cual existe una profunda relación entre el alcoholismo y los Tipos de Resonancia Íntima como se ha podido confirmar en los resultados obtenidos por el test al darnos cuenta de que un **60 %** (12 sujetos) son tipos introversivos mixtos; es decir, cuando las personas están sin los efectos de la sustancia tienden a actuar de acuerdo a las características de este tipo vivencial. Aquí podemos apreciar que el alcohol le ayuda a desinhibirse, llegando así el sujeto a descubrir un mecanismo a través del cual puede desenvolverse de mejor manera en el ambiente circundante. Es así, también, como sus conflictos de personalidad lo llevan a consumir alcohol tratando de solucionarlos, pero de manera patológica. Es por eso que si solamente nos limitamos a tratar el alcoholismo y dejamos de lado la personalidad tendremos muy pocos resultados con este tipo de pacientes y es por eso que hay mucha relación entre el alcohol y el Tipo de Resonancia Íntima.

4.2.1.5.3. Riqueza del Test de Rorschach en el psicodiagnóstico temprano en pacientes con Trastorno de Dependencia de Alcohol.

Dentro de los trastornos relacionados por el uso de sustancias psicoactivas, comprende a los trastornos por consumo de sustancias (TPCS) en los que se incluyen el abuso y la dependencia a sustancias y los trastornos inducidos por sustancias (TIS). Nosotros nos enfocaremos en la dependencia y la riqueza que tiene este Test de Rorschach para llevar a cabo un psicodiagnóstico temprano y adecuado.

Los centros que trabajan con este tipo de trastorno en nuestro país carecen de resultados notorios para hablar de un verdadero tratamiento y recuperación. En el Ecuador según el CONSEP se puede apreciar que tan solo 10 de cada 100 pacientes gozan de una recuperación adecuada. Esto se debe a muchos factores, entre los cuales tenemos los siguientes: no existe una actualización de los modelos de tratamiento por parte de los terapeutas que laboran en estos centros como vivenciales debido a que utilizan métodos ortodoxos muy estrictos y no están abiertos al cambio; carecen del número de profesionales de la salud al caer en una autosuficiencia terapéutica vivencial y dejar de lado el tratamiento con un equipo multidisciplinario tal como: los psicólogos, psiquiatras, médicos, consejeros familiares, etc.; prima el factor económico y dejan de lado la parte humana, es decir, los ven como objetos y no como sujetos. Estos son algunos de los factores por los cuales no se ha podido realizar un verdadero psicodiagnóstico y, por ende, una adecuada intervención con este tipo de pacientes.

Al entenderle al ser humano desde una perspectiva biopsicosocioespiritual podemos realizar un psicodiagnóstico integral pero contando con el número de profesionales adecuados y cada quien centrado en sus metas y objetivos, *la madurez emocional y reeducación del usuario*. Nosotros hemos elegido esta Comunidad Terapéutica “COTEMUAZ” que se acerca más a los estándares internacionales y mundiales de comunidades terapéuticas contemporáneas. Con sus membrecías en la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFCT), y el “TREANET” (membrecía de las Naciones Unidas para centros o instituciones que

brindan asistencia social con respaldo científico en programas de salud, concretamente en adicciones, con certificaciones de calidad en gestión, en atención de los servicios ofrecidos y en excelencia de la prestación de los servicios sociales), organización a la cual pertenecen solo “22” instituciones del mundo. Donde cuya meta ha sido encontrar un modelo de intervención donde el Hombre sea responsable de la construcción de su propia transformación, guiado por la excelencia de los servicios, la mística y vocación de grupos interdisciplinarios éticos y serviciales que aspiran para el prójimo a través de una institución, una Opción “LA VIDA”.

Por lo tanto, al ser un programa estructurado nosotros hemos elegido aplicar el test a los usuarios que se encuentran en la etapa de identificación y así ir a la par con los objetivos del mismo porque es donde ellos empiezan a realizar un esquema de introspección, han bajado sus mecanismos de defensa y colaboran en todas las actividades de la comunidad. El Test de Rorschach ha proporcionado de información muy profunda y valiosa tanto para el usuario como para el cuerpo clínico, en especial, para los psicólogos porque se han movido aspectos de la personalidad latente que estaban quedando fuera de él. Como se trata de una prueba de la estructura de la personalidad del sujeto y el programa se centra en la personalidad y no en el síntoma (alcoholismo) nos brinda información valiosa sobre los aspectos positivos y negativos del usuario como se pueden observar en las diferentes figuras; de esta manera, podemos realizarle un psicodiagnóstico temprano adecuado y, por ende, una intervención eficaz.

Así con la implementación del test en *Acogida* que comprende la primera etapa del tratamiento logramos enriquecer el psicodiagnóstico de la estructura patológica subyacente de los usuarios que reciben el tratamiento; de esta forma, logramos clarificar adecuadamente la problemática ayudando a los psicólogos a estructurar un plan de tratamiento eficaz con el fin de evitar regresiones, estancamientos en el proceso de maduración y reeducación. Esto ayudó a cumplir con el plan de tratamiento en el periodo establecido y los profesionales que laboran con los pacientes de la muestra apuntaron a los mismos objetivos sin desubicarse y, por lo tanto, el paciente también se centro en sus objetivos sin

intentos de desertar el programa de tratamiento. Finalmente se tuvo excelentes resultados con los pacientes que participaron de la muestra porque conocen muy bien su problemática a nivel inconsciente y esto les permite manejar muy bien sus emociones, de tal forma que el psicodiagnóstico temprano en estos sujetos ayudara en la psicorehabilitación de los mismos con muy buenos resultados.

4.2.1.5.4. Estrategias de Afrontamiento

Teniendo en cuenta los Tipos de Resonancia Íntima predominantes en estos pacientes, podemos contribuir con las siguientes estrategias de afrontamiento:

- Al conocer la estructura de la personalidad inconsciente, sobretodo, desde los Tipos Vivenciales, nos facilita el diseño y la ejecución de un **Plan de Tratamiento**. De esta forma, se fortalecería la eficacia del proceso terapéutico y el cumplimiento de los objetivos planteados con cada residente.
- Por medio de la psicoterapia Psicodinámica lograr en el usuario el **Autocimiento** de las facturas en su personalidad, desde los Tipos de Resonancia Íntima, así, desarrollarían habilidades de afrontamiento a sus desordenes afectivos.
- El conocimiento de los desordenes afectivos en el paradigma inconsciente de estos pacientes, ayudará a identificar los factores de riesgo y creando además una lista de **Factores de Protección** que den soporte al mismo en su proceso de integración social y familiar.
- Fomentar en los usuarios con estas características la eficacia y el liderazgo en los espacios terapéuticos de las distintas brigadas de trabajo en la terapia ocupacional para familiarizarlo con el entorno cotidiano.

4.2.2. Datos obtenidos en la Historia Clínica Psicológica.

4.2.2.1. Detención de la lactancia.

Como resultado de la investigación, también se ha obtenido datos muy significativos que debemos tomar en cuenta. Uno de estos es la etapa de destete de los usuarios que participaron de la investigación.

Siendo una de las primeras etapas del desarrollo psicosexual de acuerdo a los psicoanalistas freudianos, donde el foco de satisfacción está en la boca y el placer se obtiene por los cuidados, pero también a través de la exploración del entorno (los pequeños tienden a llevarse objetos nuevos a la boca). En esta etapa el Ello es el que domina ya que ni el Yo ni el Superyó están totalmente desarrollados. A causa de esto el bebé no tiene noción de sí mismo y todas sus acciones están basadas en el *principio de placer*.

Myre y Sim, en su obra *Introducción a Sigmund Freud, Módulo sobre la Etapas Psicosexuales* escriben lo siguiente:

En esta etapa, la satisfacción de las necesidades conducen a la formación de la independencia (desde que el bebé se forma una idea clara sobre los límites de sí mismo y forma su yo) y la confianza (desde que el bebé aprende que comportamientos específicos conducen a la satisfacción). Por otro lado, la *fijación* puede llevar a la pasividad, credulidad, inmadurez y un optimismo no realista, y también la formación de una personalidad fácil de manipular debido a la formación inadecuada del yo. Esto puede ser el resultado tanto de la excesiva como de la insuficiente satisfacción. En el caso de demasiada satisfacción, el niño no aprende que no todo está bajo su control y que la satisfacción no siempre es inmediata (los cuales son resultado del destete), dando lugar a una personalidad inmadura. Por otro lado, las necesidades del niño pueden ser satisfechas insuficientemente, y debido a ello el niño se vuelve pasivo porque aprende que de todas formas, lleve a cabo la conducta o no, la satisfacción no sobrevendrá. (85)

Esto nos ayuda a comprender la primera etapa del desarrollo psicosexual (Fase Oral) y esta explicada en la **figura 12**, que dura desde el comienzo de la vida hasta el primer año y en otros autores como Karl Abraham hasta los dos años.

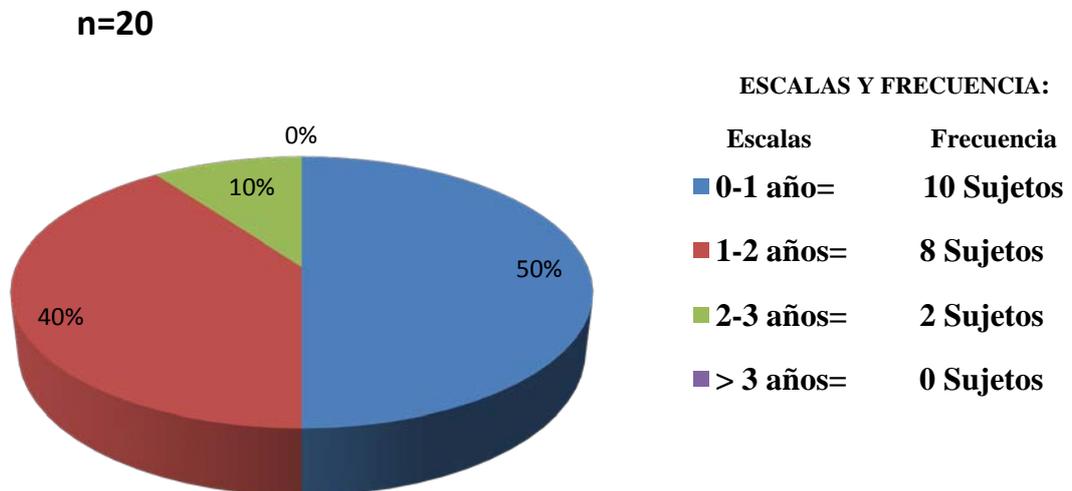


Figura 12. Porcentaje de la edad de destete de los sujetos examinados.

Entendiendo más a profundidad tomaremos en cuenta la fase oral dividida en dos etapas como manifiesta Karl Abraham: oral pasiva y oral agresiva. Por consiguiente, se puede apreciar que el 50 % de los participantes (10 sujetos) fueron destetados al año de edad que comprende el primer año, este se caracteriza por el placer derivado de chupar. No hay una distinción entre él y el mundo exterior. El placer es autogracificante y regresan mediante el acto de beber alcohol, fumar.

Por otro lado, el 40 % (8 sujetos) están entre los 12 y 24 meses que es una etapa *oral agresiva*. Coincide con la detención. El pecho de la madre es algo distinto de él y no siempre está disponible. Cuando se siente frustrado agarra y muerde, tratando de alcanzar gratificación mediante actos agresivos. Estas mismas conductas suelen manifestarse en los usuarios que fueron destetados en esta segunda etapa, usando como mecanismo defensivo la regresión: *Josué*, usuario en proceso de reeducación de esta C.T. suele manifestar tendencias agresivas orales

cuando sus necesidades no son satisfechas y vive crisis emocionales, estas conductas se manifiestan mediante actos de morder su ropa, papeles y bolígrafos.

El 10 % de los sujetos (2 usuarios) fueron destetados después de los dos años y se puede observar que la fijación ha dado como resultado pasividad, credulidad, inmadurez y una personalidad fácil de manipular. Tal como manifiesta Abraham.

4.2.2.2. Control de esfínteres.

El psicoanálisis freudiano comprende la Etapa Anal del desarrollo psicosexual, donde el foco de la energía pulsional (zona erógena) mueve desde el tracto digestivo superior al final inferior y el ano. Esta fase dura desde aproximadamente el primer año hasta el tercer año de vida. Durante la misma la formación del Yo continúa.

Es una etapa en donde el niño experimenta placer en la excreción y aprende a aumentar el placer reteniendo las heces. El niño valora las heces como parte de su propio cuerpo; puede resistirse a las presiones sociales por considerar que se trata de algo suyo. Puede actuar agresivamente mediante la evacuación; libido y odio se combinan. Las heces son los instrumentos para expresar su aceptación u oposición a los adultos. (Myre y Sim 93)

Se pueden apreciar datos muy importantes sobre la etapa de control de esfínteres en los usuarios que participaron de nuestra investigación, tal como lo indica la **figura 13**.

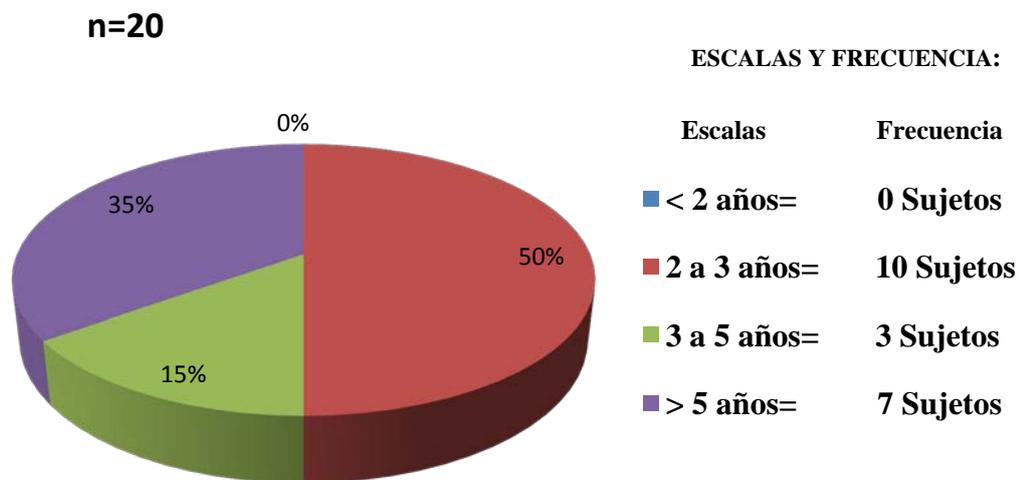


Figura 13. Porcentaje de la edad de control de esfínteres de los sujetos examinados.

De la misma forma, tomaremos a Karl Abraham para comprender la fase anal en dos etapas: anal expulsiva y anal retentiva.

El 50 % de la muestra (10 sujetos), llevaron a cabo el control de esfínteres en la edad apropiada lo cual da a entender que responder de una manera adecuada a las demandas del Ello, que demanda satisfacción inmediata de las pulsiones que involucran la evacuación y las actividades relacionadas con ella (como el manipular las heces) y las demandas de los padres. La resolución de este conflicto puede ser gradual y no traumático en este tipo de usuarios, o intenso y tormentoso, dependiendo de los métodos que los padres usen para manejar la situación. La resolución de esta etapa se llevo a cabo de una manera adecuada al momento que interrogamos a los padres de los usuarios que participaron de la investigación. En una terapia familiar en grupo manifiestan que cuando estaban tratando de regular el control del esfínter los padres actuaron de manera moderada, para que el niño pueda aprender la importancia de la limpieza y el orden gradualmente, los cuales darían lugar a una persona adulta con autocontrol.

El 35 % de la muestra (7 sujetos), controlaron el esfínter a partir de los 5 años en adelante. A los padres de estos usuarios de les convoco a una terapia familiar

para obtener más información sobre como manejaron la resolución del control de esfínteres y de la misma forma invitamos en una terapia de grupo a estos pacientes para entender más a profundidad de cómo manejaron esta fijación anal, si existen regresiones a esta etapa y si era pasiva o retentiva.

Oswaldo, un usuario que participo de la investigación y que controlo su esfínter a la edad de 6 años manifiesta que cada vez que tiene crisis emocionales suele regresionar a esta fijación utilizando el mecanismo de retener las heces lo cual se manifiesta a manera de estreñimiento que adquirió un carácter inconsciente. También, era muy ahorrador y siempre bebía gratis porque sus compañeros le costeaban.

Martha, madre de uno de los usuarios manifiesta que su hijo Mario controlo su esfínter a los 7 años. Cuando era niño y lo reprendían solía retener sus heces con muestras faciales de desacuerdo. Además, le gustaba contemplar sus heces y era muy tacaño con los demás. El utiliza esta fijación y mecanismo regresivo de retener sus heces cada vez que es confrontado por sus compañeros y Reeducadores que inconscientemente representan sus figuras de autoridad.

De esta forma, las personas que a partir de los 5 años en adelante controlaron sus esfínteres tienen una fijación anal retentiva que se caracteriza por expresar un afecto hacia sus propias heces, prototipo del oro, del dinero y las propiedades.

Por último, el 15 % de la muestra (3 sujetos) controlaron su esfínter entre los 3 y 5 años de edad. Cada vez que sufren crisis emocionales se les daña el estómago y sufren de estreñimiento como una actitud regresiva a la fijación anal.

4.2.2.3. Relaciones con las figuras paternas.

Tomamos en cuenta en nuestro estudio las relaciones con las figuras paternas: si estos estuvieron ausentes, fueron permisivos, autoritarios, autoritativos, y la migración.

La sociedad y la institución familiar han perdido y en forma permanente están perdiendo su género: de nuclear va pasando a una sociedad y a una familia deshumanizante y lo que es peor... deshumanizadora, cuyos resultados son el

uso de elementos evasivos a esta cruda realidad: alcohol, droga, terrorismo, secuestro, etc. (Bacca 234)

El Papa Juan Pablo II al referirse a la familia dice: “La familia posee y comunica todavía hoy grandes energías capaces de sacar al hombre del anonimato, de mantenerlo consciente de su dignidad personal y de enriquecerlo con profunda humanidad”

Para obtener datos significativos sobre la relación de las figuras paternas hemos realizado una terapia con las familias de los usuarios que participaron del estudio y también con los mismos pacientes realizamos una terapia de grupo para obtener información más profunda sobre cómo fue la relación con sus padres.

Los padres cumplen un rol muy importante en la formación de la personalidad de un sujeto. El niño desde su nacimiento es entregado al núcleo familiar a través de ritos religiosos; la educación la recibe dentro del ámbito familiar y los conocimientos necesarios para su vida futura y son dados por sus propios parientes; dejar la educación en manos de terceros es algo inaudito. Esto hace referencia a una familia organizada y funcional.

En nuestros días los niños viven en otras realidades, sobre todo los que fueron criados en familias disfuncionales. Como lo podemos observar en la **tabla 1**:

TIPO DE RELACIÓN	SUJETOS	PORCENTAJE
Sobreprotección	9	45%
Padres Permisivos	4	20%
Ausencia de Figura Paterna	7	35%
Ausencia de Figura Materna	6	30%
Maltrato del Padre	4	20%
Maltrato de la Madre	2	10%
Migración	2	10%

Se puede apreciar el 45% (9 sujetos) son *sobreprotegidos* y un 40 % (8 sujetos) fueron criados en hogares con padres permisivos. Lo cual ha llevado a la ausencia de un amor responsable sin normas ni reglas donde todo esta ha su alcance sin realizar el mínimo esfuerzo. Cuentan sus padres, a quienes los psicoeducamos en curso para padres, que no sabían como establecer normas y reglas con sus hijos que están asilados en esta comunidad. Así, la sobreprotección ha desarrollado personas sin defensas para defenderse de las presiones del medio ya que todo lo tenían a través de un amor de prótesis, así su personalidad ha sido alterada porque usan mucho la autocomiseración para enfrentarse a las situaciones que les generan crisis y son muy pesimistas.

El 35 % de la muestra (7 sujetos) tuvieron la ausencia de la figura paterna y el 30% (6 sujetos) ausencia de la figura materna. Esto tiene que ver mucho con el desarrollo de las normas sociales internalizadas (Super Yó) y los niños se vuelven cada vez más conscientes de su cuerpo y son curiosos en relación al cuerpo de otros niños y también el de sus padres. En el caso de la ausencia de la figura materna cumplió su rol algún miembro de la familia como la abuela, tías, hermanas. Algunos de estos sujetos crecieron con una carencia afectiva lo cual trataron de llenar con el consumo de alcohol y no aprendieron a relacionarse con sus esposas porque la ausencia de su madre no les enseñó como mantener una familia y terminaron por fracasar en sus hogares. Por otro lado, la ausencia de la figura paterna para la resolución del Complejo de Edipo que es muy importante para el desarrollo del Superyó ya que a través de la identificación con uno de los padres, la moralidad es internalizada y la conformidad a las reglas ya no es producto del miedo al castigo de castración. Esto llevo a desarrollar excesiva ambición y vanidad; también a desarrollar personalidades antisociales sin medir las consecuencias de sus acciones porque los dos padres estuvieron ausentes debido a la falta de una persona para desarrollar un súper-yo adecuado.

Por otro lado, existe un 10 % (2 sujetos) cuyos padres migraron pero que de alguna manera influyo mucho en el desarrollo de la personalidad del sujeto. Estos desarrollaron un fuerte resentimiento hacia sus padres que desde la perspectiva de ellos entienden como abandono, este fuerte resentimiento es uno de los factores de

consumo de alcohol como hemos podido confirmar de acuerdo a la entrevista realizada a estos pacientes.

El 30 % (6 sujetos) provienen de hogares autoritarios, el 20 % por parte del padre y el 10 % de la madre. Estos sufrieron maltrato físico, psicológico y verbal por parte de sus progenitores. Aquí es donde más se establecen los rasgos antisociales y los trastornos antisociales de la personalidad y es en donde el tipo *Extroversivo mixto* se manifiesta. Al interrogar a estos padres y usuarios hemos podido consolidar que no se ha establecido *fronteras transgeneracionales funcionales* porque sus padres tuvieron el mismo estilo de crianza y es la única forma que aprendieron a tratar a sus hijos que desde su perspectiva puede existir.

En conclusión, estos padres también provienen de hogares disfuncionales o quizá con modelos más patológicos de crianza como manifiesta Juan, un padre de familia de uno de los usuarios de la investigación, que su padre también lo maltrato porque su abuelo hizo lo mismo con él y así esta cadena va pasando de generación a generación. La mayoría de los padres de la **tabla 1** tuvieron casi los mismos estilos de crianza y es la única forma que aprendieron a criar a sus hijos.

4.2.2.4. Antecedentes de alcoholismo en la figura paterna.

Es en la familia donde se inicia la transmisión cultural de los valores, actitudes y tradiciones que de generación en generación perpetúan al fondo general de la sociedad. La familia es un símbolo que a través de los tiempos ha permanecido más o menos estable en su esencia misma.

Los estudios de indicadores genéticos muestran que existe alguna forma de herencia alcohólica. Las tasas de alcoholismo entre familiares de alcohólicos son más altas que en la población en general. Winokur reporta que el 62% de los familiares de un grupo de alcohólicos eran alcohólicos, mientras que en familiares de no alcohólicos la frecuencia era del 20 %. Se ha encontrado incidencia de este trastorno en el 50 % de los padres, 30 % de los hermanos, 6 % de las madres y 3 % de las hermanas de los alcohólicos. (Toro 90)

Al usar la historia clínica como un instrumento de recolección de datos, nos encontramos que en la gran mayoría de los usuarios de la investigación existen factores genéticos que determinan su patología. El 65 % de los participantes (13 sujetos) provienen de hogares con padres alcohólicos lo cual les predispone a desarrollar este trastorno como lo explica la **figura 15**. Así, podemos entender que el alcoholismo de los padres también influencia mucho en las futuras generaciones llegando a desarrollar este trastorno.

En el alcoholismo también hay una variedad de influencias genéticas que interactúan con el medio ambiente para amentar el riesgo del alcoholismo. También se puede decir que el alcoholismo es aprendido por imitación de los pares o por el condicionamiento social de nuestros días que sería el caso del 35 % (7 sujetos) de la muestra de la investigación, donde empezaron consumiendo para sentirse bien y terminaron consumiendo para sentirse bien.

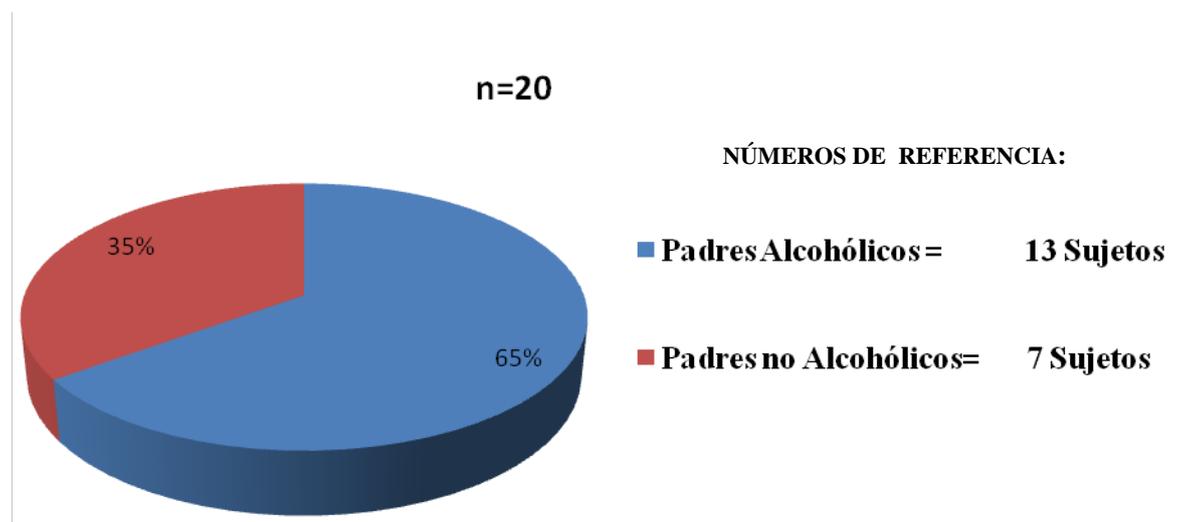


Figura 15. Porcentaje de antecedentes de alcoholismo de la figura paterna de los sujetos examinados.

4.2.2.5. Edad de inicio de consumo de alcohol en los usuarios del estudio.

El alcohol es una de las drogas legales que va en aumento, este problema no es de ahora sino desde que el hombre piso por primera vez las uvas. Al ser una droga legal muchas personas tienen acceso a la misma y al vivir en una sociedad donde es el primer invitado en todo evento le hace más vulnerable a la persona a padecer esta patología.

“En nuestro mundo occidental contemporáneo, una de cada tres personas consume alcohol, y entre 5 % y el 10 % de la población total puede ser considerado como alcohólico”. (OMS 2009)

“Los datos estadísticos son evidentes. Una encuesta realizada a estudiantes secundarios refleja el aumento en la prevalencia de vida de consumo de alcohol (persona que alguna vez en su vida ha tomado alcohol), que a nivel nacional llegó al 80% entre los jóvenes”. (CONSEP 2008)

En nuestro estudio obtuvimos los siguientes resultados como lo explica la **figura 16:**

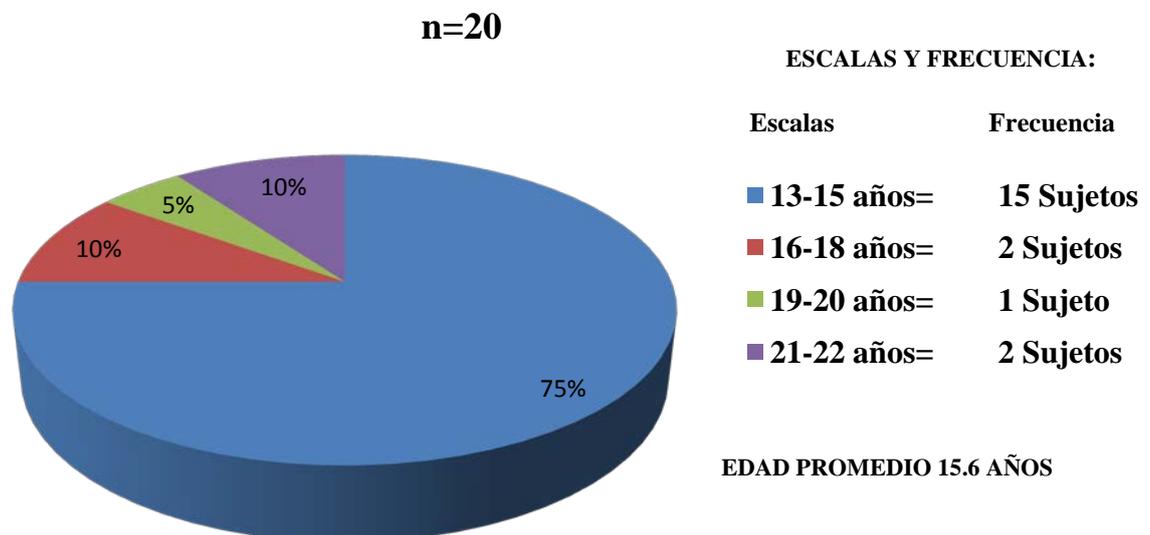


Figura 16. Porcentaje de la edad de inicio de consumo de alcohol de los sujetos examinados.

Se puede apreciar que el 75 % (15 sujetos) de la muestra iniciaron el consumo entre los 13 – 15 años de edad, lo cual coincide con las muestras estadísticas de la CONSEP de edad de inicio de consumo de alcohol en el Ecuador. Otro 10 % (2 sujetos) iniciaron entre los 16 -18 años de edad y entre los 19 – 20 años de edad está un 10 % (2 sujetos). Solamente un 5 % (1) inicio entre los 21 – 22 años de edad.

CONCLUSIONES

1. RELATIVAS A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS:

- El 60 % de la muestra estudiada corresponde a Tipos Introversivos Mixtos, el 25 % son Tipos Extroversivos Mixtos. Por lo tanto, estos son los T.R.I. predominantes en los pacientes con trastorno de dependencia de alcohol. El 15 % restante corresponde a otros tipos vivenciales.
- El alcoholismo es el efecto de varias causas que alteraron al paciente en sus distintas esferas de crecimiento. Por eso la relación entre alcoholismo y T.R.I. introversivo mixto del 60% de la muestra es la siguiente: cuando los usuarios están sin los efectos de la sustancia, actúan de acuerdo a las características de este tipo vivencial. Por lo que el alcohol les ayuda a desinhibirse, llegando así los sujetos a escaparse con un mecanismo a través del cual puedan desenvolverse de mejor manera en el ambiente circundante.
- Con la riqueza del test de Rorschach mejoramos el psicodiagnóstico de la estructura patológica subyacente de los usuarios que reciben el tratamiento. De esta forma, clarificamos adecuadamente la problemática, ayudando a los psicólogos de la Comunidad Terapéutica "COTEMUAZ" a estructurar un plan de tratamiento eficaz, con el fin de evitar regresiones y estancamientos en el proceso de maduración y recuperación. Esto ayudó a cumplir con el programa reeducativo en el periodo establecido y los profesionales que laboran con los pacientes de la muestra apuntaron a los mismos objetivos y, del mismo modo, los sujetos se centraron en sus objetivos sin intentos de desertar el programa de tratamiento. Finalmente,

los resultados fueron excelentes con los pacientes que participaron del estudio porque actualmente conocen muy bien su problemática y esto les permite manejar adecuadamente sus emociones. Consideramos, entonces, que el psicodiagnóstico temprano en estos sujetos ayudará en la psicorehabilitación.

2. RELATIVAS A OTROS ASPECTOS DEL TEST DE RORSCHACH:

- La capacidad asociativa es adecuada, de carácter abstracto y teórico, con un apropiado nivel de análisis, síntesis y buen ajuste a la prueba. Basando nuestro estudio en el promedio normal de respuestas globales que comprende del 21 al 30%, podemos ratificar que el 55% (11 sujetos) de la muestra estudiada se encuentran dentro del promedio y por encima de este.
- Por otro lado, la inteligencia práctica se encuentra disminuida, teniendo como características principales la poca creatividad y un reducido gusto por lo concreto. Fundamentando nuestro análisis en el promedio normal de respuestas detalle grande que comprende del 61 al 68%, podemos ratificar que el 55% (11 sujetos) de la muestra estudiada se encuentran por debajo de la norma.
- En cuanto a detalle pequeño refiere podemos apreciar la capacidad para realizar labores que tengan que ver con la minuciosidad y el esmero. Cimentando nuestro estudio en el promedio normal de respuestas detalle pequeño que comprende del 6 al 10%, podemos ratificar que el 30% (6 sujetos) de la muestra estudiada se encuentran dentro del promedio y un 30% por encima del mismo.
- Además, presentan tendencia a la oposición acompañada de cargas agresivas de carácter reprimido, propio del proceso de recuperación en el que se encuentran sometidos, ya que el programa busca reeducar a los usuarios, teniendo entre los objetivos principales la reducción de la agresividad, promoviendo, de esta forma, la sublimación de este desorden temperamental hacia vías social y psicológicamente aceptables. Por lo

cual, basando nuestro estudio en el promedio normal de respuestas Detalle blanco que comprende el 3%, podemos ratificar que el 45% (9 sujetos) de la muestra estudiada se encuentran por encima del promedio. Cabe recalcar que si los sujetos no se encontraran en proceso de recuperación, la tendencia a la oposición y las cargas agresivas serian de caracter manifiesto.

Concerniente al *Control Cognitivo* podemos apreciar los siguientes resultados:

- Existe un empobrecimiento de la experiencia afectiva, debido a una atención excesiva de los sujetos hacia el control lógico, acompañada de una rígida postergación de los impulsos y una supresión de la expresión corporal; es decir, indica inhibición, acompañada de empobrecimiento de la experiencia ideacional y afectiva. Fundamentando nuestro análisis podemos observar que el 65% (13 sujetos) de la muestra estudiada en lo que a *F%* refiere se encuentran en el nivel máximo correspondiente al 65% o superior a este.
- En otro campo, apreciamos un control deficiente de las habilidades cognitivas, a manera de una falta de control del pensamiento acompañada de una capacidad insuficiente de observación; es decir, falla la capacidad de percepción. Basando nuestro análisis podemos observar que el 60% (12 sujetos) de la muestra estudiada en lo que a *F+%* manifiestan, se encuentran en el nivel inferior, dentro de la subescala correspondiente al $F+ \% = < 80\%$.

Concerniente a la *calidad y variedad de contenido* obtuvimos los siguientes resultados:

- En cuanto a contenido humano respecta, manifiestan gran interés por los demás y por sí mismos. Teniendo así, excelentes relaciones humanas, además, se caracterizan por su preocupación en temas sociales y culturales, tienen la destreza de reconocer a los demás y capacidad de empatía. Basando nuestro estudio en el promedio normal de respuestas

contenido humano que comprende del 10 al 20%, podemos ratificar que el 35% (7 sujetos) de la muestra estudiada se encuentran dentro del promedio y un 45% (9 sujetos) de la investigación por encima de este.

- Por otro lado, en lo que a contenido animal refiere, tomamos en cuenta la excelente adaptación a las normas sociales desde el punto de vista intelectual. Fundamentando nuestro estudio en el promedio normal de respuestas contenido humano que comprende del 21 al 50%, podemos ratificar que el 60% (12 sujetos) de la muestra estudiada se encuentran dentro del promedio y un 40% (8 sujetos) de la investigación por encima de este.

3. RELATIVAS A LA HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA:

- En la etapa oral, que comprende el primer estadio del desarrollo psicosexual, fueron destetados dentro del tiempo estimado, después de una adecuada gratificación, lo que posiblemente ha generado la regresión como mecanismo de defensa. Tal como podemos apreciar en el 90% (18 sujetos) de la muestra estudiada.
- En la etapa anal, que comprende el segundo estado del desarrollo psicosexual, algunos usuarios controlaron el esfínter a partir de los 5 años, desarrollando una fijación anal retentiva. Manifestandose en el 35% (7 sujetos) de la muestra estudiada.
- Por otro lado, existen determinantes que influyeron negativamente en el desarrollo psicoafectivo de los pacientes, sobre todo en la relación con sus padres en la niñez, encontrando en el estudio los siguientes resultados: el 45 % de los sujetos fueron sobreprotegidos, el 35 % crecieron sin padre y el 30 % sin madre.
- Existe un factor hereditario que predispuso a los usuarios a incurrir en el alcoholismo, donde sus padres tuvieron y tienen la misma patología. Como podemos observar en el 65% (13 sujetos) de la muestra estudiada.

- También, se puede apreciar que el 75% (15 sujetos), iniciaron el consumo entre los 13 – 15 años de edad y la edad promedio de inicio de consumo de acuerdo al estudio es de 15.6 años de edad.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, P. *Comparación del Rorschach y síntesis cognitiva variables del Test*. Paris-Francia. Edit. Palais de L'Unesco. 1990.
- BADILLA, Raquel; & JORQUERA, Cristián. *Manual Test de Rorschach*. Barcelona-España. Edit. Siglo XXI. 2005.
- BELLAK, Leopoldo. *Test de Apercepción Temática, Test de Apercepción Infantil y Técnica de Apercepción para Edades Avanzadas: Uso Clínico*. México, D.F.-México. Edit. El Manual Moderno, S. A. 1996.
- BOULET, A; ORENS, E; & RANGER, P. *Le Test de Rorschach*. Louvain-Francia. Faculté de Psychologie, Université Catholique de Louvain. 1978. (Traducido del Francés por el Prof. Gerardo Peña Castro, para uso interno de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, UDA, Cuenca, 1997).
- BOHM, Eward. *Vademecum del Test de Rorschach Cuarta Edición*. Madrid-España. Edit. Morata. 1992.
- BACCA, Carlos. *Proyecto Hombre*. Bogotá-Colombia. Edit. Paulinas. 2006.
- BOHM, Eward. *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid-España. Edit. Morata. 1998
- EXNER, John. *Manual de codificación del Rorschach para el sistema comprehensivo*. Madrid-España. Edit. Prismática. 2007.
- FERNÁNDEZ, Pedro & PARDILLO, Jorge. *El Rorschach Una Versión Integradora*. La Habana-Cuba. Edit. Grava. 2008.

- FLACHIER, Jorge. *Test de Rorschach Manual de Interpretación*. Quito-Ecuador. Edit. PUCE. 1987.
- GOTI, Elena. *La Comunidad Terapéutica*. Medellín-Colombia. Fundación Hogares Claret. 2009.
- PORTUONDO, Juan. *Tablas de Respuestas para Calificar el Psicodiagnóstico del Rorschach*. Madrid-España. Edit. Biblioteca Nueva. 1970.
- RORSCHACH, Herman. *Psicodiagnóstico del Rorschach*. Buenos Aires-Argentina. Edit. Paidós. 1990.
- SZÉKELY, Béla. *Diccionario de Psicología General y Aplicada*. Buenos Aires-Argentina. Edit. Claridad. 1983.
- SENDIN, Bande. *Principios de interpretación del Rorschach: un manual para el sistema comprensivo*. Madrid-España. Edit. Prismática. 2005.
- SENDIN, Bande. *Manual de interpretación del Rorschach*. Madrid-España. Edit. Prismática. 2007.
- SZÉQUELY, Béla. *Diccionario de Psicología General y Aplicada*. Buenos Aires-Argentina. Edit. Claridad. 1983.
- TORO, Ricardo; & YEPES, Luis. *Psiquiatría*. Bogotá-Colombia. Edit. Corporaciones para Investigaciones Biológicas. 2004.
- TRAUBENBEG, Rausch. *La Práctica del Rorschach*. Madrid-España. Editor Pablo del Rio. 1977.
- VALLEJO, Julio. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona-España. Edit. BIGSA. 2011.
- WEINSTEIN, Ruth. *Apuntes para el Estudio del Test de Rorschach*. Madrid-España. Edit. Siglo XXI. 1999

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Historia clínica psicológica.....	1
Anexo 2 Hoja de registro del test de Rorschach.....	6
Anexo 3 Protocolo para localizar en área de las respuestas.....	8
Anexo 4 Psicograma.....	9
Anexo 5 Pauta para realizar el informe del test de Rorschach.....	10
Anexo 6 Caso Johnny.....	13
Anexo 7 Láminas del test de Rorschach.....	17
Anexo 8 Registro de imágenes.....	22

Vida Afectiva y Conyugal:

Historia Laboral

- **Rendimiento:** _____
- **Nivel Alcanzado:** _____
- **Remuneración:** _____
- **Gusto Laboral:** _____
- **Estabilidad:** _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS:

EXAMEN PSIQUIÁTRICO:

Apariencia física: _____

Forma de colaboración: _____

Expresión y lenguaje: _____

Estado de conciencia: _____

Atención: _____

Conducta motora: _____

Comportamiento: _____

Alteraciones del sueño: _____

Afectividad: _____

Sensopercepción: _____

Pensamiento y expresión: _____

Contenido del pensamiento: _____

Juicio Autocrítico: _____

Juicio Heterocrítico: _____

Estimación de la inteligencia de acuerdo al interrogatorio: Normal – Alta.

- *Numérica:* _____
- *Analogías:* _____
- *Similitudes:* _____
- *Interpretación de refranes:* _____

Orientación:

- *Tiempo:* _____
- *Espacio:* _____
- *Persona:* _____

Memoria:

- *Memoria a corto plazo:* _____
- *Memoria a mediano plazo:* _____
- *Memoria a largo plazo:* _____

Fabulación, fenómenos de lo ya visto, de lo ya vivido, fenómenos de lo nunca visto o jamás vivido: _____

Concentración y comprensión: _____

Voluntad: _____

Actividad: _____

Instintividad: _____

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I: _____

Eje II: _____

Eje III: _____

Eje IV: _____

Eje V: _____

ANEXO 2

HOJA DE REGISTRO DEL TEST DE RORSCHACH

NOMBRE Y APELLIDOS _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

PROFESIÓN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTUDIOS _____ EDAD _____

L	T Pos	Interpretaciones	Encuesta	L	D	C	A.C.

L	T Pos	Interpretaciones	Encuesta	L	D	C	A.C.

ANEXO 3

PROTOCOLO PARA LOCALIZAR EL ÁREA DE LAS RESPUESTAS

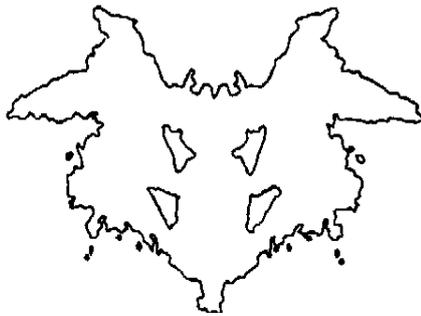


Lámina I

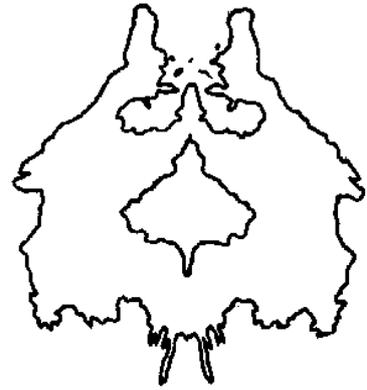


Lámina II

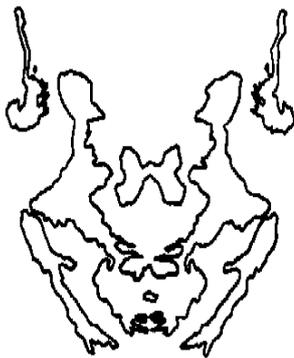


Lámina III

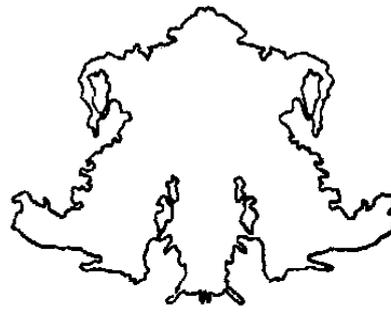


Lámina IV

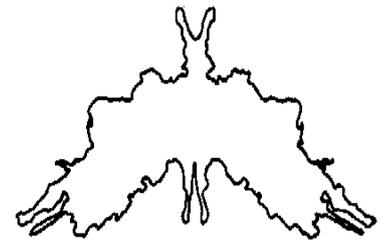


Lámina V

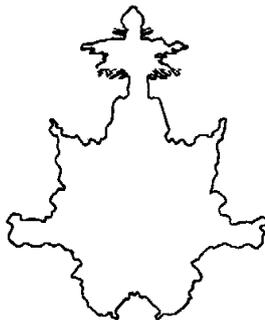


Lámina VI

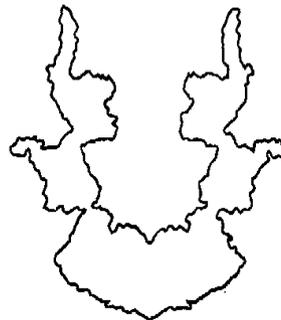


Lámina VII

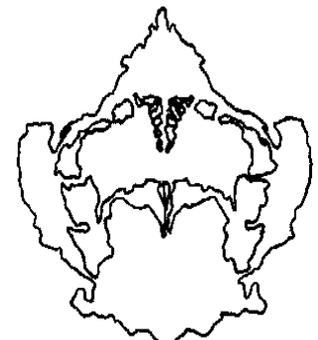


Lámina VIII



Lámina IX

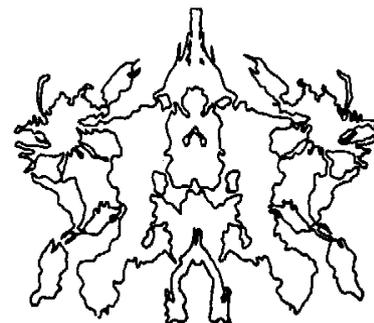


Lámina X

ANEXO 5

PAUTA PARA REALIZAR EL INFORME DEL TEST

(Material elaborado por Ps. Raquel Badilla Rodríguez y Ps. Cristián Jorquera Donaire)

1.1. ÁREA INTELECTUAL:

1.1.1. Capacidad Ideo asociativa:

Describir si se encuentra en los rangos normales o esperados, en relación al número de respuestas, si este se encuentra adecuado, disminuido o aumentado. Ello involucra capacidad de rendimiento, en tanto cantidad.

1.1.2. Tipo de Pensamiento:

- Se describe el T. A, obtenido, se describe las cualidades de las G, si es un modo de pensamiento preocupado por la generalización (G sencillas), si este es mediocre, pobre. Si es G combinatoria, es capaz de articular los diferentes componentes de la realidad, de un modo novedoso (asociado a espacio en blanco pequeño (Gs comb)).
- Las D dan cuenta del sentido común, de la adaptación social hacia el medio externo, del aprendizaje social y del acuerdo normativo que rige lo cultural, a si mismo aborda aspectos de pragmatismo y de lo concreto.
- También se deben describir las Dd, de aparecer en un protocolo, si están asociados a una buena calidad podrá indicar aspectos para la investigación aplicada, imaginación. En el caso contrario, es decir, si están mal vistas o muy aumentadas podría indicar aspectos obsesivos, colocando atención a aspectos nimios, poco importantes y/o relevantes para una situación, persecutorios o de suspicacia, poco contacto social o distante.
- Finalmente, se deben analizar las respuestas de espacio en blanco, las que de aparecer están asociadas a una de las anteriores respuestas. Indican

aspectos de Oposicionismo, de creatividad de poder apreciar lo cotidiano desde otro prisma de análisis.

1.1.3. Relación G:M (2:1)

Se debe analizar el tipo de G y el tipo de M encontradas, pues de su análisis dependerá esta relación.

- G: capacidad de iniciativa, planificación, motivación de logro, colocarse metas altas (G comb y N ° R).
- M: capacidad de ejecución, talento, creatividad, potencial de ejecución, condiciones intelectuales. Analizar si estas son M : activas, pasivas, o bloqueadas (para ver de que tipo es esta capacidad antes descrita).

1.1.4. Control Cognitivo: F %, F +%, F % Ext, F +% Ext:

El índice F %, indica la capacidad de control racional del pensamiento. El Índice F +% señala la exactitud del examen de realidad (juicio de realidad). El F % ext, muestra los esfuerzos de control racional al intervenir los afectos y el mundo interno. Finalmente el F + % ext, indica el éxito de dicho control racional, al incluir la vida afectiva y el mundo interno (sentido de realidad).

1.1.5. Calidad y variedad de Contenido:

Además de aparecer los contenidos esperados como H, A, se analizan los otros contenidos y como se presentan estos (por ejemplo Ad, Hd, (Ad), (A), etc.), que en definitiva da cuenta de sus intereses (también considerar los valores esperados que obtiene el evaluado en relación a lo esperado).

1.1.6. Presencia de Indicadores Psicopatológicos:

Se deberá observar si aparecen en el protocolo indicadores como las G contaminadas, G comb. G confabulatorias, D oligofrénico, F spoiling, fenómenos especiales.

1.1.7. Índice de Realidad: Láminas III, V, VIII, y X.

2. ÁREA AFECTIVA:

- Tipo Vivencial M:C: Análisis del T.V. Obtenido, examinando como fueron sus respuestas (calidad formal), que tipo de respuestas, es decir el tipo de M (pasiva, activa, bloqueada, etc.), y que respuestas de FC, CF y C se encontró.
- Estabilidad Interna; M:FM + m: analizar la relación cada respuesta por separado.
- FC:CF:C: Analizar la relación y la proporción encontrada por separado.
- FC, CF, C: FC', C'F, C': Relación entre las respuestas cromáticas y acromáticas. Examinar cuales se encuentran aumentadas y cuales disminuidas. A si mismo el RLC%, el porcentaje de respuestas a las láminas colores.
- Describir y analizar las respuestas de clarooscuro obtenidas.
- Analizar la presencia de indicadores de adaptación/inadaptación afectiva.
- Revisar y analizar la presencia de indicadores de angustia (m, K, k y los diferentes tipos de angustia).
- F + % (F + % ext) control y éxito en el manejo de los impulsos.
- F % (F % ext) control cognitivo de los impulsos.
- Revisar presencia de indicadores psicopatológicos.

3. ÁREA DE RELACIONES INTERPERSONALES:

Interacción con los otros: Tipo Vivencial y las H %, M, FC, Fc, S.

Presencia de indicadores cualitativos (tipo de M, H)

Adaptación social: D, respuestas P, A % y S % y T.V.

ANEXO 6

CASO JOHNNY

INFORME CLÍNICO PSICOLÓGICO

Nombre Johnny **Fecha de nacimiento** 18-04-1985

Instrucción Superior **Remitido por** Ps. Fabián Gonzales

Analizado por Alexander Padilla-Andrés Vidal **Fecha de análisis** 12-08-12

Johnny, de 26 años nace en cuenca, vive en unión libre y de religión católica. Es profesor de educación básica y con un nivel de instrucción superior. Ingresa a la comunidad terapéutica “COTEMUAZ” de manera voluntaria por consumo excesivo de alcohol. Atribuye la causa de su consumo a su baja autoestima y problemas con su pareja. La fuente de información es de origen mixta confiable.

El consumo inicia a los 13 años y va aumentando progresivamente hasta llegar a generar dependencia. Debido al consumo ha tenido problemas laborales, familiares y pese a estos problemas existe un consumo continuo de la sustancia. Existe una disminución significativa de actividades sociales, deseo frecuente de querer parar el consumo pero sin lograrlo, al momento de su ingreso presenta un síndrome de abstinencia y manifiesta que consumía cantidades mayores para llegar al mismo efecto. Por otro lado, es una persona que se cree especial y que los demás están subordinados a él ya que el está en otro nivel superior, cree que los demás le envidian lo piensa que el requiere una admiración excesiva.

Nace por parto normal. Enuresis hasta los 5 años, terrores nocturnos, tendencia a la mentira y al robo. La relación con sus padres fue mala ya que recibió maltrato por los mismos. Su hermano mayor también lo maltrataba. Su madre lo abandono desde muy pequeño, su padre es un alcohólico en recuperación. Recibió mucho maltrato psicológico por parte de su madrastra. Se crio con sus abuelos paternos.

De niño era tímido con baja autoestima y problemas de relacionarse. Inicia la primaria a los 6 años y de buen rendimiento escolar. En la pubertad no recibió la información de los cambios en la adolescencia por lo cual vivió la crisis de manera distorsionada. Jugaba a consumir alcohol imitando a su padre y tío. Su problema de autoestima lo superaba con el consumo.

Vive en unión libre luego de un año de noviazgo, pareja dominante y ha tenido varias relaciones extramaritales y ella tiene un hijo con él y dos fuera del matrimonio. No se siente a gusto con su pareja actual.

En su vida laboral tiene problemas debido al consumo de alcohol ya que su trabajo está en riesgo. Por otro lado, un tío abuelo y su padre son alcohólicos lo cual le predispone a la patología.

En cuanto al examen mental: Usuario vestido de acuerdo a edad y sexo, alineado. Colabora durante la entrevista y el test. Consciencia lúcida. Atención normal. Comportamiento reflexivo y pasivo. Ansiedad expectante. Existe fuga de ideas. Existe sentimiento de culpabilidad. Inteligencia normal de acuerdo a la entrevista. Orientado en tiempo, espacio y persona. Memoria normal. Abulia y es sugestionable.

ANÁLISIS DEL TEST DE RORSCHACH

ÁREA INTELECTUAL:

Capacidad Ideo Asociativa:

Numero de respuestas: Se encuentra en el rango normal con una buena capacidad de rendimiento.

Tipo de Pensamiento:

G: Existe una capacidad intelectual normal.

D: Manifiesta poco gusto por lo concreto y sentido.

Dd: Es una persona que carece de espíritu de minucia.

Dbl: Se puede apreciar una tendencia a la oposición, como un signo de agresividad reprimida.

Relación:

G: Existe una muy buena iniciativa a la planificación con una capacidad de lograr metas altas.

K: Tiene una buena capacidad intelectual creadora. Además, cierto grado de madurez, estabilidad interior y aceptación de su mundo interno.

Control Cognitivo:

F+ %: Falta de control de pensamientos, mala capacidad de observación.

F%: Son personas indóciles e histéricos.

Calidad y variedad de contenido:

A: Se caracterizan por ser personas normales de inteligencia media.

H: Manifiesta un interés por los demás y por sí mismo.

ÁREA AFECTIVA:

T.R.I. (Tipos de Resonancia Íntima):

Es un tipo *introversivo mixto*, es decir, cuya reacción es más impulsiva, es el caso de sujetos muy centrados en sí mismos pero que pueden tener incidentes explosivos.

K, F+%, F%: Se puede apreciar una capacidad de control de emociones e impulsos, de estabilidad interior y sublimación; pero con un control inteligente, racional equilibrado sobre las emociones. Por otro lado, es una persona indócil e histérico con talento artístico.

C, FC, CF: Se puede apreciar un control racional sobre las emociones.

ÁREA DE RELACIONES INTERPERSONALES:

Interacción con los otros:

Son sujetos muy centrados en sí mismo pero que pueden tener incidentes explosivos. Presenta un interés por los demás y por sí mismo ya que tiene una buena capacidad intelectual creadora, cierto grado de madurez, estabilidad interior y aceptación de su mundo interno. También existe un control racional sobre las emociones.

Presencia de indicadores cualitativos:

Su inteligencia creadora le lleva a una estabilidad interna y a sublimar en un interés por los demás y por sí mismo.

Adaptación social:

Es una persona con poco gusto por lo concreto y bajo buen sentido, más centrado en lo abstracto y fantasioso. Se identifica con la manera del pensamiento común y vive sin excesivos contrastes con la opinión corriente, por ende una buena integración al orden del grupo; además, una excesiva sujeción y aceptación pasiva a las normas sociales con falta de libertad individual.

ANEXO 7

LÁMINAS DEL TEST DE RORSCHACH



LÁMINA I

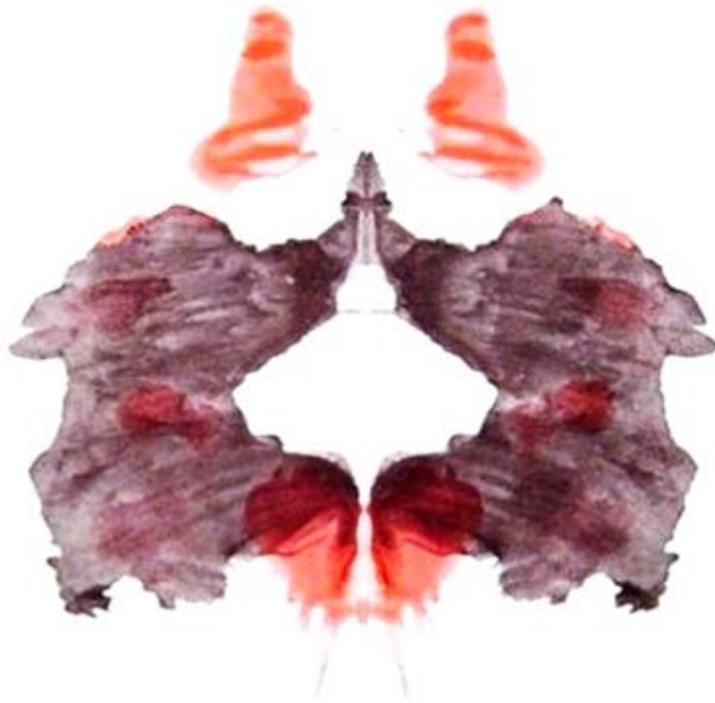


LÁMINA II



LÁMINA III



LÁMINA IV



LÁMINA V

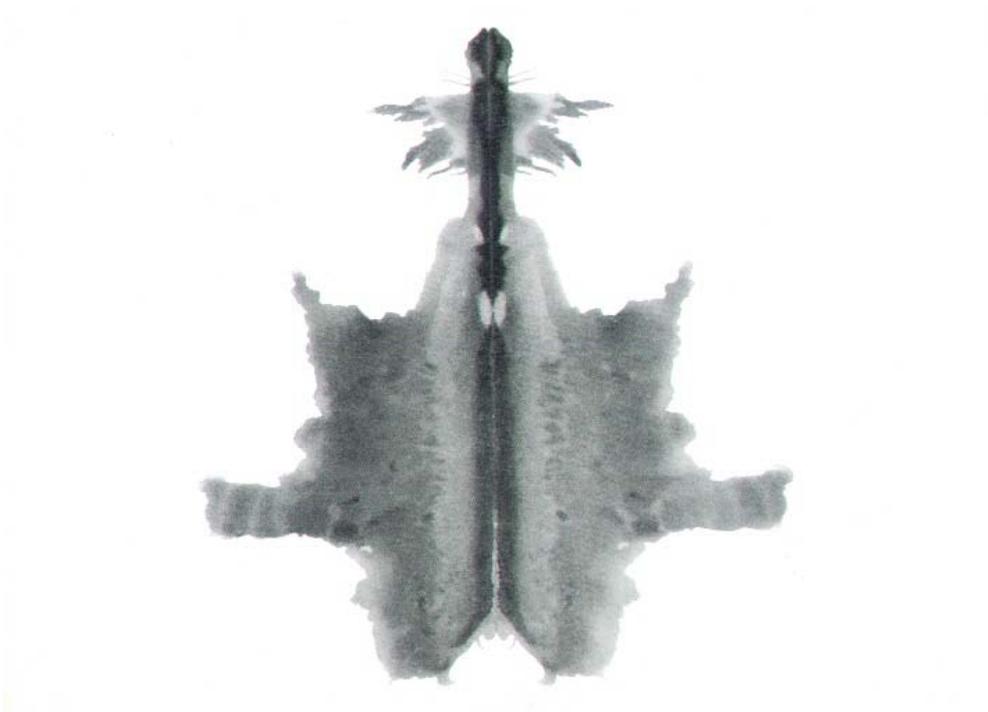


LÁMINA VI

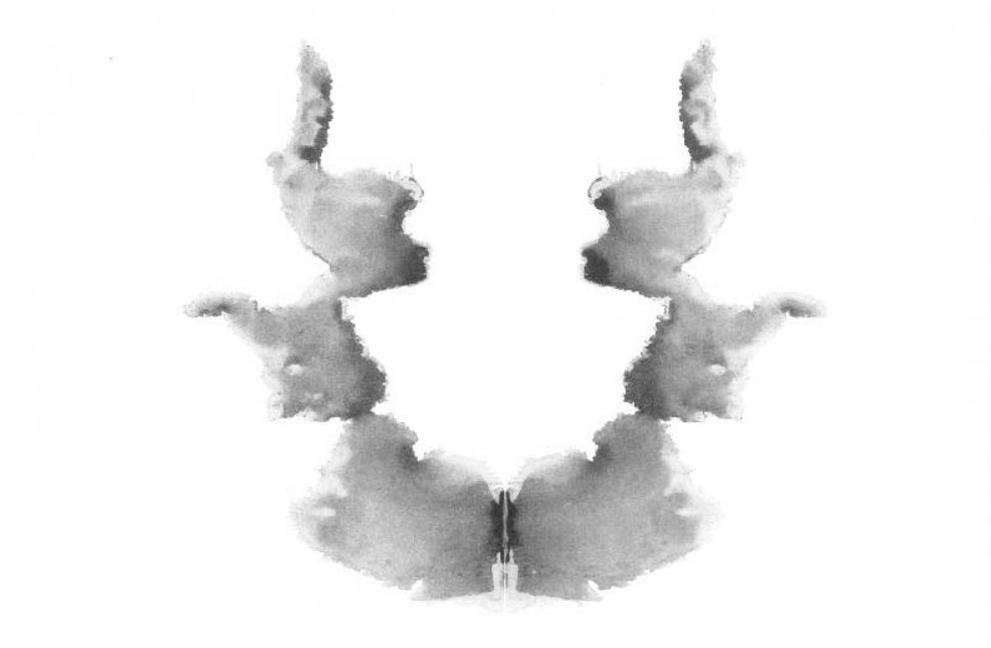


LÁMINA VII



LÁMINA VIII



LÁMINA IX



LÁMINA X

ANEXO 8

REGISTRO DE IMÁGENES



Elaboración de Historia Clínica Psicológica



Entrevista Psicológica



Elaboración de la encuesta del Test del Rorschach



Aplicación del Test de Rorschach



Psicoeducación con las familias



Trabajo educativo con el grupo de usuarios