



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

**DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA CALIDAD DE
LAS RELACIONES OBJETALES Y EL PROCESO
TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE LAS RESPUESTAS
AL TEST DE RORSCHACH**

**Autora: Ana Fernández-Manchón García
Directora: Dra. M^a Ángeles Quiroga Estévez
Tutor: Dr. José A. Gutiérrez Terrazas**

Madrid 2007

*A la memoria de mi padre,
que me desafió a hacer la tesis en la madurez.*

*Y a la memoria de mi madre,
que jamás dudó de que lo conseguiría.*

AGRADECIMIENTOS

Aunque tengo el honor de firmar como única autora de esta tesis, son muchas las personas que han participado de muy diferente modo en su realización y les debo un reconocimiento y toda mi gratitud:

A las 92 personas que anónimamente configuran el grupo de estudio y otras tantas que no formaron parte de él por diferentes causas, porque ofrecieron generosamente los datos de sus procesos terapéuticos con el deseo de contribuir a aliviar en el futuro la aflicción de otros.

A la Dra M^a Ángeles Quiroga, porque sin su dedicación esta tesis no sería más que una declaración de buenas intenciones. Ella ha dirigido con paciencia, rigor y meticulosidad todo el trabajo de investigación, respondiendo a cada una de mis dudas, corrigiendo todos los borradores, alentándome en los vacíos metodológicos y sorprendiéndome con su arte para interpretar datos y traducirlos en afirmaciones congruentes. Le agradezco especialmente su respetuosa actitud ante mis irregulares ritmos de trabajo y la oportunidad que me ha brindado para aprender de los errores.

A José Choza Armenta, con quien tengo la fortuna de compartir la consulta y la mejor de las amistades, por haber realizado generosamente la codificación paralela, contribuyendo con sus dudas y planteamientos, con su buen humor y su disponibilidad, a que el trabajo fuera inteligible y cercano.

A mi amiga y colega Adela Despujol, que ha participado en la estructuración de la tesis, en la definición del problema y en la revisión literaria, planteándome nuevas cuestiones y sugerencias acertadísimas. A su esposo, el Dr. H. Cairo, debo toda la información relativa al doctorado.

A la Dra. Concepción Sendín, quien me enseñó casi todo lo que sé sobre Rorschach. Siempre ha tenido un rato para atender planteamientos, corregir trabajos, ayudar en mi labor didáctica o, como en este caso, orientarme adecuadamente en el proyecto de tesis.

Al Dr. José Gutiérrez Terrazas, por su disponibilidad y por todas las facilidades que me ha dado, tanto académicas como administrativas, para realizar el doctorado y el trabajo de investigación.

A Javier Pérez Seco, Susana Virano y Marie D. Girard, mis maestros, les agradezco el arte y la humanidad que mostraron a la hora de enseñarme lo que hay dentro y fuera de la enfermedad mental.

Al doctor Alejandro Rocamora que, además de un gran compañero durante muchos años, fue quien me puso en contacto con el Teléfono de la Esperanza de Madrid, donde atendí a un grupo de las personas que participaron en el estudio y donde encontré buenos amigos.

Ascensión Belart, Carmen Conde-Pumpido, Ángel Chamarro, Susana Chillida y Victoria Cifre han contribuido con su cálida amistad a que me sintiera bien acompañada para que este trabajo llegara a buen puerto.

A Felicidad Pérez de Azpeitia, que me cree mucho mejor de lo que soy, le agradezco todo el afecto y la ilusión con que ha seguido el curso de la tesis.

A mis hermanos, que hacen tan llevaderas las situaciones críticas, y especialmente a M^a José, que pone tanto corazón al escucharme. Por haber seguido de cerca mi trabajo y por haberme alentado en los momentos difíciles, aportando todo el calor que sólo ellos saben dar.

A mis hijos, por haber participado tan activamente en esta empresa, enseñándome toda la tecnología que cabe en mi cabeza, resolviendo apuros informáticos a horas intempestivas, encontrando programas increíbles, discutiendo mis planteamientos, ofreciendo soluciones creativas y alternativas juiciosas. Sus risas han constituido el mejor antídoto contra la desazón y los contratiempos.

Todo lo que resta, el aliento, la confianza, el desafío, la pasión y la ternura ha venido de la mano de Manuel, compañero de tantos recorridos.

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CUESTIÓN	5
1.1. RELACIONES OBJETALES	7
1.1.1. El concepto de Relación Objetal	7
1.1.2. Perspectivas teóricas de las Relaciones Objetales: de Freud a Kernberg.....	9
1.2. EL PROCESO TERAPÉUTICO.....	12
1.2.1. La psicoterapia de orientación psicoanalítica.....	12
1.2.2. La alianza terapéutica y el cambio psíquico.....	12
1.2.3. Las relaciones objetales: un elemento clave en el cambio psicoanalítico	15
1.2.4. La investigación en psicoterapia psicoanalítica	16
1.3. EL PSICODIAGNÓSTICO RORSCHACH Y LA EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES OBJETALES.....	19
1.3.1. Naturaleza perceptiva y proyectiva del Psicodiagnóstico Rorschach	19
1.3.2. La evaluación clínica: aspectos transferenciales e interrelacionales.....	21
1.3.3. Algunas consideraciones sobre la validez del Rorschach	22
1.3.4. El Rorschach, un instrumento multidimensional de utilidad clínica.....	23
1.4. LA EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES OBJETALES Y DE LA PSICOTERAPIA CON EL TEST DE RORSCHACH.....	27
1.4.1. Un instrumento perceptivo, representacional e interrelacional	27
1.4.2. La Teoría de las R. O. de Kernberg y su aplicación al Rorschach	28
1.4.3. Las representaciones objetales y el Rorschach: estado de la cuestión.	29
1.4.3.1. Investigaciones de la Universidad de Michigan.....	31
1.4.3.2. Investigaciones de la Universidad de Yale.....	35
1.4.3.3. Escuela francesa	38
1.4.4. Utilización del Rorschach para predecir cuándo una persona puede beneficiarse de una psicoterapia.....	41
1.4.5. Rasgos de personalidad y continuidad de las psicoterapias	43
1.4.6. Planteamiento de la investigación.	47
1.4.6.1. Las R.O. en el proceso terapéutico como objeto de estudio.....	47
1.4.6.2. Un instrumento de medida multidimensional	49
1.4.6.3. Singularidad del diseño de investigación	51
1.4.6.4. Resumen de la revisión bibliográfica	55

CAPÍTULO 2. ESTUDIO EMPÍRICO	56
INTRODUCCIÓN.....	56
2.1. OBJETIVOS DE TRABAJO	58
2.2. PARTICIPANTES.....	60
2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	62
2.3.1. Análisis cualitativo: Escala de Mutualidad de la Autonomía.....	62
2.3.2. Análisis estructural: agrupaciones de variables.....	67
2.4. MÉTODO Y PROCEDIMIENTO	74
2.5. OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES	76
2.5.1. Variables independientes.....	76
2.5.2. Variable dependiente	78
2.6. RESULTADOS	85
2.6.1. Fiabilidad interjueces	85
2.6.2. Chequeo previo.....	87
2.6.3. Referidos a la hipótesis.....	89
2.6.3.1. Perspectiva dinámica: resultados.....	89
2.6.3.2. Perspectiva estructural: resultados	89
2.6.3.2.1. Estilo Vivencial	90
2.6.3.2.2. Autopercepción	91
2.6.3.2.3. Percepción Interpersonal	96
2.6.3.2.4. Recursos psicológicos	99
2.7. DISCUSIÓN	104
2.8. CONCLUSIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXO.....	134

INTRODUCCIÓN

Winnicott decía que la investigación psicoanalítica suele ser, en cierta medida, un intento por parte del analista de llevar el trabajo de su propio análisis más allá del punto al que su propio analista pudo conducirlo. No creo que esta tesis sea una excepción, pero la motivación inicial y manifiesta de esta investigación ha nacido de la práctica clínica y con la finalidad de optimizar los recursos inherentes al ejercicio de la psicoterapia. Cada proceso terapéutico es una empresa única y arriesgada, a menudo oscura y cualquier hito que marque el camino o que ofrezca algo de luz es siempre bienvenido.

Desde la orientación psicodinámica en la que trabajo he observado, como tantos otros colegas, los distintos ritmos de evolución de los pacientes en sus procesos psicoterapéuticos. Es sorprendente la rapidez y diligencia con que algunas personas comienzan a obtener éxito en su tratamiento si se les compara con otras que, presentando un trastorno similar o un grado de malestar semejante, requieren a veces varios años de intervención para conseguir un resultado provechoso. Algunas, incluso, llegan a abandonar precipitadamente el tratamiento.

Salvando las naturales diferencias individuales y las circunstancias que rodean cada intervención, he intentado verificar si esa observación no es más que una percepción subjetiva del quehacer profesional o si responde a un hecho observable y predecible, del que se puede obtener un conocimiento interesante y aplicable al trabajo clínico. La pregunta es si existen diferencias psicológicas en los pacientes que puedan predecir la calidad e intensidad de la psicoterapia que realizarán posteriormente.

La investigación arranca en el área de interacción que existe entre el sujeto y sus objetos, lo que constituye una tarea compleja en la medida en que ambos conceptos, sujeto y objeto, resultan indisolubles e interdependientes. El primer obstáculo planteado ha sido cómo abordar el acontecimiento que tiene lugar entre los protagonistas de la relación sin interrumpirlo, sin “des-animarlo” con la disección investigadora. La siguiente dificultad ha consistido en describir la dinámica de esta interrelación sin apresarla y paralizarla, desnaturalizándola. Porque una descripción detallada de los componentes no brinda un conocimiento certero de su naturaleza, al igual que la composición de las notas musicales resulta insuficiente para definir una melodía, o las emociones que despierta en quien la escucha.

Centrando y cribando la tarea hasta ceñirla al estudio de la relación terapéutica y, más aún, a la relación que una persona es capaz de establecer con un futuro terapeuta, pensé que se podría obtener algún indicio de lo que ocurre entre el sujeto y sus objetos y conocer algo más acerca de la probabilidad de que los tratamientos psicológicos resulten provechosos a quienes los inician. Esto me llevó al estudio de las Relaciones Objetales, en tanto configuran los patrones de interacción de un sujeto (con su mundo interno y con su entorno) y supuestamente determinan el tipo de relación terapéutica que puede llegar a establecer si comienza una psicoterapia. Es decir, conociendo de antemano la calidad de las relaciones objetales de una persona que consulta, se podría predecir de algún modo la calidad e intensidad de la psicoterapia que llegaría a realizar. Esto no sólo permitiría determinar las probabilidades de abandono, como otros estudios han conseguido predecir, sino también informar de los procesos y fenómenos que desde el paciente pueden facilitar o dificultar el trabajo terapéutico.

El estudio de las Relaciones Objetales requiere un instrumento que permita evaluar tanto aspectos formales del funcionamiento psíquico como elementos inconscientes, por lo que se ha utilizado el Psicodiagnóstico de H. Rorschach. Además de ser una prueba perceptiva, proyectiva y de resolución de tareas, es un instrumento de naturaleza interpersonal. La aplicación de esta técnica supone una interacción con otro sujeto (el examinador deviene objeto y sujeto a la vez), presentándose así la oportunidad de observar “*in vivo*” la naturaleza de la interacción. Al menos una parte de ella puede desprenderse del análisis cualitativo de las respuestas y las observaciones pueden ser registradas mediante métodos estandarizados. En cualquier caso, quedan implicados tanto los pacientes como los terapeutas.

Sin embargo, intencionadamente se ha dejado en suspenso la parte correspondiente al examinador, no por ser de poco interés, que lo tiene y mucho, sino por la complejidad que exigiría la tarea adquiriendo dimensiones inabarcables para los recursos realmente disponibles. Fijando las variables “examinador” y “psicoterapeuta”, se ha intentado hacer más accesible el objetivo, pudiendo obtener algunos datos acerca de las posibilidades de cambio de las personas que consultan por dificultades psicológicas.

La tarea no ha resultado fácil, pero solo el trayecto ha merecido la pena. Espero que los resultados derivados de esta investigación sean igualmente útiles para otros clínicos e investigadores.

CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En este capítulo se ofrece un resumen de las aportaciones teóricas y empíricas que han dado lugar a esta tesis. Los tres primeros apartados conforman el marco teórico en el que se desarrolla el trabajo; la última parte es una síntesis de las investigaciones existentes sobre el tema que dan lugar al planteamiento de la investigación.

Comienza con una descripción conceptual, histórica y operativa de las relaciones objetales y de la teoría psicoanalítica que las enmarca, analizando los elementos que las componen y las características de su formación y desarrollo en cada sujeto. Se señala su valor en la práctica clínica, como patrón de interacciones con el entorno y guía de las relaciones interpersonales, razón por la que han sido seleccionadas como variables en el estudio de la implicación de los sujetos que se dirigen a un posible tratamiento psicológico. Se hace hincapié en su constitución dentro del seno de una *relación-conotro*, analizando las representaciones que las constituyen y considerando los procesos proyectivos e introyectivos que las generan.

Continúa el capítulo con una definición del proceso terapéutico, o más bien de la psicoterapia de orientación dinámica, línea de trabajo y marco teórico que enmarca tanto el psicodiagnóstico como las intervenciones de todos los sujetos que componen el grupo. El apartado relativo a la alianza terapéutica es algo extenso porque intenta reflejar un factor determinante de la intervención, aunque en sí mismo no es objeto de este estudio. Ya se ha advertido que únicamente se considerará una parte de este elemento, correspondiente al sujeto que consulta, dejando en un aparte a la figura del profesional.

Después de señalar cómo la internalización de la relación terapéutica modifica la estructura interna del paciente, se analiza este cambio psíquico: representaciones mentales que se modifican y constituyen nuevas relaciones de objeto más sofisticadas, flexibles y completas, que facilitan al sujeto un ajuste más saludable y eficaz y una concepción más coherente de sí mismo y de los demás.

Se plantea a continuación la necesidad de valorar estos cambios y con ello las dificultades que conlleva la investigación de la psicoterapia psicoanalítica y la utilización del Rorschach para facilitar la investigación de la configuración psicológica

de los examinados, en tanto que recoge información estructural, dinámica e interrelacional, de su personalidad.

Es una técnica que todos los profesionales de la salud mental conocen, en mayor o menor medida y se hace innecesaria una descripción minuciosa. Nos limitaremos a reflejar su calidad como instrumento multidimensional, su naturaleza simultáneamente perceptiva, proyectiva y de resolución de tareas. Como es una técnica que ha suscitado -y sigue suscitando- mucha polémica en torno a su validez, se aporta un resumen de los estudios empíricos realizados al respecto.

En el último apartado comienza la investigación propiamente dicha, planteando la utilidad y validez del Rorschach primero como instrumento evaluador de las relaciones objetales y después como predictor del curso de las psicoterapias, reflejando investigaciones previas que se han realizado en ambas áreas, destacando los principales grupos investigadores americanos y europeos. Se resumen a continuación la utilización del Rorschach para predecir cuándo una persona puede beneficiarse de una psicoterapia, así como los estudios sobre la incidencia de los rasgos de personalidad en el curso de los tratamientos, siguiendo los principales trabajos publicados que han determinado el planteamiento de esta tesis doctoral. Se señala la ausencia de estudios empíricos acerca de la influencia de las relaciones objetales sobre la implicación en el tratamiento, reflejándose los supuestos teóricos básicos que definen la propuesta de investigación.

1.1. RELACIONES OBJETALES

1.1.1. El concepto de Relación Objetal

Hay muchas maneras de valorar las posibilidades de cambio que puede experimentar una persona que se somete a una intervención terapéutica, dependiendo del modelo teórico del evaluador. Por ejemplo, se puede examinar la flexibilidad cognitiva del sujeto, su capacidad para ponerse en el lugar del otro, el grado de psicopatología que sufre o su motivación para reducir la ansiedad, entre otras variables. En este trabajo se han elegido las Relaciones de Objeto porque comprenden elementos estructurales y dinámicos del funcionamiento psíquico, determinan la concepción que cada persona tiene de sí misma y del mundo que le rodea, influyendo en sus interacciones con los demás y, además son modificables y evolucionan con una adecuada intervención terapéutica. Así que en esta investigación, enmarcada en la Teoría Psicoanalítica de las Relaciones Objetales, se examinará la calidad de las relaciones objetales de los sujetos para inferir el tipo de relaciones interpersonales que pueden llegar a establecer, entre las que se encuentra la relación con un posible terapeuta.

Por Relación de Objeto se entiende, siguiendo a Laplanche & Pontalis (1968), *“el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes”* (pág. 359). Según estos autores, existen diferentes tipos de relación objetal, según el tipo de patología (narcisista, melancólica, anaclítica), del momento evolutivo del sujeto (oral, anal, fálica, total, parcial) o de la función que cumplen (persecutoria, aseguradora).

Las relaciones objetales determinan mecanismos defensivos correspondientes, así como una estructura y grado de desarrollo del yo. Por eso son definitorias de la *evolución de la personalidad* del sujeto, tanto a nivel del desarrollo como si hay fallas o distorsiones en el mismo (patología).

Es destacable la vertiente *interrelacional* de las relaciones de objeto, que no deben ser confundidas con las relaciones reales que cada persona sostiene con su entorno. Por esta razón, deben estudiarse esencialmente a nivel de la fantasía, si bien

ésta puede incidir en la aprehensión de lo real y, en consecuencia, modificar los actos que derivan de ello.

S. Freud apuntó la primera definición de objeto, identificándolo como el destino de las pulsiones del sujeto. S. Ferenczi, tiempo después, planteó cuestiones polémicas respecto al destino de la pulsión y centró el devenir psíquico en la interacción entre el sujeto y sus objetos. Muchas de estas cuestiones retornaron en la obra de una serie de autores, tales como K. Abraham, M. Balint, R. Fairbairn, H. Guntrip, D. Winnicott, M. Khan, H. Kohut y O. Kernberg, entre otros. El conjunto de las aportaciones teóricas y técnicas de todos ellos pasó a conocerse con el nombre de Teoría de las Relaciones Objetales.

Desde esta teoría se considera que el ser humano se mueve por una necesidad primaria de relación y no simplemente por fuerzas impersonales –pulsiones- a la busca de descarga. Aquí el objeto de la relación no es indiferente ni intercambiable y su naturaleza y componentes afectivos constituyen los cimientos sobre los que se estructura y desarrolla la personalidad del sujeto. El aparato psíquico surge y opera a partir de la internalización de estas relaciones y no de la dinámica establecida entre las pulsiones y las defensas organizadas para evitar su descarga.

La Teoría de las Relaciones Objetales concede gran importancia a las interacciones que se dan entre sujeto y objeto desde el comienzo de la vida, pero insiste en que las relaciones objetales posteriores también influyen en el funcionamiento psíquico del sujeto. Esta aportación tiene sus consecuencias tanto en la teoría de la técnica psicoanalítica como en los posteriores abordajes del psicodiagnóstico, desde el momento en que la relación analista-paciente o examinador-examinado implica también una relación objetal, donde el profesional figura simultáneamente como objeto y sujeto de la relación.

Las características del clínico (bien sea examinador o analista) y del contexto de la relación terapéutica/psicodiagnóstica (espacio, tiempo, consigna, etc.) tienen un efecto trascendente sobre las reacciones transferenciales del paciente y sobre todo el proceso diagnóstico y terapéutico. De hecho, la teoría psicoanalítica vincula los cambios estructurales ocurridos en el tratamiento a la internalización que el paciente hace de la alianza terapéutica. Veamos cómo se han abordado estos conceptos a lo largo de la historia del psicoanálisis.

1.1.2. Perspectivas teóricas de las Relaciones Objetales: de Freud a Kernberg

El concepto de objeto freudiano ha variado a lo largo de su existencia, pero esencialmente queda referido al punto de destino de las pulsiones, en torno al cual se establece y estructura el aparato psíquico del individuo. Las vicisitudes de las pulsiones internas del sujeto, su intensidad, movilidad, ligazones y defensas, determinarán la forma de ser del sujeto más que las circunstancias (objetos) que lo envuelven.

S. Freud describió la génesis de la pulsión en varios estados libidinales (*oral, anal y fálico*) que no siguen un desarrollo lineal. Pero también enunció un devenir pulsional en momentos estructurantes en función del tipo de “relación de objeto” (*narcisismo primario, narcisismo secundario y relación de objeto* propiamente dicha).

A partir de estas concepciones freudianas, se desarrollaron varias corrientes dentro de la teoría psicoanalítica. De una u otra manera, todas coinciden en el papel del inconsciente en el funcionamiento psíquico del sujeto y en la importancia del otro en la constitución del psiquismo humano. La Teoría de las Relaciones Objetales, es una de ellas.

Para Ferenczi (1909), el centro de toda psicología es la experiencia personal del ser humano, y ésta es siempre una experiencia de relación. Establece los cimientos de lo que más tarde se conoció como Teoría de las Relaciones Objetales. Por esta época se trataba la transferencia como un proceso unívoco del paciente, no un fenómeno que afectaba a dos sujetos. Era un fenómeno que había de resolverse para poder continuar con el verdadero objetivo del tratamiento. Ferenczi subraya el papel del analista en el establecimiento y desarrollo de la transferencia, enfatizando la *mutualidad* de la relación terapéutica y descubriendo la contratransferencia como un recurso técnico del psicoanálisis.

Esbozando la teoría de las relaciones objetales que más adelante reconsiderará la escuela kleiniana, Ferenczi considera la introyección en relación al objeto presente. K. Abraham lo concibe en relación al objeto ausente. M. Klein, que se analizó con los dos, recogerá más bien el concepto de Abraham.

Según Klein (1946), las relaciones de objeto existen desde el comienzo de la vida, siendo el primer objeto el pecho de la madre, que es escindido en un *pecho bueno* (gratificador) y un *pecho malo* (frustrador), conduciendo esta escisión a una separación entre amor y odio. Señala también el carácter narcisista de las relaciones que el niño mantiene con los objetos (vivos o inanimados) de los que tiene placer la libido, lo que no impide que el niño llegue a tener relaciones con la realidad.

De acuerdo con M. Klein, pero aportando una importante diferencia, O. Kernberg (1977) considera que las relaciones objetales se constituyen a partir de introyecciones e imágenes objetales. Su enfoque se centra en la construcción de representaciones intrapsíquicas diádicas y bipolares, imágenes de sí mismo (aquí se diferencia de la escuela kleiniana) e imágenes objetales que reflejan la primera relación madre-hijo y su ulterior desarrollo en relaciones externas interpersonales, diádicas, triangulares y múltiples de diferente calidad. Cuando las relaciones objetales internalizadas se integran y se forman las relaciones objetales totales se desarrollan, paradójicamente, las relaciones edípicas triangulares.

Según Kernberg, el análisis profundo del aparato mental desvela un complejo sistema de identificaciones y representaciones tanto internas como externas del sujeto, teniendo por unidad elemental la relación de objeto. Kernberg no habla tanto de construcción del yo o del superyo sino de constitución del *sí mismo*, como estructura resultante de la integración de múltiples autoimágenes y de las representaciones objetales u “objetos internos” resultantes, a su vez, de la integración de múltiples imágenes objetales con sus particulares contextos afectivos. Estas imágenes objetales, asociadas a sus contextos afectivos, constituyen los determinantes primarios de las subestructuras generales de la mente: ello, yo y superyo. A diferencia de M. Klein, considera que el yo no existe desde un primer momento, sino que se va generando a partir del caos de las primeras introyecciones.

Durante el breve período de caos y confusión, no se diferencian los objetos parciales externos positivos de sus representaciones mentales. Finalmente, la identidad, concebida como la describe Erikson (1956), representaría el máximo nivel de organización de los procesos de internalización, expresando el sentido de continuidad y síntesis del sí mismo.

Estos nuevos aportes basados en la estrecha interacción entre las relaciones de objeto tempranas y el desarrollo de las estructuras intrapsíquicas han hecho que la teoría psicoanalítica sea menos mecanicista y más vivencial. Según estas recientes formulaciones, las relaciones objetales se internalizan continuamente como parte del desarrollo de procesos de representación y llegan a formar parte de la estructura de la personalidad.

Indudablemente, estas aportaciones teóricas han tenido su repercusión en la metodología del psicodiagnóstico ofreciendo un soporte teórico a la evaluación sistemática de las representaciones objetales, del sí mismo, del concepto que el sujeto

tiene de los otros y de la naturaleza de sus relaciones interpersonales. La teoría de los tests psicológicos puede ampliar así su habitual centramiento en las estructuras yoicas, mecanismos de defensa y estilos cognitivos a otras consideraciones más amplias de constructos fenomenológicos, vivenciales y terapéuticos como son el self y las representaciones objetales. Una muestra de ello es la definición que Millon (1996) realiza de las representaciones de objeto, facilitando la comprensión de los aspectos cognitivos de la variable que será el eje de nuestra investigación. Este autor utiliza el concepto *representaciones objetales* en términos fenomenológicos, como modelos internos e inconscientes de percepción y cognición que se configuran como estructuras intrapsíquicas significativas, que categorizan y evalúan selectivamente las experiencias subliminales a la conciencia. Según Millon, estos modelos pueden mantenerse inactivos durante períodos de tiempo, pero toman fuerza cuando se estimulan con experiencias relevantes de la realidad. Al activarse, transforman lo que está ocurriendo en ese momento, de manera que cumple el modelo inconsciente que presupone y se espera.

Estas aportaciones teóricas nos permitirán abordar ya desde el psicodiagnóstico una serie de momentos y variables dinámicos que en términos de relaciones objetales tienen lugar en el paciente a lo largo de un proceso terapéutico. Describiremos a continuación lo que se entiende por psicoterapia de orientación psicoanalítica, que ha sido el modelo de proceso terapéutico aplicado a los sujetos que participan en esta investigación.

1.2. EL PROCESO TERAPÉUTICO

1.2.1. La psicoterapia de orientación psicoanalítica

La psicoterapia de orientación psicoanalítica se enmarca en la teoría y método psicoanalíticos, haciendo énfasis en el determinismo psíquico, en el papel del inconsciente (tanto en la motivación como en los conflictos) y en la psicopatología, partiendo de una concepción evolutiva de la personalidad. Se hace hincapié en la utilización de métodos y técnicas indirectas para obtener información acerca de los contenidos y procesos psíquicos internos del paciente, registrando sus cambios estructurales o dinámicos.

El medio donde se desarrollan los cambios propicios propios de una psicoterapia dinámica es la relación analítica o vínculo terapéutico, sin el cual es inviable cualquier modificación estructural de la personalidad del paciente. Dada la naturaleza interpersonal de este proceso, todos los aspectos transferenciales y contratransferenciales cobran una dimensión fundamental en el desarrollo de la intervención.

El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica es la construcción de una nueva identidad en el paciente, resultado de los cambios estructurales ocurridos en su aparato psíquico, que le permitirá afrontar con flexibilidad las demandas internas y externas de su vida cotidiana.

La estructura interna que el paciente desarrolla como resultado de la intervención psicoanalítica se va a constituir a partir de las nuevas representaciones objetales halladas dentro del marco terapéutico, dando como resultado una nueva identidad en el paciente. En palabras de Kavanagh (1985), la *internalización de la relación terapéutica* permite que el paciente desarrolle sus propias funciones protectoras positivas.

1.2.2. La alianza terapéutica y el cambio psíquico

Existe un consenso generalizado entre los clínicos acerca de que la calidad de la relación terapéutica determina el cambio psíquico del paciente (Horvath & Simons, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Piper, Ogrodniczuk & Joyce, 2004; Pushner, Bauer, Horowitz & Kordey, 2005), aunque aún no están bien identificados los factores que inciden en ello. No se sabe si es una buena alianza terapéutica lo que genera el

cambio o si es el propio cambio del paciente lo que desencadena una mejor relación terapéutica. Se han estudiado los factores demográficos, la motivación y las expectativas que el paciente tiene ante el tratamiento, así como la gravedad de los síntomas previos, sin hallar resultados concluyentes. Parece que son factores que intervienen, pero ninguno de ellos determina por sí mismo una buena alianza terapéutica (Puschner et al., 2005; Gibbons et al, 2003).

Sin embargo, los estudios que han investigado el desarrollo de la alianza terapéutica centrándose en el funcionamiento interpersonal, sugieren que la capacidad de vinculación (Mallinckrodt, Coble & Gant, 1995) o el apoyo social (Mallinckrodt, 1991) pueden influir en la alianza terapéutica. Y los trabajos centrados en las relaciones objetales del paciente (Piper, Azim, Joyce, McCallum, Nixon & Segal, 1991; Piper et al, 2004) son los que han mostrado mayor consistencia al confirmar la asociación existente entre la calidad de las relaciones objetales del paciente y la alianza terapéutica que posteriormente establecerá en su tratamiento. Todo ello, sumado a la experiencia derivada del trabajo clínico con las relaciones de objeto, ha conducido la investigación al estudio de este fenómeno en el proceso psicoterapéutico, en la medida en que condiciona el establecimiento de la alianza terapéutica y participa en el desarrollo del cambio psíquico.

Por otra parte, no es menos cierto que también el analista desarrolla una identidad nueva durante el proceso terapéutico, pues no es impermeable a las transacciones inconscientes de su analizado y en su persona tienen lugar, asimismo, fenómenos de introyección, proyección e identificación que modifican su estructura intrapsíquica a lo largo de la psicoterapia.

Acerca de la implicación inconsciente del analista en el proceso terapéutico existe abundante bibliografía. La literatura psicoanalítica está repleta de referencias a la idea de que la figura del terapeuta, como individuo, es inseparable del proceso terapéutico.

S. Freud es el primero que insiste, a lo largo de toda su obra, en la implicación del médico en el proceso analítico, llegando a establecer consideraciones y características específicas requeridas al analista para un efectivo desempeño de su trabajo y formulando la primera regla fundamental del psicoanálisis relativa a la neutralidad del analista. En 1912 propone la hipótesis de que el tratamiento psicoanalítico es una “comunicación de inconsciente a inconsciente”.

Ferenczi (1909) apoya los supuestos de su maestro aportando otras concepciones acerca de la figura del médico, concibiendo al analista como un catalizador, desencadenante de algo que ya está en el paciente. Señala la importancia de los aspectos reales, personales, del médico (sexo, etc.) y su influencia sobre la transferencia, llegando a un concepto fundamental en su obra, la *contratransferencia*. En esta línea, formula la segunda regla fundamental del psicoanálisis (Ferenczi, 1928) según la cual quien desee analizar a los demás debe primero ser él mismo analizado.

Ferenczi suponía que la introyección (fundamento de las representaciones y relaciones objetales) tenía lugar dentro del marco de la transferencia. La introyección favorece la identificación, en principio con los progenitores y posteriormente con otras figuras importantes para el sujeto. Para Ferenczi (1932) la situación analítica reproduce el trauma infantil, no porque el paciente recuerde, sino por la propia estructura de la situación analítica: un adulto (analista) frente a un niño asustado (paciente). En ambos casos, se trata de un adulto "que sabe" frente a un niño que pregunta, que "no sabe". La similitud entre la situación analítica con la situación infantil conduce a la repetición del trauma infantil en la que el analizado se identifica con el analista, se convierte en el niño seducido, distorsionado su deseo y su percepción por el deseo y percepción del analista.

Para alcanzar el verdadero objetivo de la cura será necesario, entonces, establecer un contraste, una diferenciación de tiempos y espacios llegando a la *resignificación* de las experiencias. Y esta resignificación solo puede alcanzarse dentro del campo relacional donde se desarrolla la transferencia.

Winnicott (1972) lo expresa a través de su teoría del objeto transicional, afirmando que la relación analítica configura un *espacio potencial* entre analista y analizado, espacio que facilita la génesis y reparación de objetos transicionales en el paciente.

Este campo relacional, marco de la relación terapéutica donde se conectan dos subjetividades, constituye la matriz del proceso terapéutico y es el crisol donde se verifica el cambio psíquico. Por esta razón nuestro trabajo se inicia en el escenario interpersonal de la situación diagnóstica. Se trata de un espacio relacional que activa las representaciones objetales del examinado y pone al descubierto sus patrones de interacción, tanto con su mundo interno como con el mundo exterior en el que vive inserto.

1.2.3. Las relaciones objetales: un elemento clave en el cambio psicoanalítico

El proceso de cambio psíquico implica modificaciones en las representaciones mentales que el sujeto tiene acerca de sí mismo, de los demás y de la realidad en la que se encuentra inserto. Dichas modificaciones constituyen relaciones de objeto diferentes, más sofisticadas evolutivamente, más completas y sujetas a una organización defensiva más eficiente y económica.

Las representaciones de los objetos que cada sujeto desarrolla en su interior dan lugar a las relaciones objetales y determinan el modo de interacción con su mundo (interno y externo), constituyendo una guía de actuación para el sujeto, influyendo en su percepción, sentimientos y en sus interacciones personales. Evolutivamente, se estructuran a lo largo del desarrollo resultando más complejas y sofisticadas para permitir la asimilación de nuevas experiencias. Las distorsiones, fallas o deterioros en su desarrollo definen modos de defensa ante la angustia que pueden estructurarse en sistemas defensivos organizados, dando lugar a los distintos tipos caracteriales y a las diferentes psicopatologías.

En la medida en que inciden en el tipo de vínculos que el paciente establece con los demás, condicionarán la relación terapéutica y su modificación y complejización serán resultado de la intervención. Si el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica es la adquisición de una nueva identidad para el paciente (y también, en cierta medida, para el terapeuta), las relaciones objetales juegan un papel clave en el proceso.

Aunque desde otros abordajes terapéuticos se puede intervenir clínicamente en las interacciones que el paciente sostiene con su entorno (familiares, grupos de referencia, etc.), incrementando su complejidad y calidad, si no se interviene para modificar las representaciones objetales del paciente, éste seguirá actuando de acuerdo a sus relaciones de objeto, como hacía antes de comenzar el tratamiento. El efecto terapéutico será parcial y es posible que no se mantenga con el tiempo.

La intervención terapéutica de orientación psicoanalítica modifica las representaciones de objeto del paciente, afectando a su estructura psíquica y atendiendo las necesidades que en sus déficits estructurales pueda presentar. Los cambios representacionales desencadenan nuevos procesos de identificación que facilitan, dentro del encuadre terapéutico, la consecución de una nueva identidad más equilibrada y flexible para el sujeto. Esto le permite afrontar nuevas y diversas experiencias, tanto respecto de sí mismo como del mundo que le rodea. Los cambios se producen a nivel

dinámico e inconsciente, a nivel emocional y a nivel cognitivo, verificándose un funcionamiento psíquico global más integrado y eficaz al término de la intervención.

Algunos autores (Kernberg et al, 1972; Horwitz, 1974; Kavanagh, 1985) consideran que estos cambios son básicamente una ‘reimpresión’ de las representaciones internalizadas que de sí mismo y de los objetos ha ido ‘imprimiendo’ el paciente durante su infancia.

En su trabajo sobre los cambios ocurridos en las relaciones objetales tras una intervención psicoanalítica o psicoterapéutica, Kavanagh (1985) confirmó que al término del tratamiento el paciente manifiesta cambios en sus representaciones objetales, que son más maduras evolutivamente hablando y mejor diferenciadas. El rastreo y registro sistemático de estos cambios constituye un objetivo prioritario en la investigación de los tratamientos psicoanalíticos, requiriendo una metodología singular para alcanzar resultados satisfactorios.

1.2.4. La investigación en psicoterapia psicoanalítica

La propia naturaleza del proceso psicoanalítico plantea grandes dificultades a quien intenta sistematizar una investigación acerca de sus cualidades, vicisitudes y cursos. En primer lugar, la singularidad de cada paciente define y articula el proceso terapéutico que llevará a cabo, lo que dificulta la generalización de las conclusiones obtenidas en los estudios de las intervenciones psicoanalíticas. Por otra parte, la relación terapéutica contiene aspectos inefables procedentes de su naturaleza intersubjetiva establecida entre dos inconscientes en contacto o, como dice W. Bion, “dos vasos comunicantes”. Hemos visto cómo la asunción del inconsciente del analista como instrumento terapéutico constituye la piedra angular del tratamiento psicoanalítico y define los principios de las técnicas de intervención. En tercer lugar, la experiencia “mágica” de la curación, como fenómeno sincrónico de distintos procesos internos y externos del sujeto, parece dificultar aún más la cuantificación del curso del tratamiento; la urgencia que el clínico experimenta de poner palabras a los procesos vividos con los pacientes sólo puede cumplimentarse con el registro de las sesiones una vez que éstas han tenido lugar. Y este registro, como señalará Bion (1962), no deja de ser subjetivo. Cualquier información que el analista registre de su encuentro con el paciente carecerá de objetividad, porque estará teñida de la experiencia emotiva vivida en la sesión

analítica. Como el psicoanálisis no es una experiencia sensorial, los registros basados en la percepción de lo que es sensorial sólo reflejarán hechos sin importancia psicoanalítica. Bion considera que cualquier relato de una sesión, aunque se realice inmediatamente después de la misma o lo efectúe un maestro, solo puede ser considerado como una comunicación gráfica de una experiencia emotiva.

Se plantea de este modo la dificultad de objetivar aspectos del inconsciente del paciente: si realizamos un registro exclusivamente perceptivo de las sesiones de tratamiento, no obtendremos la información clínica o dinámica que nos interesa en psicoanálisis. Y si registramos el contexto afectivo de la misma, probablemente no reflejaremos elementos objetivables que puedan ser de utilidad. Por cierto, esta cuestión ya había sido señalada por Freud (1912) cuando aseguraba que los objetivos de investigación psicoanalítica se oponían al tratamiento a partir de un punto, en la medida en que el registro del material analítico entorpecía la atención flotante necesaria para comprenderlo.

Por último, nos encontramos con que el objeto de estudio del psicoanálisis es doblemente indirecto: no se puede observar directamente y no se puede repetir en el tiempo. Tan solo podemos conocerlo a partir de sus manifestaciones: contenidos oníricos, lapsus, delirios...y proyecciones construidas ante estímulos ambiguos (técnicas proyectivas). Nos enfrentamos ante la dificultad de cuantificar el inconsciente cuando necesitamos objetivarlo mediante su investigación experimental.

Desde la perspectiva de la autora, sin embargo, es en el aspecto más paradójico de este fenómeno donde reside la clave para resolver las dificultades planteadas en la investigación de psicoterapias. La naturaleza intersubjetiva del proceso terapéutico abre una interesante línea de investigación que puede dar cuenta del desarrollo de los procesos psicoterapéuticos de orientación dinámica mediante el estudio de las relaciones objetales. Veamos.

No deja de sorprender que el reconocimiento del Otro –la alteridad- constituya la matriz del ensimismamiento, del mundo interior, la fuente de recursos necesarios para afrontar las dificultades cotidianas tantas veces desencadenadas por nuestra relación con el entorno, con el mundo exterior. Éste, y no otro, es el generador del cambio psicoanalítico, diversamente conceptualizado por los distintos teóricos del psicoanálisis.

Desde Freud (1914), que situaba el narcisismo primario en el narcisismo parental, marcando así la doble vertiente del narcisismo (surge del encuentro con los

progenitores y se constituye en la separación de ellos) hasta Laplanche (1987), que conceptúa y ubica la estructuración del aparato psíquico en la alteridad, en la intromisión de la sexualidad inconsciente del adulto cuidador sobre el niño, los psicoanalistas reiteran la necesaria presencia de un *otro* para que evolucione el psiquismo.

También J. Lacan (1966), por su parte, propuso dos momentos bien diferenciados en el desarrollo de la subjetividad: el estadio del Espejo (que funda la diferenciación yo/otro o relación imaginaria) y la función del Padre (actuada en el complejo edípico y constituyente de la función simbólica). Igualmente, los teóricos del apego (Bowlby, 1969; Marrone, 2000; Fonagy, 2001), de la intersubjetividad (Dio Bleichmar, 2000; Bleichmar, 2001) y del psicoanálisis relacional (Pichon Rivière, 1979; Benjamin, 2004; Aburto et al., 2007) conceptúan el desarrollo psíquico a partir de la relación o el vínculo entre el niño y su principal adulto cuidador.

Constatamos que evolutivamente, pareja al reconocimiento del Otro se estructura la diferenciación yo/no-yo, dentro/afuera, mundo interno/mundo externo, caldo éste de cultivo del proceso de simbolización, del pensamiento, del arte y la religión, esencia misma y principal diferenciadora de la especie humana. De la alteridad nace el ensimismamiento, del encuentro con el Otro surge, como dice Ortega y Gasset (1957), la posibilidad de “volver la espalda al mundo y volcarse en el interior, en el descanso social”.

Si bien la posición de Laplanche se centra en la vertiente intrapsíquica de la alteridad (lo “otro” que hay en mí ligado al otro), su sugerente propuesta acerca de que todo el movimiento del ser humano consiste en negar y en volver a incluir la alteridad ofrece una interesante alternativa a nuestro problema en la investigación de la psicoterapia: desde la alteridad que tiene lugar tanto en la relación terapéutica como en la relación con el clínico psicodiagnosticador puede estudiarse el devenir del cambio psicoanalítico, ahora sí, desde una perspectiva vincular e intersubjetiva.

Muchos investigadores han realizado esta tarea utilizando distintas técnicas psicológicas; veremos los que han utilizado el Psicodiagnóstico de Rorschach, pero antes señalaremos las características más singulares del test que propician nuestra investigación.

1.3. EL PSICODIAGNÓSTICO RORSCHACH Y LA EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES OBJETALES

1.3.1. Naturaleza perceptiva y proyectiva del Psicodiagnóstico Rorschach

Rorschach aplicó el conocido juego de las manchas de tinta a los internos del hospital psiquiátrico en el que trabajaba; observó que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia parecían responder de una manera bastante diferente a como lo hacían los demás sujetos, lo que le llevó a investigar las posibilidades diagnósticas del popular juego.

En su trabajo experimental, Rorschach (1921) había llegado a reunir suficientes muestras como para demostrar que el método de las manchas por él elaborado poseía una considerable utilidad diagnóstica, especialmente para identificar a los esquizofrénicos. Pero durante la investigación descubrió, además, que las agrupaciones de altas frecuencias de ciertos tipos de respuestas -sobre todo respuesta de movimiento o color- parecían estar relacionadas con tipos bien diferenciados de características psicológicas o conductuales. Por tanto, el método parecía ofrecer, además de un potencial diagnóstico, la posibilidad de identificar algunos aspectos de la persona que, en la terminología de la psicología contemporánea, recibirían probablemente el nombre de rasgos, hábitos o estilos de la personalidad o del carácter.

Tras su muerte, el método de Rorschach fue recogido por algunos discípulos suyos que no continuaron la investigación. Introducido casualmente en EEUU, el test fue objeto de estudio por varios investigadores (S. Beck, M. Hertz, B. Klopfer, Z. Piotrowski y D. Rappaport/ R.Schafer) que dieron lugar a cinco versiones de la prueba, sin coincidir en la codificación, la interpretación o la consigna.

En 1968, Exner inició un trabajo de investigación acerca de los contenidos comunes a estas cinco versiones y observó que la mayoría de las coincidencias procedían del texto original de Rorschach. Ajustándose a él y añadiendo aquellas aportaciones que pudieran ser verificadas experimentalmente, diseñó el Sistema Comprehensivo del Rorschach, que actualmente es el sistema de codificación e interpretación de la prueba más utilizado por los psicólogos evaluadores internacionales.

Los protocolos válidos proporcionan información sobre el pensamiento del examinado, su emoción, los estilos preferentes para enfrentarse y responder a las situaciones, su capacidad de control, su autopercepción, su manera de procesar la información, su percepción interpersonal, su mediación cognitiva y también informan sobre las estrategias defensivas que habitualmente utiliza. Todos estos datos se pueden conocer gracias a la naturaleza simultáneamente perceptiva y proyectiva del test.

Si bien Hermann Rorschach consideraba su test como una prueba de percepción, creada con el único objetivo de diagnosticar ciertos trastornos esquizofrénicos, es difícil pensar que ignoraba los elementos subjetivos que incluía. Rorschach no se encontraba ajeno a las corrientes filosóficas y artísticas de su época, siendo como era hijo de un artista (Ellenberger, 1954) y según demuestra en la realización de las láminas de su Psicodiagnóstico. Como hemos sabido recientemente (Exner, 2001), las láminas originales no consistían en simples y aleatorias manchas de tinta, sino que fueron intencionadamente pintadas por su autor para remarcar determinados aspectos más o menos figurativos. Además, Rorschach mantenía contacto con J. Bleuler, quien fue su profesor y director de tesis. Bleuler dirigía la Políclínica de Zurich en la que C. G. Jung aplicaba sus principios psicoanalíticos, lo que incluía intensos intercambios científicos y teóricos con otros profesionales. Lo más probable es que Rorschach conociera la corriente psicoanalítica y tuviera una opinión respecto a los mecanismos proyectivos.

Por otra parte, el clima cultural en el que Hermann Rorschach desarrolló sus trabajos no es ajeno al surgimiento de su famoso test. La investigación de H. Rorschach se realizó a principios del siglo XX, coincidiendo con el auge del expresionismo alemán y la escuela de la Forma (Gestalt), heredera del romanticismo. Su trabajo se desarrolló paralelo al surgimiento de la *teoría de la proyección sentimental* (Worringer, 1908) que insistía en los aspectos subjetivos de la percepción.

Esta teoría consideraba *que es la actividad perceptiva general lo que convierte al objeto en propiedad del sujeto que percibe*. La forma de un objeto será siempre el ser formado por el sujeto, por su actividad interior. Y puesto que el objeto existe para el sujeto, está compenetrado por su actividad, por su vida interior. Esta percepción no es, pues, una percepción cualquiera, arbitraria, sino que está ligada necesariamente con el objeto.

Al igual que el Test de Apercepción Temática de Murray, el Psicodiagnóstico Rorschach permite desvelar la existencia de un espacio psíquico, pues su doble aspecto formal, perceptivo y proyectivo, suscita respuestas que tienen en cuenta tanto la realidad

externa como los movimientos internos (Chabert, 1993). Este juego entre lo externo y lo interno, cuando puede tener lugar, revela la puesta en escena de los procesos de diferenciación entre sujeto y objeto, lo que permite identificar la naturaleza y calidad de las relaciones objetales de la persona examinada.

Hoy día, las interpretaciones de los datos obtenidos mediante el Psicodiagnóstico de Rorschach establecen hasta tres procedimientos de análisis diferentes (análisis cuantitativo, cualitativo y simbólico) que permiten una lectura tridimensional de la información procedente del sujeto, una lectura simultánea, conectada e interrelacionada, fiel reflejo de los movimientos del sujeto a la hora de organizar una conducta (personalidad).

Mediante esta prueba se puede obtener, por tanto, información sobre el tipo de procesos psíquicos activados en el sujeto en el momento de ser evaluado, conociendo en qué medida están determinados por su desarrollo evolutivo y por su estructura psicopatológica (mecanismos defensivos), en sus vertientes cognitivas y dinámicas, intersubjetivas e interpersonales y, en algunos casos, también intrapsíquicas (si el evaluador está entrenado para identificarlas).

1.3.2. La evaluación clínica: aspectos transferenciales e interrelacionales

La situación de test suscita determinados significados subjetivos en el examinado que influyen en su desempeño de la tarea propuesta. El Rorschach se desarrolla en el seno de una relación interpersonal y ello tiene una importancia crucial en los diversos aspectos de la evaluación. Exner (1993) insiste en que nunca se debe desdeñar el impacto potencial del examinador o de las señales que emite, motivo por el cual propone la posición lateral durante el examen para reducir la posible influencia del examinador.

P. Lerner (1992), por otra parte, señala la necesidad que el examinado reconozca de comunicar una respuesta a otra persona, persona que comprende aspectos reales e imaginarios para él. El examinador tendrá en cuenta estos dos planos real e imaginario y esto tendrá un impacto significativo en las producciones del sujeto, proporcionando una rica información al evaluador.

Es evidente que en la situación diagnóstica tiene lugar una relación intersubjetiva entre consultante y examinador. Con las naturales diferencias, cabe considerar la similitud con la situación terapéutica en lo que se refiere a la figura del profesional. El examinador aparece como “otro” en la aplicación de la prueba, incidiendo la alteridad inconsciente del evaluador sobre el sujeto examinado. Además de los aspectos contextuales del profesional (personalidad, desempeño de su ejecución, sexo, edad, etc.), cabría tener en cuenta, siguiendo a Ferenczi, los aspectos inconscientes de su propia presencia como adulto (*que sabe*) frente al examinado (*niño que pregunta*).

1.3.3. Algunas consideraciones sobre la validez del Rorschach

Desde su creación, el Psicodiagnóstico de Hermann Rorschach ha levantado polémicas respecto a su utilidad y validez. Tras la Segunda Guerra Mundial, en que aumentó el interés por los instrumentos objetivos en la Evaluación Psicológica en detrimento de las técnicas proyectivas, los debates sobre la naturaleza y utilidad del Rorschach amainaron para recobrar fuerza cuando John Exner comenzó sus estudios sobre el Sistema Comprensivo, lo que supuso una difusión mayor de la prueba al unificarse los sistemas de codificación e interpretación existentes hasta el momento.

Los defensores y detractores del Rorschach han seguido debatiendo durante los últimos cincuenta años acerca de la validez del test, y la ingente cantidad de literatura científica que ha suscitado (ya en 1999, G. Meyer señalaba casi dos mil artículos relativos al tema) no ha despejado las dudas ni aclarado las controversias. Pero guste o no, el Rorschach es uno de los tests más frecuentemente utilizados e investigados en la práctica clínica (Mattlar indica unos nueve mil artículos existentes sobre el test en 2002) y distintos investigadores procedentes de escuelas y modelos teóricos diferentes han investigado su validez, alcanzando resultados significativos.

Preguntarse si el Rorschach es un test válido puede ser un planteamiento erróneo si ignoramos el objetivo que se pretende conseguir cuando se usa pues la validez del Rorschach viene definida por su utilización. Podríamos decir, con Weiner (1996) y Stricker y Gold (1999), que hay tantos coeficientes de validez como propósitos con los que se utiliza el Rorschach. Es decir, a diferencia de otras técnicas unidimensionales

destinadas a evaluar un único fenómeno (ansiedad, desarrollo espacial, etc.), los instrumentos multidimensionales como el Rorschach no pueden describirse con la misma precisión que si tuvieran un único nivel de validez. Weiner (1996) señala que en las técnicas multidimensionales, cada escala y cada índice tienen su propia validez individual que varía según la relación que mantienen con el fenómeno estudiado. La validez general de la prueba sólo puede obtenerse mediante el promedio matemático de los coeficientes de validez de sus escalas e índices, siendo éste un valor poco preciso cuando existe gran dispersión entre los coeficientes.

1.3.4. El Rorschach, un instrumento multidimensional de utilidad clínica

Está claro que el Psicodiagnóstico Rorschach no es una prueba que sirva para todo, sino que sus objetivos se encuentran limitados a un aspecto parcial del funcionamiento psíquico de las personas; pero esta área de conocimiento ofrece información muy valiosa a los clínicos. Puede ser muy útil para medir algunos aspectos y muy deficiente para medir otros. Exner (1993) ha demostrado que el Rorschach es eficaz para identificar pacientes deprimidos, esquizofrénicos y con riesgo autolítico, pero poco sofisticado para detectar trastornos orgánicos o neurológicos. Puede ser un magnífico instrumento clínico si lo que se pretende es derivar a un paciente a una psicoterapia que realmente le beneficie (aplicando, por ejemplo, la Escala de Pronóstico de Meyer & Handler, 1997) o, como veremos más adelante, si se desean conocer aspectos inconscientes de las relaciones interpersonales del examinado, aplicando las escalas de relaciones objetales, como la de Blatt y sus colegas (1976) o la de Urist (1977).

Las condiciones de aplicación, el modelo teórico desde el cual el examinador utiliza la técnica, la explicitación de la consigna y el tipo de codificación que se realice con los datos brutos, determinan unos resultados diferentes. Cada examinador realiza una búsqueda de la información que necesita según el objetivo que guíe su estudio, lo que puede hacer más difícil el análisis de la validez de la prueba en su conjunto. La validación de los constructos que supuestamente valora el test ha requerido diferentes estudios y distintas metodologías científicas, obteniendo cada investigador unos resultados a favor de sus respectivas escuelas teóricas, lo que ha suscitado recelos científicos por parte de otros investigadores, descalificando el test o considerándolo subjetivo y empíricamente inválido.

Como los procedimientos clínicos no pueden ser separados de la teoría a partir de la cual fueron diseñados, los diferentes métodos teóricos deberían ser estudiados en relación a los resultados y criterios de validación que constituyen el área conceptual de la que deriva cada método. Los estudios de validez del Rorschach que utilizan métodos de validez convergente con técnicas de auto-informe como criterio objetivo presentan resultados contradictorios por este problema. Se evalúan conceptos aparentemente idénticos, pero su significado es diferente. Por ejemplo, no se evalúa el mismo concepto en la variable “depresión” del MMPI que en el DEPI del Sistema Comprehensivo de Exner en el Rorschach, como ya señaló Meyer (1996); ni la variable “introversión” del *Eysenck Personality Questionnaire EPQ-R* de Eysenck (1985) o del *Indicador de tipos junguianos* (Jung, 1910; Myers-Briggs, 1962) mide lo mismo que la variable “introversión” del Psicodiagnóstico de Rorschach (Exner, 1993). El Rorschach puede ser muy útil para predecir ciertas conductas si el evaluador elige las variables apropiadas con las que este método puede ofrecer datos valiosos y con una base empírica.

Por este motivo, los investigadores rorschachistas actuales insisten en la estandarización de la prueba y de los abordajes clínicos que se utilizan para interpretar los datos, así como en la limitación de las conclusiones que pueden obtenerse de su uso, siempre ceñidas al objetivo principal que determinó la utilización del test, con el fin de obtener coeficientes de validez significativos. La habilidad del clínico, los objetivos que se proponga, las necesidades del paciente y la perspectiva teórica del examinador, son los factores que a juicio de Stricker & Gold (1999) convierten los datos brutos del test en información útil para la clínica.

Varios investigadores del Rorschach (Weiner, 1996; Stricker & Gold, 1999; Mattlar, 2002) proponen un modelo de evaluación para obtener información válida: se trata de un *modelo multiaxial*, multidimensional, que incorpora distintos métodos. Este sistema *multimétodo* permite obtener datos desde muchos niveles de experiencia, pero teniendo en cuenta que la manera en que han sido obtenidos los datos y la definición del aspecto de la personalidad que se estudia contribuirá a la posibilidad de que los datos obtenidos desde los distintos métodos se contradigan entre sí.

Hunsley & Bailey (1999), por el contrario, aunque reconocen que el Rorschach se utiliza habitualmente en la práctica clínica, aseguran que los datos, en general, no apoyan la validez psicométrica del test. Señalan que las investigaciones existentes no han determinado aún si la utilización del Rorschach conduce a mejores decisiones

clínicas para los pacientes, si bien reconocen que este fallo es común a muchos tests de personalidad. Consideran que la utilización del Rorschach por parte de una gran mayoría de clínicos no justifica que sea un instrumento válido. Concluyen que no hay bases científicas que apoyen el uso del Rorschach en la práctica clínica.

También Parker et al. (1988) y Hiller, et. al (1999) concluyeron que el Rorschach y el MMPI producen esencialmente coeficientes de validez equivalentes. Weiner (1996), por su parte, señaló la existencia de investigaciones con soporte teórico sobre el Rorschach que han demostrado su validez para una serie de objetivos útiles, como el diagnóstico diferencial de estados y rasgos de personalidad, la evaluación del cambio en niños y adolescentes, la localización de experiencias de malestar en veteranos de guerra aquejados de estrés postraumático y el seguimiento de progresos en psicoterapia. Weiner insistió en la necesidad de una sólida preparación teórica y técnica del evaluador para obtener resultados válidos, así como en una definición clara de los objetivos de evaluación.

Por ser un método de evaluación analítico, el Rorschach es un instrumento valioso para clínicos e investigadores cuando el objetivo es comprender a una persona en su total complejidad, especialmente cuando los clínicos combinan los datos del Rorschach, siempre considerados desde un modelo teórico definido y sofisticado, con otras fuentes de información.

Parece razonable concluir que el Rorschach, según el Sistema Comprensivo de Exner, tiene validez y fiabilidad como prueba perceptiva, cognitiva y de toma de decisiones. De él se pueden obtener resultados mucho más valiosos si las conclusiones se establecen integrando otros métodos diferentes.

Por todo ello, valiéndonos del modelo psicodinámico de evaluación, desde una perspectiva vivencial (Lerner, 1991, 1992) e incorporando los elementos estructurales de la personalidad, podremos obtener datos sobre aspectos inconscientes del sujeto (representaciones internas de sí mismo y de los otros, motivaciones reprimidas, conflictos, etc.), sobre sus capacidades y modos de afrontamiento de los problemas, sobre sus puntos conflictivos, sus emociones, sus comportamientos y sus procesos cognitivos.

Según Kelly (1997), el material relativo a las representaciones objetales obtenido mediante el Psicodiagnóstico Rorschach ofrece información válida sobre el nivel evolutivo de la organización de la personalidad del sujeto consultante, así como de la calidad de las relaciones interpersonales a las que se encuentra predispuesto. También a

través del Rorschach se puede obtener material acerca de cómo el sujeto construye la realidad y de la naturaleza de las estructuras cognitivas que median entre sus necesidades, sus impulsos y sus experiencias, tanto presentes como pasadas. Y, de cara a la presente investigación, las representaciones objetales darán cuenta de la respuesta más esperable al tratamiento así como de las cuestiones y fenómenos de transferencia que pueden ocurrir.

1.4. LA EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES OBJETALES Y DE LA PSICOTERAPIA CON EL TEST DE RORSCHACH

1.4.1. Un instrumento perceptivo, representacional e interrelacional

El test de Rorschach, al igual que otras técnicas proyectivas, permite analizar el funcionamiento psíquico individual gracias a la escucha y la decodificación de un discurso delimitado por una situación original y singular. El sujeto que se somete este tipo de prueba proyectiva tiene que asociar y comunicarse a partir de un material ambiguo, cuyas características perceptivas y latentes reactivan un campo de experiencias sensoriales y representacionales traducidas en las respuestas que da a las láminas.

Algunos elementos formales de la prueba, como por ejemplo la simetría de las manchas, constituyen referentes de la realidad externa que impiden un deslizamiento excesivo al mundo interno. Es decir, el examinado no deja de percibir que se trata de una mancha de tinta, y que además es simétrica, algo que puede compartir con el examinador o con cualquier otra persona que vea la misma lámina que él. Pero también, la ambigüedad de las formas, texturas y colores facilita la emergencia de representaciones internas movilizadas por el bajo nivel de conciencia y por el reclamo imaginario del test, elementos singulares que sólo percibe el examinado y que tendrá que explicar detalladamente al examinador para poder compartir su percepto. El aspecto formal de la prueba constituye un medio privilegiado para mostrar cómo el sujeto vive y organiza su mundo objetal mientras que los contenidos temáticos de las respuestas indican las diferencias individuales expresadas en las representaciones de sí mismo y de los objetos.

El examinado tiene que situarse en un espacio donde coinciden las presiones externas e internas: la exigencia externa procedente del examinador, que solicita una respuesta y la exigencia interna de sus propios procesos psíquicos (perceptivos, cognitivos y dinámicos) que facilitarán o impedirán la emergencia de un tipo de respuesta determinada. Chabert (1993) define con acierto el fundamento de la constitución de las imágenes como *“el posible investimento de un espacio, como lugar de proyección de la superficie corporal, es decir, de la superficie de contacto entre un afuera y un adentro, un sujeto y un objeto”*. La forma en que cada individuo se maneja en este espacio sugerido por el test, su manera de situarse en él, dependerá de su sentimiento de identidad personal,

de la calidad de sus representaciones objetales y de los tipos de relación que se hayan establecido entre él y sus objetos, entre él mismo y los otros, entre su sí-mismo y el mundo.

Aunque el Psicodiagnóstico de Rorschach fue creado como un test perceptivo, donde el sujeto ha de enfrentarse con un estímulo visual, del cual debe *construir* un percepto, actualmente se considera como un test representacional que tiene lugar dentro de un contexto interpersonal. Percepción y representación están interrelacionadas (Piaget, 1937; 1962) y el proceso de respuesta al Rorschach no es solo una experiencia perceptiva sino también un proceso en el que un individuo intenta construir significados en respuesta a segmentos de la realidad bien especificados pero ambiguos. Según Blatt (1990), las respuestas son indicadores de procesos cognitivos y representacionales que nos permiten observar cómo los sujetos construyen significados a partir de estímulos poco definidos.

Pero el sujeto no solo debe construir sino también *comunicar* su experiencia perceptiva al examinador. Necesariamente, en el Rorschach está involucrado el lenguaje y ello implica la naturaleza interpersonal de la prueba (las respuestas están condicionadas por la relación establecida con el examinador, destinatario del mensaje). Smith (1994) sugiere la posibilidad de analizar la estructura lingüística de las respuestas como si se tratara de asociaciones libres del examinado, comparables a las asociaciones libres que tienen lugar en los procesos psicoanalíticos. Este tipo de análisis, complementario del análisis estructural y de contenido, puede aportar datos reveladores acerca del significado inconsciente que el sujeto adscribe a sus experiencias perceptivas.

El hecho de que el Rorschach sea un instrumento relacional condiciona la aplicación del test: el establecimiento de la consigna exige una *vinculación previa* entre examinado y examinador, *favorable a la confianza*, dentro de un entorno facilitador de la transferencia y sin interrupciones durante la tarea.

1.4.2. La Teoría de las Relaciones Objetales de Kernberg y su aplicación al Rorschach

Quisiera introducir aquí un aspecto de la teoría de Kernberg que considero fundamental y que ha determinado el planteamiento de esta investigación. Se trata de una de sus principales discrepancias respecto a las hipótesis de M. Klein (Heimann, 1943-44; Klein, 1952) y de Fairbairn (1952) acerca de las relaciones objetales. El modelo de

Kernberg discrepa con el supuesto de estos autores de que el yo existe desde el nacimiento y de que la realidad interna puede ser diferenciada de la realidad externa desde el comienzo de la vida. Kernberg no considera la introyección como derivada de fantasías de incorporación oral, sino de *las funciones autónomas primarias de percepción y memoria*.

El valor que Kernberg asigna a las funciones cognitivas como “funciones autónomas primarias” explica cómo las introyecciones del sujeto (en definitiva, la matriz de sus representaciones objetales) pueden ser examinadas a través de sus respuestas al test de Rorschach, pues mediante esta técnica es posible observar cómo el sujeto percibe y memoriza la información que recibe. El test de Rorschach permite conjugar –pero sin confundir– estos dos planos del estudio de las relaciones objetales, ya que ofrece información simultánea de procesos inconscientes dinámicos (las respuestas constituyen un discurso a *deconstruir*) y de aspectos estructurales del procesamiento de la información (percepción, codificación y almacenamiento). Esta es una cualidad muy valiosa para una técnica psicológica, pues ofrece información diferente y simultánea de un mismo fenómeno psíquico y en el momento en que está teniendo lugar el proceso psicológico que se observa. La cuestión es utilizarla con prudencia para no confundir planos de información y tener precaución a la hora de generalizar conclusiones extraídas del análisis de procesos intrapsíquicos.

1.4.3. Las representaciones objetales y el Rorschach: estado de la cuestión.

Varios autores psicoanalíticos vienen investigando desde hace años este campo de las relaciones objetales, insistiendo en la importancia que adquiere en la estructuración de la teoría psicoanalítica actual y en la práctica clínica, en sus vertientes de diagnóstico y tratamiento. Se han desarrollado diferentes enfoques teóricos, complementarios, para evaluar las relaciones objetales a partir de las representaciones de objeto. Se han analizado los contenidos manifiestos de los sueños y demás contenidos oníricos que aparecen en un tratamiento analítico y se han investigado las representaciones objetales obtenidas durante los procesos diagnósticos mediante diferentes técnicas proyectivas, partiendo del supuesto de que las representaciones objetales permiten inferir las relaciones de objeto que el sujeto establece con el mundo que le rodea.

Por *representación objetal* entendemos, con P. Lerner (1991), los esquemas mentales conscientes e inconscientes –incluyendo dimensiones cognitivas, afectivas y vivenciales- de objetos encontrados en la realidad. Estos esquemas comienzan como experiencias difusas de placer y malestar y luego gradualmente se desarrollan hacia una mejor diferenciación y del yo y de los objetos reales. Las formas tempranas de representación se basan en secuencias de acción asociadas a la gratificación de necesidades y las formas intermedias se fundamentan en rasgos funcionales o perceptivos específicos; las formas más elevadas de representación suelen ser más simbólicas y conceptuales.

Hay una interacción constante y recíproca entre las relaciones interpersonales pasadas y presentes y el desarrollo de representaciones. Estos esquemas se desarrollan a partir de la internalización de relaciones objetales y se entrelazan con ellas, de manera que los nuevos niveles de representaciones de objeto facilitan una organización modificada para posteriores relaciones interpersonales.

El desarrollo de las representaciones tiene lugar en el contexto de la relación maternal primaria. Esta matriz maternal eventualmente se amplía incluyendo a otras figuras significativas, especialmente el padre. La internalización de estas relaciones significativas da como resultado la comprensión de la realidad por parte del niño y su construcción de un mundo representacional que le da el sentido de sí mismo, de los otros y de sus interacciones. Estas estructuras cognitivas construidas en el seno de las relaciones interpersonales, generan a su vez las estructuras para comprender las dimensiones de la realidad.

El estudio sistemático del constructo de representación objetal mediante el Rorschach y otras técnicas proyectivas, a través de procedimientos experimentales, viene realizándose por varios grupos de investigadores que están estudiando la relación de la organización de la personalidad de un sujeto con el concepto de objeto que tiene (concepto de sí mismo y de los otros e interacciones actuales y potenciales entre ambos).

Estos grupos investigadores representan enfoques diferentes pero no exclusivos y abordan los dos aspectos, cognitivo y afectivo, del concepto de representación de objeto. En primer lugar citaré al grupo investigador de la Universidad de Michigan, con autores como Mayman, Urist, Hather, Krohn y Shill, por sus estudios de la representación objetal desde la panorámica de la teoría psicosexual y los diferentes estados del yo: gravedad de psicopatología, tipo de carácter estructural, calidad de las relaciones objetales y capacidad para beneficiarse de la psicoterapia. Estos investigadores de la Universidad de Michigan

fundamentan sus estudios en la psicología del yo, siguiendo las aportaciones de Mahler, Pine, Bergman (1975) y Kernberg (1976, 1977). Coonerty (1986) desarrolló un método de evaluación de las respuestas del Rorschach mediante temas de separación e individuación derivados también del modelo teórico de M. Mahler. También Burke y sus colegas (Burke, Summers, Selinger & Polonus, 1986; Burke, Friedman & Gorlitz, 1988) aplicaron una teoría “comprehensiva” del desarrollo de las relaciones objetales, desde la simbiosis a la individuación, al análisis de las respuestas del Rorschach.

En segundo lugar se encuentran los investigadores de la Universidad de Yale, encabezados por Blatt, (Blatt, Brenneis, Schumek & Glick, 1976; Blatt, Chevron, Quinlan, Schaffer & Wein, 1988) que integran la teoría del desarrollo cognitivo con aspectos de la teoría evolutiva psicoanalítica para estudiar la diferenciación, articulación e integración del concepto de objeto. Abordan la dimensión estructural de las representaciones objetales con medidas y escalas aplicadas en diferentes poblaciones. Se fundamentan en la psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales, integrando las teorías del desarrollo de Piaget y Werner.

En tercer lugar, la escuela francesa de Rorschach, liderada por N. Rausch Traubenberg (Rausch & Sanglade, 1984; Boekholt, 1992; Chabert, 1993) ofrece una clave de análisis de contenidos para la interpretación de la representación de sí mismo y de los objetos en las respuestas del Rorschach y en otras pruebas proyectivas.

1.4.3.1. Investigaciones de la Universidad de Michigan

Mayman (1967), basándose en las contribuciones teóricas de Jacobson y Erickson, concibe las relaciones objetales como las imágenes internalizadas consistentes que el sujeto tiene de sí mismo y de los demás, en torno a las cuales se estructura su mundo fenomenológico y se asimilan las experiencias procedentes de los otros.

Sugiere que a partir del contenido de un protocolo de Rorschach se pueden inferir muchos aspectos del potencial relacional de una persona, como son su repertorio simbólico personal, la amplitud y calidad emocional de sus representaciones de los otros, la caracterización de sí mismo y de los demás, así como el tipo de expectativas que tiene cuando se encuentra con la gente y con el mundo que le rodea.

Además de sus aportaciones a la codificación de la calidad formal de las respuestas para reflejar el ajuste a la realidad, una de sus contribuciones más importantes a la

interpretación psicoanalítica del Rorschach es su análisis de la respuesta de movimiento humano. Mayman insiste en que hay algo más que kinestesia en una respuesta de movimiento: *también está el sujeto que realiza la acción*. Para explicar este aspecto, utiliza los conceptos de auto-representación y representaciones objetales. Como la gente pone en el Rorschach una buena parte de sus representaciones internalizadas (de sí mismo y de los otros), Mayman observa en este componente de la respuesta de movimiento una vía por la que se podrían entrever las imágenes que conforman el mundo interno del sujeto.

También la calidad de las relaciones objetales puede ser apreciada mediante las respuestas de movimiento. Basándose en las ideas de Sigmund y Anna Freud, Mayman distingue entre relaciones basadas en la empatía y relaciones basadas en la identificación. Considera que la empatía es un logro psicológico de nivel más elevado que la introyección o la identificación, caracterizada por la reversibilidad en que es compartida la experiencia de dos personas. La identificación tiende a borrar la separación entre el yo y los otros y es un proceso inconsciente. Por el contrario, en la empatía se tienen en cuenta las necesidades de la otra persona, incluso si son contrarias a las propias, y suele tener lugar conscientemente o al menos preconscientemente, al servicio tanto del yo como del objeto. Tal y como la utiliza Mayman, la empatía y la identificación se diferencian en la medida en que el yo permanece intacto cuando interactúa con los otros. En la empatía, el yo preserva su integridad; hay un sentimiento con la otra persona, pero no una total inmersión en ella.

En su trabajo de 1967, Mayman demuestra que un abordaje de relaciones objetales en los contenidos del Rorschach correlaciona significativamente con categorías independientes de psicopatología, asegurando que los indicadores obtenidos a partir del contenido de las respuestas son más eficaces que los revelados en entrevistas psicológicas y psiquiátricas. Señala que las respuestas de figuras humanas al Rorschach pueden considerarse como una muestra representativa del mundo interno objetal del examinado. Con ello considera el contenido como una expresión directa de la experiencia interpersonal del individuo, comparando su enfoque con el manejo del contenido manifiesto de un sueño más que con el significado latente.

Los contenidos del Rorschach, al igual que el contenido manifiesto de los sueños y de los recuerdos tempranos, son algo más que una pantalla que en realidad oculta y puede reflejar los niveles de funcionamiento del yo, el tipo de relaciones objetales y el tipo de esfuerzos interpersonales que realiza cada sujeto.

Años más tarde, J. Urist (1977), siguiendo las aportaciones de M. Mahler, H. Kohut, O. Kernberg y M. Mayman, intentó demostrar que las personas tienden a vivir las relaciones entre ellos mismos y los demás de una manera característica, coherente y duradera, que puede ser definida para cada individuo a lo largo de un continuo evolutivo. Este continuo corresponde a los diferentes estadios del desarrollo de las relaciones objetales, que va desde el narcisismo primario a la relación de objeto empática. Urist construyó una escala de valores a partir de las respuestas al Rorschach para delimitar estos estadios que culminan en la consecución de la capacidad para atribuir a los otros una autonomía y una identidad propias. Construyendo esta escala, pretendía demostrar la existencia de correlaciones entre varias medidas independientes del nivel de relaciones objetales.

La escala de valores intentaba dar sentido a una dimensión consistente internamente con etapas separadas. Cada subescala puntuaba según niveles evolutivos de la capacidad del individuo para experimentarse a sí mismo y a los demás como mutuamente autónomos dentro de las relaciones. Urist denominó a esta escala del Rorschach “Mutualidad de la Autonomía” (*Mutuality of Autonomy Scale*) y la correlacionó con medidas independientes de esta dimensión de mutualidad de la autonomía obtenidas a partir de escritos autobiográficos y de valoraciones obtenidas de los profesionales que atendían a los pacientes examinados.

Mutualidad de la Autonomía o *Reciprocidad de la Autonomía*, que sería su traducción más ajustada al castellano, se refiere al grado en que el sujeto concibe a la gente en sus relaciones, es decir, psicológicamente autónoma, poseedora de una consistencia inherente a la existencia psíquica. La escala MOA se aplica a todo tipo de relaciones aparecidas en los contenidos de las respuestas: entre figuras humanas, animales, fuerzas de la naturaleza, etc. Se codifica según los niveles: 1) reciprocidad-mutualidad; 2) interacción simple, 3) anaclítico-dependiente, 4) reflejo- espejo; 5) control mágico, 6) coerción y 7) incorporación.

Urist (1977) encontró altas correlaciones entre las diferentes medidas utilizadas, concluyendo que la consistencia entre las variables reflejaba un aspecto duradero en la capacidad de los pacientes para relacionarse y que el Rorschach era capaz de medir este aspecto de la reciprocidad de la autonomía dentro de la vivencia que tiene el paciente de sí mismo y del otro.

Con la intención de minimizar la influencia de factores extraños restando información a los codificadores de los protocolos, Urist y Shill (1982) realizaron una

réplica del anterior estudio basándose exclusivamente en respuestas extractadas, no literales, utilizando la misma muestra de protocolos del estudio previo. Obtuvieron correlaciones significativas entre las puntuaciones de la Escala MOA y otras puntuaciones clínicas independientes de la misma variable, apoyando así las conclusiones de la investigación anterior.

Stricker & Healey (1990) refieren otros estudios que validaron esta escala, en una muestra infantil no clínica (Ryan, Averyc & Grolnick, 1985; Tuber, 1989); otros la utilizaron para explorar las semejanzas entre transexuales y borderlines (Murray, 1985), para diferenciar entre subgrupos de borderline (Spear & Sugarman, 1984) y grupos de anoréxicos bulímicos y restrictivos (Strauss & Ryan, 1987), para predecir la rehospitalización de niños al llegar a la madurez (Tuber, 1983), para caracterizar las relaciones objetales de adolescentes deprimidas (Goldberg, 1989), de niños con amigos imaginarios (Meyer & Tuber, 1989) y de niños con trastorno de ansiedad por separación (Goddard & Tuber, 1989). También se ha utilizado la Escala MOA en investigaciones de niños con trastorno de identidad de género (Coates & Tuber, 1988; Tuber & Coates, 1989) y para explorar las reacciones intrapsíquicas de los niños que iban a someterse a una intervención quirúrgica (Tuber, Frank, & Santostefano, 1989).

En un estudio sobre la evaluación de cambios en la representación objetal según el tipo de intervención terapéutica, Kavanagh (1985) encontró que la MOAS revelaba cambios significativos en los niveles de representación objetal de los pacientes antes y después del tratamiento. Kavanagh considera esta escala como un instrumento subjetivo y sensible que exige una impresión clínica global de todo el protocolo de Rorschach, revelándose como el instrumento más fiable y estable para medir el constructo de *representación objetal*. Sin embargo, la MOAS no diferenciaba entre tratamiento con psicoanálisis y tratamiento con psicoterapia psicoanalítica; otras medidas de relaciones objetales lo hacían, por ejemplo la escala DACOR de Blatt.

Blatt et al. (1988) encontraron que la MOAS solo reflejaba muy pocas respuestas malignas en jóvenes esquizofrénicos y borderlines, sin diferencias significativas, cuando medía cambios como resultado de un tratamiento. También Harder, Greenwald, Wechsler & Ritzler (1984) encontraron que la escala MOA reflejaba la patología observada en pacientes en el momento de su hospitalización y en un determinado período de su vida, pero no en el momento de la evaluación. Estos autores sugieren que la MOA puede ser un indicador de potencial para la patología.

Más tarde, Blatt, Tuber y Auerbach (1990), encontraron que la escala de Urist correlacionaba significativamente con valoraciones independientes de síntomas clínicos, pero no con valoraciones independientes de conductas interpersonales. Sugirieron que la escala MOA podría ser un indicador de funcionamiento patológico pero no de relaciones objetales, pues parece que mide algunos, pero no todos, de los elementos de la escala DACOR creada por Blatt.

Stricker & Healey (1990) pensaban que quizás la escala MOA era más adecuada para evaluar las relaciones objetales en niños, más que en adultos. La escala de Blatt parecía discriminar mejor las relaciones objetales, pero como solo consideraba los movimientos humanos, su aplicación a la infancia era más limitada, pues los niños suelen dar menos respuestas de este tipo.

Ackerman, Hilsenroth, Clemente, Weatherill y Towler (2001) compararon la relación entre las variables de la Escala MOA en Rorschach con las variables de la escala SCORS (Westen, 1995) que mide varios rasgos de personalidad en el Test de Apercepción Temática de Murray, buscando la validez convergente entre ambas escalas de Relaciones Objetales. Encontraron que la combinación de rasgos de la personalidad asociados a altas puntuaciones en MOA y en la SCORS- EIR y bajas en la SCORS- AFF, apoyaba estudios anteriores según los cuales los pacientes con altos niveles de malestar en las relaciones interpersonales tendrían mayores posibilidades de beneficiarse de un tratamiento.

En conjunto, las investigaciones realizadas por el grupo de Michigan se han centrado más en los aspectos dinámicos de las RO que en los elementos cognitivos. Y los estudios que han utilizado la escala MOA para valorar la asociación entre RO y proceso terapéutico se han dirigido particularmente más hacia psicoterapias psicoanalíticas. El estudio de los aspectos más cognitivos o incluso conductuales ha sido desarrollado por el grupo de investigadores asociados a la Universidad de Yale, quienes se han centrado a su vez en las psicoterapias breves y de apoyo, como veremos a continuación.

1.4.3.2. Investigaciones de la Universidad de Yale

Para S. Blatt (1983), el estudio de la representación de la figura humana en el Rorschach constituye una fuente de datos ideal para evaluar el mundo representacional del individuo, su concepción de la gente, incluyéndose a sí mismo y sus interacciones

reales y potenciales. Para este autor las representaciones de los otros, que equipara a las representaciones objetales, tienen estructura y contenido. Son complejas estructuras o esquemas cognitivo-afectivos que se desarrollan en series epigenéticas a partir de relaciones interpersonales significativas, dando significado a las experiencias y sentido a las consiguientes acciones e intenciones. En el desarrollo de estas representaciones pueden producirse deterioros a diferentes niveles que afectan en distinta medida a la estructura subyacente, dando lugar a la organización de diferentes tipos de patología.

Blatt y sus colegas (Blatt, Brenneis, Schinek & Glink, 1976; Blatt, Schimek & Brenneis, 1980; Blatt & Lerner, 1983; Blatt, 1999) evaluaron la calidad de la representación objetal mediante un procedimiento basado en principios de la psicología evolutiva de Piaget y de Werner y en el modelo psicoanalítico de la Psicología del Yo. Aplicaron este análisis a las respuestas de Rorschach evaluando el nivel de desarrollo de las figuras humanas y parahumanas totales y parciales, según seis categorías evolutivas (diferenciación, articulación, motivación para la acción, integración del objeto y la acción, contenido de la acción y naturaleza de las interacciones).

Según los autores, el análisis de los datos del Rorschach realizado bajo esta conceptualización, permite comprender la naturaleza de ciertas patologías y también algunos aspectos de la relación terapéutica, incluyendo los esperados avances y retrocesos, los posibles caminos de mejora y/o cambio así como información pertinente sobre los tipos de tratamiento que pueden realizarse.

Blatt y sus colegas demostraron (1976) que este conjunto de dimensiones se desarrollan longitudinalmente desde la temprana adolescencia hasta la adultez, que hay efectivamente diferencias entre los sujetos normales y los pacientes y que están relacionadas, con independencia de la gravedad de la psicopatología. En la réplica que hicieron Ritzler, Zambianco, Harder y Kaskey (1980), de acuerdo con Blatt, encontraron que los pacientes, comparados con los sujetos normales, funcionan en niveles evolutivos más bajos cuando contactan con la realidad convencional, pero cuando interpretan la realidad a su manera operan en niveles evolutivos más elevados. Esto indica que la capacidad para percibir la realidad adecuadamente no ayuda a los pacientes psicóticos a organizar su experiencia más eficazmente o en niveles evolutivos más desarrollados (Blatt et al, 1980). Este es un dato muy importante a tener en cuenta para el tratamiento y por ello adquiere relevancia en nuestro trabajo de investigación, donde estudiaremos el nivel de madurez en el funcionamiento objetal. Con frecuencia, fijar como objetivo terapéutico la adecuación de la prueba de realidad de los pacientes psicóticos puede resultar no sólo

inútil, sino en algunos casos contraproducente, en la medida en que merma las posibilidades que el paciente tiene de organizar su experiencia de un modo eficaz.

Blatt estudia especialmente los aspectos cognitivos de las relaciones objetales, al analizar las representaciones de objeto. Cuando analiza (junto a Rosenberg, Oxman, MacHugo & Ford, 1994) la validez convergente de Escalas de Relaciones Objetales aplicadas al Rorschach y al T.A.T., encuentra que las subescalas más cognitivo-estructurales del Concepto de Relación de Objeto (D.A.C.O.R. de Blatt y al., 1976) correlacionan con las escalas más cognitivas de la SCORS (Westen, 1995). Las subescalas de cada medida evaluaban aspectos cognitivo-estructurales de las representaciones mentales.

La fiabilidad de la escala de Blatt es aceptable y la fiabilidad de las subescalas parece ser consistente en las réplicas realizadas. La mayoría de las investigaciones con esta escala se han centrado, sin embargo, en la diferenciación de varias categorías diagnósticas. Según Stricker & Healey (1990), en algunos grupos de psicopatología se encontró validez suficiente pero en otros esta escala no reflejó lo esperado y no aparecieron diferencias significativas entre histéricos y obsesivos límites (Spear & Sugarman, 1984). Esta diferencia, en cambio, sí pudo observarse al utilizar la escala M.O.A. de Urist.

En resumen, parece que existen importantes diferencias en la estructura y contenidos de las representaciones de objeto según los diferentes tipos de psicopatología (Blatt & Lerner, 1983). Los datos clínicos indican que hay bases suficientes para usar el concepto de *representación de objeto* y el concepto de escala objetal en un contexto clínico. Las representaciones de objeto proporcionan importante información sobre el nivel de desarrollo de la organización de la personalidad y de la calidad de las relaciones interpersonales a las que un sujeto está predispuesto. También aportan información acerca de la construcción de la realidad del sujeto y de la naturaleza de las estructuras cognitivas con las que da significación a sus experiencias. Las representaciones de objeto reflejan la calidad de las estructuras psicológicas que median entre las necesidades biológicas, las experiencias significativas previas y los sucesos de la vida diaria.

P. Lerner complementa los trabajos de su colega Blatt, proponiendo un abordaje psicoanalítico vivencial del Rorschach, basado en la experiencia del propio paciente, en su pensamiento y percepción a la hora de realizar el test. Destaca el marco interrelacional de la prueba, que tiene lugar en un contexto interpersonal y resume los aportes que otros

autores psicoanalíticos han realizado para su comprensión (D. Rapaport, R. Schachtel, D. Arnou y S. Cooper, M. Mayman, etc.).

Según Lerner (1992), la *perspectiva vivencial* proporciona varias fuentes de información acerca del paciente útiles para desarrollar inferencias clínicas que comprenden: 1) los aspectos formales de las respuestas al test, incluyendo los códigos y sus interrelaciones; 2) el contenido de la respuesta específica del paciente, incluyendo la actitud hacia la respuesta; 3) la conducta del paciente en la situación de test y cómo interactúa con el examinador y 4) la secuencia exacta de las respuestas.

El enfoque vivencial considera el contenido no simbólicamente sino más bien a la manera de Mayman (1977), como una muestra del mundo de representaciones del sujeto; de esta manera, el examinador puede relacionar el contenido más directamente con la experiencia fenomenológica del paciente y al mismo tiempo puede derivar inferencias que se hallan más cerca de los datos reales del test. Basándose en el estrecho vínculo existente entre los afectos y las relaciones objetales, Lerner sugiere que una cuidadosa valoración de las respuestas de los pacientes al color y de las referencias que hacen sobre el mismo, permiten al examinador inferir la experiencia de los sujetos respecto a sus relaciones objetales.

1.4.3.3. Escuela francesa

La Escuela Francesa de Rorschach, encabezada por N. Rausch de Traubenberg y A. Sanglade (1984), desarrolló una escala para evaluar la representación de uno mismo y de las relaciones objetales mediante el análisis cualitativo y cuantitativo de las respuestas.

Las autoras parten del concepto de representación de sí-mismo (*représentation de Soi*) como principio integrador, testigo de la relación objetal. Al igual que anteriores investigadores, proponen un abordaje multidimensional de los datos obtenidos en el Rorschach: el análisis formal de los datos permitirá explicitar el modo de funcionamiento del Yo del sujeto y el análisis temático permitirá, a su vez, conocer el nivel de su problemática.

El análisis pluridimensional de los contenidos permite deducir las posiciones fundamentales del sujeto tal como él se vive en su cuerpo y en su universo relacional. Según las autoras, el sentimiento de identidad personal se apoya sobre una vivencia unitaria que es el punto de partida de todos los procesos de diferenciación, de

individuación y de identificación de la persona a lo largo de su historia. Por eso la representación de uno mismo es inconsciente e incluye tanto la imagen corporal como las relaciones que giran en torno a esta imagen, relaciones suscitadas por esta imagen que, a la vez, la estructuran.

Para precisar este concepto de representación de uno mismo, Rausch & Sanglade (1984) distinguen el movimiento de localización y reconocimiento del *cuero propio conocido*, objeto de la actividad cognitiva, de la proyección del *cuero propio vivido*, objeto y sujeto de la actividad afectiva. El análisis de los diferentes componentes de la representación de sí mismo se apoyará, por una parte, en la distinción entre las localizaciones de la proyección de la imagen corporal, en sus manifestaciones directas o indirectas, primitivas o evolucionadas, y por otra parte, en los significados afectivos de estas localizaciones de cara al entorno.

Según esta línea de investigación, las respuestas al Rorschach concentran tanto el investimiento narcisista como el investimiento del otro y son reveladoras de ambos. Analizarlas en todos sus componentes permite situar el estado en que se encuentra el sujeto en la búsqueda de sí mismo a través de las etapas que conducen a la identificación.

En su trabajo de 1984, Rausch & Sanglade intentan simultanear los diferentes elementos constitutivos del contenido, es decir, la categoría a la que pertenece (eje simbólico), la diferenciación entre totalidad y parcialidad (eje formal) y el tipo de acción, es decir, el aspecto dinámico del contenido. Elaboran un tipo de escala, la Rejilla de Representación del Sí Mismo (*Grille de Représentation de Soi*), para analizar los contenidos y conocer la relación dinámica del sujeto con sus objetos internos y externos, humanos y materiales y para situar la identidad y las identificaciones del sujeto a través del juego de pulsiones agresivas y libidinales. Las puntuaciones obtenidas son complementarias del análisis estructural de la prueba y no lo sustituyen. En la rejilla se puntúan los sustantivos, verbos y adjetivos de la respuesta así como la simbolización utilizada, estableciéndose cuatro columnas: dimensión corporal (unitaria o no), modo de relación investida (modo de acción e interacción), identidad sexual y estabilidad que presenta y, por último, integración de la identidad y calidad de la individuación (diferenciación entre uno mismo y el otro).

Arconstanzo, G., Belgia, G., Giordano, D. & Lertora, Y. (1991) validaron los criterios de Representación de Sí mismo propuestos por Rausch y Sanglade en una grupo de preadolescentes no pacientes, identificando los criterios de apreciación de la Representación de Si mismo en cada lámina. Revisaron igualmente la escala MOA de

Urist, coincidiendo sus resultados con las concepciones psicodinámicas clásicas acerca de las características del desarrollo normal en la preadolescencia.

M. Boekholt (1992) presentó otra rejilla similar para examinar las modalidades narcisistas en pacientes depresivos. Es necesario complementarlo con los datos estructurales y formales del test para alcanzar una visión más completa del funcionamiento psíquico de los sujetos examinados.

Una última aportación, que no figura en un apartado propio pero que ofrece sugerentes alternativas, procede del modelo teórico de las relaciones objetales y los fenómenos transicionales de D. W. Winnicott. Esta teoría ha sido el punto de partida de las investigaciones de S. Cooper y sus colegas (Cooper, Perry, Hoke & Richman, 1985) y de la propuesta teórica de B. Smith (1990) para la interpretación de la respuesta al Rorschach como un fenómeno transicional. Cada respuesta dada por el sujeto a las láminas del test supone una reconciliación de la realidad interna y externa que tiene lugar en una zona intermedia de la experiencia, en este caso, la mancha de tinta. La cuestión radica en que el objeto transicional surge para aliviar el sufrimiento del niño ante la ausencia materna, mientras que la respuesta al Rorschach es creada para satisfacer las demandas del examinador. El objeto transicional, en este caso la mancha de tinta, pertenece al examinador y es con este objeto, dice Smith, que el sujeto ha de crear el percepto. De este modo entra en juego la interacción entre examinador y examinado.

Como puede observarse, el análisis de las relaciones objetales a través del Rorschach ha seguido caminos diferentes, siendo en la actualidad uno de los temas más estimulantes dentro de los estudios que se realizan con este test. La disparidad de criterios es importante y en ocasiones genera conclusiones diferentes. Esto puede obedecer a los diferentes enfoques teóricos que, dentro de la propia teoría psicoanalítica, existen respecto al concepto objeto de estudio, siendo ésta una dificultad habitual cuando se validan constructos psicoanalíticos. Operativizar un concepto psicoanalítico es una tarea compleja porque se trata generalmente de variables que no pueden observarse directamente, sino que deben inferirse de las expresiones inconscientes.

Teniendo en cuenta esta dificultad, la evaluación de las representaciones objetales puede proporcionar datos significativos al estudio sistemático de la psicopatología y al proceso terapéutico. Se ha visto (Blatt y Lerner, 1983) que existen diferentes tipos de distorsiones en el contenido y la estructura del mundo representacional del sujeto según

las distintas formas de psicopatología. En el proceso terapéutico esas diferencias se reflejarán en la naturaleza de la transferencia y de la contratransferencia. Conocer la calidad de las representaciones de objeto antes de comenzar la terapia ayudará a comprender los posibles problemas transferenciales que pueden surgir en el transcurso de la misma. No hay ninguna certidumbre en el proceso terapéutico y cualquier elemento que aporte algo de luz ayudará y orientará al clínico en el trayecto. Las relaciones objetales del paciente pueden marcar este recorrido, ofreciendo pistas al terapeuta acerca de los obstáculos y resistencias que pueden surgir, pero también iluminando los aspectos más favorables con que cuenta el paciente para dar significado a su experiencia cotidiana. Tan necesarios son unos como otros para el desarrollo de una psicoterapia eficaz.

Las relaciones de objeto también informan sobre las distintas modificaciones que tendrán lugar en el mundo representacional del sujeto si el paciente progresa hacia niveles evolutivos más complejos. Según los distintos tipos de pacientes y dependiendo de los trastornos de su mundo representacional previos al tratamiento, tendrán lugar distintos tipos de cambios. De ahí la importancia fundamental de investigar los cambios en el contenido y la estructura de las representaciones de objeto como una función de la psicoterapia a largo plazo.

Como el mundo representacional y el sentido de la realidad se establecen gracias a la internalización de interacciones interpersonales significativas (dentro de la *relación maternal primaria*), estos conceptos serán elementos claves a la hora de comprender y evaluar aspectos fundamentales del proceso psicoterapéutico.

1.4.4. Utilización del Rorschach para predecir cuándo una persona puede beneficiarse de una psicoterapia.

En los últimos años el Psicodiagnóstico Rorschach se ha utilizado principalmente para definir los objetivos terapéuticos y el tipo de intervención adecuado para cada paciente. También se ha utilizado ampliamente para evaluar los resultados obtenidos tras una intervención psicológica, de corta o larga duración.

No fue así en un principio, pues el propio H. Rorschach desconfiaba de la utilización de su test como pronosticador de implicación o éxito en los tratamientos. Únicamente lo consideraba útil para desvelar rasgos psicóticos latentes de los pacientes

que pudieran causar problemas en posibles tratamientos psicoanalíticos (Rorschach, 1921). Igualmente, según G. Frank (1993), los primeros rorschachistas (S. Beck, B. Klopfer, D. Rappaport, M. Gill y R. Shaffer) tampoco parecían muy entusiasmados en utilizar el Rorschach para evaluar tratamientos, insistiendo en su uso exclusivo en el diagnóstico y la evaluación clínica. Según este autor, a pesar de ello, algunos investigadores lo utilizaron para pronosticar el éxito en distintos tipos de tratamientos psiquiátricos, como la terapia electroconvulsiva (Brown & Orbison, 1938), el tratamiento con insulina (Piotrowski, 1938,1941; Wechsler, Harpern & Jaros, 1940; citados por Frank, 1993) o con metrazol (Morris,1943). Aunque algunos de los trabajos no presentaron resultados alentadores, la mayoría coincidieron en que con un nivel formal bueno, unas buenas respuestas humanas y de color, junto a un número mínimo de respuestas, un sujeto podría obtener éxito en su tratamiento psiquiátrico. También estos estudios revelaron que a mayor cantidad de rasgos psicóticos, peor era el pronóstico.

Estos hallazgos promovieron investigaciones en las que se utilizaba el Rorschach para predecir la respuesta a las psicoterapias. Beck (1948), Harris & Christiansen (1946), Hertz (1945,1946) y Siegel (1945), citados por Frank (1993), encontraron igualmente que a mejor nivel formal, mejor pronóstico. Y otros investigadores posteriores de esa época encontraron que, independientemente del tipo de orientación teórica de la psicoterapia estudiada, aparecían las mismas variables relacionadas con el pronóstico: buen nivel formal, buenas respuestas de movimiento humano, buenas respuestas de color y buen nivel de producción.

Así que Piotrowski (1950) y Klopfer (1951) desarrollaron sus respectivas escalas multifactoriales para la evaluación del pronóstico terapéutico. La *Long-term Prognostic Test Index-LTPTI* de Piotrowski no mostró suficiente validez y apenas se ha utilizado. La *Rorschach Prognostic Rating Scale-RPRS* de Klopfer ha sido sometida a diferentes investigaciones de validación cruzada y en los trabajos de los años 1950-1970 se hallaron correlaciones entre algunas variables de la escala y los resultados de los tratamientos. Pero las últimas investigaciones respecto a terapias de apoyo (Whitely & Blaine, 1967) y psicodinámicas (Luborsky et al, 1988) no han hallado correlaciones suficientemente altas como para hacer juicios clínicos.

Los últimos trabajos que han investigado el Rorschach como predictor de resultados en los tratamientos han sido realizados con el Sistema Comprensivo de Exner. Se han aplicado a tratamientos infantiles hospitalarios (Gerstle, Geary, Himmelstein & Reller-Geary, 1988; La Barbara & Cornsweet, 1985) y a psicoterapia dinámica breve de adultos

(Alpher, Perfetto, Henry & Strupp, 1990). En los tres estudios citados, las variables 'ep', 'Z' y 'Lambda' correlacionaron positivamente (y significativamente a nivel estadístico) con unos resultados favorables en el tratamiento.

A la luz de estas investigaciones, G. Frank (1993) concluye que una buena calidad formal general, y un buena calidad formal de las respuestas de movimiento y color en particular, constituyen un buen pronóstico global y, en especial, para indicar cuándo una persona puede beneficiarse de una psicoterapia.

1.4.5. Rasgos de personalidad y continuidad de las psicoterapias

La observación de sujetos que tras una profunda exploración psicológica inician una psicoterapia pero la abandonan bruscamente a las pocas sesiones, ha llevado a muchos clínicos a investigar las causas de estas deserciones, buscando en las técnicas psicológicas instrumentos que permitieran predecir este tipo de rupturas y permitieran remitir al paciente a un tipo de intervención más ajustada a sus recursos de salud.

El test Rorschach se ha utilizado ampliamente en este sentido, considerando agrupaciones y constelaciones y estableciendo las posibles relaciones entre variables. En la década de los años cincuenta, B. Kotkov y A. Meadow iniciaron una serie de investigaciones destinadas a encontrar criterios del Rorschach que pudieran predecir la continuación de los tratamientos. En 1953 compararon sujetos que habían realizado psicoterapias individuales y grupales, hallando que los que continuaban en el tratamiento, ya fuera grupal o individual, presentaban puntuaciones *FC* y *R* significativamente más altas que los que interrumpían la psicoterapia antes de la novena sesión. Según el sistema de Klopfer utilizado para administrar y codificar los protocolos Rorschach, estas altas puntuaciones indicarían mayor capacidad para tolerar la ansiedad generada por el proceso terapéutico.

Affleck y Mednick (1959) hallaron otro instrumento basado en las respuestas Rorschach para determinar si un paciente abandonaría la psicoterapia antes de las cuatro primeras sesiones. La probabilidad de determinar con acierto los abandonos fue de 0'71, utilizando las respuestas *M*, los contenidos *H* y el número total de respuestas al test. Según los resultados del estudio, los sujetos con productividad verbal limitada que además evitaban la expresión de ideas relacionadas con la actividad humana fueron los que abandonaron con mayor frecuencia sus tratamientos.

Años más tarde, Alpher, Henry & Strupp (1990) encontraron relaciones significativas entre determinadas variables del Rorschach y los cambios obtenidos tras una psicoterapia breve de orientación dinámica. En un estudio posterior, Alpher, Perfecto, Henry & Strupp (1990) hallaron que los individuos con una alta necesidad de contacto interpersonal y dependencia eran considerados por sus terapeutas como mucho más capaces para implicarse en una psicoterapia dinámica breve. Aunque en ambos estudios no se desdeñaban las variables correspondientes al examinador, se sugería la utilización de técnicas proyectivas –especialmente el Rorschach- para obtener mayor información del paciente a la hora de decidir sobre el tratamiento más eficaz.

También Colson y sus colegas (1994), centrándose en la relación terapeuta-paciente, concluyeron que las pacientes psiquiátricas que hacían alianzas terapéuticas más favorables eran aquellas que al ser evaluadas con el Rorschach obtuvieron puntuaciones más altas en agresividad-malignidad y que presentaban un alto nivel de sentimientos disfóricos y de agitación emocional.

Exner (1994) hace referencia a una serie de investigadores (Halpern, 1940; Morris, 1943; Stotsky, 1952; Goldman, 1960; Piotrovsky & Bricklin, 1961) que encontraron una relación positiva entre la frecuencia de contenidos humanos en el Rorschach y la efectividad del tratamiento. Draguns, Haley y Phillips (1967) plantearon que la frecuencia de contenidos humanos está en función del desarrollo cognitivo y del potencial de relación interpersonal. La revisión de la literatura realizada sugiere que las frecuencias bajas de contenido humano pueden ser un indicador efectivo para diferenciar a quienes se han retirado del contacto social.

Piper, Azim, McCallum & Joyce (1990) estudiaron los resultados que diferentes pacientes obtenían tras haberse sometido a psicoterapias breves de orientación dinámica, basándose en un estudio previo de sus relaciones objetales. Partiendo de una concepción freudiana de las relaciones de objeto, establecieron una escala de nueve puntuaciones obtenidas mediante entrevistas libres, siendo las puntuaciones extremas la relación de objeto genital y la relación de objeto narcisista/borderline. Encontraron que en los sujetos con más altas puntuaciones en la escala (relaciones de objeto más evolucionadas y sofisticadas) los efectos beneficiosos de la psicoterapia breve permanecían durante más tiempo que en aquellos que presentaron puntuaciones más bajas (relaciones de objeto más difusas e inmaduras).

Al mismo tiempo, Ephraim (1990) publicó un estudio sobre las condiciones psicológicas que facilitaban la psicoterapia dinámica, evaluadas a través de las respuestas

de movimiento humano al test de Rorschach. Utilizó las variables de Cooperación (*COP*), Contenido Humano [*H*, (*H*), *Hd*, (*HD*)] y Calidad Formal (*FQ*) de Exner, la Escala MOA de Urist, los Contenidos de Relaciones Primitivas de Kwawer y las Respuestas Confabuladas (Rapaport y Blatt). Encontró que los pacientes refractarios a la psicoterapia psicodinámica parecían poco dispuestos a establecer relaciones de cooperación, presentando objetos internalizados con interacciones predominantemente destructivas o con vinculaciones primitivas; estos pacientes tendían a percibir las relaciones interpersonales de forma distorsionada y presentaban ciertas dificultades para discriminar lo interno de lo externo.

Ephraim concluyó que el análisis de las respuestas de contenido humano y de las relaciones de objeto a través del Rorschach parece constituir un recurso útil para formular un pronóstico acerca de las dificultades de algunos pacientes para beneficiarse de la psicoterapia dinámica o psicoanalítica como indicación de tratamiento.

En España, Sember, Tuset y Campo (1995) encontraron mayores abandonos de los tratamientos psicodinámicos en pacientes que presentaban, al comienzo de la intervención, una tendencia a la simplificación, escasos recursos disponibles, autoestima alterada, alteraciones del pensamiento y la percepción y una visión poco realista de los otros, mostrando escasa necesidad de contacto e intimidad. Ese mismo año, Hilsenroth y col., al comparar pacientes mediante una selección de variables del Rorschach, encontraron que los pacientes que continuaban en tratamiento presentaban, al inicio del mismo, representaciones objetales menos cooperativas, un nivel más alto de movimientos agresivos y también una necesidad mayor de intimidad con los demás, comparándolos con pacientes que terminaron prematuramente el tratamiento. Y Horner & Diamond (1996), en su estudio sobre abandonos del tratamiento en pacientes borderline, descubrieron que quienes finalizaron la psicoterapia produjeron realmente más respuestas en los extremos de la Escala Rorschach de Separación-Individuación, lo que supone representaciones de objeto peores o poco diferenciadas así como representaciones objetales más diferenciadas y adaptativas en los pacientes que abandonaron pronto el tratamiento.

Más tarde, Ackerman, Hilsenroth, Clemence, Weatherill & Fowler (2000), en su trabajo sobre los efectos de la cognición social y la representación de objeto en la continuación de la psicoterapia, demostraron que los pacientes que continuaban durante una largo período de tiempo su terapia de orientación psicodinámica se caracterizaban por

presentar en sus protocolos de Rorschach previos al tratamiento representaciones de objeto muy pobres, malestar en sus relaciones interpersonales y un deseo de intimar afectivamente con otra persona. Utilizaron la escala MOA de Urist para la evaluación de las relaciones objetales en el Rorschach y la escala SCORS de Westen (1995) para evaluarlas en el Test de Apercepción Temática de Murray.

Concluyeron que aunque la comprensión de las relaciones objetales de un paciente no asegura un éxito terapéutico, puede proporcionar al clínico una mejor apreciación de las capacidades o limitaciones del paciente para experimentar el afecto e implicarse en las relaciones (incluida la relación terapéutica). Además, el conocimiento de las relaciones objetales de un sujeto puede ayudar a los clínicos a ser más conscientes de cuestiones afectivas e interpersonales de los pacientes y también puede facilitar el desarrollo de intervenciones terapéuticas más sensibles dirigidas a aspectos relacionales o propios. Por este motivo los autores apoyan el uso de técnicas proyectivas como el Rorschach y T.A.T. para la evaluación de relaciones objetales en grupos de pacientes, asegurando que ofrecen al clínico datos valiosos que facilitan la intervención terapéutica.

Según las investigaciones revisadas, y en el marco de las intervenciones de orientación psicoanalítica, parece que los sujetos con relaciones de objeto más evolucionadas obtendrán mayor beneficio de las psicoterapias breves (Piper, Azim, McCallum & Joyce, 1990) y los sujetos con relaciones de objeto inmaduras se beneficiarán más de los tratamientos a largo plazo. Y en teoría, siguiendo los criterios de analizabilidad o accesibilidad al tratamiento (Maganto & Ávila, 1999), sería esperable que los sujetos más implicados en el tratamiento presentaran malestar psíquico en el momento de consulta, preguntándose por lo que les ocurre. Esto supondría cierta afectación y responsabilidad sobre su problema y un deseo de cambio con la esperanza de recibir ayuda, lo que facilitaría el vínculo de confianza con el clínico.

Otros estudios (Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1998; Piper, Boroto, Joyce, McCallum & Azim, 1995) han mostrado que la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento pueden predecirse en un cierto grado a partir del nivel de funcionamiento interpersonal de los pacientes antes de iniciar el proceso. Estos trabajos sugieren que el impacto de la técnica puede estar enmascarado en aquellos estudios que no tienen en cuenta factores tales como la calidad de las relaciones objetales del paciente y, por tanto, su capacidad para implicarse en una psicoterapia.

Estas investigaciones marcan el punto de partida de nuestro trabajo. Así mismo, en la medida en que esta investigación incorpora las relaciones objetales del paciente como objeto de estudio, constituye una réplica de los anteriores estudios, lo que permitirá validar las conclusiones por ellos alcanzadas. Veremos a continuación los planteamientos de esta investigación.

1.4.6. Planteamiento de la investigación.

1.4.6.1. Las relaciones objetales en el proceso terapéutico como objeto de estudio.

Hemos visto cómo distintas teorías y formulaciones psicoanalíticas consideran la matriz terapéutica como una relación interpersonal significativa. Esta relación desempeña una función mediadora en el incremento de los niveles de organización psicológica en el desarrollo del paciente. Al igual que la internalización de relaciones objetales da como resultado la formación de estructuras psíquicas en el desarrollo normal, la internalización de interacciones significativas entre el paciente y el terapeuta juega un papel fundamental en el proceso terapéutico. El terapeuta se vuelve disponible como un nuevo objeto para eliminar, paso a paso, las distorsiones transferenciales que interfieren con el establecimiento de nuevas relaciones objetales. Y es la internalización de nuevas y relativamente poco distorsionadas relaciones objetales con el terapeuta lo que genera cambios en el funcionamiento psíquico del paciente.

De ahí el interés por el estudio de las RO. El problema es que no pueden ser observadas directamente, sino solo inferidas y evaluadas indirectamente a través de sus manifestaciones, tales como las respuestas a un test proyectivo. Según los estudios revisados, parece que los abordajes más estructurales aportan información sobre el aspecto patológico de las relaciones objetales y los abordajes de contenido informan más descriptivamente de su calidad. Esta investigación pretende complementar ambos abordajes, estructural y de contenido, con el fin de obtener datos más completos de las relaciones objetales de los sujetos de la grupo antes de iniciar sus tratamientos. Esto nos permitirá analizar mejor la posible influencia que ejercen sobre el modo en que los sujetos se implican en sus tratamientos.

Tampoco la investigación del proceso terapéutico es sencilla. Son muchas las variables implicadas en la relación entre el tratamiento y los resultados obtenidos (Llewelyn & Hardy, 2001), lo que hace muy difícil encontrar datos que permitan alcanzar conclusiones acertadas en las investigaciones de procesos terapéuticos.

La psicoterapia es un proceso dinámico interactivo, no es algo que el terapeuta “hace” al paciente, sino algo que realizan ambos, terapeuta y paciente, en conjunto. Cada uno tiene su cometido y se alternan en la dirección y sentido del proceso: la intervención discurre por donde el paciente marca pero el terapeuta reconduce, insiste o enfatiza al dar significado a lo que va ocurriendo, a través de las intervenciones que realiza en el marco de la alianza terapéutica, ese espacio potencial donde se producen los cambios.

El propósito de este trabajo es conocer los aspectos de la personalidad del paciente que intervienen en la configuración de este espacio potencial, cómo inciden en el establecimiento de la alianza terapéutica, cómo facilitan o dificultan el cambio psíquico. Y hemos intentado hacerlo sin interferir directamente en su curso (se trata de un estudio prospectivo de los procesos diagnósticos y terapéuticos), mediante el estudio de las relaciones de objeto.

Una de las principales ventajas del abordaje de las relaciones objetales, sobre el cual trabajan tanto el terapeuta como el evaluador de orientación dinámica, es que no se precisa una relación transferencial profunda (nos referimos al establecimiento de la neurosis transferencial) para obtener información de los contenidos y procesos internos del paciente. En el momento de la evaluación psicológica, en el comienzo del tratamiento o en el transcurso del mismo, es posible evaluar el estado y contenido de las representaciones objetales del sujeto. Su análisis puede informar de la naturaleza del aparato mental del examinado así como de las diferentes fallas, distorsiones o conflictos que lo caracterizan evolutivamente. Si, además, este análisis se realiza en una situación de interacción interpersonal (proceso diagnóstico), donde tienen lugar procesos intrapsíquicos e intersubjetivos, los resultados permitirán asimismo inferir el tipo de relaciones interpersonales que establecerá el sujeto examinado y, dentro de ellas, la posible relación con un supuesto psicoterapeuta. Éste es el objeto del estudio.

1.4.6.2. Un instrumento de medida multidimensional

La cuestión es cómo medir las relaciones objetales, ya que no se pueden observar directamente sino solamente a través de sus manifestaciones: sueños, lapsus, *acting-outs* o respuestas a técnicas proyectivas. Los evaluadores clínicos experimentados suelen interpretar este tipo de material aplicando su experiencia e intuición; esto enriquece el diagnóstico al aportar información dinámica y cualitativa de la personalidad del examinado, pero a la hora de investigar o de compartir la información obtenida con otros clínicos, esta exquisita información subjetiva se vuelve en contra de la validez de la técnica, porque no se puede objetivar la experiencia subjetiva de cada examinador.

La decisión de utilizar el Rorschach en nuestro trabajo se debió, entre otras cosas, a la estandarización de la aplicación, codificación e interpretación que exige de los datos, controlando así la intervención subjetiva del examinador. Pero no elimina la valiosa participación de la subjetividad del examinador, sino que la delimita a la interpretación cualitativa de los datos, sistematizada a su vez mediante diferentes puntuaciones, índices y escalas. Por ejemplo, si un evaluador detecta elementos hostiles encubiertos en el funcionamiento interpersonal del examinado puede que no se traduzcan en puntuaciones *AG*, o en un exceso de respuestas *S*; sin embargo, puede registrar críticas a la realización de las manchas o a la consigna, retrasos intencionados en la emisión de respuestas o planteamientos de cuestiones irrelevantes acerca de la tarea en la presentación de cada lámina. Pero también puede registrar en el análisis de contenidos un tipo de respuestas en las que los objetos percibidos se hallan relacionados a través de actos malvados, de destrucción, sumisión o deterioro mutuo.

Otra de las ventajas que ofrece el Rorschach es su facilidad para planificar los tratamientos en distintos aspectos. De acuerdo con Weiner (1999), el Rorschach define el nivel de integración de la personalidad del sujeto, así como el grado de tensión que experimenta, lo que permite valorar la intensidad del tratamiento que el supuesto paciente tendrá que soportar y su capacidad para implicarse activamente en una relación terapéutica. Por otra parte, permite distinguir los distintos estilos de personalidad que determinarán en el paciente respuestas diferentes a los distintos tipos y abordajes terapéuticos. Y además, la información obtenida ayuda a diseñar los objetivos de la intervención, es decir, los cambios en la personalidad considerados beneficiosos para el sujeto, identificando las posibles resistencias y obstáculos al tratamiento.

El problema es que la interpretación de los datos obtenidos en un protocolo Rorschach supone la integración de un conjunto de variables, referida cada una de ellas a un rasgo de la personalidad que bien puede ser estable, estructural, o bien obedecer a una circunstancia situacional del sujeto (cambios vitales, patologías, etc.). Ninguna de las variables del Rorschach puede interpretarse aisladamente, de la misma manera que un único rasgo de personalidad, por muy destacable que sea, jamás puede describir totalmente a un individuo. Siendo esto cierto, no lo es menos el que determinadas agrupaciones de variables Rorschach son más relevantes para el análisis de un determinado proceso que otras. Así, por ejemplo, la constelación de Depresión (DEPI) y el Índice de Inhabilidad Social (CDI) son agrupaciones clave para establecer si en la depresión del paciente predominan las perturbaciones del área cognitiva o las de las relaciones interpersonales (Exner, 1997). A la hora de tomar decisiones acerca del tipo de intervención a realizar, así como en la planificación de la misma y en los momentos críticos de su curso, deben considerarse conjuntamente todos los datos obtenidos en el protocolo.

Aunque en un principio pudiera objetarse que el Rorschach presenta demasiada información relativa al individuo y que al no ser una prueba específica para evaluar las relaciones objetales puede contaminar la información acerca de éstas, los datos que aporta sobre estructura y dinámica psíquica permiten inferir la naturaleza de las representaciones objetales del examinado, en el nivel evolutivo en que se encuentran inscritas y en el marco de la estructura global de su personalidad, ya sea normal o patológica.

Se utilizará el Psicodiagnóstico de Rorschach como instrumento básico de medida, teniendo en cuenta, no obstante, uno de los principios básicos de Evaluación Psicológica que señala la inviabilidad de considerar un único instrumento para evaluar atributos de la personalidad. En el desempeño clínico, el Rorschach no puede considerarse como única medida de las relaciones objetales; más bien se precisan datos procedentes de otras fuentes (entrevista semiestructurada, material onírico o manifestaciones inconscientes del sujeto examinado, prueba de realidad, etc.) para corroborar o refutar las hipótesis aportadas por el Rorschach respecto a la naturaleza de las relaciones objetales.

Para salvar esta dificultad, en este trabajo se utiliza el test como una técnica múltiple, es decir, abordando el análisis de los datos desde las distintas perspectivas que permite la prueba (cualitativa y cuantitativa), a través de escalas, índices y conjuntos de variables previamente validadas. El test de Rorschach puede ayudarnos a conocer mejor

la naturaleza de las relaciones objetales de la persona que consulta, en un tiempo relativamente breve, con una considerable objetividad y operatividad, pero sin apenas desvirtuar la naturaleza de determinados elementos inconscientes del sujeto. En resumen, el Rorschach ofrece información amplia acerca de los rasgos de personalidad que influyen en las respuestas del paciente a un tratamiento y podría ser de gran utilidad en nuestra investigación.

1.4.6.3. Singularidad del diseño de investigación

En la elaboración del diseño de investigación se han contemplado investigaciones previas, descartando elementos que podrían resultar confusos o deficitarios y rescatando los aspectos más valiosos e interesantes para el trabajo.

Así, se ha desestimado el enfoque de S. Blatt, sin desdeñar su valioso aporte científico, porque puede inducir a confusiones. Si bien se ha señalado la naturaleza dual (cognitiva y dinámica) de las representaciones objetales, se observa que en la conceptualización de representación objetal, Blatt asigna un mismo término a dos conceptos diferentes. Blatt utiliza los términos de “objeto” y “constancia objetal” para referirse indistintamente a aspectos cognitivos, según la concepción genética de Piaget, como a aspectos dinámicos, según la teoría psicoanalítica. Aunque la representación objetal piagetiana se desarrolla evolutivamente, igual que la representación objetal psicoanalítica, Piaget únicamente considera los elementos cognitivos, describiendo los procesos que intervienen en la adquisición de la representación mental, a partir de esquemas de acción sensoriomotores.

En la teoría psicoanalítica, sin embargo, el objeto es en un principio el destino de las pulsiones y, más adelante, todo lo que no es *yo*, pasando por una etapa de *subjetividad*, como lo describe Winnicott (*objeto subjetivo*, 1970). No se corresponde este objeto psicoanalítico con el objeto físico que describe Piaget.

Las representaciones objetales que interesan al psicoanalista difieren en su naturaleza de aquellas de los sucesos inanimados que el niño experimenta en el mundo físico y cuyo proceso de representación se estudia cognitivamente. Esta diferencia, señalada ya por Mayman (1977), es confirmada por Wachtel (1987), quien sugiere que el campo interpersonal es mucho más ambiguo que el mundo físico, no tiene tantas certezas

y eso conlleva que en las reacciones ante los sucesos interpersonales la acomodación sea mucho menos eficaz y persistan en ella esquemas sin modificar. Según Wachtel, esto significa que en la esfera interpersonal se tiende mucho más que en el mundo físico a confirmar percepciones aparentemente equivocadas. D. Stern (1995), por su parte, también asegura que existen diferencias importantes entre las representaciones de sucesos inanimados y de sucesos interpersonales subjetivos. Los acontecimientos mentales que ocurren en una situación interpersonal subjetiva no son isomórficos a los sucesos de la realidad exterior, entre otras cosas porque están cargados afectivamente y se extienden en el tiempo de forma irreversible.

Con el fin de evitar deslizamientos conceptuales entre disciplinas teóricas que puedan originar resultados ambiguos, aquí se estudian las representaciones de objeto considerando su doble naturaleza, afectiva y cognitiva, pero no indistintamente ni desde una única perspectiva. La consideración simultánea de la doble naturaleza de las relaciones objetales en su incidencia sobre la psicoterapia no se ha realizado en anteriores investigaciones con población española, por lo que constituye una aportación en esta área de investigaciones empíricas. Nos serviremos de diferentes tipos de análisis de las respuestas para obtener informaciones distintas acerca del mismo objeto de estudio. Las aportaciones de P. Lerner relativas al abordaje vivencial y multimodal del Rorschach serán de gran valor a la hora de alcanzar el objetivo de la investigación.

Por otra parte, las sugerentes conclusiones obtenidas por la Escuela Francesa relativas a la cuantificación de datos cualitativos sobre las respuestas al Rorschach, no son aplicables a este estudio porque se limitan a análisis individuales de casos clínicos y aunque facilitan la diferenciación diagnóstica de estructuras psíquicas no pueden extenderse a estudios de grupos.

Los estudios de Piper y colaboradores (1990, 1991 y 1995) comparten el mismo objetivo y bien podría reproducirse aquí su metodología, pero presentan algunas peculiaridades. En primer lugar, el concepto de relación objetal que utilizan corresponde a los enunciados de las primeras teorías de Relaciones Objetales, suponiendo un desarrollo freudiano de las mismas (etapas libidinales). En esta tesis, sin embargo, se reflejarán las últimas actualizaciones de la teoría de las RO, recogiendo las aportaciones de O. Kernberg y las posteriores evoluciones conceptuales desarrolladas. En segundo lugar, el instrumento que Piper y sus colegas utilizan para medir la variable RO es una escala basada en datos obtenidos de entrevista individual, con dos extremos (genital y narcisista). En esta tesis se utiliza el test de Rorschach, pues permite un abordaje

multidimensional (análisis cuantitativo, cualitativo y simbólico) y una mayor objetivación de los resultados obtenidos, a través de diferentes escalas y grupos de variables.

La singularidad del diseño utilizado viene dada por la utilización de una sola técnica (el test de Rorschach) para obtener diferentes planos de información (estructural, dinámica, intra e intersubjetiva) acerca del complejo objeto de estudio. En las investigaciones revisadas, gran parte de los estudios cualitativos acerca de las respuestas al test de Rorschach se realizaron con sistemas de codificación no estandarizados (Beck, 1944, Klopfer, 1942 y Piotrowski, 1950). En este trabajo se utiliza el estandarizado Sistema Comprensivo de Exner (1978, 2000, 2001) tanto para el análisis cuantitativo como para el análisis cualitativo de los protocolos de respuestas.

El sugerente trabajo de Ephraim (1990) ha contribuido en gran manera al desarrollo de esta tesis. Coincidiendo en objetivos (detección de condiciones psicológicas del paciente que facilitan la psicoterapia psicoanalítica) y en la utilización del Rorschach como instrumento de medida (considerando variables estructurales y de contenido), presenta algunas limitaciones metodológicas que se intentarán subsanar en la presente investigación. El estudio de Ephraim es intensivo más que extensivo, limitado a un grupo de ocho pacientes. No se ha considerado el estilo vivencial de los participantes, ni el grado de psicopatología y no queda claro si todo el grupo fue atendido por el mismo terapeuta (con el fin de minimizar las variables procedentes de la persona del analista). El estudio de las relaciones objetales queda reducido a siete variables, que no es poco pero creo que puede ampliarse para ganar validez.

El abordaje de las relaciones objetales incluye el análisis de las representaciones objetales que las constituyen. A su vez, las representaciones objetales pueden estudiarse a partir de las imágenes y los afectos que las conforman. Su investigación no puede realizarse desde una única perspectiva sino desde tres facetas diferentes: evolutiva, patológica y cognitiva. Contamos para ello con el interesante trabajo de Groves Overton (2000), que propone una *interpretación relacional* del Rorschach coherente con el Sistema Comprensivo de Exner. Parte del enfoque de Schachtel (1959) según el cual la forma en que un sujeto percibe a los demás revela la calidad de las relaciones que mantiene con su mundo interno y con los demás. Schachtel define una secuencia evolutiva en las relaciones (modos perceptivo-relacionales), vinculando esos niveles de relación a los determinantes de color del Rorschach. El trabajo de Groves Overton incorpora asimismo la teoría de J. Piaget, planteando que

estas relaciones emergen y se desarrollan mediante la actividad organizada de ensayo y error, en el sentido piagetiano de incorporar (asimilar) y simultáneamente modificar (acomodar) el concepto propio en el seno de una relación.

Esta secuencia evolutiva de las relaciones, que tiene lugar mediante procesos de asimilación y acomodación, define según Groves Overton el modo habitual de relacionarse de un sujeto, ya sea a lo largo de su ciclo vital, en una relación particular o en un encuentro interpersonal determinado. Dentro de este enfoque, la proporción $FC:CF+C$ del Sistema Comprensivo de Exner se define como reflejo del estilo relacional que el sujeto mantiene consigo mismo y con su mundo interpersonal. Se describen cuatro estilos relacionales básicos: saludable, egocéntrico, egocéntrico disfrazado y defensivo, que recogen las perspectivas evolutiva, cognitiva y psicopatológica de las relaciones objetales.

En la investigación se observarán también algunos aspectos cognitivos a partir de los procesamientos de la información reflejados en el test: estilos de almacenamiento, objetos percibidos global o parcialmente, grado de estructuración y organización de los perceptos, capacidad y calidad para crear vínculos entre los mismos, así como nivel de integración e interrelación entre los objetos percibidos. Sería deseable haber tenido en cuenta los abordajes cognitivistas de la representación mental, de acuerdo a los procesos de memoria declarativa (Tulving, 1983, 1989) que quizás pueden conocerse a través del Rorschach. Las recientes aportaciones que la psicología cognitiva ha realizado sobre estos sistemas de memoria coinciden con las concepciones psicoanalíticas de ciertos procesos inconscientes, entre ellos los procesos de estructuración de las representaciones mentales (Westen, 1999; Bleichmar, 2001; Díaz-Benjumea, 2002) y ciertamente serían de gran interés para complementar este estudio, pero las limitaciones de espacio y tiempo aconsejan aplazarlo para una investigación posterior.

Otra singularidad del diseño de la investigación reside en la operativización de la variable dependiente, que según la literatura revisada no ha sido estudiada previamente. Hemos encontrado trabajos sobre abandonos y continuidad de los tratamientos, o sobre los cambios operados en los pacientes tras las intervenciones, pero no sobre la implicación que alcanzan en sus tratamientos. Recordaremos que esta variable puede informar con precisión de las cualidades del tratamiento que seguirá el posible paciente. Comprende los riesgos de rechazo, de abandono y las peculiaridades de la alianza terapéutica, así como los previsibles caminos que seguirá la intervención.

1.4.6.4. Resumen de la revisión bibliográfica

Finalmente, tras la revisión de la literatura existente sobre los distintos temas que incluye esta tesis, se pueden resumir las siguientes afirmaciones:

1- La alianza terapéutica y los resultados del tratamiento pueden predecirse en un cierto grado a partir del nivel de funcionamiento interpersonal de los pacientes antes de iniciar el proceso.

2- Las relaciones objetales informan de la capacidad de un sujeto para vincularse con otra persona y, por tanto, de su capacidad y motivación para establecer una relación terapéutica.

3- El Psicodiagnóstico Rorschach es un instrumento válido para evaluar las relaciones objetales del sujeto examinado, considerando tanto sus componentes cognitivos y estructurales como sus elementos dinámicos.

4- Existen indicadores del Rorschach que pueden predecir la capacidad del paciente para establecer el vínculo terapéutico indispensable en el logro de los objetivos de tratamiento previstos.

5- El análisis sistemático de los contenidos, realizado mediante instrumentos validados como es la Escala MOA de J. Urist, informa de las representaciones internas de los sujetos examinados.

6- Los sujetos con peores representaciones objetales, mayor agresividad y deterioro en sus relaciones interpersonales y con deseo de establecer vínculos, obtendrán mayores beneficios de un tratamiento y en menor frecuencia abandonarán la terapia.

7- El análisis de contenido es complementario al análisis estructural de las respuestas al Rorschach propuesto por el Sistema Comprensivo de Exner (1993,2003).

El estudio empírico que se describe a continuación tiene por objeto ratificar dichas afirmaciones y refutar las investigaciones relativas al tema que presentaron resultados contradictorios.

CAPÍTULO 2. ESTUDIO EMPÍRICO

INTRODUCCIÓN

Conocer las variables psicológicas que determinan el curso de los procesos psicoterapéuticos es, como se ha visto, una tarea compleja que los distintos investigadores han abordado desde diferentes perspectivas teóricas y utilizando instrumentos variados. Según los estudios revisados, los resultados del tratamiento y la alianza terapéutica pueden predecirse en cierta medida a partir del funcionamiento interpersonal de los sujetos que consultan antes de iniciar una intervención. También se ha mostrado cómo la capacidad y motivación para establecer relaciones interpersonales, incluida la relación con un posible terapeuta, pueden inferirse de las relaciones objetales del sujeto. Y finalmente, se ha visto cómo las relaciones objetales de una persona pueden conocerse a través de sus respuestas al Psicodiagnóstico de Rorschach, informando de aspectos dinámicos y estructurales de las mismas.

Por todo ello y con el objetivo de predecir la naturaleza y curso de los tratamientos psicológicos a partir de la estructura psíquica del consultante, en este trabajo se postula que la calidad de las relaciones objetales puede marcar diferencias en la implicación de los sujetos en las psicoterapias que llevan a cabo, pudiendo valorar su influencia en el momento de la evaluación psicológica previa a la intervención, mediante indicadores obtenidos a partir de las respuestas del sujeto al test de Rorschach.

Para intentar mostrarlo realizamos un estudio prospectivo de una población de sujetos adultos que en su día demandaron atención psicológica y se sometieron a una evaluación psicológica sin compromiso de iniciar tratamiento alguno. La muestra comprende aquellos sujetos que, al término de la misma, necesitaban realizar un proceso terapéutico para resolver los conflictos que les habían llevado a consultar. Algunos rechazaron la propuesta, otros iniciaron tratamiento y lo abandonaron por motivos ajenos o por propia voluntad y otros finalizaron los procesos obteniendo buenos resultados. Se han eliminado del grupo todas las personas que presentaban psicopatología muy grave (lesiones cerebrales severas, estados delirantes y episodios disruptivos, principalmente), así como las que presentaron protocolos Rorschach

inservibles y aquellas de las que no se disponía de información acerca de las intervenciones. La muestra definitiva sobre la que se realiza el estudio está constituida por 92 sujetos de ambos sexos y edades comprendidas entre los 18 y los 68 años.

Para medir las variables independientes se utiliza el Rorschach (Sistema Comprensivo de Exner) como método multidimensional que incorpora varias perspectivas de obtención de datos, realizando un *análisis estructural* de las respuestas (instrumentado a través de tres Agrupaciones de variables) y un *análisis de contenido* (instrumentado a partir de la Escala MOA de Urist de 1977).

En este capítulo se detallan los pasos seguidos para la realización del estudio empírico, según las hipótesis planteadas: objetivos del trabajo, método y procedimiento y análisis estadísticos efectuados. Los resultados figuran en una Tabla Resumen al final del apartado de Resultados (3.6.), pero los análisis estadísticos de cada variable pueden consultarse en el ANEXO.

2.1. OBJETIVOS DE TRABAJO

Este trabajo pretende analizar cómo determinados indicadores del Rorschach marcan la diferencia entre los consultantes que consiguen establecer la confianza y la participación activa indispensable para alcanzar los objetivos terapéuticos y los que no.

Conociendo las características psicológicas previas de la persona asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, el terapeuta dispondrá de una valiosa información para orientarse en su labor, minimizando la incertidumbre del proceso psicoterapéutico, disponiendo de un referente en los momentos críticos del mismo, de forma que pueda utilizar los recursos psicológicos del paciente, ajustándose a su ritmo de evolución y cambio.

Entre los múltiples factores psicológicos que pueden incidir en el curso de un tratamiento, fueron seleccionadas las Relaciones de Objeto porque contienen información muy precisa y esencial del funcionamiento psíquico del sujeto, comprenden elementos estructurales y dinámicos, determinan la concepción que cada persona tiene de sí misma y del mundo que le rodea, influyendo en sus interacciones con los demás (y por tanto, con un posible terapeuta). Pero sobre todo, se seleccionaron porque son modificables, evolucionan con una adecuada intervención terapéutica y, además, pueden observarse mediante el test de Rorschach.

El examen de las relaciones objetales de los sujetos del grupo se ha realizado a través de dos perspectivas metodológicas que dan cuenta de la doble naturaleza dinámica y estructural de este fenómeno.

Y la *hipótesis de trabajo* a contrastar desde ambas perspectivas es:

- 1.- Dinámica: *se implicarán más en el tratamiento los sujetos que presenten relaciones de objeto pobres o inmaduras* (perspectiva dinámica), pues esta condición genera mayor malestar y mayor necesidad de cambio en el paciente, que ve afectado su funcionamiento interpersonal y necesita de otros para manejar tanto su mundo interno como su entorno.
- 2.- Estructural:
 - 2.1. Hipotetizamos que *el estilo de respuesta (EB) influirá sobre la implicación en el tratamiento*, pues se ha comprobado que el manejo de las emociones y

de los pensamientos determina el tipo de de afrontamiento, influyendo en el establecimiento de la alianza terapéutica

2.2. Además, planteamos que *se implicarán más los sujetos que presenten un autoconcepto y percepción personal peculiares, además de suficientes recursos psicológicos disponibles.*

2.2. PARTICIPANTES

El planteamiento inicial de esta tesis surgió del trabajo clínico con personas que acudieron a consulta por diferentes causas y que decidieron someterse a una exploración psicológica. También incluía un pequeño grupo de pacientes atendidos en un servicio público de atención psicológica de urgencias, donde se realizaban psicodiagnósticos, intervenciones en crisis y psicoterapias breves.

A todo el grupo se le había aplicado una batería psicodiagnóstica que comprendía, como mínimo, dos entrevistas semiestructuradas, tests proyectivos gráficos, una escala de inteligencia y el psicodiagnóstico de Rorschach; a la mayoría se le aplicó también el MMPI y el Cuestionario Desiderativo de Pigem y en algunos casos disponíamos de los resultados del MCMI-II de T. Millon.

El estudio se ha realizado sobre una población exclusivamente adulta, considerando que la variable edad determina el nivel de desarrollo de las relaciones objetales en los sujetos (los niños disponen de relaciones objetales menos diferenciadas y maduras que los adultos).

Con el fin de homogeneizar el grupo, fueron eliminados aquellos sujetos que no reunían los requisitos necesarios. En algunos casos, los protocolos de Rorschach eran inválidos por bajo número de respuestas o porque habían sido aplicados siguiendo una consigna y codificación diferentes al Sistema Comprensivo; en otros casos, carecíamos de datos acerca de las psicoterapias que llevaron a cabo. Otros sujetos fueron eliminados por presentar psicopatología muy grave asociada a enfermedades degenerativas o terminales, desorientación o desorganización severa.

Así, el grupo definitivo se compone de 92 sujetos: 67 mujeres y 25 varones, de edades comprendidas entre los 18 y los 68 años. Aunque la población femenina es bastante más numerosa, no se ha contemplado la influencia de la variable sexo porque, según los principios teóricos examinados, las relaciones objetales y la implicación en la psicoterapia no son variables determinadas por el sexo de los consultantes. En cualquier caso, se ha realizado un chequeo previo para identificar la posible incidencia de esta variable sobre la implicación en el tratamiento.

La selección de los sujetos como grupo de estudio fue azarosa, si puede considerarse el azar como factor determinante de la derivación a una consulta psicológica privada o a un centro de asistencia público. Está claro que influyen factores

sociológicos, como por ejemplo, un nivel cultural medio de los consultantes que implique sensibilidad a los procesos psicológicos y a las posibilidades de ayuda profesional para su cambio y alivio sintomático. El nivel económico y social de todos los participantes es medio, en sus tres estratos de medio-bajo, medio-medio y medio-alto. Por otra parte, se ha cuidado especialmente que el nivel de psicopatología del grupo sea bastante homogéneo; los sujetos afectados de trastornos del estado de ánimo de distinta gravedad constituyen la parte más numerosa.

Los consultantes que iniciaron tratamiento fueron tratados por el mismo profesional. Atendí personalmente a todos los sujetos del grupo, excepto a uno que por razones ajenas hubo de ser atendido por otro clínico que informó de su evolución terapéutica. Las condiciones externas de la sala de consulta, así como la consigna, fueron similares tanto en el centro privado como en el público. La única diferencia radicaba en que en este último caso, consultantes y terapeuta conservaban el anonimato.

El grupo se redujo por tanto a personas que consultaron por un problema psicológico y aceptaron someterse a una exploración psicológica, sin compromiso alguno de iniciar tratamiento. Pero todas ellas, como resultado del psicodiagnóstico, recibieron la orientación de realizar algún tipo de intervención psicológica para resolver sus conflictos, en función de sus necesidades y recursos. Algunas rechazaron la propuesta, otras iniciaron la psicoterapia y no consiguieron resultados provechosos, otras abandonaron rápidamente por causas relacionadas con la intervención o ajenas a la misma y otras consiguieron buenos resultados, a veces en poco tiempo y a veces demorando más la psicoterapia.

2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El Psicodiagnóstico de Rorschach es un instrumento que reúne fiabilidad y validez suficientes para ofrecernos una medida de la personalidad tanto estructural como dinámica (Exner, 1993; Meyer, 2001; Mattlar, 2002). Los protocolos obtenidos informan acerca de cómo los sujetos perciben y piensan sobre lo que les ocurre, de cómo viven y expresan sus sentimientos, de las actitudes que mantienen sobre sí mismos y sobre los demás, de las relaciones interpersonales que llevan a cabo así como de su estilo habitual para afrontar los problemas cotidianos y manejar la tensión.

De las distintas variables y agrupaciones de variables que configuran la medida del Rorschach se han elegido, por su relevancia para los objetivos del trabajo, las que se describen a continuación.

2.3.1. Análisis cualitativo: Escala de Mutualidad de la Autonomía

El abordaje dinámico se realiza mediante el análisis de contenido de las respuestas al test, utilizando la Escala de Mutualidad de la Autonomía de Urist (1977).

Urist construyó esta escala de valores para delimitar los estadios que culminan en la consecución de la capacidad que el sujeto tiene para atribuir a los otros una autonomía y una identidad propias. Pretendía demostrar la existencia de correlaciones entre varias medidas independientes del nivel de relaciones objetales y supuso que la representación de las relaciones entre figuras animadas e inanimadas del Rorschach podría reflejar la experiencia y concepción de las relaciones humanas que tenía el sujeto examinado. La escala se centraba en el desarrollo evolutivo hacia la separación-individuación, enfatizando la cuestión de la autonomía de los otros respecto a uno mismo y, también, la autonomía de uno mismo respecto a los demás.

Por *mutualidad de la autonomía* (o *reciprocidad de la autonomía*), Urist entiende el modo en que el sujeto concibe a los demás en sus relaciones, es decir, psicológicamente autónomos. Una persona autónoma concibe a los otros como poseedores de un yo, mientras que al mismo tiempo reconoce objetivamente su existencia como un objeto entre muchos. Experimenta simultáneamente su yo y el de los otros como poseedores de una identidad, una voluntad y una experiencia subjetiva y afectiva de sí mismos. Concibe las

relaciones respecto a dichos atributos independientemente de las fluctuaciones del estado de necesidades, tanto propias como de los otros.

La Escala de Rorschach desarrollada por Urist se aplica a todo tipo de relaciones aparecidas en los contenidos de las respuestas: entre figuras humanas, animales, fuerzas de la naturaleza, etc. Las puntuaciones que se otorgan van de 1 a 7 según los siguientes criterios:

1. *Reciprocidad-Mutualidad*: las figuras que el examinado refiere aparecen en alguna relación o actividad donde están juntas e implicadas la una con la otra de tal forma que expresan un reconocimiento recíproco de sus respectivas individualidades. La imagen hace referencia explícita o implícita al hecho de que las figuras están separadas y autónomas pero implicadas entre ellas en una forma que reconoce o expresa una sensación de mutualidad en la relación (por ejemplo, en la lám. I: “*dos mariposas negras, besándose*” o en la lám. II: “*dos osos brindando entre ellos, chocando las copas*”) o haciendo una tarea en la que se brindan apoyo o colaboración (lám. III: “*dos camareros llevando una mesa*”).
2. *Interacción simple*: En este caso las figuras aparecen ocupadas en alguna relación o actividad paralela. No se enfatiza ni se señala la mutualidad, no hay sensación por otra parte de que esta dimensión esté comprometida de algún modo con la relación (por ej., en la lám III: “*dos mujeres haciendo su colada*”; en la lám. VIII: “*dos animales caminando, cada uno hacia su destino*”).
3. *Anaclítico- Dependencia*: Las figuras se ven como apoyándose una en otra, o una figura es vista como apoyándose o colgándose de otra. Aquí la sensación es de que los sujetos ‘no están sobre sus propios pies’, dice Urist, o que de algún modo necesitan una fuente externa de apoyo o dirección. Puede haber signos de diferenciación pero predomina la relación basada en la satisfacción de las necesidades básicas. Por ejemplo, en la lám. IV: “*un gigante apoyado en algo que le impide andar, no puede plantar los pies en el suelo*”, o en la lám. X: “*una persona columpiándose en un jardín*”.
4. *Reflejo-Espejo*: una figura es vista como el reflejo o la impresión de otra. Las relaciones entre los objetos aquí dan la sensación de que la definición o estabilidad de un objeto existe solo como una extensión o reflejo de otro. Hay

pérdida de autonomía y diferenciación en las figuras: copia, reflejo de un objeto en otro : “*dos gemelos siameses unidos por la cintura*”, “*una persona que imita perfectamente a la otra persona*”. También podrían incluirse aquí los perceptos de *sombras, huellas digitales, etc.*

5. **Control mágico:** la naturaleza de la relación entre las figuras se caracteriza por un tema de control maligno de una figura sobre otra. Aparecen temas de influencias, controles y hechicería. Una figura puede estar literal o figurativamente en manos de otra. Estos temas representan un grave desequilibrio en la mutualidad de las relaciones entre las figuras. Por una parte, las figuras pueden ser vistas como poderosas o salvadoras, mientras que en otras ocasiones son omnipotentes y controladoras. Ya no hay diferenciación y el percepto se desliza a imágenes malignas. El objeto aparece controlado, hechizado o en las garras de otro. La autonomía está disminuida. Así, en la lám X: “*un dios que tiene atemorizados a todos los animales y les obliga a ir hacia él en fila*”, o en la lám. IX: “*un brujo con máscara de fuego; con el humo te distrae, pero está enfadado y me está mirando, haciendo conjuros extraños...mejor lo tapamos*”, o “*una bruja hechizando a un bebé*”.
6. **Coerción:** No sólo hay un grave desequilibrio en la mutualidad de las relaciones entre las figuras, sino que el desequilibrio toma tintes claramente destructivos. La relación entre dos figuras que simplemente están luchando no se considera destructiva en términos de la individualidad, mientras que el caso de una figura que tortura o ahoga a otra se considera como un grave ataque a la autonomía del objeto. También se incluyen aquí relaciones que se representan como parasitarias, donde lo que gana una figura resulta, por definición, por la disminución o destrucción de la otra. Aparece una grave asimetría de la mutualidad, potencialmente destructiva para uno de los dos objetos que está en peligro. Un ejemplo sería, en la lám. IV: “*un pene con espinas que al introducirse en la vagina va produciendo desgarros y sangre*”, o en la lám. VIII: “*un ser vivo atrapado por una planta carnívora...quiere despegarse y ya no puede*”. O bien : “*un oso desgarrando la garganta de otro*”, “*dos vampiros que chupan la sangre de esta mujer*”, “*un escorpión que inyecta veneno en un oso*”.

7. *Envolvimiento-Incorporación*: Relaciones caracterizadas por una fuerza omnipotente, envolvente. Las figuras son vistas como consumidas, devoradas o generalmente atrapadas por fuerzas totalmente fuera de su control. Hay pérdida total de la autonomía, muerte y destrucción. Respuestas tales como “*una mujer presa en una gran telaraña, rodeada de insectos monstruosos y hambrientos*”, en la lám. I, o en la lám. IX: “*un niño dentro del útero; quiere salir, pero algo se lo impide; tiene la columna vertebral rota del esfuerzo, se ve la sangre*”, “*hay una niebla mala que rodea a esta rana*” o “*un hombre hundiéndose en arenas movedizas*”, pueden dar una idea de la codificación.

La psicometría de la escala MOA parece bastante satisfactoria. Stricker & Healey (1990) en su revisión de las investigaciones de este tipo de fiabilidad para la MOAS, señalan que la mayoría de los estudios que encontraron una fiabilidad de acuerdo con un punto de diferencia reflejaban valores entre 0.72 y 0.98. Blatt y sus colaboradores (1990) concluyeron que la MOA parece ser una medida fiable y útil para niños, adolescentes y adultos tanto pacientes como no pacientes.

Esta fiabilidad se incrementa en grupos infantiles, como ya demostraron Ryan, Avery & Grolnick (1985), Tuber (1989) y Kelly (1997), presentando éste último valores razonables de fiabilidad para la escala MOA en comparaciones nomotéticas tanto de grupos clínicos como no clínicos.

Respecto a la fiabilidad interjueces de la Escala MOA, Urist encontró un valor de 0.52 para el acuerdo total y un valor de 0.86 para acuerdos con un punto de diferencia. Según Fowler (2005) y Edberg (2005a), el coeficiente de correlación Kappa es 0.82, siendo el acuerdo intercodificadores muy alto.

Hilsenroth y Fowler, en un artículo no publicado citado por Erdberg (2005 a), encontraron en una muestra de 50 alumnos universitarios una media de respuestas MOA de 2,5. Y en un reciente estudio de Rorschach Workshop con una muestra adulta de 100 sujetos se encontró que la media de respuestas más saludables (MOA 1) es 1’2, siendo la media en una población clínica de 0’37. El valor medio más bajo en no pacientes es 1’5 y el más alto 4’4.

Otros estudios clínicos sobre esta escala realizados por Tuber (1983), Ackerman, Hilsenroth & Fowler (2000), demostraron que los valores altos de la MOA tienen un valor predictivo en trastorno de personalidad borderline superior al proporcionado por el

DSM-IV. En 2004, Fowler et. al. obtienen promedios de MOA altos según asciende la patología valorada por el DSM.

Hay investigaciones que vinculan la MOAS con cambios conductuales, como el de Blatt & Ford (1994) y el de Fowler et al. (2004), quienes observaron cambios globales en el comportamiento de 77 pacientes, recogidos en las puntuaciones MOA. La gran mejora aparecía en la diferenciación objetal, disminuyendo las relaciones objetales malignas.

Edberg (2005) refiere que los tipos de informes basados en MOA presentan gran paralelismo con situaciones reales experimentadas entre el paciente y su terapeuta, señalando las dificultades que puede haber en la interacción terapéutica y recuerda el caso que sobre este tema presentaron Gacono & Meloy en 1994.

Respecto a los estudios que relacionan la escala MOA con los procesos psicoterapéuticos, Ackermann et al. (2000) predicen la continuación de psicoterapia de orientación dinámica con esta escala (trabajo citado en el capítulo 2).

Por otra parte, en esta investigación se ha tenido en cuenta una cuestión que podía originar resultados diferentes en la aplicación de la MOAS a los protocolos de nuestra grupo. Se trata del modo de administración de las láminas.

En el Sistema Comprehensivo de Exner que hemos seguido, la consigna que se le propone al sujeto es diferente de la que aplicaron M. Mayman y J. Urist en Michigan. La consigna que ellos utilizaron fue desarrollada por Rapaport, Gill y Schafer (1945), según la cual la lámina se retira de la vista del sujeto una vez que éste ha dado la respuesta y la elaboración que realiza después se basa únicamente en el recuerdo que tiene de la mancha. La elaboración de la respuesta sin el estímulo presente fuerza al sujeto a elaborar sus respuestas de memoria, enfatizando la *representación* del sujeto más que su *percepción* de la respuesta.

La aplicación propuesta por el Sistema Comprehensivo de Exner no enfatiza tanto los aspectos mnémicos del sujeto, pues en la segunda fase de aplicación del test, denominada Encuesta, se vuelve a presentar el estímulo. Posiblemente, los protocolos administrados según este sistema aparezcan algo más inhibidos, más ceñidos a los aspectos formales de la mancha, pero no necesariamente afectados en los contenidos de sus representaciones.

2.3.2. Análisis estructural: agrupaciones de variables

El abordaje **estructural** se lleva a cabo analizando las variables relacionadas con las relaciones de objeto, según los supuestos teóricos considerados y la revisión de las investigaciones referidas en los capítulos precedentes. Dichas variables constituyen derivados cognitivos, afectivos, interpersonales y conductuales de las RO (tal y como lo han supuesto y verificado los estudios citados) y pueden ser observados mediante el Rorschach (Sistema Comprensivo de Exner, 2003). Hemos incluido en primer lugar, no obstante, el análisis de la variable Estilo Vivencial con el fin de controlar su influjo sobre la variable dependiente y no porque se encuentre asociada a las representaciones de objeto. Así pues, las variables independientes consideradas son las siguientes:

1. Estilo vivencial EB: proporciona información acerca de la relación de los afectos con la psicología de la persona. Con el fin de evitar distribuciones anómalas en algunas variables de Rorschach, el grupo se dividió según el estilo de respuesta (EB: introversivos, extratensivos, ambitendentes y coartados) pues lo que pronostica continuación en el tratamiento pudiera ser diferente para cada grupo de EB, según señala Exner (1995 a).

2. Autopercepción: esta agrupación de variables informa de cómo el sujeto se ve a sí mismo, sobre su autoestima, el nivel de introspección y la calidad o naturaleza de su propia imagen. Permite conocer si se encuentra satisfecho o por el contrario mantiene actitudes negativas hacia sí mismo, si se centra demasiado en sí mismo, si tiene un sentido de identidad claro y estable o una imagen difusa y poco realista acerca del tipo de persona que es.

La primera variable a examinar de esta agrupación es el Índice de Egocentrismo EGOI, que refleja el nivel de autocentramiento del sujeto. Suponemos que se implicarán más aquellos sujetos que presenten un autocentramiento fuera del rango esperado (Sember et al., 1995). Según Exner (2000, 2005) el valor medio o esperado de este índice en sujetos adultos no pacientes se sitúa entre 0'33 y 0'45, dato corroborado en la población española.

En segundo lugar y según los estudios revisados, parece razonable suponer que se implicarán más en la psicoterapia las personas que no presenten rasgos narcisistas en su funcionamiento psicológico ($FR < 1$).

De la revisión bibliográfica concluimos que los sujetos con dificultades en sus procesos de identificación mostraban una tendencia a terminar sus tratamientos con provecho y por ello suponemos que se implicarán más en el tratamiento aquellos sujetos que presenten dificultades en el proceso de identificación y en su interés por las personas en general, es decir, $(H) + (Hd) + Hd$ por encima del rango normativo o H inferior a lo esperado.

Desde la teoría de la identificación, el Psicodiagnóstico Rorschach puede informar de cómo el sujeto se percibe a sí mismo pues sus láminas ofrecen al sujeto numerosas ocasiones para dar respuestas de contenido humano. Exner (2000, 2005) señala que el examinado ‘seleccionará aquellas respuestas que resulten más compatibles con su propia identidad y rechazará las que no encajen con la imagen que tiene de sí mismo’ (pág. 375). Así, los sujetos no pacientes y los pacientes que progresan de forma adecuada suelen dar más respuestas H que la suma de las demás respuestas de contenido humano; por el contrario, en los pacientes graves es frecuente encontrar que $H < Hd + (H) + (Hd)$. Es decir, los sujetos más trastornados suelen construir su autoimagen con identificaciones parciales o correspondientes a modelos humanos que no forman parte de su mundo real.

Según Exner, éste es un dato que hay que interpretar cuidadosamente, solamente cuando el número de respuestas de contenido humano es superior a tres y siempre teniendo en cuenta el número de respuestas del protocolo pues los contenidos humanos se reducen cuando el sujeto se muestra evitativo y los contenidos Hd aumentan inevitablemente cuando $R > 27$, desequilibrando la proporción. También Exner anota que esta variable está muy influenciada por el Estilo Vivencial del sujeto, de manera que los introversivos dan dos o tres respuestas más de contenido humano que los extratensivos o los ambitendentes, y además suelen ser respuestas de H pura.

La siguiente hipótesis plantea que los sujetos con capacidad de introspección, afán de superación y vivencias de culpa se implicarán más en las psicoterapias que inician. Es lógico suponer que para implicarse a fondo en un tratamiento y extraer beneficios de él, una persona necesitará tener conciencia de su situación interna y cierta capacidad para verse con perspectiva sin prejuicios y emociones, lo que le permitirá evaluar mejor sus cualidades y limitaciones. Pero no es menos cierto que la introspección también puede resultar una amenaza para la integridad, sobre todo cuando se convierte en un autoexamen punitivo y doloroso.

El Psicodiagnóstico Rorschach discrimina esta diferente calidad de introspección a través de las respuestas *FD* y *V*. Las respuestas *FD* se relacionan con la tendencia a la introspección (Exner, 2000), siempre que su frecuencia no sea muy alta. Las respuestas *V* no se consideran tan positivamente pues se relacionan con una preocupación excesiva por los aspectos negativos de uno mismo, asociándose generalmente a vivencias de culpa y remordimiento.

Según Exner, cuando no hay respuestas *V* y sólo hay una o dos respuestas *FD*, se puede suponer que el sujeto tiene una introspección adecuada y ello facilitará una autoimagen ajustada. Pero si hay más de dos *FD*, o si hay una o más respuestas *V*, indicará una conducta inhabitual de introspección. Si el Índice de Egocentrismo se encuentra dentro de lo esperado, esta inusual introspección puede resultar positiva, como un intento de autosuperación. Pero si el *EGOI* es inferior al rango esperado, probablemente se trate de una crítica negativa que el sujeto no cesa de hacerse a sí mismo. Y si hay una o más respuestas *V*, independientemente de la cantidad de *FD*, se relaciona con la ansiedad debida a la crítica negativa que el sujeto hace de sus atributos internos.

Por otra parte, en un estudio anterior (Fdez-Manchón & Quiroga, 2005) se observó que la coloración de las láminas en las que aparecen las respuestas de *Vista* influía a la hora de continuar el tratamiento, según el Estilo Vivencial del paciente. En la presente investigación queremos investigar si las respuestas *V* influyen igualmente en la implicación del paciente en la psicoterapia que realiza.

3. Percepción interpersonal: Esta agrupación de variables informa de las modalidades de percepción que el sujeto tiene de su entorno y de las interacciones que en él se producen, así como de la manera en que se maneja en las relaciones interpersonales.

Los datos obtenidos en esta agrupación permiten conocer si el sujeto mantiene un nivel razonable de interés, compromiso y comodidad en sus interacciones o si, por el contrario, tiende a desinteresarse y distanciarse de las situaciones sociales. Da cuenta también de si el examinado anticipa confianza y seguridad en sus interacciones interpersonales o más bien tiende a vivirlas como intromisiones y por tanto prefiere mantenerse distante de los demás. Igualmente, permite saber si mantiene un equilibrio saludable entre la aquiescencia y el servilismo, por una parte, y entre la asertividad y la dominación de los demás, por

otra. O si percibe las situaciones sociales con empatía o más bien tiende a distorsionar y malinterpretar los motivos de los otros.

Ahora bien, como Exner y Sendín (1995) indican, ninguna de estas variables mide de modo directo el medio ambiente real del sujeto y, por tanto, los postulados que se derivan de ellas son más inferenciales que los procedentes de otras agrupaciones. Comenzaremos el estudio de esta agrupación con la variable *COP*, postulando que los sujetos que emiten una o más respuestas *COP* se implicarán más en el tratamiento, pues anticipan relaciones positivas en la interacción.

La siguiente variable de la agrupación Percepción Interpersonal se refiere a la presencia de una actitud hostil en las interacciones sociales. Las respuestas codificadas como *AG* sugieren que los intercambios personales están determinados por cierta forma de agresividad o de rivalidad (Exner, 2005). Parece que una puntuación *AG* mayor de 1 puede asociarse a una tendencia a anticipar cierta hostilidad en las relaciones interpersonales, lo que obstaculizaría el vínculo terapéutico y por tanto redundaría en menor implicación en los tratamientos. Nuestra hipótesis en este caso será que los sujetos que obtengan puntuaciones bajas (menor de 1) en *AG* se implicarán más en los tratamientos.

Pero además, vamos a tener en cuenta la sugerencia de Exner (2005) de interpretar estas dos variables juntas (*COP* y *AG*), pues parece que especialmente en el caso de pacientes, los resultados pueden variar. Exner señala que la presencia de ambos tipos de respuesta es poco frecuente en sujetos pacientes, porque suelen tener más prejuicios respecto al intercambio social. Vamos a estudiar la frecuencia de este tipo de respuestas conjuntas en nuestro grupo. El planteamiento es que son precisamente los sujetos que presentan peores interacciones interpersonales, con mayor confusión, hostilidad y agresividad en sus relaciones sociales, los que se implicarán más en los tratamientos.

Abordamos el siguiente punto de la agrupación Percepción Interpersonal: las relaciones interpersonales más o menos eficaces o adaptadas a la demanda social. La revisión teórica nos lleva a postular que los sujetos con una conducta interpersonal inoportuna o ineficaz pueden implicarse más en sus tratamientos, encontrando mayor motivación para el cambio en el área interpersonal dentro de la alianza terapéutica. En esos casos, $PHR \geq GHR$, siempre que el número de representaciones humanas sea al menos de 4.

La siguiente hipótesis del apartado de Percepción Interpersonal postula que los sujetos con tendencia a la dependencia (asociado en el Rorschach a la presencia de respuestas de comida *Food*) se implicarán más en la psicoterapia que aquellos que no los presentan.

Igualmente, y dentro de la agrupación de Percepción Interpersonal, planteo que los sujetos con dificultades en la expresión y reconocimiento de sus necesidades de cercanía emocional encontrarán mayores obstáculos para establecer una adecuada alianza terapéutica y ello afectará a su implicación en el tratamiento. Analizaremos cada una de las modalidades: cuando el sujeto no reconoce su necesidad de intimar ($T=0$), cuando su necesidad de cercanía emocional sea la esperada ($T=1$) y cuando el sujeto presenta un estado persistente de soledad y añoranza de intimidad ($T>1$).

Continuando con la agrupación de Percepción Interpersonal, analizamos la posible relación entre el *Índice de Aislamiento* y la variable dependiente, suponiendo que los sujetos poco activos en la interacción social o aquellos que se encuentran socialmente aislados se implicarán menos en los tratamientos que realicen.

El último apartado que hemos considerado dentro de la Percepción Interpersonal es la proporción afectiva *FC*: $CF+C$. Esta proporción del Sistema Comprensivo de Exner se define como reflejo del estilo relacional y es una medida de cómo una persona se relaciona en su mundo interpersonal. Overton (2000) señala que el centro del proceso relacional es la diferenciación de uno mismo y del otro, siendo una actividad organizada de ensayo y error. Evolutivamente, las primeras formas de relación centradas en los sentimientos, caracterizadas por la dominancia del proceso de asimilación y representadas por las respuestas *CF* y *C*, poco a poco tienden a relaciones centradas en yo/otros, caracterizadas por el incremento de la acomodación y representadas por las respuestas *FC*. Overton describe cuatro estilos relacionales básicos: saludable, egocéntrico, egocéntrico disfrazado y defensivo. Nuestra hipótesis postula que las personas que presentan un modo de relacionarse poco saludable, centrado en sus sentimientos (estilo relacional egocéntrico y defensivo) se implicarán más en el tratamiento que aquellas que disponen de un estilo relacional menos subjetivo y más centrado en la relación yo/otro. Se supone que las personas con estilo relacional egocéntrico tienen dificultades para ponerse en el lugar del otro y para reconocer su autonomía.

4. Recursos psicológicos (Sección Principal): de esta agrupación obtenemos información sobre los recursos psicológicos de la persona, su capacidad para manejar la frustración y la tensión y para afrontar con eficacia los acontecimientos de su vida. Nos permite conocer cómo percibe el estrés presente en su vida, su tolerancia a la frustración sin perder el control y si muestra un estilo de personalidad coherente para responder adecuadamente a las demandas cotidianas.

Es razonable suponer que el malestar que sufre una persona cuando acude a consulta le motivará a iniciar un tratamiento y a implicarse en él, independientemente del origen de la tensión que esté sufriendo. Presumiblemente, un estrés reciente y agudo llevará al sujeto a iniciar una intervención, pero parece más probable que permanezca en el tratamiento para resolver malestares más antiguos o cronificados.

Desde estos supuestos se realiza el análisis de la primera variable de esta agrupación, la *puntuación D* del Sumario Estructural, postulando que los sujetos que presenten limitada capacidad de control y tolerancia a la frustración (*puntuación $D < 0$*) se implicarán más en la psicoterapia, beneficiándose de ella.

La pregunta que surge a continuación es qué ocurre cuando el malestar que presentan los consultantes no obedece a situaciones recientes sino que viene de antiguo, reduciendo la capacidad de control y la tolerancia al estrés. Este rasgo puede evaluarse mediante la diferencia entre las variables *Adj D* y *Puntuación D* (*Adj D – Dscore*), que cuando es mayor de 2 se asocia a dificultades en el control por causas más antiguas o cronificadas, a menudo desencadenadas por trastornos más graves. Esto nos lleva a suponer que los individuos que presentan un malestar más antiguo y cronificado se implicarán más a fondo en sus tratamientos.

Continuamos con el examen de los recursos personales y su influencia sobre la variable dependiente. La capacidad de control depende de la habilidad que el sujeto tiene para manejar sus recursos disponibles a la hora de poner en marcha conductas resolutivas para afrontar las demandas de la situación. En el Sistema Comprehensivo se entiende por *recursos disponibles* el conjunto de capacidades cognitivas desarrolladas por el sujeto, incluyendo su manera de identificar y manejar las emociones. El hecho de que un sujeto presente muchos recursos disponibles no implica necesariamente una buena adaptación o la ausencia de trastornos, al igual que un conjunto reducido de recursos disponibles tampoco implica necesariamente

una patología mental. Lo que sí parece claro es que los recursos guardan una relación directa con la capacidad para controlar la conducta.

Siguiendo las conclusiones del trabajo de Sember, Tuset y Campo (1995) se plantea que la escasez de los recursos personales disponibles para iniciar conductas determinará menor implicación en la psicoterapia, pues para que ocurran cambios significativos en el funcionamiento psicológico es preciso que la persona cuente con recursos suficientes que le permitan actuar y mantener las decisiones tomadas al respecto. Y para analizarlo se ha recodificado la variable EA, que es un indicador 'rudimentario' de recursos disponibles, asignándole los siguientes valores: a) Valor 0: $EA < 6,9$, que indica recursos disponibles limitados con riesgo de desorganización; b) Valor 1: $7 < EA < 11$, en el intervalo medio, con una capacidad de recursos normalizada y c) Valor 2: $EA > 11$, que indica capacidad suficiente de control, analizando la relación de esta variable con la implicación en el tratamiento.

Se analiza por último el Índice de Inhabilidad Social, última variable de la agrupación de Recursos Personales que se representa en el Sistema Comprensivo por el algoritmo *CDI*. Según la revisión teórica, los pacientes con altos niveles de malestar en las relaciones interpersonales tendrían mayores posibilidades de beneficiarse de un tratamiento y por ello parece razonable esperar que se implicarán más los sujetos que presenten una deficiente organización para afrontar las demandas sociales cotidianas, es decir, *CDI* igual o mayor de 4.

En la selección de variables del Sumario Estructural para esta investigación se ha descartado la *puntuación Z* que refleja la actividad organizativa y el proceso de exploración estimular del examinado. G. Frank (1995) en su estudio sobre la evaluación del self y de las relaciones objetales consideraba que podría informar de un aspecto estructural de las RO, proponiendo que la calidad y organización de las respuestas podría dar cuenta de la calidad y organización de las representaciones. Considero que el hecho de que un sujeto sea cauteloso o arriesgado en la forma de explorar la realidad puede determinar la cantidad de la información que procese, o la manera de hacerlo, pero no define la calidad, elaboración o contenido de las representaciones que posteriormente configure de su mundo objetal.

2.4. MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

Tras la selección del grupo, los protocolos de Rorschach obtenidos fueron codificados nuevamente para aplicarles las actualizaciones del Sistema Comprensivo e incluir la Escala MOA, sometiéndolos posteriormente a procesamiento informatizado con el programa RIAP5.

Un subgrupo de 30 protocolos seleccionados al azar fue codificado por un segundo experto, con el fin de analizar la fiabilidad interjueces y se estableció un acuerdo de la corrección realizada entre ambos.

Por otra parte, los datos para medir la *implicación en el tratamiento* se obtuvieron del Registro de Intervención Terapéutica elaborado por la terapeuta, donde figuraban los elementos más relevantes de cada psicoterapia: material aportado por el cliente (verbalizaciones, material onírico, lapsus, actuaciones), tipo de respuesta a la devolución de la exploración diagnóstica, evolución terapéutica (cuando se realizó psicoterapia), tiempo empleado en la misma, frecuencia y número de sesiones empleadas, objetivos de intervención y características de la finalización del tratamiento.

Análisis de datos. Para proceder al análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa informático SPSS (versión 11.5).

El análisis de la fiabilidad interjueces se realizó mediante la *correlación de Pearson* r_{xy} para muestras relacionadas.

Se realizó un Chequeo Previo de las respuestas obtenidas en la Escala MOA para examinar su calidad, dispersión y nivel de patología, comparando las medias obtenidas con las de otros estudios realizados en poblaciones de no pacientes.

Finalmente, para identificar la posible dependencia entre las relaciones objetales (abordajes dinámico y estructural) y la implicación en el tratamiento se ha utilizado un contraste estadístico basado en la prueba *chi cuadrado* por ser la más apropiada para probar una hipótesis que considera la comparación de frecuencias observadas y esperadas en categorías discretas.

El nivel de significación se ha fijado en $\alpha = 0,10$. Trabajar con este nivel de significación incrementa la posibilidad de error de Tipo I (rechazo de la H_0 cuando de hecho es verdadera), corriendo mayor riesgo de asignar a un factor sistemático lo que realmente ha originado el azar. Sin embargo, merece la pena asumir este riesgo en nuestra investigación porque con esta decisión rescatamos todos los casos de falsos

negativos que pudiera haber; incrementando el valor de α , ampliamos la posibilidad de que aparezcan datos significativos que indiquen asociación entre las variables analizadas que de otra manera pasarían desapercibidos.

En otras palabras, damos preferencia a identificar todos los casos en que las RO influyan en el tratamiento y así poderlos analizar, asumiendo el riesgo de que algunas de las variables incluidas pudieran no tener un papel tan relevante en otros grupos. No obstante, puesto que en los análisis se indica siempre el valor p , el investigador y/o clínico puede jerarquizar los resultados.

2.5. OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES

2.5.1. Variables independientes

De acuerdo con lo anterior y con las conclusiones extraídas de la revisión bibliográfica, según la hipótesis de investigación, se implicarán más en el tratamiento aquellas personas que, dentro de la perspectiva dinámica presenten:

Representaciones de objeto pobres e inmaduras, con escasa capacidad para atribuir a los demás una identidad y una autonomía propias: puntuaciones altas (igual o mayor de 3) en las codificaciones de la escala MOA. Para cada sujeto, siguiendo la metodología de Urist, se establecieron cinco puntuaciones:

- (1) *La puntuación MOA más baja, más saludable del protocolo*
- (2) *La puntuación MOA más alta, más patológica.*
- (3) *La media de las tres mejores puntuaciones.* Si bien Urist utilizó en sus estudios la media aritmética de las ocho mejores puntuaciones, la naturaleza de nuestro grupo, con protocolos escasos en contenidos de interacción debido a la conflictividad psicológica de los sujetos, nos llevó a determinar la media de únicamente tres puntuaciones.
- (4) *La media de las tres puntuaciones peores, más patológicas.*
- (5) *La media aritmética de las puntuaciones MOA obtenidas en el protocolo.*
- (6) *La desviación típica intrasujeto de las puntuaciones MOA.* Aunque no es una de las variables utilizadas por Urist, en este trabajo hemos considerado la dispersión de las puntuaciones MOA en cada sujeto como una fuente de información cualitativa acerca de la calidad de las RO.

Y del mismo modo, según la hipótesis planteada, se implicarán más los sujetos que dentro de la perspectiva estructural presenten los siguientes rasgos:

- 1) Un determinado tipo de **Estilo Vivencial EB**
- 2) En la agrupación de **Autopercepción:**
 - 2.1. *Presencia de un nivel de autocentramiento (EGOI) extremo, por encima o por debajo de lo esperado para su grupo normativo ($0.33 > EGOI > 0.45$)*

- 2.2. *Ausencia de componentes narcisistas ($FR < 1$) en su organización psicológica.*
- 2.3. *Capacidad y calidad de introspección fuera del rango esperado ($FD > 2$ y $V > 1$)*
- 2.4. *Presencia de dificultades en el proceso de identificación e interés por las personas en general: $H < Hd + (H) + (Hd)$*
- 2.5. *Presencia de contenidos internos desvalorizados ($MOR > 1$)*

3) En la agrupación de **Percepción Interpersonal:**

- 3.1. *Capacidad para anticipar vínculos positivos con los otros ($COP > 1$)*
- 3.2. *Ausencia de actitudes hostiles hacia el entorno ($AG < 1$)*
- 3.3. *Interacción confusa: $COP \geq 3$ y $AG > 2$*
- 3.4. *Relaciones interpersonales poco adaptativas ($PHR \geq GHR$)*
- 3.5. *Presencia de actitudes y/o estructuras dependientes ($Fd > 1$)*
- 3.6. *Rasgos de pasividad en sus interacciones: $p > a + 1$*
- 3.7. *Dificultades en las relaciones de intimidad: ausencia de necesidad de intimar ($T = 0$), si bien este valor se relativiza en la normativa española (ver Fuster, 1993) o necesidad inusual de cercanía emocional ($T > 1$)*
- 3.8. *Aislamiento y retraimiento social (Índice de aislamiento fuera del grupo normativo, es decir, mayor de 0'33)*
- 3.9. *Estilo relacional no saludable, es decir, egocéntrico o defensivo (Overton, 2000): $FC \leq CF + C$, siendo $C < 1$. Si $C = 1$, debe tratarse de una C pseudointelectual y no primitiva.*

4) En la agrupación de **Recursos psicológicos:**

- 4.1. *Limitada capacidad de control y tolerancia a la frustración: ($D < 0$), especialmente cuando el malestar se encuentra cronificado ($Adj D - Dscore > 2$)*
- 4.2. *Recursos disponibles suficientes para iniciar conductas ($EA > 11$)*
- 4.3. *Deficiente organización frente a las demandas sociales cotidianas ($CDI \geq 4$)*

2.5.2. Variable dependiente

La *implicación en el tratamiento* viene definida por el marco conceptual de la psicoterapia de orientación psicoanalítica, cuya meta se dirige a la comprensión y cambio de los síntomas incapacitantes del paciente y a la atención de las necesidades estructurales que son deficitarias (Maganto & Ávila, 1999).

En la evaluación psicológica realizada a cada sujeto del grupo, y dentro de las conclusiones diagnósticas, se definieron varios objetivos de cambio prioritarios para cada caso clínico. Entre los objetivos más frecuentes figuraban la remisión o el alivio de los síntomas, el establecimiento de la alianza terapéutica, modificaciones en las estructuras deficitarias o deterioradas de la personalidad, autogestión de los recursos personales, ajuste de la autoestima, creación y mantenimiento de vínculos afectivos profundos, desarrollo de mecanismos defensivos más elaborados, eficaces y adaptativos, desarrollo de potenciales y capacidades, resolución de conflictos en la dinámica afectiva y modificaciones en los procesos cognitivos, entre otros.

En este trabajo la *implicación terapéutica* se concibe como *la capacidad del paciente para participar activamente en el logro de los objetivos terapéuticos*. No se examinan los cambios ocurridos tras la intervención, sino la *participación activa* de cada persona en su proceso terapéutico. Por eso la investigación se centra en el comienzo del tratamiento, no en el final del mismo.

Por este motivo se ha tomado un criterio temporal de referencia limitando el análisis de esta variable al período de las nueve primeras sesiones de tratamiento, siguiendo las sugerencias de Kotkov & Meadow (1953). Otros autores han utilizado un número determinado de sesiones en sus trabajos con diferentes objetivos; por ejemplo, Ackerman et al. (2000) lo utilizaron como criterio para medir la continuación en la psicoterapia, que en su caso se extendía a un período de doce semanas. Aquí se han seleccionado el tramo de nueve sesiones por su precisión a la hora de valorar la participación activa del paciente, pues dentro de las psicoterapias de orientación psicoanalítica ese período no da lugar a la aparición de neurosis transferencial, pero sí permite registrar y definir las pautas básicas de la relación del paciente con su terapeuta.

A la hora de operativizar la variable dependiente, además de considerar las investigaciones precedentes, se solicitó a cinco colegas clínicos de distinta orientación que realizaran una lista con los criterios que a su juicio definían una buena participación activa en la psicoterapia, extrayendo los elementos comunes en todos los listados. Los criterios considerados fueron los siguientes:

1) *Alianza de trabajo*. Un hecho evidente y común a casi todas las psicoterapias es que la calidad emocional y relacional del vínculo entre paciente y terapeuta determina en gran medida el resultado del proceso terapéutico; sin embargo, no resulta fácil estimar su efecto (Llobel, Frías & Monteverde, 2004). En el diseño original de las intervenciones terapéuticas analizadas en este estudio, se fijó el establecimiento de la *alianza terapéutica* como objetivo de tratamiento prioritario en la mayor parte de los casos. Como ya se señaló en la Introducción, se decidió dejar en suspenso la parte correspondiente al terapeuta, invalidándose así la *alianza terapéutica* como variable dependiente, al tratarse de una variable relacional resultado del encuentro entre el clínico y el paciente.

Esta cuestión se resolvió considerando únicamente la experiencia que el paciente tiene de la alianza terapéutica para estudiarla como variable dependiente, asignándole el término de *alianza de trabajo* para diferenciarla de la variable relacional.

Se han considerado las conceptualizaciones de Hartley (1985), Bordin (1976, 1979, 1994) y Luborsky (1976; Hoarh & Luborsky, 1993; citado por Corbellá y Botella, 2003), quienes definen la alianza terapéutica como la colaboración entre el cliente y el terapeuta, es decir, el vínculo positivo y el acuerdo de tareas y objetivos que evoluciona según las diferentes fases de la terapia. Se han tenido en cuenta asimismo las perspectivas de Bergin (1966), Strupp (1986) y Zukerfeld (2001) que señalan la construcción de la alianza terapéutica como variable promotora del cambio psíquico, identificándola como un factor curativo específico. A partir de estas conceptualizaciones, se ha operativizado la *alianza de trabajo* en función de los siguientes criterios:

- 1.1. *Expresiones del paciente acerca de su percepción de la alianza de trabajo: verbalizaciones de sentirse apoyado, acogido y contenido por el terapeuta. Verbalizaciones acerca de la confianza y aceptación mutua compartidas con el terapeuta.*
- 1.2. *Verbalizaciones acerca de la sensación de trabajar conjuntamente con el terapeuta hacia la superación de sus dificultades y el logro de objetivos.*
- 1.3. *Manifestaciones de acuerdo en la negociación de tareas y objetivos terapéuticos.*
- 1.4. *Cumplimiento del encuadre terapéutico acordado.*

Codificación: se asignó un punto cada vez que se alcanzaba uno de estos subcriterios en el plazo de las nueve primeras sesiones de tratamiento para cada sujeto

del grupo, según las anotaciones existentes en los Registros de la Intervención realizados por el terapeuta. Por tanto, el mínimo es cero y el máximo es un número indeterminado que dependerá de las variables consideradas.

2) *Autogestión de los recursos personales*: esta variable hace referencia a las manifestaciones de una actitud activa ante la gestión de los recursos propios por parte del paciente, registradas en función de los siguientes criterios:

2.1. *Planificación, organización y desarrollo de acciones destinadas a cumplir objetivos que el propio paciente se ha fijado.*

2.2. *Expresión de sentimientos acerca de ser el autor de su propia existencia y agente de su vida diaria.*

2.3. *Expresión de sentimientos de capacitación para abordar los propios conflictos y dirigir sus conductas.*

Codificación: al igual que la anterior variable, se asignó un punto cada vez que se alcanzaba uno de estos subcriterios en el plazo de las nueve primeras sesiones de tratamiento para cada sujeto.

3) *Capacidad de reparación*: se entiende como la conciencia, por parte del paciente, de los errores y daños cometidos, así como la capacidad de repararlos sin responsabilizar a factores externos de su ocurrencia y solución. Este mecanismo fue descrito por M. Klein dentro de su teoría del desarrollo libidinal. Según esta autora, la reparación va asociada a la angustia y la culpabilidad propias de la posición depresiva que surgen paralelamente a la relación con el objeto total. Como respuesta a la angustia y la culpa de este momento del desarrollo libidinal, el niño intenta restablecer la integridad del cuerpo materno que previamente había destruido, restituyéndolo y recomponiendo los fragmentos. Con esta reparación, el niño se asegura la posesión de un objeto interno 'bueno', estable, que al ser introyectado refuerza su yo.

Las fantasías y actos de reparación observados en los pacientes indicarían un estado del yo más estructurado y estable así como unas relaciones objetales más totalizadoras. En definitiva, señalarían una modificación en los objetos internos y por tanto, una mejoría en la salud de los sujetos. Operativizamos la capacidad de reparación en función de los siguientes criterios:

3.1. *Expresión de sentimientos de culpa asociados a errores y daños cometidos a sí mismo y/o a otros*

3.2. *Actitudes y/o acciones eficaces de restitución, reparación o integración de los daños efectuados*

Codificación: Se asigna igualmente un punto cada vez que se alcanza uno de estos subcriterios en el plazo de las nueve primeras sesiones de tratamiento, según las anotaciones existentes en los registros. También aquí el mínimo es cero y el máximo es número indeterminado.

4) *Sentido del humor.* El surgimiento de fenómenos humorísticos en el paciente a lo largo de la psicoterapia indica una utilización preferente del pensamiento simbólico en detrimento del pensamiento concreto.

Varios autores han señalado que altos niveles de humor van unidos a un autoconcepto más positivo y saludable. Según Kuiper & Martin (1993), el aumento del sentido del humor se relaciona con menor discrepancia entre yo real y yo ideal, con mayor estabilidad temporal del autoconcepto, con un incremento de los contenidos positivos del self (sociabilidad) y un descenso de los contenidos negativos (personalidad depresiva); se asocia también con la reducción de patrones rígidos y extremos en la valoración de uno mismo. Parece que las personas con cierto sentido del humor afrontan mejor las situaciones difíciles, se deprimen menos y tienen una imagen de sí mismas más positiva y saludable.

No obstante, el mismo Freud insistía en el carácter paradójico del humor, que si bien por una parte favorecía la interacción entre el mundo interno y el mundo externo del sujeto, también ocultaba intenciones maliciosas y defensivas que no siempre respondían a una estrategia saludable de ajuste a la realidad. Para Freud, la esencia del humor consiste en que la persona se ahorra los afectos que provoca determinada situación en circunstancias normales, eludiendo mediante el chiste el despliegue emocional requerido. El humor puede convertirse en una vía de canalización de sentimientos difíciles de expresar, como ocurre frecuentemente con la agresividad, la ternura o la envidia.

Esto nos lleva a plantearnos la diferencia entre el sentido del humor patológico y el saludable, entre *reírse-de* otro y *reírse-con* otro. Esta diferencia reside en la relación de empatía, en el reconocimiento de la alteridad y se precisa una distancia entre los sujetos, distancia que el humor estrecha o agranda en función de las necesidades del individuo. Moody (1979) caracteriza el humor como una especie de regresión conjunta socialmente admitida. Según Freud, no todas las personas tienen el don de poder adoptar

una actitud humorística y muchos carecen hasta de la capacidad para gozar del placer humorístico que otros les proporcionan. En este sentido se descartan en esta tesis los ataques al terapeuta o a sí mismo que el paciente formula en forma de chiste. Igualmente se rechazan los casos en que el supuesto acto humorístico carece de función simbólica, como son por ejemplo las repeticiones miméticas de chistes relatados por otros que el paciente reproduce literalmente esperando que el terapeuta se ría de la gracia, del mismo modo que lo hacen los niños de corta edad.

La variable *sentido del humor* seleccionada como objetivo terapéutico, indicador de una mejoría en el funcionamiento psíquico del sujeto, engloba distintas funciones psíquicas, entre otras:

a) Capacidad de crítica y asertividad- autonomía. Gracias al distanciamiento que tiene lugar entre el sujeto y su conflicto (relación afectiva, situación estresante, introspección negativa, etc.) lo cómico se constituye como una forma particular de crítica, confrontando el ideal con la realidad y como una perspectiva heurística en la que se busca inventar nuevos sentidos, redescubrir la experiencia desde un punto de vista nuevo (Muñiz, 1997).

b) Aproximación mundo interno/ mundo externo: humor como objeto transicional. S. Freud (1905) indicó la función estructurante que el carácter paradójico del humor ofrecía al individuo, permitiéndole una mayor fluidez en la interacción entre su mundo interno y el mundo real en que vivía. Más adelante, algunos autores (Fernández Mouján, 1986; Fdez-Manchón, 1998; Fdez-Manchón & Peco, 1999) han propuesto el humor como un fenómeno transicional (Winnicott, 1967) que favorece el acercamiento entre el yo ideal y el yo real del sujeto y le permite mantener la distancia adecuada entre la fantasía y la realidad, en compañía de otros.

c) Incremento de las defensas biológicas del organismo. Los trabajos de William Fry acerca de la incidencia del humor sobre el organismo y los efectos saludables de la risa han despertado gran interés, realizándose numerosas investigaciones actualmente acerca de enfermos graves sometidos a terapia del humor (López Herrera, 1997). La risa produce un efecto relajante, permite liberar tensiones y facilita la interacción social, dentro del idioma común que es el humor.

Siguiendo estas fundamentaciones teóricas, se ha operativizado la variable *sentido del humor* en función de tres criterios:

4.1. *Formulaciones humorísticas espontáneas del propio paciente, especialmente relativas a sus conflictos.*

4.2. *Verbalizaciones de respuestas gozosas a propuestas irónicas o chistosas de terceros.*

4.3. *Respuesta a los señalamientos humorísticos del terapeuta, expresando goce en la comprensión de los mismos sin experimentar sentimientos de amenaza.*

Codificación: Igual que las anteriores: un punto cada vez que se alcanza uno de estos subcriterios en el plazo de las nueve primeras sesiones de tratamiento

5) *Alivio y/o remisión sintomática:* este objetivo terapéutico se valora considerando el alivio de síntomas en el momento de la evaluación del tratamiento, entendido como las manifestaciones verbales que el paciente formula sobre la evolución favorable de los síntomas que le llevaron a consultar.

Codificación: como las anteriores. Se asigna igualmente un punto cada vez que se alcanza uno de estos subcriterios en el plazo de las nueve primeras sesiones de tratamiento, según las anotaciones existentes en los registros. También aquí el mínimo es cero y el máximo es número indeterminado.

Resumiendo, la operativización de la Implicación en el Tratamiento (IT) viene definida por cinco subvariables que se codifican de acuerdo a criterios específicos, obteniendo puntuaciones con un mínimo de cero y un número máximo indeterminado. Así considerada, la IT es una variable cuantitativa cuya codificación crea una distribución de frecuencias muy fragmentada que va de 0 a 9 (puntuación máxima obtenido por los sujetos de nuestro grupo en IT), lo que dificulta el análisis. Para clarificar los resultados se ha recodificado IT convirtiéndola en una variable nominal con tres categorías:

- a) *Implicación nula:* incluye a los sujetos que obtuvieron una puntuación de 0.
- b) *Implicación media:* incluye a los sujetos que presentaron puntuaciones comprendidas entre 0'1 y 4 (valor medio)
- c) *Implicación alta:* sujetos con puntuaciones superiores a 4.

Esta modificación tiene la ventaja de no eliminar sujetos, lo que aumenta la probabilidad de mejorar el análisis estadístico. Y resulta interesante porque contempla y define mejor el tipo de implicación: tiene en cuenta a los sujetos que no se implican en el

tratamiento, bien porque lo rechazan desde el principio o porque realizan un rechazo pasivo (asisten a las sesiones pero sin comprometerse), a los que se implican en sus terapias superficialmente y a los que se implican en profundidad, independientemente del número de sesiones que realizan o de los objetivos alcanzados.

2.6. RESULTADOS

2.6.1. Fiabilidad interjueces

Uno de los problemas más frecuentes en las investigaciones realizadas sobre el Rorschach ha sido el acuerdo en la codificación e interpretación de los datos. El Sistema Comprensivo de Exner plantea unas pautas de valoración estandarizadas que un examinador entrenado puede llevar a cabo sin dificultad. Aunque existe un estudio sobre acuerdo interjueces (Meyer, 2002) en el que se obtienen altos coeficientes de fiabilidad (entre 0'85 y 0'97, para ocho agrupaciones de variables), su autor insiste en que no todo usuario del Rorschach es un codificador válido. Sólo aquellos que se han entrenado bien en la técnica codifican adecuadamente.

Como se señaló anteriormente, un evaluador clínico experto suele incorporar su experiencia e intuición en la aplicación e interpretación de la prueba, lo que incrementa la calidad y significación de los datos obtenidos, aportando información sutil de la dinámica interna del paciente y de su modo de interactuar con el profesional. Sin embargo, a la hora de investigar, esta metodología cualitativa opera generalmente en detrimento de la validez del instrumento, pues la experiencia singular de cada examinador no puede ser sometida a controles ni medidas.

Para intentar solventar esta dificultad, en nuestra investigación seguimos la propuesta de I. Weiner (1991) que plantea un mínimo de acuerdo interjueces en las codificaciones realizadas. Para conocer la objetividad de la codificación realizamos un análisis estadístico sobre un subgrupo de 30 protocolos, codificados por dos expertos rorschachistas con similar experiencia en evaluación y en práctica clínica. Ambos examinadores habían recibido el mismo entrenamiento en el Sistema Comprensivo de Exner, contaban con 18 años de experiencia en la evaluación con Rorschach y compartían el mismo modelo psicodinámico de evaluación y de intervención psicológica.

El acuerdo interjueces se ha calculado siguiendo las indicaciones de Exner & Sendín (1997), hallando el porcentaje de acuerdos en ocho grupos de codificación:

- 1) Puntuaciones de Localización (incluidas la localización y la calidad de desarrollo);
- 2) Determinantes (simples y compuestos)
- 3) Calidad formal
- 4) Pares

- 5) Contenidos (primarios y secundarios)
- 6) Populares
- 7) Actividad organizativa (puntuación Z)
- 8) Codificaciones especiales (divididas según su nivel de gravedad).

Igualmente, siguiendo las sugerencias de Mattlar (2002) realizamos el porcentaje de acuerdo interjueces sobre la base de variables que aparecen (por ejemplo, $m=2$) y no sobre variables que no aparecen (por ejemplo, $m=0$). Se ha utilizado como estadístico de contraste la *correlación de Pearson* r_{xy} para muestras relacionadas. En la Tabla nº 1 del Anexo se refleja el análisis de la fiabilidad de la codificación y puede observarse un acuerdo interjueces óptimo para las puntuaciones en *Localización*, en *Calidad de Desarrollo DQ* (excepto para ítem $DQ_{v/+}$, que fue de 0'48) y en *Calidad formal FQ*.

En la codificación de los *determinantes principales*, las únicas diferencias entre los jueces radican en la codificación del sombreado y en el predominio de la utilización de los aspectos formales de la lámina sobre los determinantes del color y acromáticos. En la puntuación de los *contenidos*, el desacuerdo se focaliza en los contenidos poco habituales. Los desacuerdos principales aparecen en los *Códigos Especiales* inusualmente utilizados. Éste es un dato esperable, porque en este apartado intervienen elementos cualitativos de la respuesta que a veces el examinador sólo puede registrar a través del lenguaje no verbal del examinado, de su tono emocional o del énfasis que ha puesto al responder. Son datos que no quedan reflejados de forma sistematizada en el protocolo y eso dificulta su objetivación, incrementando el error en la interpretación que otro codificador externo pueda llevar a cabo. Afortunadamente para nuestra investigación, el porcentaje de acuerdo para las puntuaciones que intervienen en las Agrupaciones de Variables objeto de estudio ha resultado bastante satisfactorio: 86% para *MOR* ; 83% para *AG*; 77% para *COP*; 75 % para *GHR* y 80 % para *PHR*. No obstante, la constatación de los desacuerdos nos llevó a asegurar una codificación adecuada del resto de los protocolos del grupo, realizando una revisión de la codificación de todos los Códigos Especiales.

En la codificación de la Escala MOA (Tabla nº 2), el análisis del acuerdo interjueces arrojó correlaciones con valores entre 0'83 y 0'93, que evidencian un acuerdo intercodificadores satisfactorio y útil para la investigación.

2.6.2. Chequeo previo

Con el fin de examinar las relaciones objetales de los consultantes se realizó un chequeo previo de las puntuaciones en la Escala MOA, obteniendo una media de 2'43 (DT= 0'8, N=92). Intentamos comparar este promedio con las puntuaciones MOA procedentes de sujetos no pacientes, pero hasta el momento no se han publicado datos normativos. Disponemos de un estudio sobre RO y conducta de apego de Bérant (2005), quien encontró en sujetos no pacientes con un apego seguro una media de respuestas MOA de 2'17 (DT= .46). Aunque la publicación no refleja datos suficientes para realizar un análisis estadístico, puede apreciarse que la media de puntuaciones en la escala MOA obtenida por nuestros sujetos fue ligeramente superior (más patológica) que la de este grupo de no pacientes. La diferencia, sin embargo, no parece llamativa. Más bien sorprende que los consultantes de nuestro estudio presenten unas RO, consideradas globalmente, tan saludables. Este hecho nos llevó a explorar más detalladamente la homogeneidad y calidad de las RO de cada sujeto del grupo y se procedió a estudiar su dispersión. Se analizó la desviación típica intrasujeto, para saber si las relaciones objetales de cada examinado eran igualmente patológicas o sanas, o bien si unas lo eran y otras no.

Seguidamente se analizó su calidad, identificando a los individuos con *buenas relaciones objetales* (media MOA < 3) y los que presentaban relaciones objetales más *pobres o inmaduras* (media MOA ≥ 3). Una diferenciación similar había sido realizada por otros investigadores (Berg, Packer y Nunno, 1993; Ackerman et al., 2001), denominando a la media de respuestas MOA más patológica *MOAP* (MOA pathological) y a la media de respuestas MOA más saludable *MOAH* (MOA health).

El análisis previo sobre la homogeneidad y patología de las respuestas MOA (Tabla nº 3) resultó estadísticamente significativo ($\chi^2(1, N=92) = 5,25$ para una $p = .02$), observándose que nuestros consultantes presentaron relaciones objetales relativamente saludables (tratándose de un grupo de pacientes), pero asociadas a la homogeneidad. Es decir, se observa una estrecha relación entre calidad y homogeneidad de las MOA, de manera que los sujetos que presentan relaciones objetales más dispersas son los que presentan también las RO más patológicas y, a su vez, los que presentan RO homogéneas cuentan con más RO saludables.

Los resultados del chequeo previo realizado sugieren, por tanto, una asociación entre la homogeneidad y la calidad de las RO, en el sentido de que a mayor dispersión,

mayor patología. Este es un dato muy relevante para la investigación, porque permite definir con más precisión la hipótesis de trabajo. Ahora podemos preguntarnos si la homogeneidad de las RO facilita la implicación en el tratamiento o por el contrario, lo dificulta. Por ejemplo, si una persona que acude a consultar presenta un conjunto de RO igualmente inmaduras e indiferenciadas, ¿se implicará activamente en el tratamiento? O por el contrario, ¿le resultará más fácil implicarse a quien presente RO heterogéneas, con algunas RO muy saludables y otras muy inmaduras?

Formulado como hipótesis, el análisis estadístico de este planteamiento (Tabla nº 4) no llega a ser del todo significativo ($\chi^2(2, N=92) = 3.84$ y $p = .14$). Pero revela cómo una gran parte de los sujetos con MOA dispares (33 sujetos de un total de 49, es decir un 67%) se implicaron proporcionalmente mucho más en los tratamientos que realizaron.

De forma similar, exploramos si la calidad de las RO influye sobre la implicación en el tratamiento. Siguiendo con el mismo ejemplo, planteamos si el consultante que presenta en el momento de su evaluación RO patológicas o poco maduras participará activamente en su psicoterapia. El análisis estadístico de este planteamiento (Tabla nº 5) ofrece un resultado no significativo estadísticamente ($p = .12$ y el subgrupo con MOA patológicas es pequeño). Sin embargo se observa una tendencia de asociación muy sugerente: la mayor parte (86%) de los sujetos que no se implicaron en el tratamiento habían dado respuestas MOA saludables y la mayor parte (78%) de los que presentaron MOA pobres o inmaduras participaron activamente en sus psicoterapias. No podemos inferir de estos datos que la calidad de las RO determine, por sí sola, la implicación en el tratamiento. Pero, al igual que ocurre con la homogeneidad, hay indicadores de que algo tiene que ver en ello. Esto nos lleva a definir con mayor precisión la hipótesis de trabajo de la perspectiva dinámica, planteando que *los sujetos en los que coexistan RO inmaduras y heterogéneas se implicarán más en el tratamiento.*

Antes de iniciar el análisis de los datos procedentes de las perspectivas dinámica y estructural, queremos descartar la posible influencia de la variable sexo sobre el curso de los tratamientos. Como la población estudiada es mayoritariamente femenina (67% mujeres sobre 33% de hombres), se pretende controlar su posible asociación con la variable dependiente. Los resultados de las Tablas nº 6 y nº 7 nos permiten confirmar los supuestos teóricos, pues rechazan la hipótesis de que el sexo se encuentre asociado con la decisión de iniciar un tratamiento o con la implicación en el mismo.

2.6.3. Referidos a la hipótesis

El procedimiento de verificación de hipótesis se ha realizado partiendo de lo más general a lo más particular, considerando el grupo en su totalidad a la hora de analizar las variables una por una, descartando aquellas hipótesis que no resultaron significativas. Se reflejan a continuación los hallazgos significativos, presentando al final del apartado el resumen del análisis estadístico realizado con todas las variables consideradas.

2.6.3.1. Perspectiva dinámica: resultados

Desde la perspectiva dinámica se plantea que se implicarán más en el tratamiento aquellos sujetos que presenten *representaciones de objeto inmaduras y heterogéneas*, es decir, que cuenten con escasa capacidad para atribuir a los demás una identidad y una autonomía propias pero que en ciertos momentos, son capaces de experimentar la reciprocidad y vivir al otro como separado y autónomo.

Los resultados reflejados en la Tabla nº 8 revelan que, efectivamente, en la población estudiada, la mayoría (14 sujetos sobre 17, es decir, un 86%) de los sujetos que presentaron representaciones objetales pobres y dispares participaron activamente en sus tratamientos y rara vez los rechazaron, mientras que la mayor parte (32 sujetos sobre 35, es decir, el 91 %) de los que no se comprometieron con las intervenciones presentaron relaciones objetales saludables y homogéneas. Esto quiere decir que los sujetos de nuestro grupo que presentaron en su evaluación RO muy patológicas pero también algunas saludables, se implicaron en sus tratamientos. Por el contrario, aquellos que no presentaban coexistencia de RO de diferente calidad, sino un conjunto de representaciones objetales homogéneas (ya fueran principalmente saludables o mayoritariamente patológicas), tendieron a rechazar los tratamientos o se implicaron en menor medida.

2.6.3.2. Perspectiva estructural: resultados

Desde la perspectiva estructural se analizan los aspectos más cognitivos y probablemente también más conductuales de las Relaciones de Objeto. Se presenta el

contraste de las hipótesis en cada una de las subvariables independientes, comenzando por el Estilo Vivencial (EB) y siguiendo con las restantes Agrupaciones.

2.6.3.2.1. Estilo Vivencial

Aunque el Estilo Vivencial no parece influir a la hora de iniciar una psicoterapia, sí resulta determinante en la implicación en el tratamiento, que es diferente para cada tipo de EB, según podemos observar en la Tabla nº 9. Los resultados para cada subgrupo de EB señalan que:

- *Introversivos*: se implican mayoritariamente (67%) en el tratamiento y a mayor introversión, la implicación es más profunda (una cuarta parte de los introversivos del grupo se implicó a fondo en su psicoterapia). En otras palabras, cuando un sujeto introversivo inicia un tratamiento suele comprometerse a fondo y extrae grandes beneficios del proceso.
- *Extratensivos*: tienden a implicarse más que a desentenderse de la psicoterapia (siete de cada diez extratensivos se implican), pero nunca lo hacen en profundidad. Hay varias razones que pueden explicar este comportamiento: 1) son sujetos que por su manejo de las emociones y de las interacciones no precisan tanto del soporte emocional del terapeuta; 2) distribuyen sus tensiones y tratan de resolver sus aflicciones en otros entornos no terapéuticos; 3) no soportan mucho tiempo los tratamientos centrados en la introspección y en la utilización de procesos intelectuales y/o 4) simplemente, se sienten aliviados pronto y no necesitan profundizar ni asegurar los cambios, aunque esto conlleve posteriores recidivas.
- *Ambitendentes* : el porcentaje de los que se comprometen con el tratamiento es similar al de los que no se implican. Este resultado es obvio y coherente con la condición del ambivalente.
- *Coartados*: constituyen un grupo muy reducido del que no es posible generalizar conclusiones, pero lo que se observa es que la mayoría (58%) no se implicó en la psicoterapia y en los casos en que se comprometieron, lo hicieron principalmente de una manera superficial.

Estos datos confirman que existe una relación entre el estilo de respuesta que presenta una persona cuando solicita atención psicológica y el modo en que participará posteriormente en la psicoterapia. El problema es que la segmentación de la muestra en función del EB no permite generalizar los resultados para cada tipo de Estilo Vivencial, pues los subgrupos son pequeños. En cualquier caso, estos resultados exigen mayor atención a la hora de investigar el resto de las variables, para controlar la influencia que pudiera ejercer sobre ellas. Por esta razón se ha contemplado el EB en el análisis de las restantes variables independientes, reflejándose tan sólo los análisis en los que su influencia resultó estadísticamente significativa.

2.6.3.2.2. Autopercepción

En el conjunto de variables del Sistema Comprensivo que informa de la percepción que cada persona tiene de sí misma, encontramos una asociación estadísticamente significativa en las siguientes variables:

Índice de autocentramiento EGOI

Según se puede observar en la Tabla nº 10, aparece relación estadísticamente significativa entre el EGOI fuera de rango esperado y la variable dependiente: ($\chi^2(2, N=92) = 5'67$ y $p = .05$), lo que significa que el Índice de Autocentramiento fuera del rango esperado influye en la implicación en el tratamiento. Parece que los sujetos con EGOI normalizado suelen participar en sus tratamientos de una forma moderada, mientras que quienes presentan un EGOI fuera de lo esperado lo hacen de forma extrema: o bien rechazan directamente la intervención o, en algunos casos, se implican a fondo en ella. Para definir mejor esta influencia, observamos cómo ha sido el exceso de rango para cada sujeto, si por encima o por debajo de lo esperado. Los resultados de la Tabla nº 11 arrojaron una relación aún más significativa ($\chi^2(4, N=92) = 11'08$ y $p = .02$) que evidencia una influencia del Índice de Egocentrismo sobre la variable dependiente muy intensa, de manera que:

- Los sujetos con un nivel de autocentramiento muy bajo preferentemente evitan los tratamientos, pero cuando inician una psicoterapia se implican en profundidad (el 77% de los que se implicaron a fondo presentaban un

EGOI bajo), rara vez de forma mediocre. La autoestima muy baja produce en el paciente sentimientos de indefensión y vulnerabilidad, además de pesimismo, incapacidad para afrontar cambios y dificultad para tomar decisiones. Por eso resulta comprensible que en esas circunstancias, el paciente no se sienta dispuesto a afrontar un tratamiento y que rechace cualquier intento de ayuda, interpretando el ofrecimiento como una carga más o como una intromisión, cuando menos. Sin embargo, en los casos en que las personas en esta situación perciben la psicoterapia como una posibilidad de alivio en su aflicción, se comprometen activamente en ella, obteniendo grandes beneficios de la intervención.

- Las personas con EGOI normal habitualmente se implican en los tratamientos que realizan, pero lo hacen sin comprometerse profundamente en ellos. Puede haber una razón práctica que explique este comportamiento: participan en el tratamiento sólo hasta recuperar su autoestima y a partir de ese momento gestionan sus dificultades sin contar con la ayuda terapéutica, con sus propios recursos. El seguimiento de este tipo de casos permitirá constatar si la escasa implicación fue una respuesta adecuada para el paciente o si se sobrestimaron sus recursos de salud.
- Y los sujetos con EGOI alto, si se implican en sus tratamientos lo hacen siempre moderadamente. Generalmente, este tipo de personas acuden al tratamiento influidos por terceros, que suelen detectar los problemas de salud del paciente antes que él, sufriendo en muchas ocasiones sus efectos. La conciencia de enfermedad suele estar disminuida y la motivación para cambiar no suele ser suficiente para que el paciente se comprometa seriamente en el proceso. Solamente en los casos en que este tipo de pacientes acude por decisión propia a la psicoterapia, generalmente cuando experimentan depresión tras el fracaso de sus defensas de tipo narcisista, puede esperarse una participación más activa en su tratamiento.

Introspección: FD y V

En este caso definimos la variable *introspección alta* como ($FD > 2$ & $FV > 1$). El análisis estadístico no revela relación significativa entre introspección alta e implicación en el tratamiento (Tabla nº 12), consideradas globalmente. Sin embargo, al tener en cuenta el Estilo Vivencial, encontramos un dato revelador en los sujetos ambitendentes donde aparece una relación significativa ($\chi^2(2, N=25) = 8.97$ y $p=.01$) entre la *introspección alta* y la *implicación en el tratamiento* para este grupo (Tabla nº 13). No podemos inferir conclusiones certeras porque sólo hubo 4 sujetos ambitendentes que presentaron introspección alta, pero los cuatro se implicaron. Por el contrario, todos los que rechazaron el tratamiento presentaban una introspección normal.

Con el fin de aclarar qué tipo de introspección es la que podría favorecer la implicación en el tratamiento de los sujetos ambitendentes, analizamos por separado las respuestas *FD* y *V*. Así, hallamos que el pequeño grupo de sujetos ambitendentes de nuestra muestra que presentan más de *dos* respuestas *FD* no rechazan el tratamiento sino que se implican en él, en mayor o menor medida, pero se implican. (Tabla nº 14). Sin olvidar que el subgrupo es reducido y que sería imprudente generalizar los resultados, podemos señalar que la capacidad para reflexionar sobre las propias experiencias, con una cierta objetividad, es un rasgo que puede favorecer la participación activa de los ambitendentes en los tratamientos que realizan.

De forma similar, al estudiar la relación entre las respuestas de Vista y la variable dependiente, aparece una tendencia sugerente de una posible relación entre ambas variables, que no llega a ser estadísticamente significativa (Tabla nº 15). Ahora bien, si tenemos en cuenta en el EB, la cuestión cambia: los datos resultan significativos para los sujetos introversivos. Podemos observar que, en este subgrupo, la presencia de respuestas de Vista puede estar relacionada con la implicación en el tratamiento (Tabla nº 16). Aunque χ^2 es alto, la presencia de varias celdas con valores inferiores a 5 no nos permite generalizar los resultados. Parece que la sensación de haber hecho mal las cosas o un cierto nivel de culpabilidad facilita el compromiso moderado con el tratamiento en este tipo de personas.

Hay más datos sobre la introspección en nuestro estudio que pueden aclarar los resultados de la Tabla nº 16. Acerca de la relación existente entre las variables EB y Vista, planteamos que la coloración de las láminas en las que aparecen las respuestas *V* es diferente para cada tipo de Estilo Vivencial e influye de diferente modo sobre la implicación en el tratamiento. Al analizar esta influencia encontramos resultados

estadísticamente significativos en los sujetos introversivos que habían emitido respuestas de Vista en las láminas coloreadas (Tabla nº 17). Es decir, los introversivos de nuestro grupo que presentaron al inicio de sus tratamientos *capacidad de introspección en su funcionamiento emocional* o que tendían a reprocharse hasta sus propios sentimientos, se implicaron más en la psicoterapia que realizaron.

En los extratensivos, la influencia del cromatismo de las láminas en que aparecen las respuestas *V* se aprecia, no tanto en la implicación en el tratamiento como en el curso del mismo: los que presentaron respuestas *V* acromáticas tendían a rechazar la psicoterapia o a abandonar antes de la novena sesión; por el contrario, los extratensivos que no dieron respuestas *V* acromáticas completaron mayoritariamente sus tratamientos, sin que eso conllevara necesariamente una implicación en los mismos. Los resultados del análisis de los subgrupos de ambitendentes y coartados no fueron estadísticamente significativos.

Estos últimos datos están muy restringidos en su extrapolación porque los subgrupos del EB son pequeños, pero sugieren algo muy valioso para el trabajo clínico. Pueden resultar de gran ayuda para el terapeuta en el diseño de la intervención porque permitirán definir el área de intervención donde el paciente mantiene los recursos más accesibles. No sólo indican el nivel de autorreproche, también señalan cómo es este tipo de introspección negativa, si domina el área expresiva o la cognitiva. Es decir, si el autorreproche aparece como resultado de los sentimientos que experimenta el sujeto o por los pensamientos que le vienen a la cabeza. En un caso o en otro, la intervención tendrá que ser diferente para obtener el cambio deseado. Por ejemplo, algunos sujetos introversivos se descalifican por los sentimientos que experimentan y si se trabaja con ellos a nivel cognitivo, apelando a procesos de reflexión, apenas se producen cambios. Por el contrario, si en esos casos la intervención se realiza movilizandando las emociones del paciente, pueden obtenerse resultados más satisfactorios. Los resultados de esta investigación sugieren que el trabajo terapéutico en el área inversa al estilo de respuesta del paciente, puede proporcionar cambios más efectivos en su funcionamiento psicológico, pero es un tema que excede nuestro propósito y tendrán que ser otras investigaciones posteriores las que vengan a comprobarlo.

Dentro de la agrupación de Autopercepción hubo también algunas variables que al ser analizadas no presentaron asociación estadística con la variable dependiente, como son:

Presencia de rasgos narcisistas FR

El reducido número de sujetos que presentan más de una respuesta de reflejo en sus protocolos en nuestro grupo no permite obtener resultados estadísticamente significativos ($\chi^2(4, N=92) = 6'12$ y $p = .19$), pero la tendencia observada (ver Tabla nº 18) es que la mayor parte (60'8%) de los sujetos que se implicaron no presentaron respuestas de reflejo en sus protocolo.

Por otra parte, la coloración de las láminas en que aparecen las respuestas de reflejo, no arroja resultados significativos (Tabla nº 19). Lo que sí aparece es una prevalencia de los sujetos introversivos a emitir sus respuestas de reflejo en láminas cromáticas y de los extratensivos en las acromáticas, sin que ello incida en la implicación que posteriormente hacen en las psicoterapias que empiezan.

Dificultades en el proceso de identificación: $H < Hd + (H) + (Hd)$

En este caso se categorizó la variable *Proporción de Contenidos Humanos* en dos valores: *valor 0* para aquellos casos en que la suma de H era inferior a la suma de los otros contenidos humanos y *valor 1* para aquellos casos en que la suma de H era mayor o igual al resto de contenidos humanos. Ni aún considerando el EB como variable de control, apareció una relación estadísticamente significativa entre la proporción de contenidos humanos y la implicación en el tratamiento (Tabla nº 20).

Contenidos mórbidos MOR

En la última hipótesis de la agrupación de Autopercepción planteamos que se implicarían más en el tratamiento los sujetos que presentaran contenidos mórbidos por encima del rango esperado, es decir, $MOR > 1$. Los resultados (Tabla nº 21) indican una asociación entre ambas variables que no llega a ser significativa, pero que revela cómo los sujetos con $MOR > 1$ en sus protocolos tendieron a implicarse en las intervenciones, aunque fuera de forma moderada.

2.6.3.2.3. *Percepción Interpersonal*

En esta agrupación, las hipótesis que resultaron significativas tras el análisis estadístico fueron las siguientes:

Pasividad

Al investigar la pasividad de los sujetos en las relaciones interpersonales (variable $p > a + 1$) a la hora de implicarse en una psicoterapia (Tabla nº 22), hallamos una asociación casi significativa ($\chi^2 (2, N=92) = 4,44$; $p = .10$) entre ambas variables que refleja la tendencia de las personas pasivas a comprometerse en las psicoterapias que realizan (un 79% de los sujetos pasivos se implicó). Esta tendencia lleva a sospechar de nuevo la interferencia del Estilo Vivencial y al analizar la pasividad de los sujetos según su EB respecto a su implicación en los tratamientos, hallamos datos significativos en los *ambitendentes* (a mayor pasividad, menor rechazo del tratamiento, ver Tabla nº 23) y en los *coartados* (de los tres sujetos pasivos coartados, ninguno rechazó el compromiso terapéutico, según Tabla nº 24). En ambos casos, el tamaño del grupo es pequeño como para permitir generalizaciones. Pero los resultados son coherentes con el sentido común: cuanto más pasiva es una persona, más se deja llevar por otros y es probable que estos sujetos no planteen obstáculos a las propuestas de intervención clínica. Otra cuestión es que consigan cambios en sus tratamientos.

Textura

El análisis de la relación entre respuestas de T y la variable dependiente no resulta estadísticamente significativo (Tabla nº 25), pero encontramos una estrecha asociación en los sujetos que presentaban más de una respuesta T, que tienden a aceptar las intervenciones y a participar activamente en ellas.

Considerando el colorido de las láminas en que fueron emitidas las respuestas T, no hallamos resultados estadísticamente significativos pero sí influencias específicas sobre la implicación en la psicoterapia. Así, la ausencia de respuestas T en láminas acromáticas se asocia al rechazo o evitación del compromiso terapéutico (Tabla nº 26) y, por el contrario, la presencia de una o más T acromáticas parece asociarse a la aceptación del mismo. Algo similar ocurre en el caso de respuestas T en láminas de color (Tabla nº 27): la ausencia de T cromáticas se encuentra estrechamente asociada al

rechazo del compromiso terapéutico y la presencia de al menos una respuesta T de color se asocia a una implicación profunda en el mismo.

En lo que respecta a la hipótesis planteada en el comienzo, se cumple en sujetos *ambitendentes* (Tabla nº 28), de manera que, salvando la limitación del pequeño número del grupo, se puede pronosticar implicación profunda en el tratamiento cuando presentan una o más respuestas de textura en láminas cromáticas y un rechazo cuando no aparece este tipo de respuestas.

Proporción afectiva

El análisis estadístico se ha realizado según los datos potenciales señalados por Exner (2005) respecto a la variable Proporción Afectiva, y solamente resultó significativa la proporción afectiva egocéntrica en la que $CF+C > FC$ y $C > 0$, pudiendo concluir que en nuestro grupo, la mayoría (71 %) de los sujetos que presentaban un estilo relacional inmaduro se implicaron en el tratamiento, pero ninguno lo hizo en profundidad (Tabla nº 29). Por el contrario, los que presentaban un estilo relacional más centrado en el yo/otros se implicaron en pocas ocasiones (16 %), pero cuando lo hicieron se comprometieron seriamente en la intervención.

Dentro de esta agrupación de Percepción Interpersonal fueron muchas las variables que no presentaron una asociación estadísticamente significativa con la variable dependiente:

Interacciones positivas: COP > 1

En contra de lo supuesto, no aparece relación significativa entre presencia de respuestas de contenido cooperativo y la variable dependiente (Tabla nº 30), por lo que no es posible establecer relación entre la anticipación de interacciones positivas con los demás y la implicación en el tratamiento. Los datos reflejan una tendencia a rechazar los tratamientos o a no implicarse en ellos en los sujetos que presentan una interacción positiva, pero insistimos en que no es un resultado estadísticamente significativo y no pueden inferirse conclusiones acertadas de este análisis.

Ausencia de actitudes hostiles hacia el entorno: $AG < 1$

La relación no es estadísticamente significativa (Tabla nº 31), pero la tendencia asociativa entre variables sugiere que los sujetos con ausencia de actitudes hostiles hacia el entorno rara vez se implican superficialmente en los tratamientos: o bien los rechazan desde el principio o bien se comprometen profundamente en ellos (el 84% de los sujetos que se comprometieron profundamente presentaba $AG < 1$). Esto puede plantear la cuestión de que es necesario un cierto nivel de agresividad para implicarse y beneficiarse de una psicoterapia, pero no tan alto que dificulte el establecimiento de un vínculo terapéutico estable y seguro para el paciente.

Interacción confusa ($COP \geq 3$ y $AG > 2$)

Conforme a los resultados señalados por Exner (2005), sólo dos sujetos del grupo presentaron confusión respecto a cuáles son las conductas interpersonales apropiadas (Tabla nº 32). Este es un dato esperable en sujetos con graves conflictos psicológicos y probablemente no era lo habitual entre nuestros participantes.

Relaciones interpersonales poco adaptativas: $PHR \geq GHR$

No aparece relación significativa entre esta variable y la implicación en el tratamiento (Tabla nº 33), por lo cual no podemos inferir que, en nuestro grupo, la presencia de representaciones humanas pobres sea un factor influyente en la implicación psicoterapéutica. Y como es lógico suponer, tampoco el estudio de los sujetos que presentaron buenas representaciones humanas en general revela que se impliquen más en el tratamiento. Parece como si a los sujetos de nuestro estudio no les afectara mucho el concepto que tienen de los demás a la hora de participar activamente en el tratamiento, pero los que presentaron relaciones interpersonales inadecuadas tendían a implicarse moderadamente en la psicoterapia.

Dependencia

Los datos reflejados en la Tabla nº 34 no permiten concluir que las personas con rasgos dependientes, que suelen necesitar el apoyo de los demás y que presentan cierta ingenuidad en sus relaciones personales se impliquen más en los tratamientos que aquellas que carecen de estos rasgos. Únicamente siete sujetos presentaron este rasgo y cuatro de ellos se implicaron, pero no podemos asegurar que la dependencia tuviera algo que ver en ello.

Indice de Aislamiento

Para el análisis estadístico, asignamos tres valores a esta variable: *valor 0*, cuando el I. Aislamiento $< 0'26$; *valor 1*, cuando $0'33 \geq I. Aislamiento \geq 0'26$ y *valor 2*, cuando el índice de aislamiento $> 0'33$, sin alcanzar esta variable una influencia estadísticamente significativa sobre la variable dependiente (Tabla nº 35). La mayor parte de los sujetos presentaron un bajo Índice de Aislamiento y de los 14 que se mostraron más aislados, un alto porcentaje (64%) se implicó en el tratamiento, pero ninguno lo hizo profundamente.

Proporción Afectiva

De las nueve proporciones afectivas descritas por Exner, hubo dos que no se dieron en nuestros participantes y por tanto no se analizaron. De las siete restantes, solamente la proporción afectiva egocéntrica, cuyos resultados se han comentado anteriormente, presentó una relación significativa con la variable dependiente.

2.6.3.2.4. Recursos psicológicos

Ninguna de las hipótesis planteadas resultó significativa al someterlas a comprobación estadística, pero las tendencias observadas fueron tan sugerentes que merece la pena reseñarlas.

Control y tolerancia a la frustración $D < 0$

No podemos asegurar que los sujetos con puntuaciones D inferiores a cero se impliquen más en el tratamiento, pero lo que sí revela este análisis (ver Tabla nº 36) es que 70 de los 92 participantes presentaron escasos controles y limitada capacidad para tolerar la frustración, en lo que parece ser un rasgo bastante frecuente y esperable en los sujetos que solicitan ayuda psicológica. Se puede observar también que quienes presentaban peores controles tendieron a implicarse en el tratamiento, aunque fuera de forma moderada.

Como dato singular encontramos que tres sujetos que finalizaron su tratamiento sin implicarse presentaron una puntuación D menor de 0. Cabe preguntarse si

continuaron en sus tratamientos por otros motivos que no fueran aliviar su reciente malestar o introducir cambios estructurales en su personalidad, sino más bien por experimentar un cierto control de sus impulsos y mayor tolerancia a la frustración gracias a la psicoterapia.

Control con malestar cronificado: Puntuación D Ajustada

Los resultados tampoco muestran significación estadística (Tabla nº 37), por lo que no podemos afirmar que la hipótesis planteada tenga una cierta probabilidad de ser exacta. Ahora bien, la asociación entre variables se intensifica en el caso de los sujetos que presentaban malestar cronificado y se implicaron moderadamente en el tratamiento. Asimismo, la tendencia de las personas que no presentaban tensión y malestar desde antiguo consistió en evitar los tratamientos o en implicarse muy poco en ellos. Recordemos no obstante que aunque la Puntuación D Ajustada es uno de los indicadores más directos de la habilidad para mantener el control en situaciones difíciles o tensas, al ser examinada en solitario ofrece relativamente poca información sobre la capacidad de control y puede incluso dar lugar a conclusiones erróneas sobre la tolerancia al estrés.

En la distribución de frecuencias se observa que 21 sujetos presentaron un estrés cronificado, de los cuales la mayoría (71 %) se implicaron en el tratamiento.

Recursos disponibles: EA > 11

Aunque los resultados no son estadísticamente significativos, en la distribución de frecuencias de la Tabla nº 38 que refleja la influencia de los recursos disponibles sobre la implicación en el tratamiento se puede observar que, de acuerdo a nuestra hipótesis, los sujetos con mejores controles fueron los que más se implicaron en la psicoterapia (en un 76 % de las veces), aunque en contadas ocasiones lo hicieron en profundidad. Asimismo, se observa una estrecha asociación entre recursos limitados y escaso compromiso con el tratamiento. Parece que la participación activa en la psicoterapia exige un mínimo de recursos personales disponibles para hacer frente a las vicisitudes del proceso.

Inhabilidad social: CDI+

En la medida en que el CDI+ indica un gran malestar en las relaciones interpersonales y siguiendo las conclusiones de Ackerman et al. (2000), esperábamos que los sujetos con dificultades y malestar en su desenvolvimiento social se implicaran más en las psicoterapias que realizaban. Pero el análisis refleja por el contrario una mayor asociación entre la inhabilidad social (ver Tabla nº 39) y la ausencia de implicación en el tratamiento y una tendencia a comprometerse mayor en los sujetos que no presentaban dificultades en su desenvolvimiento social. Pero no se puede concluir que la dificultad para el afrontamiento de las demandas sociales cotidianas influya sobre la implicación.

En resumen, no podemos afirmar que exista una influencia significativa de los recursos personales que un sujeto presenta a la hora de empezar un tratamiento sobre el grado de implicación que tendrá a lo largo del mismo. Pero parecen necesarios unos mínimos para establecer la alianza terapéutica y para afrontar las tensiones que el propio proceso terapéutico conlleva.

Finalizado el análisis parcial de las variables independientes, reflejamos a continuación un resumen de los resultados obtenidos, resaltando en negrita los datos indicadores de una relación significativa con la variable dependiente.

Resumen del análisis estadístico para diferentes variables

Chequeo previo

<u>Tabla Nº: Variable independiente</u>	<u>Variable dependiente</u>	χ^2	p	gl	N
3. Homogeneidad MOA	Patología MOA	5,25	.02	1	92
4. Homogeneidad MOA	Implicación Tto	3,84	.14	2	92
5. Patología MOA	Implicación Tto	4,10	.12	2	92
6. Sexo	Inicio Psicoterapia	0'15	.69	1	92
7. Sexo	Implicación Tto.	0'22	.89	2	92

Resumen del análisis estadístico para diferentes variables

Perspectiva dinámica

Escala MOA

<u>Tabla N°: Variable independiente</u>	χ^2	p	gl	N
8. MOA heterogéneas y patológicas	4'6	.09	2	92

Perspectiva estructural

Estilo vivencial EB

<u>Tabla N°: Variable independiente</u>	χ^2	p	gl	N
9. EB	11,7	.06	6	92

Autopercepción

<u>Tabla N°: Variable independiente</u>	χ^2	p	gl	N
10. EGOI fuera de rango	5'67	.05	2	92
11. EGOI bajo, normal o alto	11'08	.02	4	92
12. Introspección alta	2,32	.31	2	92
13. Introspección alta y EB Ambientante	8'97	.01	2	29
14. FD y EB Ambientante	5'88	.05	2	29
15. Suma V	22'4	.12	16	92
16. Suma V y EB Introversivo	20,2	.06	12	31
17. Suma V cromáticas y EB Introversivo	14,8	.02	6	31
18. Reflejos	6,12	.19	4	92
19. Cromatismo de Reflejos	7,15	.30	6	92
20. Proporción de Contenidos Humanos	0,64	.72	2	92
21. Contenidos MOR	3,27	.19	2	92

Percepción Interpersonal

<u>Tabla N°: Variable independiente</u>	χ^2	p	gl	N
22. Pasividad (p>a+1)	4,44	.10	2	92
23. Pasividad en Ambientados	4'75	.09	2	29
24. Pasividad en Coartados	5'77	.05	2	12
25. Respuestas de Textura T	3'54	.47	4	92
26. Textura en lám. Acromáticas	2'30	.68	4	92
27. Textura en lám. Cromáticas	6,09	.19	4	92
28. T Cromáticas en Ambientados	9,49	.05	4	29
29. Proporción afectiva FC<CF+C y C>0	4'64	.09	2	92
30. Contenidos COP	0'97	.61	2	92
31. Contenidos AG	1'15	.56	2	92
32. Interacción confusa (COP \geq 3 y AG > 2)	3,69	.15	2	92
33. PHR \geq GHR	1,79	.40	2	92
34. Respuestas Food>1	0,85	.95	2	92
35. Índice de Aislamiento	7'28	.12	4	92

Recursos personales

<u>Tabla N°: Variable independiente</u>	χ^2	p	gl	N
36. D <0	2'97	.22	2	92
37. (Adj.-D)>2	2'17	.33	2	92
38. EA>11	3'88	.14	2	92
39. CDI+	0'95	.62	2	92

2.7. DISCUSIÓN

En el intento de dar respuesta a algunas de las incógnitas planteadas respecto al papel que juegan las relaciones de objeto de los pacientes a la hora de participar activamente en las psicoterapias que realizan, se discuten los hallazgos obtenidos tras el análisis cualitativo y después los procedentes del análisis estructural, según las diferentes agrupaciones de variables.

- Los datos obtenidos en el análisis cualitativo revelan que la calidad de las RO de los sujetos de nuestro grupo era, globalmente considerada, algo peor de la obtenida en una muestra de personas no pacientes. Este es un rasgo esperable en personas que sufren aflicciones psicológicas y que consultan por ello. Está claro que para llegar a confiar en una ayuda profesional o, al menos, para someterse a una exploración psicológica, se requiere un grado mínimo de madurez en las representaciones objetales que permita al examinado afrontar la tarea sin desorganizarse internamente. Por otra parte, los participantes del estudio no se encontraban en situación disruptiva, por lo que el conjunto de sus representaciones de objeto conservaba cierta coherencia a la hora de dar significado a los sucesos cotidianos.
- La calidad media de las RO de los participantes, considerada globalmente, fue relativamente saludable pero eso no implica que todas fueran igualmente maduras o diferenciadas. De hecho, y en esto se diferencia nuestro grupo de la población normal, el alto nivel de dispersión hallado en las RO de cada sujeto se asociaba a una pérdida de calidad: cuanto más dispares eran las relaciones objetales de nuestros sujetos, mayor probabilidad había de que muchas de ellas fueran de baja calidad. En los sujetos no pacientes se espera cierta homogeneidad de las RO, es decir, que habitualmente tiendan a reconocer la reciprocidad de la autonomía, considerándose a sí mismos y los otros como personas individualizadas. En nuestro grupo, los sujetos presentaron simultáneamente RO maduras y RO pobres e indiferenciadas.
- Y respecto a la hipótesis planteada, el análisis cualitativo ha revelado una estrecha relación entre la calidad de las relaciones objetales de los sujetos y su nivel de participación en las terapias que realizan, de manera que una calidad inferior de RO (con representaciones inmaduras y heterogéneas) determina una

mayor implicación en el tratamiento. Paralelamente se ha observado que quienes rechazaron el tratamiento presentaban un nivel de RO saludable y bastante homogéneo. Es decir, las personas con mayor malestar en sus relaciones interpersonales y en las que coexisten representaciones extremas (unas muy saludables y otras muy inmaduras e indiferenciadas) aceptan más fácilmente la intervención psicoterapéutica y se implican más en ella.

Este hallazgo puede explicarse debido a que estas personas tienen mucho daño que reparar y además experimentan un alto nivel de malestar (generado por las representaciones objetales patológicas), lo que facilita y alienta al cambio psíquico. Pero además, cuentan con las representaciones objetales saludables mínimas para iniciar este cambio que les permite comprometerse en la psicoterapia y establecer la alianza terapéutica. Si sus RO fueran homogéneamente patológicas, no se podría establecer el vínculo terapéutico que exige el cambio psíquico. Por el contrario, si todas las RO fueran sanas y adaptativas, los sujetos no experimentarían la necesidad de cambio que requiere el tratamiento para resultar fructífero.

Estos resultados son consistentes con las conclusiones de Piper et al (1991) cuando señalaban que la calidad de las relaciones objetales era un predictor de la alianza terapéutica y ratifican el trabajo de Blatt & Ford (1994) al encontrar mejor aprovechamiento terapéutico en los pacientes que presentaban peores interacciones interpersonales antes de la intervención. Esta tesis confirma igualmente los resultados de Horner & Diamond (1996), quienes habían encontrado peores representaciones objetales en los pacientes borderline que finalizaron el tratamiento así como RO más maduras y adaptativas en los que abandonaron pronto la psicoterapia. También corrobora los hallazgos de Ackerman et al (2000) en su estudio sobre los efectos de la representación de objeto en la continuación del tratamiento. Nuestros resultados confirman su conclusión de que los pacientes que continuaban durante largo tiempo en su terapia de orientación psicodinámica presentaron al inicio de la misma RO muy pobres, además de malestar en sus relaciones interpersonales y un deseo de cercanía emocional. Igualmente nuestros resultados ratifican los encontrados por Ackerman et al. en 2001, que ratificaban a su vez anteriores estudios según los cuales las personas con gran malestar en el área interpersonal se beneficiarían en mayor medida de un tratamiento.

Sin embargo, nuestros resultados contradicen las conclusiones del trabajo realizado por Ephraim (1990) sobre las condiciones psicológicas de los pacientes que facilitan la psicoterapia psicoanalítica. Este autor encontró, entre otras cosas, que los pacientes refractarios a este tipo de tratamiento presentaban un mundo interno dominado por interacciones destructivas e indiferenciadas que distorsionaban sus relaciones interpersonales. Como la psicoterapia psicoanalítica se desarrolla en un marco poco estructurado, estos sujetos tenían dificultades para diferenciar lo interno de lo externo y no conseguían implicarse en los tratamientos. Aunque hay varios factores metodológicos que pueden dar cuenta de esta diferencia de resultados (tamaño del grupo, selección de variables, etc.), posiblemente la diferencia radique en la homogeneidad de las representaciones objetales, que en el trabajo de Ephraim parece ser alta para los sujetos que fracasaron en el tratamiento. En nuestro trabajo, la presencia de algunos objetos internos benignos (gracias a la dispersión de las RO) en los participantes permitió cierta diferenciación entre el mundo interno y externo de nuestros pacientes, favoreció el establecimiento de la alianza terapéutica y facilitó que se beneficiaran de la intervención.

Parece que la cuestión consiste en definir cuál es el límite mínimo y a la vez suficiente de RO inmaduras que se necesita para que una persona se beneficie de una psicoterapia y no la abandone al menor contratiempo. Esto nos enfrenta a la principal limitación de esta investigación: no hay un único factor que determine la participación activa de un paciente en su tratamiento, más bien se trata de un conjunto de rasgos, estructuras, dinámicas y actitudes que se complementan y equilibran para conseguir el compromiso terapéutico, sin contar con las variables procedentes del terapeuta. En algunas personas, será suficiente con la presencia de RO inmaduras para producir sintomatología egodistónica que motive la intervención pero en la mayoría será la combinación de una serie de factores dinámicos y estructurales los que determinarán su participación activa en el tratamiento.

Las consecuencias que el estudio las RO puede tener para la clínica son importantes, ya que el hecho de conocer su calidad en pacientes psicóticos o borderline puede permitir al terapeuta diseñar objetivos terapéuticos más adecuados a su capacidad y modo de organizar su experiencia. Si, por ejemplo, en lugar de priorizar la adecuación de la prueba de realidad como objetivo terapéutico en el paciente psicótico se da preferencia a la

maduración de las RO, la psicoterapia resultará más provechosa porque el paciente utilizará su singular capacidad de organizar su experiencia y lo hará con mayor eficacia que si tuviera que estar ajustándose continuamente a la realidad.

En cuanto al análisis estructural, los resultados acerca del Estilo Vivencial EB revelan su participación en el modo en que una persona se implica en la psicoterapia que inicia. No es un rasgo que influya en la decisión de comenzar o rechazar un tratamiento, pero sí influye en el compromiso terapéutico.

- En primer lugar, el Estilo Vivencial parece determinar en gran medida el nivel de implicación que tendrá un futuro paciente en el tratamiento que se le proponga para resolver sus conflictos. El EB no se vincula, como el resto de las variables estudiadas, a la constitución y organización de las Relaciones Objetales, pero es una variable que puede influir de manera determinante en el compromiso terapéutico, según sugiere Exner (1995a). Seleccionamos esta variable para controlar su influjo sobre la variable dependiente y lo que encontramos fue que determinaba el nivel de implicación en el tratamiento de los sujetos participantes.
- Así, resulta que la *introversividad* (así denominada para diferenciarla del concepto junguiano de *introversión*, como tanto insistía H. Rorschach) favorece la implicación en la psicoterapia (de orientación dinámica) y a mayor introversividad, más compromiso con el tratamiento. Es decir, las personas que tienden a utilizar sus propios recursos para resolver los problemas o para tomar decisiones se implican profundamente en los tratamientos que realizan, obteniendo grandes beneficios de ellos. Parece que los sujetos introversivos se sienten cómodos en la psicoterapia dinámica, captan con rapidez el sentido de la intervención y se desenvuelven bien en un marco desestructurado en el que predomina el trabajo del mundo interno y la utilización de la palabra.
- Los *extratensivos* también se implican en los tratamientos, pero rara vez lo hacen en profundidad. Las personas que presentan este estilo de respuesta suelen servirse de sus interacciones para satisfacer sus necesidades y esto puede explicar su acercamiento a la psicoterapia dinámica a través del vínculo terapéutico como una forma de resolver sus conflictos, pero en el

momento en que corresponde profundizar en el mundo interno se desinteresan o se distraen y suspenden su compromiso con el tratamiento, a veces abandonándolo y a veces permaneciendo en él sin producir cambios. Parece que conectan con el tratamiento pero no obtienen todos los beneficios que podría aportarles, les cuesta profundizar pero no dejan de asistir a sus sesiones.

- Las personas con un estilo de respuesta *ambitendente*, que a veces dejan a un lado los sentimientos para tomar sus decisiones y en otras ocasiones se guían por su intuición para hacerlo, no sólo muestran inconsistencia en su afrontamiento sino también a la hora de implicarse en la psicoterapia: en algunos casos se implicarán en los tratamientos y en otros no llegarán a hacerlo.

Exner (1978) había encontrado que los pacientes *ambitendentes* fueron los que menos mejoraron a lo largo de un año de terapia, independientemente del tipo de intervención que se les aplicara. Y en los trabajos posteriores realizados junto con Weiner (1991) y A. Sanglade (1992), observó que los sujetos que al inicio del tratamiento eran *ambitendentes* habían dejado de serlo al término del mismo, cuando la intervención fue la adecuada. Es decir, que si a un sujeto *ambitendente* se le presta la intervención adecuada, deja de serlo y se convierte en *extratensivo* o *introversivo*. Rorschach ya había señalado la susceptibilidad al cambio de los *ambitendentes*, si se sometían a un tratamiento. En nuestro estudio no disponemos de datos que confirmen este hallazgo pues no se administró el test al final del tratamiento. Pero sí hemos hallado, como veremos más adelante, algunos rasgos que determinaron el compromiso terapéutico de los pacientes *ambitendentes* de nuestro grupo.

- Respecto a los sujetos *coartados*, como corresponde a un funcionamiento defensivo en el que la afectividad se encuentra casi paralizada, la mayor parte no se implicó en la terapia. El subgrupo de *coartados* era muy pequeño y no permite generalizar conclusiones. Podemos señalar que algunos se implicaron, aunque lo hicieron de forma moderada. Encontramos algunos factores que pudieron incidir en estos resultados.

En cuanto a la agrupación de Autopercepción:

- Se confirma que las personas que presentan un nivel de autocentramiento normal y cuentan con un sentimiento de identidad claro y estable, se suelen implicar en los tratamientos pero lo hacen de una forma moderada, abandonando antes de haber profundizado. Queda por ver si esta implicación moderada responde a una rápida y eficaz resolución de los conflictos que les llevaron a consultar o si bien son otros los factores que intervienen en la cuestión.

Por el contrario, cuando el autocentramiento no es el esperado y el sentido de identidad aparece difuso e inconsistente, las personas tienden a rechazar el tratamiento o, por el contrario, participan muy activamente y obtienen grandes beneficios de las intervenciones que se les aplican. Esto último ocurre en mayor medida cuando la persona se atiende poco y valora escasamente su propia imagen, porque en los casos en que el desajuste obedece a un marcado egocentrismo, los sujetos evitan acudir a consulta y si comienzan una psicoterapia apenas se comprometen con ella. Se dirigen al tratamiento en busca de una mayor atención personal pero abandonan cuando el proceso les enfrenta con sus propias dificultades y conflictos.

Estos datos coinciden en una primera aproximación con los obtenidos por Sember, Tuset y Campo, (1995) quienes hallaron que, entre otras variables, una autoestima fuera de lo normal se relacionaba con abandono del tratamiento de orientación psicoanalítica. Pero no son consistentes en lo que respecta a la dirección que toma esta relación, pues según sus resultados, una imagen desvalorizada de sí mismo se asociaba a abandonos antes de los tres meses del tratamiento, mientras que en nuestro trabajo lo que predice mayor implicación en la psicoterapia es precisamente una autoestima deteriorada.

En cualquier caso, el hallazgo de que el autocentramiento fuera de lo normal sea un factor determinante en la manera en que una persona se implica en su tratamiento es una cuestión relevante también a nivel teórico y sugiere una revisión de la evaluación de la variable Relación Objetal. La variable EGOI parece abarcar diferentes rasgos de la personalidad y de la propia imagen del sujeto, tal y como han señalado varios autores (Gacono et al., 1990; Exner en su respuesta a Nezworsky en 1995; Fdez-Manchón,

1998) y los resultados de esta tesis permiten plantear que quizás el EGOI abarque también aspectos estructurales de las RO. O planteado de otro modo ¿se debe al azar el hecho de que los sujetos con relaciones de objeto pobres y los que presentaron una autoestima más baja fueran los que más se implicaran en los tratamientos? Porque en ambas variables la relación con la variable dependiente fue igualmente significativa ¿O es que con el EGOI estamos midiendo también aspectos de las RO, como es la representación de sí-mismo? Esta es una cuestión que podría investigarse en futuros trabajos.

- Respecto a la influencia de las respuestas de reflejo sobre la implicación en los tratamientos, no se hallaron resultados significativos. Según los estudios previos, la presencia de Fr ó rF determinaría un abandono o una resistencia a los tratamientos, pero no se pudo contrastar este supuesto. El citado trabajo de Sember et al. (1995) también encontró este mismo resultado. Lo que sí pudimos observar es que la mayor parte de los que se implicaron, no dieron respuestas de reflejo en sus protocolos, lo que confirmaría las conclusiones de Exner (1995 b) acerca de que los pacientes que dan respuestas de reflejo antes de la intervención terminan mucho antes el tratamiento y durante las primeras semanas del mismo se muestran más demandantes y resistentes al cambio que otros pacientes.

El examen de la coloración de las láminas en que habían aparecido los reflejos tampoco ofreció resultados concluyentes. Como dato singular, se halló que los sujetos introversivos tendían a dar sus respuestas de reflejo, cuando lo hacían, en láminas cromáticas y que los extratensivos lo hacían principalmente en las láminas acromáticas, mientras que ambitendentes y coartados lo hicieron indiferentemente en unas o en otras. ¿Significa esto que el estilo vivencial influye hasta en el modo de percibirse a uno mismo? ¿O que los elementos narcisistas (patológicos o no) se desarrollan justamente en el área opuesta de funcionamiento preferente que tiene cada individuo para afrontar las situaciones? El reducido tamaño del grupo tras segmentarla en función del EB no nos permitió obtener resultados generalizables, pero abre un interesante campo de investigación que dé cuenta de estas cuestiones.

- Se confirma que la introspección no determina la capacidad para participar activamente en el tratamiento salvo que la persona presente en el momento del examen un estilo de respuesta ambivalente o un estilo introversivo. Los sujetos ambivalentes con un nivel de introspección alto (dos o más respuestas *FD*) se implican más en las psicoterapias que realizan. Y a su vez, la presencia de autocrítica destructiva ($Vista > 1$), determina la implicación en el tratamiento en los sujetos introversivos, sobre todo cuando la *V* aparece en láminas de color. Parece que la abundancia de sentimientos de culpa y de emociones irritantes y dolorosas procedentes de la cavilación sobre aspectos reprobables de su persona hace que los introversivos se impliquen a fondo en las psicoterapias que realizan. En un estudio anterior (Fdez-Manchón & Quiroga, 2005) habíamos hallado que cuando los sujetos extratensivos presentaban hasta una respuesta de *V* en láminas acromáticas completaban sus tratamientos. Al repetir el análisis (número de sesiones completadas y respuestas de *V* en láminas acromáticas) con nuestra población actual, los resultados fueron igualmente significativos: la presencia de hasta una respuesta *V* acromática en el protocolo facilita que los extratensivos terminen sus tratamientos, si bien nunca llegan a implicarse profundamente en ellos. Cuando aparece más autocrítica, los extratensivos abandonan pronto.

Podría concluirse que la presencia de respuestas de *Vista* facilita la continuación del tratamiento si se producen en el área de funcionamiento psíquico inversa al estilo de respuesta del sujeto. Es decir, un extratensivo tendrá más posibilidades de continuar en tratamiento si dispone de introspección cognitiva (da pocas respuestas *V* o las da únicamente en láminas acromáticas) y un introversivo tendrá más posibilidades de continuar y de implicarse si al comienzo de la intervención presenta un alto nivel de introspección emocional (da respuestas *V* principalmente en láminas coloreadas). Estos datos sugieren que los introversivos se beneficiarán de aquellas intervenciones centradas en el área emocional y en su realidad externa, espacio donde posiblemente dispongan de mayores recursos saludables. Por el contrario, los extratensivos tendrán más posibilidades de éxito en sus tratamientos si éstos se centran en el área cognitiva, o mejor, en la movilización de recursos procedentes de su mundo

interno, siendo éste el área donde presentan menos conflictividad. Estos supuestos podrían ser verificados y ratificados en futuras investigaciones.

- Por otra parte, no podemos afirmar que las personas cuya autoimagen se basa principalmente en identificaciones o relaciones con personas imaginarias se implican más en su psicoterapia. Se pensaba que una frecuencia baja de *H Pura* respecto a los otros contenidos humanos correspondería a dificultades en sus procesos tanto identificativos como adaptativos y planteamos que se implicarían con mayor facilidad en las psicoterapias por esta razón, pero los datos no lo confirman. Exner (2000) ya advirtió prudencia en la interpretación de esta variable porque la frecuencia de respuestas de contenido humano difiere según el estilo del EB y depende del número total de respuestas.
- Y finalmente, la presencia de contenidos internos dañados puede ser un factor que alienta a participar activamente en el tratamiento, pero con los datos disponibles no se puede afirmar de forma consistente. Está claro que la desvalorización propia y los sentimientos disfóricos que acompañan a la percepción de daños internos animan a una persona a iniciar una psicoterapia (más de la mitad de los sujetos que iniciaron tratamiento presentaban más de un contenido mórbido en su protocolo) pero no resultan suficientes para mantener el compromiso terapéutico necesario para alcanzar cambios psicológicos significativos.

Los datos procedentes de la agrupación de Percepción Interpersonal reflejan la influencia del Estilo Vivencial y ello no es de extrañar ya que las relaciones con los demás se encuentran determinadas por el manejo que cada persona hace de sus pensamientos y emociones. Así,

- Igualmente, observamos una marcada tendencia en las personas pasivas a implicarse en sus tratamientos, tendencia que se vuelve determinante en el caso de los *ambitendentes* (a mayor pasividad menor rechazo del tratamiento) y en los *coartados* (de los tres sujetos pasivos coartados, ninguno rechazó el compromiso terapéutico). Para estos subgrupos, la tendencia a evitar las responsabilidades de la toma de decisiones adoptando un rol pasivo en sus interacciones se asoció a una implicación mayor en las psicoterapias, probablemente porque estos sujetos

se benefician más de la directividad de las sesiones terapéuticas y de contar con el apoyo del terapeuta para afrontar sus responsabilidades cotidianas .

- Hallamos una tendencia a evitar el compromiso terapéutico en los sujetos que tenían dificultades para expresar sus necesidades de cercanía emocional; a su vez, los que identificaban fácilmente este tipo de necesidad tendieron a implicarse en los tratamientos y además de manera intensa. Estos hallazgos no llegan a ser significativos, pero las tendencias observadas confirman los estudios de Exner (1978, 1993: los pacientes dan más respuestas de *Textura*), de Alpher, et al. (1990: la capacidad para implicarse en una psicoterapia dinámica breve se relaciona con el número de respuestas *T*), de Hilsenroth et al (1995: los pacientes con menos necesidad de intimidad abandonan pronto los tratamientos), de Sember et al. (1995: los pacientes con escaso interés por el contacto emocional abandonan pronto sus tratamientos) y Ackerman et al. (2000: los pacientes con mucha necesidad de contactar permanecen en sus tratamientos psicodinámicos).

Lo que sí resultó determinante fue la influencia del *EB* sobre la necesidad de intimar y la implicación en el tratamiento. Al considerar el color de las láminas en que aparecen las respuestas *T*, hallamos que los sujetos ambivalentes con capacidad para intimar y que pueden abordar las situaciones emocionalmente comprometidas, consiguen implicarse profundamente en los tratamientos que llevan a cabo; pero cuando esto no ocurre (no hay respuestas *T* en láminas cromáticas), rechazan el tratamiento o no se comprometen con él. Aunque existen pocas dudas acerca de la influencia de esta variable sobre la implicación en los tratamientos, aún queda por aclarar si se debe a que la necesidad de intimar necesaria para beneficiarse de los mismos implica necesariamente aspectos emocionales y por eso tienen lugar en las láminas que los estimulan, o por el contrario es independiente de la experiencia emocional y por ello del color de láminas en que aparecen este tipo de respuestas.

- La capacidad para anticipar relaciones positivas con los demás no resultó en nuestra tesis un factor determinante sobre la implicación en el tratamiento. Ephraim (1990) encontró en su estudio lo contrario: los pacientes que se beneficiaron del tratamiento habían presentado en su inicio disponibilidad para cooperar. Sin embargo, Hilsenroth et al. (1995) encontraron que los pacientes que abandonaban pronto sus psicoterapias dinámicas presentaron, entre otras

cosas, más respuestas cooperativas que los que permanecían, lo que coincide con nuestros datos.

- La mayoría de los participantes no presentaba confusión respecto a cuáles son las conductas interpersonales apropiadas, dato esperable en sujetos que no padecen afección psicológica graves ni disruptivas. Las dos únicas personas que presentaron este rasgo rechazaron el tratamiento. No podemos asegurar que la interacción confusa intervenga en la implicación en la psicoterapia.
- Un nivel de aislamiento social por encima de lo normal parece que anima a los sujetos a comenzar un tratamiento, pero los únicos sujetos de nuestro grupo que se comprometieron profundamente presentaron un intercambio social normalizado.
- Y como complemento del dato anterior, hallamos que las personas psicológicamente inmaduras, que modulan poco sus expresiones afectivas e interpretan las reacciones de los otros de forma egocéntrica (centradas en los sentimientos que les despiertan y no en lo que realmente ocurre a su alrededor) se implican en los tratamientos que empiezan, pero nunca se comprometen en profundidad. Paralelamente, los sujetos con un estilo relacional más centrado en el yo/otros se implican en pocas ocasiones, pero cuando lo hacen se comprometen seriamente en la intervención.

Desde la perspectiva relacional propuesta por Groves Overton (2000), la existencia de esta *proporción afectiva egocéntrica* indica que las reacciones iniciales y la experiencia sentida por la persona habitualmente no se procesan con posterioridad. Por eso, son individuos poco abiertos a la acomodación, no aprenden ni descubren nada de sí mismos y de los otros y repiten la misma conducta una y otra vez. Esto puede explicar el escaso compromiso terapéutico de estas personas, posiblemente porque no realizan grandes cambios sino que se limitan a utilizar la psicoterapia como contención emocional. Necesitan del vínculo y del apoyo terapéutico pero la ausencia de certeza en las reacciones ante los sucesos interpersonales hace que la acomodación sea mucho menos eficaz y que persistan los esquemas sin modificar en este campo.

Los resultados de la agrupación Recursos Psicológicos no son concluyentes, pero sí sugerentes:

- La mayor parte de nuestro grupo presentó dificultades para manejar la tensión y la frustración, controlando con dificultad sus impulsos. Es razonable suponer que quienes se deciden a consultar por este tipo de problemas se encuentren incómodos con su malestar y pretendan aliviarlo solicitando ayuda profesional. En la evolución de estos sujetos observamos que la mayor parte de los que presentaron problemas con el control y escasa tolerancia a la frustración se implicaron en sus psicoterapias, mientras que los que presentaron un control mejor tendieron a evitar los tratamientos o a implicarse escasamente en ellos.

En cualquier caso, no se puede afirmar que la limitada capacidad para controlar los impulsos o para tolerar la frustración, consideradas de forma aislada, influyan de manera significativa en la implicación terapéutica. En cierta medida éste es un dato esperable, según Exner, porque el conjunto de variables que conforman la puntuación D puede dar lugar a errores resultando difícil discernir si está reflejando una situación de tensión transitoria o es resultado de una ligera desproporción en la codificación de las respuestas.

- Apoyando nuestra hipótesis de que son precisos suficientes recursos personales disponibles que permitan a la persona actuar, iniciar conductas y mantenerlas para conseguir implicarse en los tratamientos, hallamos una tendencia a comprometerse en los sujetos con mejores controles, aunque en contadas ocasiones lo hacen en profundidad. Paralelamente, se observa una estrecha asociación entre recursos limitados y escaso compromiso con el tratamiento. Sember, Tuset y Campo (1995) obtuvieron resultados similares en su trabajo.
- No podemos asegurar que los sujetos con más dificultades y malestar en su desenvolvimiento social se implican más en los tratamientos; por el contrario, registramos una tendencia a comprometerse en aquellos que presentaban habilidades sociales suficientes.

En resumen, los resultados obtenidos en esta investigación nos permiten afirmar que 1.-Los datos procedentes del test de Rorschach permiten diferenciar la calidad de las relaciones objetales de los sujetos que se someten a una exploración psicológica para resolver diferentes conflictos psicológicos.

2.- Las personas con relaciones de objeto pobres pero dispersas (algunas más sofisticadas y otras muy inmaduras) tienden a implicarse en las psicoterapias que realizan, obteniendo beneficio de ellas y generando cambios favorables en sus pensamientos, actuaciones y actitudes.

3.- El estilo de respuesta determina la participación de las personas en los tratamientos que realizan, de manera que los sujetos introversivos, con tendencia a utilizar su mundo interno en la resolución de problemas y en la toma de decisiones, son los que más se comprometen y se benefician de un tratamiento de orientación dinámica. La presencia de excesiva autocrítica determina igualmente una mayor implicación para estos sujetos.

4.- Las personas con un estilo de respuesta ambitendente se implican en los tratamientos cuando presentan buena capacidad de introspección, necesidad de contacto emocional o un estilo de interacción pasivo. En los extratensivos, sin embargo, es la autocrítica negativa centrada en aspectos intelectuales lo que les permite terminar sus tratamientos, aunque nunca llegan a implicarse a fondo. Y en los coartados, sólo aquellos que presentan una actitud pasiva en sus relaciones interpersonales consiguen comprometerse en la terapia.

5.- La inmadurez psicológica facilita la implicación en el tratamiento, pero no el compromiso profundo.

6.- La autoestima baja es sin duda el factor más determinante para producir cambios en el funcionamiento psíquico de los pacientes que inician un tratamiento y les permite obtener provecho de su compromiso terapéutico.

Este último punto, en lugar de cerrar un área de conocimiento, abre nuevas posibilidades para investigar. Así, sabemos que la baja autoestima es una variable observable a través del Rorschach que puede evaluar la capacidad de cambio psíquico en un paciente. Lo que desconocemos es cuántas otras variables pueden estar incidiendo y si se podrían evaluar a través del Rorschach.

Una de las limitaciones de esta tesis radica en que los datos proceden de un grupo de consultantes atendidos por un mismo profesional, la autora de esta investigación, lo que homogeneiza la influencia del examinador/terapeuta, pero no la elimina. Esto puede limitar la generalización de los datos cuando sean otros los profesionales que realicen la exploración y la intervención. Este estudio ganaría en validez si se replicara con otro grupo atendido por un clínico diferente, o a través de un estudio a doble ciego (recogida de datos, codificación y análisis estadístico por otro investigador). Y por supuesto,

cualquier trabajo que analizara las variables procedentes del terapeuta también podría complementar los resultados aquí obtenidos.

Por otra parte, esta investigación no deja de ser un análisis univariado de determinadas variables que influyen en el curso del tratamiento, pero se han analizado individualmente, no en conjunto. Un análisis multivariado sería muy recomendable para ofrecer un posible perfil de implicación en el tratamiento, lo que abre nuevas perspectivas de investigación que exigirían una muestra mucho mayor de la que en nuestra tesis hemos tenido disponible.

Y por último, en este trabajo la variable dependiente se ha analizado globalmente, sin desglosar las subvariables que la componen. No sabemos si los participantes manifestaron su implicación a través de un saludable sentido del humor, o una buena capacidad para gestionar su propia salud o un significativo alivio de los síntomas, por poner algunos ejemplos. Sería de gran interés conocer específicamente las características de la implicación de los sujetos que participaron activamente en el tratamiento. También es una tarea que dejamos para futuras investigaciones.

2.8. CONCLUSIONES

Tras la revisión bibliográfica realizada, los análisis practicados y los resultados alcanzados en esta investigación podemos concluir:

1.- Que la inclusión del Psicodiagnóstico Rorschach en la batería de Evaluación Psicológica puede permitir a un terapeuta conocer el grado de participación en el tratamiento que realizará el paciente antes de comenzar la intervención.

2.- Que determinados rasgos de la personalidad del paciente conocidos mediante la administración del Rorschach pueden ayudar al clínico a definir más ajustadamente la intervención, incrementando así la probabilidad de éxito terapéutico. No sólo el tipo de trastorno es decisivo para diseñar un tratamiento, parece que también lo es la calidad de las relaciones objetales que presente el sujeto, su nivel de autocentramiento, su capacidad de introspección, su pasividad en las interacciones o su estilo de respuesta habitual.

3.- Que desde el momento del diagnóstico se pueden identificar las variables que agilizan el cambio psíquico del consultante y las que obstaculizan el proceso, variables que no proceden precisamente de su patología, sino de su estructura de personalidad en el momento de la evaluación.

4.- Que la interacción del paciente con sus propios objetos internos prevalece sobre su conducta interpersonal manifiesta a la hora de establecer una relación terapéutica eficaz.

5.- Que los pacientes más trastornados no son, como a menudo se cree, los que menos participan en los tratamientos y los que peores resultados obtienen. Lo que hemos podido comprobar es que necesitan una intervención muy bien definida y ajustada a sus necesidades para obtener cambios profundos y duraderos.

6.- Que el Rorschach es un instrumento válido y fiable para medir rasgos de la personalidad de un sujeto si se profundiza en los datos que ofrece y se interpreta según unos sólidos principios teóricos.

Este trabajo aporta una pequeña contribución a la evaluación psicológica, pero también a la psicoterapia de orientación dinámica, en la medida en que se han operativizado variables y constructos psicoanalíticos. Constituye una evidencia más de que la observación de los procesos inconscientes puede trascender el campo de lo subjetivo si se respeta la individualidad de cada sujeto y la esencia del vínculo que se establece entre él y el clínico que le atiende.

Por este motivo, tener en cuenta los resultados de esta tesis podría aportar beneficios a los profesionales de la salud mental. Muchos de ellos son bien conocidos por los clínicos expertos, pero a los terapeutas noveles podría ayudarles a calibrar mejor las resistencias que el paciente presenta en su proceso terapéutico, facilitando el diseño de los objetivos de la intervención, generando recursos terapéuticos alternativos para atender las diferencias individuales, y deshaciendo los prejuicios que con frecuencia surgen en torno a los diagnósticos y los tratamientos de cierto tipo de trastornos mentales.

Creo que quien realmente se puede beneficiar de este trabajo son las personas que sufren trastornos psicológicos y buscan en la psicoterapia una solución a sus aflicciones, porque tendrán más posibilidades de recibir una atención clínica diferenciada, más eficaz y acorde con sus propios recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aburto, M.; Ávila, A.; Bastos, A.; Espinosa, S.; García Valedecasas, S.; Pinto, J.M.; Rodríguez Sutil, C. & Vivar, P. (2007). La terceridad y el cambio según el psicoanálisis relacional. Breve vocabulario. *Interpsiquis*. 2007; Encontrado el 13 de febrero de 2007 en <http://www.psiquiatria.com>
- Ackerman, S.J.; Hilsenroth, M.J.; Baity, M.R.; Blagys, M.D (2000). Interaction of Therapeutic Process and Alliance During Psychological Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75 (1), 82-109.
- Ackerman, S.J.; Hilsenroth, M.J.; Clemence, A.J.; Weatherill, R. & Fowler, J.C (2000). The effects of social cognition and object representation on psychotherapy continuation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), 386-408.
- Ackerman, S.J.; Hilsenroth, M.J.; Clemence, A.J.; Weatherill, R. & Fowler, J.C. (2001). Convergent Validity of Rorschach and T.A.T. Scales of Object Relations. *Journal of Personality Assessment*, 77(2), 295-306.
- Affleck, D.C. & Mednick, S.A. (1959): The use of the Rorschach Test in the prediction of the abrupt terminator in individual psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 23 (2), 125-128.
- Alpher, V. S.; Perfetto, G.A.; Henry, W.P., & Strupp, H. H. (1990): The relationship between the Rorschach and assessment of the capacity to engage in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 224-229
- Alpher, V. S; Henry, H.P. & Strupp, H.S. (1990): Dynamic factors in patient assessment and prediction of change un short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 27 (3).
- Alvarez, M. & cols. (1993). Primera aproximación a un estudio normativo de la ciudad de Barcelona y su entorno. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 6-20.
- Andronikof-Sanglade, A. (1990). La représentation de Soi: un concept fécond pour la psychologie clinique et projective. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue française*, 34, 9-15.
- Andronikof-Sanglade, A. (1997). Lectura psicoanalítica versus lectura psicológica del Rorschach: un enfoque epistemológico. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 10, 8-13.
- Applebaum, S. A. (1990). The relationship between assessment and psychoterapy. *Journal of Personality Assessment*, 54(3&4), 791-801.
- Arconstanzo, G., Belgia, G., Giordano, D. & Lertora, Y. (1991). Validation de critères d'évaluation de la représentation de Soi et des relations objectales au Rorschach. *Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française*, 35, 23-36.

- Beck, S.J. (1948). Rorschach F plus and the ego in Treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 395-401
- Benjamin, J. (2004). Más allá de la dualidad agente-paciente: una visión intersubjetiva del tercero. *Intersubjetivo*, 6 (1), 7-38.
- Berg, J.L.; Packer, A. & Nunno, V.J. (1993). A Rorschach analysis: Parallel disturbance in thought and in self/object representation. *Journal of Personality Assessment*, 61,311-323.
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychoanalytic research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71,235-246.
- Bérant, E. (2005): Las Respuestas de Simetría en el Rorschach como Indicativo de las Relaciones Objetales. Perspectiva desde la Teoría del Apego.. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 18, 65-73.
- Bion, W. (1962). *Volviendo a pensar*. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1990
- Blatt, S. J. (1990). The Rorschach: a test of perception or an evaluation of representation. *Journal of Personality Assessment*, 55,(3-4), 394-416.
- Blatt SJ . (1992) . The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 40 (3), 691-724.
- Blatt, S. (1999). *The Rorschach in The 21st Century: The assessment of object representation*. Conferencia dictada en el XVI International Congress of Rorschach and Projective Methods. Amsterdam. 19-24 Julio1999.
- Blatt, S. J. ; Berman, W. H. (1984). A methodology for the use of the Rorschach in Clinical Research. *Journal of Personality Assessment*, 48,(3), 227-239.
- Blatt, S; Brenneis, C, B., Schimek, J, G., & Glick, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 364-373.
- Blatt, S, J., Chevron, E, S., Quinlan, D, M., Schaffer, C, E., & Wein, S. (1988). *The assessment of qualitative and structural dimensions of object representations* (rev. ed.). New Haven: Yale University,
- Blatt, S.J. & Ford, R.Q. (1994). *Therapeutic change: an Object Relations Perspective*. Plenum Press. New York. 1994.
- Blatt, S.J. & Lerner, H. D. (1983). "The psychological assessment of object representation". *Journal of Personality Assessment*, 47,(1), 7-28.
- Blatt, S.J. & Shahar, G. (2004): Psychoanalysis--with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 52 (2), 393-447

- Blatt, S. J.; Schimek, J. & Brenneis, C.(1980). The nature of psychotic experience and its implications for the therapeutic process. En :*The Psychotherapy of Schizophrenia*, ed J. Strauss et al. New York, Plenum.
- Blatt, S.J.; Tuber, S.B. & Auerbach, J.S. (1990). Representation of Interpersonal Interactions on the Rorschach and Level of Psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 54,(3 & 4), 711-728.
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 9. Encontrado el 6 de mayo de 2005 en <http://www.aperturas.org>
- Boekholt, M. (1992). Modalités narcissiques et registres depressifs au Rorschach. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue française*, 36, 51-65.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Paidós. Buenos Aires, 1976.
- Brown, J.F. & Orbison, W.D. (1938). A program for the experimental psychological investigation of convulsive therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2,151-154
- Burke, W.F.; Friedman, G. & Gorlitz, P. (1988).The Psychoanalytic Rorschach profile: an integration of drive, ego and relation objects perspectives. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 193-212.
- Burke, W, F.; Summers, F.; Selinger, D. & Polonus, T. (1986). The comprehensive object relations profile: A preliminary report. *Psychoanalytic Psychology*, 3, 173-185.
- Bruce L. Smith (1990). "Potential Space and the Rorschach: An Application of Object Relations Theory", *Journal of Personality Assessment*, 1990, 55 (3-4), 756-767.
- Campo, V.; Galán, F. & Rovira, F. (1991): Consideraciones acerca del narcisismo: Estudio de un grupo de sujetos con respuestas de reflejo en Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (4), 33-38.
- Campo, V. & Royo, R.M. (1998): Las técnicas proyectivas en el seguimiento de tratamientos. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (11), 137-145.
- Campo, V. & Sember. (2001). El test de Rorschach como herramienta para valorar la indicación y tipo de psicoterapia a seguir. *Interpsiquis*. 2001; (2). De <http://www.psiquiatria.com>
- Chabert, C. (1993). Narcissisme et relations d'objet a l'adolescence : apports des épreuves projectives. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 1993, 37, 183-194.
- Colson, D. ; Eyman, J. & Coyne, L.(1994). Rorschach correlates of treatment difficulty and of the therapeutic alliance in psychotherapy with female psychiatric hospital patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 383-388.

- Coonerty, S. (1986). An exploration of separation-individuation themes in the borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 50, 501-511.
- Cooper, S. H., Perry, J. C, Hoke, L., & Richman, N, (1985), Transitional relatedness and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 2, 115-128,
- Corbellá, S, & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*.2003, vol. 19, (2), 205-221
- Diamond, D., Kaslow, N., Coonerty, S., & Blatt, S. J. (1990). Changes in separation-individuation and intersubjectivity in long-term treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 363-397.
- Dio Bleichmar, E. (2000). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo. Metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque modular-transformacional. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 6. Encontrado el 6 de mayo de 2005 en <http://www.aperturas.org>
- Dow, N. & Ríos, M. (1996). Caso clínico. Un ejemplo de estabilidad y predictibilidad. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 9, 76-85.
- Draguns, J. G.; Haley, E. & Philips, L. (1967). Studies of Rorschach content: A review of the research literature. *Journal of Projective Techniques an Personality Assessment*, 31, 3-32.
- Ellenberger, H. (1954). Hermann Rorschach, M.D., 1884-1922. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 18, 171-222..
- Eprhaim, D. (1990). Pronóstico de la psicoterapia y respuestas de contenido humano en el Rorschach. *Rorschachiana XVII*, 16-20.
- Erdberg, P. (2005a): *Rorschach Workshops: Research Council*. . XVIII Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Proyectivos. Barcelona, julio 2005.
- Erdberg, P.(2005b) : Submarinos, aeroplanos y botes de suelo transparente. La importancia de la evaluación múltiple. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (18), 23-31.
- Exner, J.E. (1978). *The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 2. Current Research and Advanced Interpretation*. Nueva Cork, Wiley. Versión en castellano en Pablo del Río Editor, Madrid.
- Exner, J.E. (1993). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensive. Volumen I: Fundamentos Básicos*. Psimática. Madrid. 1994.
- Exner, J. E. (1995,a). *Issues and Methods in Rorschach Research*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers, New Jersey.
- Exner, J.E. (1995,b): Comment on “Narcissism in the Comprehensive System for the Rorschach”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 200-206

- Exner, J. E. (2000). *Principios de Interpretación del Rorschach. Un manual para el Sistema Comprehensivo*. Madrid, Psimática. 2005.
- Exner, J. E. (2001). Los Archivos de Rorschach. *Boletín de la Sociedad Internacional de Rorschach*, 11, 2001. Hogrefe & Huber Publishers. Bern.
- Exner, J. E. (2001). *Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid, Psimática. 2003.
- Exner, J.E. & Andronikof-Sanglade, A. (1992). Rorschach Changes Following Brief and Short-Term Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59, 59-71.
- Exner, J.E. & Sendín, C. (1995). *Manual de Interpretación del Rorschach*. Psimática. Madrid
- Exner, J.E. & Sendín, C. (1997). Some Issues in Rorschach Research. *European Journal of Psychological Assessment*, 13 (3), 155-163
- Ferenczi, S. (1909). Transferencia e introyección. *Psicoanálisis I*. Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- Ferenczi, S. (1926). El problema de la afirmación del desagrado. *Psicoanálisis III*. Espasa Calpe. Madrid. 1981
- Ferenczi, S. (1928). Elasticidad de la técnica psicoanalítica. *Psicoanálisis IV*. Espasa Calpe. Madrid. 1981
- Ferenczi, S. (1932). Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. *Psicoanálisis IV*. Espasa Calpe. Madrid. 1981
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica. Vol I*. Ed. Pirámide. Madrid. 1999.
- Fernández-Manchón, A. (1998): *Evaluación del narcisismo con el Rorschach: investigaciones de la última década*. Comunicación oral. V Congreso de la Asociación Europea del Rorschach (E.R.A.). Madrid, julio de 1998.
- Fernández-Manchón, A. (1998): *La psicología del adolescente y el sentido del humor*. Conferencia dictada en el Curso de Verano sobre “Psicología del humor, autoconocimiento y autoestima” de la Universidad Internacional S.E.K. Segovia, agosto de 1998.
- Fernández-Manchón, A. & Peco, C. (1999). *El humor: elementos saludables y patológicos en la evaluación psicológica*. Comunicación oral. XVI International Congress of Rorschach and Projective Methods. Amsterdam. Julio 1999.
- Fernández-Manchón, A. (2001): *Evaluación de psicoterapias con el Rorschach: análisis de cambios y toma de decisiones en un caso clínico*. Comunicación oral. XV Congreso de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos. Tarragona, octubre 2001.
- Fernández-Manchón, A. & Quiroga, M.A. (2005): *Las relaciones objetales narcisistas y su incidencia en el curso de la psicoterapia: análisis de las respuestas al test de*

- Rorschach*. Comunicación oral. XVIII Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos. Barcelona, 26- 30 julio 2005.
- Fernández-Mouján, O. (1986). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1986.
- Fonagy, P. (2001). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona. Espaxs ed. 2004.
- Fowler, C. J. (2005). *Consideration of the Mutuality Autonomy Scale as a supplement to the Comprehensive System*. Comunicación oral. XVIII Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Proyectivos. Barcelona, julio 2005
- Fowler, C.; Ackerman, S.J.; Speanburg, S.; BAiley, A.; Blagys, M. & Conklin, A.C. (2004). Personality and Symptom Change in Treatment-Refractory Inpatients: Evaluation of the Phase Model of Change Using Rorschach, TAT, and DSM-IV Axis V. *Journal of Personality Assessment*, 83 (3), 306-322.
- Fowler, C.; Hilsenroth, M. J. (1995). Early memories: An exploration of theoretically derived queries and their clinical utility. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 59 (1), 79-98
- Frank, G. (1993). Use of the Rorschach to predict whether a person would benefit from a psychotherapy. *Psychological Reports*, 73, 1155-1163
- Frank, G. (1995). On the assessment of self- and object representations from the Rorschach: a review of the research and commentary. *Psychological Reports*, 76, 659-671
- Frank, K. A. (2002). Ampliando el campo del cambio psicoanalítico: la motivación exploratoria-assertiva, la autoeficacia y el nuevo rol psicoanalítico para la acción. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 11. Encontrado el 12 de noviembre de 2006 en <http://www.aperturas.org>
- Frankel, J. ((2002). Explorando el concepto de Ferenczi de identificación con el agresor: su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 11. Encontrado el 12 de noviembre de 2006 en <http://www.aperturas.org>
- Freud, S. (1905): El chiste y su relación con lo inconsciente. *Obras Completas*. Biblioteca Nueva. Madrid. 1972.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico en tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas*. Biblioteca Nueva. Madrid. 1972
- Freud, S. (1928): El humor. *Obras Completas*. Biblioteca Nueva. Madrid. 1972
- Fry, W.(1994): The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*. New York. Vol7 - 2; pág. 111-126.
- Fuster, J. (1993). ¿Por qué T o no T, en el Rorschach?. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 39-44.

- Gacono, C.; Meloy, J.R & Heaven, T.T. (1990). A Rorschach Investigation of Narcissism and Hysteria in Antisocial Personality. *Journal of Personality Assessment*, 55 (1&2), 270-279.
- Garson, D. *Nominal Association: Phi, Contingency Coefficient, Tschuprow's T, Cramer's V, Lambda. Uncertainty Coefficient*. North Carolina State University. Encontrado el 7 de marzo de 2007 en [http:// ww2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/assocnominal.htm](http://ww2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/assocnominal.htm)
- Gerstle, R.M.; Geary, D.C.; Himelstein, P. & Reller-Geary, L. (1988). Rorschach predictors of therapeutic outcome for inpatient treatment of children: a proactive study. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 277-280.
- Gibbons, M. B.; Crits-Cristoph, P.; de la Cruz, C. ; Barber, J.P. ; Siqueland, L. & Glais, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76.
- Greenwald, D. F. (1990). An external construct validity study of Rorschach Personality variables. *Journal of Personality Assessment*, 1990, 53 (3-4), 768-780.
- Groves Overton, C. (2000). A Relational Interpretation of the Rorschach Color Determinants. *Journal of Personality Assessment*, 75 (3), 426-448
- Gutiérrez Terrazas, J. (1998). *Teoría psicoanalítica*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Harder, D.W.; Greenwald, D.F.; Wechsler, S. & Ritzler, B.A. (1984). The Urist Rorschach Mutuality of Autonomy Scale as an indicator of Psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (4), 1078-1083
- Hartley, D.E. (1985). Research on the therapeutic alliance. *American Psychiatric Association. Annual Review*, 4, 532-545.
- Hilsenroth, M.J., Handler, L., Toman, K.M., Padawer, J.R. (1995). Rorschach and MMPI-2 indices of early psychotherapy termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995, 63 (6), 956-965.
- Hiller, J.B; Rosenthal, R., Bornstein, R.F., Berry, D.T.R. & Brunell-Neuleib,S. (1999). A comparative meta analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, 1991, 11 (3),278-296.
- Horner, M.S. & Diamond, D.D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology*, 13 (2), 205-223.
- Horvath, A. O. & Symonds, D. B. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149
- Hunsley, J. & Bailey, J. M. (1999). The Clinical Utility of the Rorschach: Unfulfilled Promises and an Uncertain Future. *Psychological Assessment*, 1999. 11 (3), 266-277

- Jiménez Díaz-Benjumea, M.D. (2002). Lo inconsciente psicoanalítico y la psicología cognitiva: una revisión interdisciplinar. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 11. Encontrado el 6 de mayo de 2005 en <http://www.aperturas.org>
- Kavanagh, G. G. (1985). Changes in patient's object representations during psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1985, (39), 547-564.
- Kelly, F.D. (1997). *The Assessment of Object Relations Phenomena in Adolescents TAT and Rorschach Measures*. Lawrence Erlbaum Associates, Pub. Mahwah. New Jersey.
- Kernberg, O. (1976). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós. México. 2001.
- Kernberg, O. (1977). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México. Manual Moderno. 1977.
- Kernberg, O. (1998). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, 1999, (80), 1075-1091.
- Klein, M. (1927). Principios psicológicos del análisis infantil. *Vol I. Obras Completas*. Paidós. Barcelona. 1989.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras Completas. Vol 3*. Paidós. Barcelona. 1988.
- Klopfer, B.; Kirkner, F.J. ; Wisham, W. & Baker, G. (1951). Rorschach Prognostic Rating Scale. *Journal of Projective Techniques*, 15, 425-428
- Kotkov, B. & Meadow, A. (1953). Rorschach criteria for predicting continuation in individual psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17 (1), 16-20.
- Kuiper, A.; Martin, R. A. (1993): Humor and self- concept. *Humor: International Journal of Humor Research*, 6 (3), 251-271.
- La Barbara, J.D. & Cornsweet, C. (1985). Rorschach predictors of therapeutic outcome in a child psychiatric inpatient service. *Journal of Personality Assessment*, 49, 120-124.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor. Barcelona. 1987.
- Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos del psicoanálisis*. Amorrortu. Buenos Aires. 1999.
- Laplanche, J. (1999). Seducción, persecución, revelación. En *Entre seducción e inspiración: el hombre*. Amorrortu. Buenos Aires. 2001.
- Lerner, P. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. The analytic Press, Hisdale, New Jersey.

- Lerner, P. (1992). Hacia un enfoque experiencial psicoanalítico del Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*. 1993. (6), 73-87.
- Lerner, P. (2000). "Martin Mayman: His Work and His Place". *Journal of Personality Assessment*, 75 (1), 33-45.
- Lipps, T. (1891). Sobre el concepto de la empatía. En *Los fundamentos de la estética*. Ed. Daniel Jorro. Madrid. 1923.
- Llobell, J. P., Frías, M. D. y Monteverde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87.
- Llorca, R. & Pont, T. (2002). La relación de objeto patológica en el test de Rorschach. *Interpsiquis*. 2002; (2). Encontrado el 26 de marzo de 2002 en <http://www.psiquiatria.com>
- Llewelyn, S. & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 2001. (40), 1-21.
- López Herrera, L. (1997): *La alquimia del sufrimiento*. Oveja Negra editorial. Colombia.
- Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Mintz, J. & Auerbach, A. (1988). *Who will Benefit from psychotherapy?*. New York. Basic Books.
- Lunazzi, H. (1992). *Lectura del psicodiagnóstico*. Editorial de Belgrano. Buenos Aires. 1992.
- Maganto, C & Ávila, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. *Clínica y Salud*, 10 (3) 287-330
- Mahler, M; Pine, F. & Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. Ediciones Marymar. Buenos Aires. 1984.
- Mallinckrodt, B. (1991). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*. (43), 448-455.
- Mallinckrodt, B.; Coble, H.M. & Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories and social competences of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, (42), 79-84.
- Marrone, M. (1993). La teoría del apego en el contexto del pensamiento contemporáneo, en *Teoría del apego y relaciones afectivas*, de M.J. Ortiz y S. Yarnoz. Ed. Universidad del País Vasco. Bilbao. 1993.
- Marrone, M. (2000). *Teoría del apego*. Psimática .Madrid. 2002
- Martin, D. J.; Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450

- Mattlar, C.E. (2002). Rorschach Comprehensive System is a reliable, valid and cost-effective assessment procedure. *The Finnish Rorschach Association for the Comprehensive System. A review paper for the benefit of the members of the E.R.A. Kista*, 28 de agosto de 2002.
- Mayman, M. (1967). Object-Representations and Object-Relationships in Rorschach Responses. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 31 (4), 17-24
- Mayman, M (1977). A multi-dimensional view of the Rorschach movement response. En *Rorschach psychology*. M. Rickers-Ovsiankina Ed., Huntington, New York.: Kreiger. 2º ed.
- Meyer, G. (1999). Introduction to the Special Series on the Utility of the Rorschach For Clinical Assessment. *Psychological Assessment*, 1991, 11 (3), 235-239.
- Meyer, G. (2000). On the science of Rorschach research. *Journal of Personality Assessment*, 75 (1), 46-81.
- Millon, T. (1996). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Masson. Barcelona. 1998
- Molinero, L.M. (2004): *Asociación de variables cualitativas nominales y ordinales*. En Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión, el 7 de marzo de 2007 en la página <http://www.seh.lelha.org/asociacion.htm>
- Morpurgo-Tagliabue, G. (1960). *La estética contemporánea. Una investigación*. Ed. Losada. Buenos Aires. 1971.
- Morris, W.W. (1943). Prognostic possibilities of the Rorschach method in metrazol therapy. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 49, 927-928.
- Muñiz, L. (1997). *El sentido del humor y la comunicación: diálogo y comprensión*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid
- Ortega y Gasset, J. (1957). *El hombre y la gente*. Revista de Occidente. Alianza Editorial. Madrid. 1996.
- Parker, K.C.; Hanson, R.K. & Hunsley, J (1988). MMPI, Rorschach and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability and validity, *Psychological Bulletin*, 103, 367-373
- Pascual, J.; Frías, M.D. & Monteverde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87, 1-8.
- Piaget, J. (1961). *La formación del símbolo en el niño*. Fondo de Cultura Económica. México. 1984.
- Pichon-Rivière, E. (1979). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Piotrowski, Z.A. & Lewis, N.D. (1950). An experimental Rorschach diagnostic aid for some forms of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 107, 360-366

- Piper, W.E.; Azim, H. F. A.; Joyce, A.S.; McCallum, M.; Nixon, G. W.H. & Segal, P.S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 432-438.
- Piper, W. E.; Azim, H.F.A.; McCallum, M. & Joyce, A.S. (1990). Patient Suitability and Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990, 58(4), 475-481
- Piper, W.E; Boroto, D.R.; Joyce, A.S.; McCallum, M. & Azim, H.F.A. (1995). Pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 32, 639-647.
- Piper, W.E; Joyce, A.S.; McCallum, M. & Azim, H.F.A. (1998). Interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 558-567.
- Piper, W.E. ; Ogrodniczuk, J.S. & Joyce, A.S. (2004). Quality of Object Relations as a Moderator of the Relationship Between Pattern of Alliance and Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*. 2004, 83(3), 345-356
- Puschner, B.; Bauer, S.; Horowitz, L.M.; Kordy, H. (2005). The Relationship Between Interpersonal Problems and the Helping Alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 415-429
- Quiroga , M. A. (1988). *El estilo cognitivo dependencia-independencia de campo : un estudio diferencial a través de los perfiles del Rorschach*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Rapaport, D.; Gill, M. & Schafer, R. (1946). *Diagnostic Psychological Testing. Vol I y II*. Chicago. Yearbook Publishers.
- Rausch de Traubenberg, N. & Sanglade, A.(1984). Représentation de Soi et relation d'object au Rorschach. Grille de représentation de Soi . *Revue de Psychologie Appliquée*, 1984, 34, (1), 41-57.
- Rausch de Traubenberg, N.; Bloch-Laine, F.; Boizou, M.F; Duplant, N.(1990). Modalités d'analyse de la dynamique affective au Rorschach. Grille d'analyse de la dynamique affective. *Revue de Psychologie Apliquée*. 40 (2), 245-259. Paris.
- Ritzler, B. ; Zambianco, D. ; Harder, D. & Kaskey, M. (1980). Psychotic patterns of the concept of the object on the Rorschach test. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 46-55
- Rodríguez-Arias, J.L. et al. (2004). Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. *Papeles del Psicólogo*, 87, 20-28.

- Rosenberg, S.D.; Blatt, S.J.; Oxman, T.E.; McHugo, G.J. & Ford, R. Q. (1994). Assessment of object relatedness through a lexical content analysis of the T.A.T. *Journal of Personality Assessment*, 63, 345-362
- Rorschach, H. (1920). *Psicodiagnóstico. Una prueba basada en la percepción*. Paidós. Buenos Aires. 1969.
- Ryan, R.M.; Avery, R.r. & Grolnick, W.S. (1985). *Journal of Personality Assessment*, 45, (1), 6-12
- Schachtel, E.G. (1959). *Metamorphosis: On the development of affect, perception, attention, and memory*. New York. Basis Books. Citado por Groves Overton (2000)
- Sanfeliu, I. (1999): *Karl Abraham: el origen de la Teoría de las Relaciones Objetales*. Tesis Doctoral presentada en la Universidad Autónoma de Madrid.
- Sember, S; Tuset, A.M. & Campo, V. (1995). Aproximación a la relación entre variables del Rorschach previo a la psicoterapia y la continuidad del tratamiento. *Revista de la S.E.R.Y.M.P.* 8, 120-123
- Sendín, C.; García Alba, C.: (1995). *Diagnóstico escolar: Integración de Rorschach y WISC para la medida del desarrollo cognitivo*. 2º Congreso Internacional de Educación. Madrid.
- Sendín, M.C. (2000). *Diagnóstico psicológico*. Ed. Psimática. Madrid.
- Smith, B.L. (1990). Potential space and the Rorschach: an application of Object Relations Theory. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3-4), 756-767.
- Smith, B.L. (1994). Análisis lingüístico de los datos Rorschach: ¿Qué (es lo que) vio, qué (es lo que) dijo? *Revista de la S.E.R.Y.M.P.* 17, 6-11.
- Smith, B.L. (2005). Tu Terrible Simetría: Narcisismo y Relaciones Objetales en el Rorschach. *Revista de la S.E.R.Y.M.P.* 18, 58-64
- Stern, D. (1995). *La constelación maternal*. Paidós. Barcelona. 1997.
- Stricker, G. & Healey, B.J. (1990). Projective Assessment of Object Relations : A Review of the Empirical Literature. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990. 2. (3), 219-230.
- Stricker, G & Gold, J. (1999). The Rorschach: Toward a Normothetically Based, Idiographically Applicable Configurational Model. *Psychological Assessment*, 1999, 11 (3), 240-25.
- Strupp, H.H. (1986). Psychotherapy, Research, Practice and Public Policy. *American Psychologist*, 41 (2), 120-130
- Tuber, S. (1989). Children's Rorschach object representations: Findings for a non-clinical sample. *Psychological Assessment*, 1, 146-149.

- Tubert-Oklander, J. (1998). *Sándor Ferenczi y el nacimiento de la teoría de las relaciones objetales*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional Ferenczi y el Psicoanálisis Contemporáneo, Madrid, Asociación Psicoanalítica de Madrid y Sándor Ferenczi Society, 6-8 marzo de 1998.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. Oxford, Clarendon Press.
- Tulving, E., Schacter D.L. (1990) Priming and human memory systems. *Science*, 247, 301-306
- Urist, J. (1977). The Rorschach Test and the Assessment of Object Relations. *Journal of Personality Assessment*, 1977, 41(1), 3-9.
- Urist, J. & Shill, M. (1982). Validity of the Rorschach Mutuality of Autonomy scale: A Replication Using Excerpted Responses. *Journal of Personality Assessment*, 1982, 46, (5), 451-454
- Urist, J. (2000). On the Object Relational Texture of Affects. *Journal of Personality Assessment*, 2000, 75 (1), 9-17.
- Vázquez, N. (2003). *La enfermedad de Alzheimer a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis doctoral. Universidad Rovira i Virgil. Tarragona
- Vicens Otero, J. & Medina Moral, E. (2005). *Análisis de datos cualitativos*. Encontrado en Universidad Autónoma de Madrid el 7 de marzo de 2007 en la página http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/eva/pdf/tab.conting.pdf
- Viglione, D.J. (1997). Problems in Rorschach Research and What to do About Them. *Journal of Personality Assessment*, 68 (3), 590-599.
- Vives, M. (1996): *Analyse de l'efficacité de la Psychotérapie chez les enfants et les adolescents*. 4th ERA Congress Abstracts, 132-140
- Vives, M. (1998): Decisión de tratamiento y análisis de los cambios observados en psicoterapias a largo plazo. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*. (11), 147-159
- Wachtel, P.L. (1987). *Action and insight*. New York. Guilford.
- Weiner, I.B. (1991). Editor's note: Interscorer agreement in Rorschach research, *Journal of Personality assessment*, 56, 1.
- Weiner, I.B. (1991). Developments in Research in Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 56, 370-372
- Weiner, I.B. (1993). *Interpretación del test de Rorschach*. Curso dictado en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Enero 1993.
- Weiner, I.B. (1995). Methodological Considerations in Rorschach Research. *Psychological Assessment*, 7, 3. 330-337.

- Weiner, I.B. (1996). Some Observations on the Validity of the Rorschach Inkblot Method. *Journal of Personality Assessment*, 1996, 8 (2), 206-213.
- Weiner, I.B. (2001). Making Rorschach interpretation as good as it can be. *Journal of Personality Assessment*, 74, (2), 164-174.
- Weiner, I.B. & Exner, J.E. (1990). Cambios en el Rorschach en las psicoterapias a corto y a largo plazo. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*. (3), 4-16.
- Westen, D. (1995). *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-sort for projective stories (SCORS-Q)*. Manuscrito no publicado. Departamento de Psiquiatría. Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge, MA. Citado por Ackerman et al.(2000).
- Westen, D. (2002). Desarrollos en la neurociencia cognitiva: II. Implicaciones para las teorías de transferencia. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 12. Encontrado el 19 de mayo de 2005 en la página <http://www.aperturas.org>
- Whitely, J.M. & Blaine, G. B. (1967). Rorschach in relation to outcome in psychotherapy with college students. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 83-89
- Wiggins, J. (1973). *Personality and prediction*. Reading. M.A: Addison-Wesley, citado por Stricker & Gold (1999).
- Winnicott, D. W. (1947). El odio en la contratransferencia, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Paidós, Barcelona. 1999.
- Winnicott, D. W. (1967). *Realidad y juego*. Gedisa. Barcelona. 1982.
- Winnicott, D. W. (1970). La experiencia de mutualidad en la relación madre-hijo. En *Parentalidad*, de E. J. Anthony & T. Benedek. Amorrortu. Buenos Aires. 1983.
- Worringer, W. (1908). *Abstracción y naturaleza*. Fondo de Cultura Económica. Madrid. 1997.
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica, cambio psíquico y encuadre analítico. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 7. Encontrado el 19 de mayo de 2005 en la página <http://www.aperturas.org>

ANEXO

TABLA 1. Acuerdo interjueces: Correlaciones de muestras relacionadas para las puntuaciones interjueces en ocho grupos de puntuaciones

Tabla 1.A. Localización

	Correlación r_{xy}
<i>W</i>	,994
<i>D</i>	,994
<i>Dd</i>	,975
<i>S</i>	,943

Tabla 1.B. Calidad de desarrollo

	Correlación r_{xy}
<i>DQ+</i>	,923
<i>Dqo</i>	,952
<i>DQv/+</i>	,486
<i>DQv</i>	,918

Tabla 1. C. Calidad formal

	Correlación r_{xy}
<i>FQ+</i>	--
<i>Fqo</i>	,85
<i>FQu</i>	,68
<i>FQ-</i>	,73
<i>MQ+</i>	--
<i>MQo</i>	,82
<i>MQu</i>	,63
<i>MQ-</i>	,70
<i>SQ+</i>	--
<i>SQo</i>	,67
<i>SQu</i>	,56
<i>SQ-</i>	,73

Tabla 1.D. Pares

	Correlación r_{xy}
(2)	,93

Tabla 1. E. Determinantes

	Correlación r_{xy}
<i>M</i>	,96
<i>FM</i>	,90
<i>m</i>	,72
<i>FC</i>	,53
<i>CF</i>	,76
<i>C</i>	,65
<i>Cn</i>	--
<i>FC'</i>	,79
<i>C'F</i>	,25
<i>C'</i>	,44
<i>FT</i>	,64
<i>Tf</i>	,70
<i>T</i>	,89
<i>F</i>	,89
<i>FV</i>	,81
<i>VF</i>	,48
<i>V</i>	--
<i>FY</i>	,71
<i>YF</i>	,29
<i>Y</i>	-,05
<i>FD</i>	,40
<i>Fr</i>	,97
<i>rF</i>	-,03
<i>F</i>	,96

Tabla 1. F. Contenidos

	Correlación r_{xy}
<i>H</i>	,92
<i>Hd</i>	,71
<i>(H)</i>	,78
<i>(Hd)</i>	,55
<i>Hx</i>	,85
<i>A</i>	,93
<i>Ad</i>	,97
<i>(A)</i>	,66
<i>(Ad)</i>	,72
<i>An</i>	,83
<i>Art</i>	,72
<i>Ay</i>	,72
<i>Bl</i>	,97
<i>Bt</i>	,91
<i>Cg</i>	,87
<i>Cl</i>	,72
<i>Ex</i>	,56
<i>Food</i>	,74
<i>Fi</i>	,96
<i>Ge</i>	,83
<i>Hh</i>	,79
<i>Ls</i>	,69
<i>Na</i>	,65
<i>Sc</i>	,26
<i>Sx</i>	,97
<i>Xy</i>	,80
<i>Id</i>	,54

Tabla 1. G. Populares

	<i>Correlación</i> r_{xy}
<i>P</i>	,79

Tabla 1. H. Actividad organizativa

	<i>Correlación</i> r_{xy}
<i>Zf</i>	,93
<i>Zsum</i>	,68

Tabla 1. I. Codificaciones especiales

	<i>Correlación</i> r_{xy}
<i>DV1</i>	,69
<i>DV2</i>	--
<i>DR1</i>	-,14
<i>DR2</i>	-,03
<i>INC1</i>	,03
<i>INC2</i>	--
<i>FAB1</i>	,72
<i>FAB2</i>	-,02
<i>CONTAM</i>	--
<i>ALOG</i>	--
<i>PSV</i>	,10
<i>AB</i>	,76
<i>AG</i>	,83
<i>COP</i>	,77
<i>PER</i>	,65
<i>CP</i>	--
<i>MOR</i>	,86
<i>GHR</i>	,75
<i>PHR</i>	,80

TABLA 2. Correlaciones de muestras relacionadas para las puntuaciones interjueces de la Escala MOA

MOA 1: Puntuación más baja (saludable)	,912
MOA 2: Puntuación más alta (patológica)	,830
MOA 3: Media de las tres puntuaciones más bajas	,937
MOA 4: Media de las tres puntuaciones más altas	,886
MOA 5: Media de las puntuaciones MOA	,893

TABLA 3. Homogeneidad y patología en las respuestas MOA : relación promedio y variabilidad intraindividual

	<i>Sanas MOA ≤ 3</i>	<i>Patológicas MOA ≥ 3'1</i>
Homogéneas	37	6
Residuos	4,8	-4,8
Heterogéneas	32	17
Residuos	-4,8	4,8
Total	69	23

$$\chi^2 (1, N=92) = 5,25; p = .02$$

TABLA 4. Homogeneidad de las MOA e Implicación en el tratamiento

	<i>MOA homogéneas</i>	<i>MOA heterogéneas</i>	<i>TOTAL</i>
NULA	19	16	35
Residuos	1,1	-1,1	
MEDIA	16	28	44
Residuos	1,9	1,9	
ALTA	8	5	13
Residuos	1,2	-1,2	

$$\chi^2 (2, N=92) = 3,84; p = .14$$

TABLA 5. Media respuestas MOA (sana o patológica) e Implicación en el tratamiento

	<i>MOA < 3 sana</i>	<i>MOA ≥ 3 patológica</i>	<i>TOTAL</i>
NULA	30	5	35
Residuo	3,8	-3,8	
MEDIA	29	15	44
Residuo	-4,0	4,0	
ALTA	10	3	13
Residuo	,3	-1,2	

$$\chi^2 (2, N=92) = 4,10; p = .12$$

TABLA 6. Sexo e Inicio de la psicoterapia

	Mujeres (n= 67)	Hombres (n= 25)
Rechazaron psicoterapia	16	5
Iniciaron psicoterapia	51	20

$\chi^2(1,N=92) = 0'15; p=.69$

TABLA 7. Sexo e Implicación en el tratamiento

	Mujeres (n=67)	Hombres (n=25)
Nula	25	10
Media	33	11
Alta	9	4

$\chi^2(2,N=92) = .22; p= .89$

GRAFICO 7. Sexo e Implicación en el tratamiento

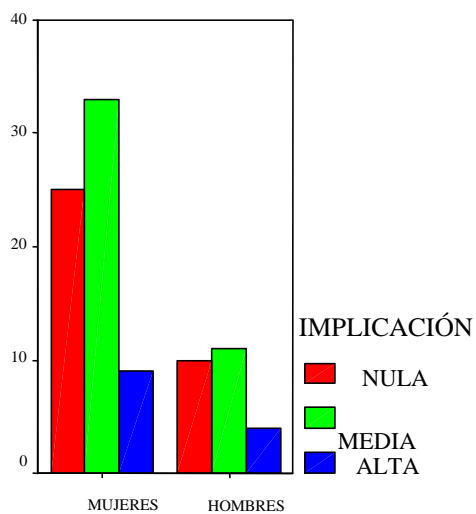


TABLA 8. Respuestas MOA heterogéneas y patológicas e Implicación en el tratamiento

	<i>MOA heterogéneas y patológicas NO</i>	<i>MOA heterogéneas y patológicas SI</i>	<i>TOTAL</i>
NULA	32	3	35
Residuos corregidos	1,9	-1,9	
MEDIA	32	12	44
Residuos corregidos	-2,1	2,1	
ALTA	11	2	13
Residuos corregidos	,3	-,3	
$\chi^2(2, N=92) = 4,6; p = .09$			

TABLA 9. Estilo vivencial EB e Implicación en el tratamiento

	<i>Introversivos</i> (n= 31)	<i>Extratransivos</i> (n= 20)	<i>Ambitendentes</i> (n=29)	<i>Coartados</i> (n=12)
NULA	10	6	12	7
MEDIA	13	14	14	3
ALTA	8	0	3	2

$\chi^2(6, N=92) = 11,7; p = .06$

TABLA 10. Rango del EGOI e Implicación en el tratamiento

	<i>EGOI dentro de rango (n=31)</i>	<i>EGOI fuera de rango (n=61)</i>
NULA	9	26
Residuo	-2,8	2,8
MEDIA	20	24
Residuo	5,2	-5,2
ALTA	2	11
Residuo	-2,4	2,4

$\chi^2(2, N=92) = 5'67$; $p = .05$

TABLA 11. EGOI bajo, normal o alto e Implicación en el tratamiento

	<i>EGOI bajo (N= 42)</i>	<i>EGOI normativo (N=31)</i>	<i>EGOI alto (N=19)</i>
NULA	19	9	7
Residuo	3,0	-2,8	-2
MEDIA	13	20	11
Residuo	-7,1	5,2	1,9
ALTA	10	2	1
Residuo	4,1	-2,4	-1,7

$\chi^2(4, N=92) = 11'08$; $p = .02$

TABLA 12. Introspección alta (FD>2 y FV>1) e Implicación en el tratamiento

	<i>Introspección normal (n=77)</i>	<i>Introspección alta (n=15)</i>
NULA	30	5
MEDIA	38	6
ALTA	9	4

$\chi^2(2, N=92) = 2'32$; $p = .31$

TABLA 13. Introspección alta (FD>2 y FV>1) e Implicación en EB AMBITENDENTE

	<i>Introspección normal (n=25)</i>	<i>Introspección alta (n=4)</i>
NULA	12	0
Residuo	1,7	-1,7
MEDIA	12	2
Residuo	-,1	,1
ALTA	1	2
Residuo	-1,6	1,6

$$\chi^2 (2, n=29) = 8,97 ; p = .01$$

TABLA 14. FD, Implicación y EB AMBITENDENTE

	<i>FD normal (n=24)</i>	<i>FD alta (n=5)</i>
NULA	11	1
Residuo	1,1	-1,1
MEDIA	12	2
Residuo	,4	-,4
ALTA	1	2
Residuo	-1,5	1,5

$$\chi^2 (2, n=29) = 5,88 ; p = .05$$

TABLA 15. Suma de respuestas Vista e Implicación en tratamiento

	V=0	V=1	V=2	V=3	V=4	V=5	V=6	V=7	V=8
NULA	10	9	8	3	1	1	0	2	1
MEDIA	10	13	9	6	3	2	0	0	1
ALTA	15	1	2	3	0	0	2	0	0

$$\chi^2 (16, N=92) = 22,4 ; p = .12$$

TABLA 16. Vista, Implicación en tratamiento y EB INTROVERSIVO

	V=0	V=1	V=2	V=3	V=4	V=5	V=6
NULA	3	3	2	1	0	1	0
Residuo	-,2	,1	1,4	-,6	-,6	,7	-,6
MEDIA	3	6	0	2	2	0	0
Residuo	-1,2	2,2	-,8	-,1	1,2	-,4	-,8
ALTA	4	0	0	2	0	0	2
Residuo	1,4	-2,3	-,5	,7	-,5	-,3	1,5

χ^2 (12, n=31)= 20,2 ; $p= .06$

TABLA 17. Vista en Cromáticas , Implicación en tratamiento y EB INTROVERSIVO

	V=0	V=1	V=2	V=3	Total
NULA	5	5	0	0	10
Residuo	,5	1,5	-1,0	-1,0	
MEDIA	5	5	3	0	13
Residuo	,9	,4	1,7	-1,3	
ALTA	4	1	0	3	8
Residuo	,4	-1,8	,8	2,2	

χ^2 (6, n=31)= 14,8 ; $p= .02$

TABLA 18. Reflejos e Implicación en el tratamiento

	Reflejos =0	Reflejos =1	Reflejos >1	Total
NULA	27	2	6	35
Residuo	,88	-2,9	2,2	
MEDIA	31	9	4	44
Residuo	-2,0	2,8	-,8	
ALTA	11	2	0	13
Residuo	1,3	,2	-1,4	

χ^2 (4, N=92) = 6'12 ; $p= .19$

TABLA 19. Reflejos según color de la lámina e Implicación en el tratamiento

	<i>Sin reflejos</i>	<i>Reflejos color</i>	<i>Reflejos acromáticos</i>	<i>Reflejos en ambas</i>
NULA	27	3	1	4
Residuo	,4	,0	-2	1,7
MEDIA	31	5	6	2
Residuo	-2,5	1,2	2,2	-,9
ALTA	12	0	1	0
Residuo	2,1	-1,1	-,1	-,8

$\chi^2(6, N=92) = 7,15 ; p= .30$

TABLA 20. Proporción contenidos humanos e Implicación en el tratamiento

	<i>H < Hd + (H) + (Hd)</i>	<i>H ≥ Hd + (H) + (Hd)</i>	<i>Total</i>
NULA	28	7	35
Residuo	,6	-,6	
MEDIA	33	11	44
Residuo	-1,4	1,4	
ALTA	11	2	13
Residuo	,8	-,8	

$\chi^2(2, N=92) = 0'64 ; p= .72$

TABLA 21. Contenidos MOR e Implicación en Tratamiento

	<i>MOR ≤ 1</i>	<i>MOR > 1</i>	<i>Total</i>
NULA	19	16	35
Residuo	3,8	-3,8	
MEDIA	15	29	44
Residuo	-4,1	4,1	
ALTA	6	7	13
Residuo	,3	-,3	

$\chi^2(2, N=92) = 3,27 ; p= .19$

TABLA 22. Pasividad ($p>a+1$) e Implicación en Tratamiento

	$p<a+1$	$p>a+1$	Total
NULA	31	4	35
Residuo	3,2	-3,2	
MEDIA	34	10	44
Residuo	-,9	,9	
ALTA	8	5	13
Residuo	-2,3	2,3	

χ^2 (2,N=92 = 4,44); $p= .10$

TABLA 23. Pasividad ($p>a+1$) e Implicación en Tratamiento en AMBITENDENTES

	$p<a+1$	$p>a+1$	Total
NULA	11	1	12
Residuo	1,9	-1,9	
MEDIA	10	4	14
Residuo	-,6	,6	
ALTA	1	2	3
Residuo	-1,3	1,3	

χ^2 (2,n=29= 4,75); $p= .09$

TABLA 24. Pasividad ($p>a+1$) e Implicación en Tratamiento en COARTADOS

	$p<a+1$	$p>a+1$	Total
NULA	7	0	7
Residuo	1,8	-1,8	
MEDIA	1	2	3
Residuo	-1,3	1,3	
ALTA	1	1	2
Residuo	-,5	,5	

χ^2 (2,n=12= 5,77); $p= .05$

TABLA 25. Respuestas de Textura e Implicación en el Tratamiento

	<i>T=0</i>	<i>T=1</i>	<i>T>1</i>	<i>Total</i>
NULA	13	12	10	35
Residuo	3,5	-,2	-3,3	
MEDIA	9	16	19	44
Residuo	-3,0	,7	2,3	
ALTA	3	4	6	13
Residuo	-,5	-,5	1,1	

$$\chi^2 (4, N=92) = 3,54 ; p = .47$$

TABLA 26. Textura en láminas ACROMÁTICAS e Implicación en el Tratamiento

	<i>T=0</i>	<i>T=1</i>	<i>T>1</i>	<i>Total</i>
NULA	15	11	9	35
Residuo	2,8	-1,9	-,9	
MEDIA	12	18	14	44
Residuo	-3,3	1,7	1,6	
ALTA	5	5	3	13
Residuo	,5	,2	-,7	

$$\chi^2 (4, N=92) = 2,30 ; p = .68$$

TABLA 27. Textura en láminas de COLOR e Implicación en el Tratamiento

	<i>T=0</i>	<i>T=1</i>	<i>T>1</i>	<i>Total</i>
NULA	29	1	5	35
Residuo	2,4	-1,5	-,9	
MEDIA	33	7	4	44
Residuo	-,5	-1,1	1,6	
ALTA	8	5	0	13
Residuo	-1,9	2,6	-,7	

$$\chi^2 (4, N=92) = 6,09 ; p = .19$$

TABLA 28. Textura en láminas de COLOR e Implicación en el Tratamiento en AMBITENDENTES

	<i>T=0</i>	<i>T=1</i>	<i>T>1</i>	<i>Total</i>
NULA	9	3	0	12
Residuo	1,6	-,7	-,8	
MEDIA	9	3	2	14
Residuo	,3	-1,3	1,0	
ALTA	0	3	0	3
Residuo	-1,9	2,1	-,2	

$\chi^2 (4,n=29)= 9,49 ; p= . 05$

TABLA 29. Proporción afectiva egocéntrica e Implicación en el Tratamiento

	<i>CF+C> FC siendo C>0 NO</i>	<i>CF+C> FC siendo C>0 SI</i>
NULA	31	4
Residuo	1,3	-1,3
MEDIA	34	10
Residuo	-3,3	3,3
ALTA	13	0
Residuo	2,0	-2,0

$\chi^2 (2,N=92)= 4,64 ; p= . 09$

TABLA 30. Contenidos COP e Implicación en Tratamiento

	<i>COP<1</i>	<i>COP≥1</i>	<i>Total</i>
NULA	9	26	35
Residuo	-2,0	2,0	
MEDIA	15	29	44
Residuo	1,1	-1,1	
ALTA	5	8	13
Residuo	,9	-,9	

$\chi^2 (2,N=92= 0'97) ; p= . 61$

TABLA 31. Contenidos AG e Implicación en Tratamiento

	<i>AG<1</i>	<i>AG≥1</i>	<i>Total</i>
NULA	20	15	35
Residuo	2,5	-2,5	
MEDIA	20	24	44
Residuo	-2,0	2,0	
ALTA	6	7	13
Residuo	-,5	,5	

$\chi^2 (2, N=92= 1,15) ; p= . 56$

TABLA 32. Interacción confusa (COP≥3 y AG > 2) e Implicación en Tratamiento

	Interacción confusa NO	Interacción confusa SI	<i>Total</i>
NULA	33	2	35
Residuo	-1,2	1,2	
MEDIA	44	0	44
Residuo	1,0	-1,0	
ALTA	13	0	13
Residuo	,3	-,3	

$\chi^2 (2, N=92= 3,3) ; p= . 18$

TABLA 33. Relaciones interpersonales inadecuadas (PHR≥GHR) e Implicación en Tratamiento

	PHR≥GHR NO	PHR≥GHR SI
NULA	15	20
Residuo	,9	-,9
MEDIA	15	29
Residuo	-2,7	2,7
ALTA	7	6
Residuo	1,8	-1,8

$\chi^2 (2, N=92= 1,79) ; p= . 40$

TABLA 34. Tendencia a la dependencia (Food>1) e Implicación en Tratamiento

	Food<1	Food>1
NULA	32	3
Residuo	-,3	,3
MEDIA	41	3
Residuo	,3	-,3
ALTA	12	1
Residuo	0	0

$\chi^2 (2, N=92) = 0,85$; $p = .95$

TABLA 35. Índice de Aislamiento e Implicación en el Tratamiento

	<i>I. Aisl</i> <i><0'25</i>	<i>0'26<I.Aisl<0'33</i>	<i>I. Aisl >0'33</i>
NULA	25	5	5
Residuo	-,1	,4	-,3
MEDIA	32	3	9
Residuo	,4	-2,7	2,3
ALTA	9	4	0
Residuo	-,3	2,3	-2,0

$\chi^2 (4, N=92) = 7,28$; $p = .12$

TABLA 36. Control e Implicación en el Tratamiento

	$D \geq 0$	$D < 0$
NULA	11	24
Residuo	2,6	-2,6
MEDIA	7	37
Residuo	-3,5	3,5
ALTA	4	9
Residuo	,9	-,9

$\chi^2 (2, N=92) = 2,97$; $p = .22$

TABLA 37. Control con malestar cronicado e Implicación en el Tratamiento

	$(Adj-D) \geq 2$ NO	$(Adj-D) \geq 2$ SI
NULA	29	6
Residuo	2,0	-2,1
MEDIA	31	13
Residuo	-3,0	3,0
ALTA	11	2
Residuo	1,0	-1,0

$\chi^2 (2, N=92) = 2,17$; $p = .33$

TABLA 38. Recursos disponibles e Implicación en el Tratamiento

	$EA < 11$	$EA > 11$	Total
NULA	30	5	35
Residuo	3,0	-3,0	
MEDIA	30	14	44
Residuo	-4,0	4,0	
ALTA	11	2	13
Residuo	1,0	-1,0	

$\chi^2 (2, N=92) = 3,88$; $p = .14$

TABLA 39. Inhabilidad social e Implicación en el Tratamiento

	<i>CD</i> <4	<i>CDI</i> ≥4
NULA	25	10
Residuo	-1,3	1,3
MEDIA	35	9
Residuo	2,0	-2,0
ALTA	9	4
Residuo	-,8	,8

$\chi^2 (2, N=92) = 0,95$; $p = .62$