

181  
24.

1997



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNOSTICO  
DE DEPRESION EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS A TRAVÉS DE LA  
PRUEBA DE RORSCHACH

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
MARIA EUFROSINA MORALES BRINDIS



DIRECTORA DE TESIS: PATRICIA OSORNO VELAZQUEZ  
ASESOR METODOLOGICO: RAUL TENORIO RAMIREZ

México, D.F.

1997.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

G R A C I A S . . .

A            DIOS  
POR HABERME DADO  
LA OPORTUNIDAD DE  
VIVIR.

G R A C I A S . . .

A MIS PADRES: MICAELA Y RAFAEL  
POR LA AMOROSA DEDICACION QUE  
SIEMPRE ME OTORGARON, ALIMEN-  
TANDO MIS ANHELOS, ARROPANDO  
MIS ILUSIONES CON CARIÑO Y  
GENEROSIDAD: ENTRETEJIENDO MI  
FORMACION BORDADA CON HILOS DE  
PACIENCIA.

A ELLOS MI AMOR Y GRATITUD.

A MI HERMANA ALE  
POR HABERME TOLERADO EN MIS  
MOMENTOS DIFICILES Y MAS QUE  
ESO, POR SU APOYO INCONDICIONAL  
PARA LA TERMINACION DE MI FORMA-  
CION PROFESIONAL.

A ALFREDO (MI QUERIDO HERMANO)  
CON QUIEN NO TUVE EL CUSTO DE CONVI-  
VIR PERO SIEMPRE LO RECUERDO.

A TODOS Y CADA UNO DE MIS  
SOBRINOS PORQUE SIEMPRE  
ALCANCEN LAS METAS DESEADAS.

A TODOS MIS PRIMOS YA QUE  
SIEMPRE HE CONTADO CON SU  
APOYO INCONDICIONAL EN TODO  
MOMENTO Y EN ESPECIAL A MARY Y  
RICARDO.

A MI TIA CARMEN  
QUE YA NO SE ENCUENTRA  
FISICAMENTE PERO SIEMPRE  
LA RECUERDO.

A MI TIA CONSUELO  
QUIEN YA NO SE ENCUENTRA  
FISICAMENTE PERO FUE UN  
FACTOR MOTIVANTE AL CONFIAR  
EN MI DANDOME LA PAUTA PARA  
SEGUIR ADELANTE Y ASI LLEGAR  
A MI META.

A TODOS MIS TIOS  
POR SUS CONSEJOS EN LOS  
MOMENTOS QUE LOS HE  
NECESITADO.

A MIS AMIGOS Y AUNQUE NO  
TODOS ESTAN CONMIGO GRACIAS  
POR LA AMISTAD QUE ME HAN  
BRINDADO Y POR LOS MOMEN-  
TOS AGRADABLES QUE DISFRU-  
TAMOS.

A JUAN FRANCISCO  
POR LA AMISTAD QUE  
ME HA BRINDADO DU-  
RANTE TODOS ESTOS  
AÑOS.

A JUDITH  
QUIEN HA SABIDO SER MI  
AMIGA AUN EN LOS MO-  
MENTOS DIFICILES QUE  
HEMOS COMPARTIDO JUNTAS .

A JUANITO  
EL SECRETO DE LA FELICIDAD  
NO CONSISTE EN HACER SIEM-  
PRE LO QUE SE QUIERE, SINO  
EN QUERER LO QUE SE HACE.

G R A C I A S . . .

A PATY OSORNO

MI DIRECTORA DE TESIS CON TODO MI RECONOCIMIENTO POR SU GUIA, DEDICACION Y APOYO QUE ME BRINDO SIEMPRE EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO QUE CON SU EXPERIENCIA Y PROFESIONALISMO SE LOGRO.

GRACIAS PATY.

A RAUL TENORIO RAMIREZ

POR ASESORARME Y ORIENTARME EN LA METODOLOGIA Y EL PROCESO ESTADISTICO PARA LA CULMINACION DE ESTE TRABAJO.

AL PROGRAMA DE BECAS  
TESIS DE LICENCIATURA  
COORDINADO POR EL.  
LIC. JORGE ALVAREZ MTZ.

AL DOCTOR: JOSE DE JESUS  
GONZALEZ NUÑEZ, JEFE DEL  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CLINICA DE LA FACULTAD DE  
PSICOLOGIA, GRACIAS POR  
SU APOYO Y CONFIANZA.

AL DOCTOR: ALEJANDRO DIAZ  
MARTINEZ. JEFE DEL DEPARTA-  
MENTO DE PSIQUIATRIA Y SA-  
LUD MENTAL DE LA FACULTAD  
DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.  
POR EL APOYO QUE ME BRINDO  
PARA PODER REALIZAR ESTE  
TRABAJO.

A LA LICENCIADA: LIDIA DIAZ  
SAN JUAN POR SU APOYO, EN  
ESTE TRABAJO.

## RESUMEN

PAG.

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3

### CAPITULO 1

#### DEPRESION

1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESION.....	6
1.2 CLASIFICACION DE DEPRESION A TRAVES DEL DSM - 111.....	12

### CAPITULO 11

#### ANTECEDENTES

2.1 ESTUDIOS REALIZADOS CON ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION.....	18
2.2 ESTUDIOS REALIZADOS EN PRUEBAS PSICOLOGICAS PARA DETECTAR INDICES DIAGNOSTICOS.....	24

### CAPITULO 111

TEST DE PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.....	35
--	----

## CAPITULO IV

METODO	PAG.
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	43
4.2 HIPOTESIS.....	43
4.3 VARIABLES.....	44
4.4 DEFINICION CONCEPTUAL.....	44
4.5 DEFINICION OPERACIONAL.....	44
4.6 SUJETOS.....	45
4.7 MUESTREO.....	45
4.8 TIPO DE ESTUDIO.....	45
4.9 DISEÑO.....	45
4.10 INSTRUMENTOS.....	45
4.11 PROCEDIMIENTO.....	47
4.12 ANALISIS ESTADISTICO.....	49

## CAPITULO V

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	50
CUADRO A. EDAD DE LOS SUJETOS.....	50
CUADRO B. SEXO DE LOS SUJETOS.....	51
CUADRO C. CARRERA DE LOS SUJETOS.....	52
CUADRO D. INDICES DE DEPRESION.....	53

## CAPITULO VI

CONCLUSIONES.....	56
-------------------	----

CAPITULO VI1

PAG.

LIMITACIONES..... 58

CAPITULO VII1

SUGERENCIAS..... 59

BIBLIOGRAFIA..... 60

ANEXO..... 65

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio es identificar índices diagnósticos para la depresión, por medio de la aplicación de la prueba de Rorschach de acuerdo a los criterios que propone Portuondo, a estudiantes universitarios que acuden a consulta al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se aplicó la prueba de Psicodiagnóstico de Rorschach a 60 estudiantes universitarios de entre 18 y 25 años de edad, de ambos sexos que acuden a consulta a dicho departamento. Para formar parte de la muestra los estudiantes tenían que haber asistido de 3 a 5 consultas con su Psiquiatra y haber sido diagnosticados por este con síntomas de depresión, de acuerdo a los criterios del DSM - III.

El diagnóstico de depresión se eligió como tema de investigación tomando en cuenta que es una de las categorías nosológicas que más frecuentemente se encuentra en los estudiantes universitarios que llegan a consulta a dicho departamento.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS, haciendo uso de la rutina análisis de frecuencia y se aplicó la prueba  $\chi^2$ , por el nivel de medición en el que están las variables que se trabajaron.

De acuerdo al análisis estadístico que se llevó a cabo se concluye que fueron significativos, de acuerdo con Portuondo los siguientes índices:

Pocas respuestas, tiempo de reacción alargado, pocas - W, aumento de Dd, F + % alto, F % alto, ausencia de respuestas cromáticas o no más de una. M - disminuida.

Los índices que fueron estadísticamente significativos pero que no apoyan lo que Portuondo observo en pacientes deprimidos son los siguientes:

Respuestas sexuales, presencia de uno o más fracasos.

Por lo tanto los resultados obtenidos son significativos ya que se confirmó su significancia de .05 entre los índices que menciona Portuondo, y los índices de depresión que se encontraron en el Test de Rorschach de los sujetos de la investigación.

Considerando los resultados obtenidos se puede concluir que el Rorschach es un instrumento de gran utilidad para el diagnóstico del paciente deprimido.

## INTRODUCCION

El ofrecer al paciente un diagnóstico preciso se considera de suma importancia ya que a través de este, se adquiere un mayor conocimiento de la persona que acude a consulta y además, una vez definido el diagnóstico es posible otorgarle al paciente mayores beneficios en su tratamiento, lo cual favorecerá por consiguiente su pronóstico.

Existe una gran dificultad en definir con exactitud el diagnóstico de un paciente debido a la baja confiabilidad provocada por las diferencias de juicio clínico que se pueden encontrar en distintos psiquiatras, cuando se trata de darle un valor a los síntomas; es por ello que también se hace indispensable ahondar en la comprensión del paciente en términos psicodinámicos. No obstante, en el momento de prescribir un medicamento no se puede prescindir de un diagnóstico y se hace necesaria la búsqueda de una unificación mayor en la formulación de este.

Las técnicas psicológicas proyectivas, son herramientas que ayudan al psicólogo en este sentido ya que, además de proporcionar elementos psicodinámicos del paciente, también ofrecen características de personalidad que son incluidas y consideradas típicas de alguna entidad nosológica, lo cual permite corroborar el diagnóstico establecido por el psiquiatra o bien, ponerlo en duda para continuar con una mayor investigación al respecto.

Autores como Kaplan (1987) Portuondo (1976) Klopfer (1934) Armstrong y Loewensteins (1990), han propuesto diferentes índices diagnósticos obtenidos a través de la aplicación de pruebas psicológicas.

El test de psicodiagnóstico de Rorschach es una técnica proyectiva sin duda muy útil para determinar la personalidad del paciente, pero también la han utilizado algunos autores para diferenciar índices diagnósticos.

Lo que hoy día se conoce como la técnica del Rorschach fue presentado formalmente al mundo en 1921 con la publicación de la monografía "Psicodiagnóstico" de Hermann Rorschach; la serie final de láminas de Rorschach estandarizada sobre la base de la población de un hospital en el que trabajaba como jefe de psiquiatría, fue el resultado de diez años de investigaciones y exploraciones personales incansables, las diez láminas fueron seleccionadas entre miles de manchas de ensayo.

Hasta la fecha, la aplicación más amplia del Rorschach se realiza en el campo de la salud mental, en instituciones públicas, privadas y en la práctica clínica; muchas áreas de investigación han recibido el estímulo y la ayuda de la técnica de Rorschach. Ha enriquecido estudios sobre aspectos evolutivos de la percepción, han ampliado el conocimiento del funcionamiento mental, ha mejorado el análisis de la conducta en situaciones de stress. Ha contribuido a la comprensión de desviaciones de la personalidad tan variadas como la delincuencia juvenil, el alcoholismo, la tartamudez y la esquizofrenia. El Rorschach ha logrado un lugar significativo dentro del trabajo de la clínica infantil. En el presente se advierte que los hallazgos basados en el Rorschach pueden contribuir al desarrollo y refinamiento de la teorías de la personalidad.

Portuondo (1976), aplicó el test de psicodiagnóstico de Rorschach a diferentes grupos psiquiátricos y encontró índices, comunes a cada una de las categorías nosológicas estudiadas, lo que significa una gran ayuda para la precisión de un diagnóstico psiquiátrico.

Las entidades psiquiátricas que analiza Portuondo a través del Rorschach son: histericos, ansiedad, neurosis, psicosis, conflictos sexuales, homosexualidad, agresividad, tendencia suicida, esquizofrenia, autismo, homosexualidad y neurosis, homosexualidad y psicosis, neurosis obsesivo compulsivo y depresión.

El objetivo del presente estudio es identificar índices diagnósticos de depresión por medio de la aplicación de la prueba de Rorschach de acuerdo a lo que propone Portuondo, en estudiantes universitarios que acuden a consulta psiquiátrica, al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

El diagnóstico de depresión se eligió tomando en cuenta que aproximadamente el 40% de los estudiantes que acuden a consulta al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental son diagnosticados con esta entidad nosológica que más frecuentemente se encuentra en la población estudiantil universitaria que acude a consulta a dicho departamento.

## CAPITULO 1

### DEPRESION

#### 1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESION.

Quizas como ningún otro desorden Psiquiátrico o de la Medicina en general, la depresión se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. En diversos personajes de antiguos mitos así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva.

Hipócrates, de quien se dice vivió en el siglo IV A. de C., formuló la primera descripción médica de la depresión, a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis en el cerebro. Infirió que la melancolía estaba estrechamente vinculada con la epilepsia, y la categorizó junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedad psiquiátrica.

Si es Hipócrates a quien se debe la descripción de la depresión, fue Areteo de Cappadocia, en el siglo II de nuestra era, quien formuló el cuadro más completo de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores sólo psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la flema o de los demás humores. Areteo se adelantó diecisiete siglos a Kraepelin al asociar manía y depresión y al considerar a ambas como parte de una única entidad nosológica. Incluso fue más exacto que Kraepelin en cuanto al pronóstico, ya que observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones, y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura (Arieti 1974).

Galeno, en el siglo II de nuestra era, desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo como doctrina hasta la edad media. Recien en el renacimiento resurgió el interés en la depresión como un nuevo enfoque de sus

causas. Esto ocurrió sobre todo en la Inglaterra Isabelina, donde aparentemente hubo una epidemia de melancolía, a juzgar por la cantidad de trabajos sobre el tema que aparecieron en este breve periodo. Timothy Bright publicó su Treatise on Melancholia en 1586 y veinte años más tarde se conoció Optick of humours, de Thomas Walington, que se ocupó en detalle de la Constitución Melancolía "resultante de los humores y el efecto de lo planetas" (Veith 1970). Bonet en 1684, Schact en 1747 y Herchel en 1768 fueron algunos de los que asociaron ambos desórdenes como parte de una única entidad diagnóstica, así en la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos, más que por posesión demoníaca, sin embargo cada investigador decía haber descubierto un nuevo síndrome sobre la base de unos pocos pacientes. Era época en que los estados patológicos se describían con exagerados pormenores consagrando cada entidad diagnóstica con una denominación latina. En 1851 Falret diferenció la melancolía ordinaria y su variedad episódica; tres años más tarde Baillarger hizo una observación similar. Otro de los aportes importantes de Falret fueron sus observaciones y su mayor incidencia en las mujeres.

A mediados del siglo XIX Creisinger dividió la "insania" en dos grandes categorías: curable e incurable. Es probable que el pronóstico haya surgido porque a falta de métodos terapéuticos adecuados todo cuanto se podía hacer era estudiar el curso de una enfermedad para después clasificarla. En el sistema nosológico de Kraepelin la categoría de psicosis maniaco-depresivas comprendía la psicosis intermitentes, la manía simple, la mayor parte de los casos de melancolía y algunos casos de desórdenes leves del carácter precursores de perturbaciones más graves. Globalmente, distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales, esto es desórdenes experimentados entre, antes o en lugar de los ataques maniaco-depresivos. (Braceland 1957). De acuerdo a estos criterios, diferenció la psicosis maniaco-depresiva de la demencia precoz en que la primera remitía y se restablecía la normalidad a pesar de los graves desarreglos sufridos durante los episodios clínicos, así Kraepelin creó una psiquiatría de resultados finales utilizando el pronóstico como principal diagnóstico.

En 1904 Meyer objeto el término melancolía afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca del cual poco se sabía. Sugirió en denominar depresión a este desorden, por lo menos hasta que se contara con evidencias positivas de enfermedad (como por ejemplo patología cerebral).

En 1911 Karl Abraham publicó la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión; este trabajo de debe entender en el contexto de las formulaciones psicoanalíticas que entonces prevalecían. En 1911 la psiconeurosis era entendida como consecuencia de una regresión de la libido; de ahí que Abraham comparara depresión con ansiedad que era vista como instintos reprimidos. Así él diferencia los dos estados mencionados: mientras la ansiedad surge cuando la regresión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales esta tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y desespera de no llegar nunca a la intimidad emocional.

El paciente deprimido no puede desarrollarse adecuadamente porque en él, amor y odio se interfieren constantemente. Las relaciones interpersonales del depresivo reflejan este odio reprimido que esta enraizado en la libido bloqueada. Se observa además que algunos sujetos deprimidos parecen gozar de los autorreproches y el sufrimiento, que les permiten concentrar todos sus pensamientos en si mismos.

Abraham cree que la depresión se entiende como una regresión a la primera fase psicosexual, la oral. Abraham resume sus tres contribuciones sobre la depresión y considera los siguientes factores predisponentes.

- 1) Un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral.
- 2) Una especial fijación al nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación, etc).

- 3) Un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desempeños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado "paratimia primaria".
- 4) Aparición del primer desengaño original en épocas posteriores de la vida.

Freud (1912) También hablaba acerca de la depresión; él la llamaba melancolía y decía que se singulariza en lo anímico, por un dolor, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición a toda productividad y una disminución en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y denigraciones y se extrema hasta el castigo, es decir que en el melancólico se muestra un sentimiento yoico, un empobrecimiento del yo. Se describe el sujeto deprimido como indiano, estéril, se hace reproches, se denigra, se repugna y castiga, se humilla ante los demás, se completa con el insomnio y falta de alimento.

El duelo es, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción, un ideal, el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal. Contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior en todo lo que recuerde al muerto la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor. Fácilmente se comprende que esta inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada dejó para otros propósitos y otros intereses.

La melancolía y el duelo se asemejan, tienen las mismas características, lo único que los diferencia es que en el duelo falta la perturbación del sentimiento de sí. Por lo tanto la melancolía toma una parte de los caracteres del duelo, y por la otra parte de la regresión, desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo. Así las ocasiones de la melancolía rebasan las veces del claro acontecimiento de la pérdida por causa de muerte y abarcan todas las situaciones de afrenta, de menosprecio y desengaño en virtud de las cuales puede instalarse en el vínculo una oposición entre amor y odio o reforzarse una ambivalencia preexistente (Freud 1923).

La sintomatología manifiesta de la depresión es más o menos constante, caracterizándose por lo menos en la mayoría de los casos, por un rasgo sobresaliente, el estado anímico depresivo.

Diferentes autores han clasificado de diversas formas a la depresión primaria. Se dice que es primaria cuando constituye un componente importante y/o esencial de un síndrome por ejemplo "la depresión psicótica" o "Depresión profunda".

La depresión profunda o leve. En ocasiones se plantea usando otros términos: es endógena o reactiva o es psicótica. La terminología elegida refleja las premisas teóricas de quien la emplea, una depresión endógena se basa de manera exclusiva de factores orgánicos presumiblemente hereditarios, que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo. Una depresión reactiva sería la precipitada por un suceso que el paciente percibe como perjudicial o displacentero en la vida del paciente o después de un suceso que para él fue adverso o desventurado; la privación o la pérdida causada por la muerte de un ser querido es quizás el factor precipitante más común de la depresión reactiva. También se asocia cuando se termina una relación amorosa, o con la pérdida de la persona amada como objeto de amor. El desempleo, las frustraciones postergaciones en el trabajo, las dificultades económicas, el rompimiento de una amistad importante, la pérdida de prestigio o posición social o los insultos recibidos, son factores precipitantes. En este tipo de depresión a menudo, aunque no siempre, se agregan otros síntomas, como son: irritabilidad, cólera, una insaciable necesidad de logros e inclusive deseos de manipular a los demás.

Esta dicotomía no se basa en pruebas incontrovertibles, cualquier depresión se manifiesta en un organismo vivo y por lo tanto implica la presencia de mecanismos neurofisiológicos y alteraciones bioquímicas. En toda depresión se combinan componentes psicológicos y no psicológicos o biológicos. En resumen representan sólo modificaciones de ciertas funciones del organismo pero no de las estructuras anatómicas.

El paciente cuya depresión es de nivel psicótico ha pasado por una transformación emocional, pero cree que su manera de sentir es adecuada a las circunstancias en que vive. Es decir no trata de huir de su enfermedad como lo hace el neurótico; por lo contrario, vive en el contexto creado por esa enfermedad, e inclusive parece fomentarlo. El depresivo profundo puede dejar de alimentarse hasta el punto de morir de inanición; es tan inactivo que desatiende sus necesidades más elementales; se siente culpable sin que medien circunstancias que podrían inducir culpa en otras personas, y puede intentar suicidarse si tiene la oportunidad de hacerlo. Considera que su estado de ánimo coincide con lo que para él es la realidad de su situación.

Existen una serie de síntomas psicósomáticos y somáticos que se asocian con todos los casos de depresión, el apetito y los hábitos alimentarios se modifican, en algunos pacientes hay una pérdida de peso notable pero no excesiva, en otros por el contrario hay un aumento considerado de peso; el paciente come en exceso para mitigar su depresión. Las perturbaciones del sueño son también un síntoma frecuente, la fatiga sigue siendo un síntoma común aún cuando se aumenten las horas de sueño. Así mismo muchos pacientes se quejan de una disminución de su libido sexual, aunque algunos buscan mejorar su depresión intensificando sus actividades sexuales.

Otro tipo de depresión es la "depresión ansiosa" en donde la depresión y la ansiedad son concurrentes. Además de estar deprimido el paciente se siente preocupado, sospecha que algo malo va a suceder y hasta sus actividades habituales le inspiran temor, prefiere estar deprimido antes que ansioso ya que la depresión es para él un escape de la ansiedad. Sin embargo, si la depresión se intensifica, puede hacerse más intolerante que la ansiedad.

Otra variedad es la combinación de depresión y síntomas obsesivo - compulsivo. A la depresión que tiene el paciente se le agregan obsesiones compulsiones y rituales de tipo obsesivo - compulsivo. Este tipo de depresión se manifiesta en las personas muy religiosas que han aprendido a practicar rituales de manera compulsiva.

## 1.2 CLASIFICACION DE DEPRESION A TRAVES DEL DSM 111.

Es importante contar con una clasificación nosológica establecida por una organización confiable para que a través de éste se logre precisar el diagnóstico y con ello se favorezca el tratamiento de los pacientes.

Desde un punto científico, lo más importante es lo que configuran los tratados de psiquiatría que se han publicado en distintos países por psiquiatras y equipos de trabajo. La nosología refleja los conocimientos; hay sistemas nosológicos como tratados y cada cual incluye tradiciones nacionales en las que se mezclan en proporción varias concepciones individuales. Así la nosología de Kraepelin de finales del siglo XIX es la que hasta hoy día se ha seguido, utilizando con pequeñas modificaciones.

Existen otras nosologías que han sido el trabajo de psiquiatras y escuelas, que nacieron con fin administrativo. Su existencia era necesaria para estadística sobre salud pública (morbilidad, hospitalización, mortalidad) y para información de organización mundial de la salud. Estas nosologías fueron objeto de clarificación hasta después de la última guerra.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (International Classification of Diseases o ICD) establecida por la Organización Mundial de la Salud fue el resultado de las concepciones de los expertos en los países miembros, y la última revisión (ICD - 9) es la representación de un consenso internacional. A los países miembros de la OMS se les recomienda el uso de esta clasificación internacional o el empleo de clasificaciones nacionales "compatibles" con la ICD - 9 para que pueda haber correspondencia entre categorías. Así después de la guerra de Estados Unidos había varias nosologías "oficiales" que usaban los organismos de Estado. La Asociación Americana de Psiquiatría propuso, con la ayuda de un comité experto, una nosología única que debería revisarse periódicamente en función del progreso de los conocimientos.

Así que la versión inicial del "Manual Diagnóstico y Estadístico" DSM - 111 refleja las concepciones que había en Estados Unidos en esa época.

El DSM - 1. La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría apareció en 1952, fue el primer Manual oficial de los trastornos mentales, contenía un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas. El uso del término "reacción" reflejaba la influencia de la orientación psicobiológica de Adolf Meyer que afirmaba que los trastornos mentales representaban reacciones de la personalidad frente a factores psicológicos, sociológicos y biológicos.

El desarrollo de la segunda edición (DSM - 11) se basó en la clasificación explicitada en la sección de trastornos mentales de la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, para la que se había consultado a los representantes de la Sociedad Americana de Psiquiatría. Así el DSM - 11 como la ICD - 8 entraron en vigor en 1968. La clasificación del DSM - 11 no utilizó el término "reacción" uso términos diagnósticos amplios, sin estructura teórica particular para la comprensión de los trastornos mentales no orgánicos.

En el año de 1974, la Sociedad Americana de Psiquiatría, a través del Consejo para la investigación y el desarrollo, designó un comité de intervención sobre nomenclatura y estadística para que empezara a trabajar en la elaboración del DSM - 111 sin perder de vista al ICD - 9 que estaba programada para entrar en vigor en Enero de 1979. En 1976, la asamblea de la APA, eligió un comité de once para revisar la elaboración del DSM - 111 e informar a la asamblea en forma regular. Esta comisión recibía correspondencia sobre los principales asuntos, revisaba los borradores sucesivos del DSM - 111 y se reunió repetidamente con el Presidente del comité de intervención, había grupos interesados en la elaboración del DSM - 111; como Academia de Psiquiatría y de Leyes, Academia Americana de Psiquiatría Infantil, Academia Americana de Psicoanálisis, Sociedad Americana de Directores de Departamentos de Psiquiatría, Sociedad de Salud del American College, Sociedad Ortopsiquiátrica Americana, Sociedad Americana de Psicoanálisis y Sociedad Americana de Psicología.

Estas comisiones recibían borradores del DSM - 111 y hacían comentarios y sugerencias, a la vez que expresaban sus puntos de vista. En mayo de 1975 se presentó un borrador inicial de la clasificación del DSM - 111, en una sesión especial de la reunión anual de la APA, a partir de ese año en cada reunión anual había una sesión especial para algún aspecto del DSM - 111.

En junio de 1976, en ST. Luis, Missouri, se realizó una conferencia especial para examinar "La mitad del DSM - 111" esta conferencia fue patrocinada por el Instituto de Psiquiatría de Missouri y la Sociedad Americana de Psiquiatría, participaron 100 profesionales con experiencia o con un especial interés con respecto al DSM - 111.

También se realizaron los ensayos de campo, que se iniciaron en 1977 y terminaron dos años después. En este ensayo, se estudiaron a 12667 pacientes evaluados por 550 clínicos, 474 de los cuales trabajaban en 212 lugares distintos. Las críticas hechas a los apartados del DSM - 111 dieron lugar a numerosos cambios. Así con frecuencia los participantes llenaban cuestionarios que contenían aspectos diagnósticos específicos y actitudes hacia el DSM - 111. Los resultados indicaban que los participantes respondían favorablemente, en la reunión anual de la APA en Chicago, en mayo de 1979, la Asamblea y el consejo de investigación y desarrollo aprobaron formalmente el borrador final del DSM - 111. En junio, fue aprobado por la comisión de referencias y el consejo de administración, y fue presentado oficialmente en 1980.

Aunque existen otro tipo de clasificación como el CIE - 10 o el DSM - 111 R, el estudio se baso en el DSM - 111 ya que es la clasificación en que se basan los psiquiatras del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, en donde se llevo a cabo esta investigación, para diagnosticar a los alumnos que asisten a consulta. En el DSM - 111 se encuentra clasificada la Depresión con el número 300.4

Con respecto a la Sintomatología de la depresión, en el DSM - 111 (1983), refiere lo siguiente: Es una alteración crónica del

estado de ánimo en que se da tanto, el estado de ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. El sujeto puede describir su estado de ánimo triste, melancólico, abatido o bajo. El estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer o interés puede ser relativamente persistente o bien intermitente y separado por periodos en los que el interés, la capacidad para el placer, o el estado de ánimo pueden ser normales, esta normalidad puede durar de unos días a pocas semanas.

Edad de comienzo. Habitualmente este trastorno se inicia en la edad adulta y por eso no se le considera a menudo como expresión de una personalidad depresiva, se puede iniciar en la infancia o en la adolescencia y en algunos casos el inicio se inicia en la madurez, en ocasiones, algunas veces a continuación de una depresión mayor.

Curso. Este trastorno no tiene inicio claro y presenta un curso crónico.

Deterioro y complicaciones. Hay un deterioro en la actividad laboral o social, puede ser leve o moderado debido a la cronicidad que a la gravedad del síndrome depresivo. Así la hospitalización es rara, a menos que haya intentos de suicidio. En los niños como en los adolescentes se ven afectadas sus relaciones sociales con compañeros y adultos.

Factores predisponentes. Son los trastornos físicos, crónicos, estrés psicosocial crónico, y otros trastornos mentales, así como un trastorno de personalidad o trastorno afectivo que no remita completamente y se fusione de forma imperceptible con este estado. En los niños y adolescentes los factores predisponentes son:

Trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, retraso mental, trastorno en el desarrollo o un entorno inadecuado, desorganizado, caótico o de rechazo. La prevalencia del trastorno parece ser frecuente.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO.

- A. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho o todo el

Tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

- B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistente, o estar separadas por periodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas, pero no más de unos meses.
- C. Durante los periodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (triste, melancólico, abatido, bajo) o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.
- D. Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas.
  - 1. Insomnio o hipersomnia.
  - 2. Bajo nivel de energía o cansancio crónico.
  - 3. Sentimientos de pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación.
  - 4. Disminución de la afectividad o productividad en la escuela o trabajo.
  - 5. Disminución de la atención concentración o capacidad para pensar con claridad.
  - 6. Retraimiento social.
  - 7. Pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras.
  - 8. Irritabilidad o cólera excesiva (expresada con los niños hacia los padres o monitores).
  - 9. Incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos.
  - 10. Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lastima hacia uno mismo.
  - 11. Menos activo o hablador de lo habitual o sensación de lentitud o inquietud.
  - 12. Llanto o sollozo.
  - 13. Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia al alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

Podemos concluir que a pesar de que existen manuales establecidos que utilizan los psiquiatras para diagnosticar a los pacientes y que debido a lo frecuente en que se presenta la depresión en nuestros días, es importante que se investiguen índices nosológicos en las pruebas psicológicas que nos ayuden a precisar y diferenciar el diagnóstico de depresión, y de esta manera se puede brindar una mejor ayuda en beneficio del tratamiento de los pacientes deprimidos.

## ANTECEDENTES

2.1 ESTUDIOS REALIZADOS CON ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION.

Santos (1993) realizo un estudio con 217 estudiantes universitarios deprimidos, 136 sujetos femeninos y 81 sujetos masculinos para demostrar el porcentaje de los diagnosticados de trastornos afectivos en los estudiantes que consultan el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M.

El objetivo era conocer la severidad de estos trastornos afectivos en los estudiantes con escalas - HAM. D y I.D.B.

Los pacientes tuvieron que haber cubierto los siguientes criterios de inclusión para formar parte de la muestra.

1. Estudiantes universitarios.
2. Que consulten por primera vez el departamento.
3. Ambos sexos.
4. Rango de edad de 17 a 33 años.

Los pacientes que llenaron los criterios anteriores, fueron recibidos por las señoritas de recepción de donde les tomaron los datos demográficos y les entregaron las escalas autoaplicables: la ansiedad de Sheeham, eventos estresantes de Holmes y Rahe y el inventario de depresión de Beck.

Después el paciente paso con el Psiquiatra el cual completo la siguiente información: Las entrevistas semi-estructuradas de acuerdo a criterios diagnósticos del DSM - III R de depresión mayor, ansiedad generalizada, angustia y escala de Hamilton de depresión y Hamilton de ansiedad.

Los resultados que se obtuvieron de los 217 sujetos estudiantes universitarios que consultaron el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., por primera vez, de estos 136 sujetos eran femeninos y correspondió a un 54.61% de la muestra total y 81 sujetos masculinos que correspondió a un 32.53% que cumplieron los criterios diagnósticos para depresión mayor.

García (1993) realizó un estudio sobre depresión en estudiantes universitarios que asisten a los servicios de Salud Mental y Medicina General dentro del C.M.U.

El objetivo era conocer si existen diferencias significativas en cuanto a la incidencia de la depresión que presentan los estudiantes universitarios.

Se utilizó la Escala de Automedición de la depresión del Dr. W.K. Zung la cual consta de 20 reactivos, que tiene como objetivo medir cualitativamente la depresión y permite descubrir las llamadas depresiones ocultas o enmascaradas. Se aplicó a 100 sujetos de entre 18 y 25 años, es decir 50 alumnos de Salud Mental y 50 alumnos de Medicina General dentro del C.M.U. En el servicio de Medicina General se obtuvieron los siguientes resultados: 80% de los alumnos no tuvieron depresión, del cual 23 (100%) son hombres y 17 (62.9%) mujeres, mientras el 20% si presentan depresión siendo 10(37%) mujeres. En el servicio de Salud Mental se encontró en la muestra una prevalencia de depresión del 62%, del cual 44% son mujeres y 22% son hombres, por lo que se habla de un alto porcentaje de depresión.

Rocha (1993) realizó un estudio sobre depresión en estudiantes universitarios, la cual se efectuó en la ENEP Aragón escuela perteneciente a la U.N.A.M., donde cada año se realiza un estudio a los alumnos, en área de psicopatología (91-92) indicó una prevalencia de depresión del 3.7% en la población masculina y de 9% en la femenina. Al ser entrevistados se encontró que el 90% de ellos presentaban depresión (información personal de los servicios médicos de la ENEP Aragón). Esto nos da una idea de la frecuencia de la depresión en la Institución.

Se empleo una muestra representativa de 1026 estudiantes, seleccionados, aleatoriamente además proporcionalmente seleccionados de acuerdo a la carrera, semestre y turno (matutino y vespertino). Las carreras a incluir fueron: Arquitectura, Ciencias de la Comunicación, Derecho, Diseño Industrial, Economía, Ingeniero Civil, Ingeniero en Computación, Ingeniero Electricista, Pedagogía, Relaciones Internacionales, Sociología. La clase social de acuerdo a datos de la escuela es media baja y baja. Se empleo el "inventario de Beck para depresión" que consta de 21 reactivos que exploran las áreas afectiva, cognitiva, motivacional y física de la depresión.

El análisis estadístico que se uso fue: para el contraste de proporciones se utilizó  $\chi^2$ ; para el contraste de medias se utilizó ANOVA simple y cuando fue necesario, las comparaciones múltiples se realizaron con "T" de Student para muestras independientes con corrección de Benferroni para mantener el nivel de ALFA en 0.05

Las conclusiones que se obtuvieron fue, una prevalencia mayor de depresión en esta población estudiantil, que la reportada para la población general.

No hubo diferencias significativas respecto a la prevalencia de depresión entre las diferentes carreras investigadas.

Figueroa (1993) realizo un estudio sobre depresión en estudiantes universitarios.

El objetivo del estudio fue confirmar si había o no coincidencia entre el diagnóstico de depresión emitido por el Departamento de Psiquiatría y el de Psicología del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M.

Se trabajo con el total de la población registrada en los archivos clínicos de PS, PSM, correspondiente a los meses de Enero a Diciembre 1992; esta población fue de 63 expedientes y de edades de 18 a 22 años. La selección se efectuó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional.

Los instrumentos que se utilizaron para el análisis de los resultados de las pruebas fueron:

1. Los indicadores de depresión para el test de manchas de tinta de H. Rorschach.

2. Los indicadores de depresión para el test de Apercepción Temática de Murray (TAT).
3. Los indicadores de depresión para el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (M.M.P.I.).

Así se procedió a la revisión de los expedientes que contenían estos test psicológicos. Los resultados que se obtuvieron entre la comparación del diagnóstico psiquiátrico de depresión y el diagnóstico psicológico de depresión se encontró que coinciden en un 55.50% finalmente, del total de la muestra un 63.49% fue diagnosticado con depresión por parte de los psiquiatras; un 33.3% por parte de los psicólogos y las pruebas psicológicas detectaron depresión en un 53.96% del total de la muestra. Esto quiere decir que los psiquiatras diagnostican más la depresión que los psicólogos y que las pruebas, estas detectaron un mayor número de pacientes con depresión que el diagnóstico de los psicólogos.

Hernández (1995) realizó un estudio sobre eventos estresantes relacionados con depresión, en estudiantes universitarios.

El objetivo fue conocer los tipos de eventos estresantes que afectan a los estudiantes universitarios que consultan en el programa, y la relación de estos eventos estresantes con el origen y mantenimiento de los trastornos afectivos, en este caso la depresión en especial.

La muestra fue de 249 estudiantes universitarios que consultan el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., por primera vez de los cuales fueron 136 sujetos femeninos correspondió a un 32.53% que cumplieron los criterios diagnósticos para depresión mayor. De edades de entre 17 y 33 años edad.

Se les aplicó una entrevista semi-estructurada para depresión, distimia, ansiedad generalizada y angustia en base a los criterios del DSM - 11 R y la aplicación de las Escalas de Hamilton de depresión (HAM-D) y Hamilton de Ansiedad (HAM-A), previa contestación del grupo de instrumentos auto aplicables que fueron Escala de eventos estresantes de Holmes y Rahe (HR) Inventario de depresión de Beck (IDB) Escala para Ansiedad de Sheehan parte 1 y parte 11 (Sh1) (Sh2).

De acuerdo a la edad se encontró un promedio de edad de 21.91 para mujeres y de 22.32 para varones por lo que no se observo diferencia significativa.

En cuanto a las diversas escuelas y facultades, la prevalencia de casos para depresión mayor se encontró en Ciencias Biológicas con un total de 83 sujetos que correspondió 64 del sexo femenino (77.10%) y 19 del sexo masculino (22.89%). De Ciencias Sociales un total de 55 sujetos correspondió a 32 del sexo femenino (58.18%) y 23 del sexo masculino (41.81%). En Ciencias Fisico Matemáticas 26 del sexo femenino (53.84%) y 26 del sexo masculino (46.15%).

En relación a los resultados de la depresión mayor con respecto al estado civil y sexo, hubo mayor porcentaje de pacientes deprimidos solteros, tanto femeninos como masculinos. 123 femeninos que correspondió a (96.30%) el porcentaje de casados fue escaso tanto femenino, como masculino, en el femenino hubo 5 casos equivalentes a un (3.68%), y masculino 1 caso, equivalente a (1.23%).

El promedio que se obtuvo de las escalas de HAM-D igual a 20.515 y en el IDB se obtuvo valores de 21.442. De acuerdo a las diversas escuelas y facultades se encontró en Ciencias Biológicas 36 sujetos que correspondió a un (43.36%). De Ciencias Sociales, 30 sujetos que fue un (54.54%). Para Ciencias Fisico Matemáticas 26 sujetos que correspondió a (47.28%). Para Preparatoria 5 sujetos, esto es (38.45%).

Los instrumentos empleados para evaluación de eventos estresantes y depresión, se analizaron los datos obtenidos para estadística de resumen, por medio de porcentajes, media y la prueba de contraste paramétrica de ANOVA, efectuando una comparación entre los grupos de acuerdo a edad y sexo de la evaluación global.

Los resultados que se obtuvieron fueron no se observo diferencia significativa de acuerdo a los datos proporcionados por el IDB, HAM-D en correlación con HR.

En edad de 21.91% para mujeres y de 22.32% para varones, por lo que no se observó diferencia significativa. Así el evento mayormente reportado, fueron las situaciones de vínculos afectivos alterados.

Sabemos que el hombre por naturaleza es un ser social que necesita sentirse querido, atendido y el no sentirse aceptado por los demás puede debilitar aún más su estado emocional. El agregarse eventos estresantes nuevos simples o complejos y no estar preparados para éstos, nos hace pensar que su integridad física y emocional puede verse aún más comprometida.

## 2.2 ESTUDIOS REALIZADOS EN PRUEBAS PSICOLOGICAS PARA DETECTAR INDICES DIAGNOSTICOS DE DEPRESION.

Conflictos y defensas similares pueden agruparse en distintas personas así como formas constantes de asignarles significado a los hechos de la realidad.

Estas similitudes se pueden agrupar por cuadros, se aprecian en la producción de las pruebas psicológicas que poseen suficiente sensibilidad proyectiva. A través de las respuestas de los pacientes a los test, se obtienen diferentes indicadores que nos marcan un diagnóstico.

Diversos autores como: Elsa Grassano de Piccolo (1977) Shafer (1984) Portuondo (1973) Rappaport (1975), entre otros autores han utilizado pruebas psicológicas para determinar índices diagnósticos.

Considerando el objetivo de la presente investigación, a continuación se presentan diversos estudios en donde utilizando pruebas psicológicas se identificaron índices de depresión.

El Test de Rorschach además de su gran utilidad en el conocimiento de las características de personalidad y psicodinámica de los individuos, también es un instrumento que resulta ser de mucha ayuda para determinar índices diagnósticos.

Rappaport (1975) propone los siguientes índices diagnósticos de depresión psicótica a través de la prueba de Rorschach.

1. Un F + % 62 de promedio que es bajo para los depresivos (inadecuado análisis de la realidad).
2. Presencia de respuestas sexuales (sentimientos de culpa al respecto, etc).
3. Alguna verbalización desviada (especialmente una peculiar o una confabulación, indicativas del estado psicótico).
4. A veces una C pura (se abren los fuertes impulsos sexuales y agresivos reprimidos). Estas C son por lo regular "sangre" en las láminas II y III.

5. Presentan un promedio de 11 respuestas con 3 fracasos o casi fracasos (inercia, afectiva, pobreza productiva).
6. Pocas W (cuatro) incapacidad para lograr zonas mayores.
7. Elevado F % 84 a 89, con ninguna o casi ninguna M y casi ningún color (inhibición y pobreza afectivas).
8. Se les distingue facilmente de los depresivos neuróticos por los índices psicóticos acumulados ( y por el F + % ).
9. Se les diferencia de los esquizofrénicos por la poca productividad, las escasas verbalizaciones desviadas y la restricción de C a las respuestas de " sangre" corrientes.
10. No obstante, se dificulta diferenciarlos de los esquizofrénicos paranoides muy coartados o de los preesquizofrénicos coartados. (en este caso de deben usar otras técnicas auxiliares).

Elsa Grassano de Piccolo (1977) sugiere los siguientes indicadores de depresión en el Test Desiderativo.

Indicador 1. Cualidades y funciones valoradas y enfatizadas en el objeto.

Habitualmente eligen primero animal, domesticables, poco agresivos, pasivos, cuidados por seres humanos, en una relación de cercanía y contacto corporal; son elegidos por ser buenos y útiles, sin agresión, con capacidad para alegrar a otros y son cuidados y queridos en función de las características anteriores con el contacto con los otros, enfatizan la sensibilidad propioceptiva (contacto suave, caricia, calidez cualidades de tersura del pelaje).

Indicador 2. Cualidades rechazadas en el objeto.

Las cualidades temidas son las relacionadas con la agresión oral sádica o anal. Lo temido es la privación de contacto cercano con el objeto, el rechazo emocional como castigo por la agresión (porque no me querrian, porque me tendrían miedo) y la caída en estados de desvalorización y disminución de la autoestima, por la intensidad de

los sentimientos de culpa (ser basura, cerdo, algo sin valor, que no sirve para nada).

### Indicador 3. Cualidades positivas o negativas omitidas.

Ofrecen descripciones muy teñidas emocionalmente en el sentido de la parcialidad: toman sólo las cualidades del objeto real que se ajusta a esas características y omiten los rasgos agresivos y el sufrimiento implicado en la dependencia o ausencia de autonomía. Omiten tanto las cualidades reales como las necesidades referidas a movimiento, búsqueda de independencia, agresión y dolor por las situaciones de privación y sometimiento. Hay fallas en la capacidad de observar y están relacionadas con el privilegio puesto en la búsqueda de ser queridos y el temor de ser rechazados. El interés está centrado en ser aceptado como objeto y premiado por el afecto; en cambio no privilegian la búsqueda de tipos de vida satisfactoria para el yo. Esto se hace más evidente en selecciones como: un alimento, porque le gustaría a mucha gente, donde la necesidad de ser apreciados anula la percepción de peligro y la necesidad de protección de la propia vida.

### Indicador 4. Pares de cualidades disociadas.

La disociación se establece entre bondad y maldad. Lo bueno implica objetos sin agresión o con agresión controlada, sin movimiento autónomo, dependiente y complaciente. Lo malo, objetos con agresión manifiesta oral (muerde, pincha) o anal explosiva (sucios). Los objetos buenos son objetos controladores de la agresión que premian con afecto y compañía. Los objetos malos son objetos dañados, rotos, moribundos a consecuencia de la agresión y que castigan con el rechazo la privación de afecto o la censura.

### Indicador 5. Especificidad de las fantasías reparatorias y destructivas.

Predomina la confusión de amor con sometimiento y odio con rechazo e indiferencia. La reparación está confundida con sometimiento al objeto, al que tratan de proporcionar el cuidado y el alimento que el yo necesita; por eso domina el deseo de ser buenos, fieles

alegrar al objeto situaciones de dolor, soledad o necesidad. Las fantasías destructivas giran alrededor del temor a destruir con críticas mordaces, hirientes o ensuciadoras.

Indicador 6. Vinculación predominante: con personas. con seres vivos o inanimados.

Las otras personas están siempre presentes como objetos exigentes a los que hay que cuidar, alimentar, alegrar para que premien con amor o con cercanía o para evitar la contraparte, que castiguen con repudio y abandono. Domina la necesidad de aplacar al objeto venciénolo acerca de la "bondad" del yo.

Indicador 7. Defensas dominantes y defensas subyacentes.

- a) Identificación introyectiva patológica: en las negativas tendemos a quedar invadidos y encerrados en la identificación con un objeto atacado, destruido, ensuciado, rata, basura, algo sin valor, tumba, cementerio.
- b) Formación reactiva.
- c) Bloqueo o inhibición del yo.
- d) Defensas maníacas (identificación con el objeto que se da y proyección de la necesidad en el otro).

Indicador 8. Estilo de verbalización.

Participación emocional referida a pérdida de distancia emocional con los símbolos: en las positivas esto se observa en formas verbales que se refieren al objeto en primera persona: yo sería, yo habría, me querrían, y en las negativas, en actitudes de repulsa moral y crítica frente al objeto rechazado (identificación con los aspectos superyoicos censurados). Ofrecen desniveles de productividad y si bien en algunas elecciones muestran capacidad creativa y buena capacidad de simbolización, a través de descripciones vividas emocionalmente, en la mayor parte del test se muestran reiterativos en las racionalizaciones y demasiado polarizados en los rangos de bondad, maldad. Habitualmente puede recuperarse un lenguaje espontáneo y dramático en las negativas en las que puede "depositar" la

"maldad" en el objeto y asumir ellos la conducta moralista y censuradora.

Indicador 9. Punto de fijación dominante.

La ansiedad está relacionada con fantasías oral-sádicas contenidas en vínculos con objetos parciales muertos, moribundos a causa del descontrol y que exigen ser reparados a riesgo de morir y abrumar la culpa al yo, devorándolo desde su interior (autoreproche).

Indicador 10. Delimitación de la fantasía dominante acerca de la satisfacción esperada por el objeto.

El objeto exige el sometimiento masoquista del yo, que implica escisión de la agresión y pérdida de autonomía. Por otra parte, y como meta contrapuesta, exigen altos desarrollos creativos e intelectuales que el yo nunca logra satisfacer. El yo aspira a ser querido por el objeto en función de su bondad y creatividad. Pero la restricción de la agresión y el fracaso de la síntesis ambivalente, privan los logros creativos, y por lo tanto subyacen en forma permanente el peligro de discusión de la autoestima.

Elsa Grassano (1977) sugiere 3 indicadores de depresión en la prueba de relaciones objetales de Phillipson.

Indicador 1. Percepción de la situación de la lámina.

En crisis depresivas clínicas observamos: inhibición y lentificación de las funciones mentales y de la acción. Estereotipia de la ideación. Retardo de los procesos perceptivos y asociativos (bloqueo bajo número de respuestas, lentitud). Pocas asociaciones, descripción pobre del estímulo. En la estructura depresiva el énfasis está centrado en el personaje humano y en alguna emoción a partir de los datos del contexto de realidad.

Las percepciones son buenas, pero en cambio hay gran dificultad para integrar el conjunto perceptual, por las dificultades de síntesis (duelo patológico). Tienden a dar respuestas simbólicas del claro-

oscuro y en algunos casos del color.

Otro fenómeno central en la depresión es la "perdida de la distancia emocional" respecto de la lámina. El paciente "ve" se "reconoce" a sí mismo o a su objeto relevante en la lámina, aunque por otra parte "sabe" que esto no es así (mire esta soy yo, ese es mi padre) o bien la lámina evoca con demasiada emocionalidad recuerdos de situaciones vividas. Esto trae como consecuencia reacciones emocionales intensas (llanto) o por el contrario bloqueos defensivos.

Indicador 2. La gente incluida en la historia y sus relaciones.

a) Grado de humanización de los personajes: depende de la intensidad de la patología. En términos generales son personajes sin fuerza que permanecen en un estado afectivo, sin dolores, al que abandona (no hay explicación de lucha por salir adelante). A medida que progresa la patología, mayor predominio de personas desvitalizadas, sin identidad, sin cuerpo (alma en pena, espíritu) o vendida por fuerzas externas poderosas (desventura, ruina, mala suerte). Los personajes centran su conducta en la esperanza o desesperanza de lograr el amor de objetos necesitados buenos o el temor al rechazo del objeto a raíz de los sentimientos o conductas hostiles que el yo ha evidenciado. Esto lleva a estados de culpa y sometimiento del super yo, expresados en las historias por comentarios exigentes y moralistas.

b) Descripción de la interacción: Acentúan el fracaso de la comunicación o bien describen relaciones idealizadas, pero en general falta de descripción del vínculo, de las razones emocionales por las que los personajes están separados, solos o agobiados. El porqué de la dificultad a enfrentar situaciones externas a los personajes (el destino, la mala suerte, etc.). Las reacciones emocionales de los personajes están bloqueadas.

c) Tema de las relaciones.

1. No hay mucha referencia a sentimientos de interacción (amor, odio, despecho). Se acentúan sólo los sentimientos de soledad, tristeza, esperanza o desesperanza.

2. Los personajes están inmóviles, pasivos, dependientes, generalmente son abandonados y frente a ésto falta protesta o descripción de sentimientos hostiles.
  3. Los objetos más persecutorios se observan depositados en circunstancias más que en seres humanos: la pobreza, la muerte, el desastre.
  4. Hay una importante proporción de personajes muertos moribundos, frente a los cuales otros personajes (el yo) están expectantes.
- d) Actitud yoica.
1. Sentimientos predominantes: desesperanza, desde tristeza, pena y nostalgia hasta resentimiento, sentimientos de inutilidad y odio.
  2. Situaciones temidas: empobrecimiento yoico por pérdida de objetos amados o de situaciones necesitadas (orales). Temor al desamparo.
  3. Situaciones deseadas: receptivas, oral - dependiente, en relación con objetos dadores "salvadores". Relaciones en las que no inter vengan objetos agresivos.
  4. Defensas.
- a) Restricción yoica (inhibición).
  - b) Bloqueo del afecto (expresión de amor por sometimiento y ael odio por desprecio).
  - c) Formación reactiva (frente a la agresión, control de la ambivalencia).
  - d) Identificación introyectiva patológica (personajes que se auto - atacan, no se protegen).
  - e) Defensas maníacas.
- f) Clima emocional: de desesperanza. Esto emana de la producción, no aparece explícitamente dramáticamente ya que los personajes están inhibidos emocionalmente; se infiere por la falta de lucha de los personajes por modificar situaciones de frustraciones y dolor.

### Indicador 3. Estructura de la historia.

#### a) Tipos de historia.

1. Caracterización. Historias cortas, incompletas, vagas, estereotipadas.
  2. Temas.
  3. Interpretaciones simbólicas: (lo negro representa la desesperanza, el agobio, lo blanco; esperanza, una vida mejor).
  4. Soledad y depresión, separaciones.
  5. Temas indicadores de desesperanza: imposibilidad de evitar el fracaso, la ruina, etc. Historias con finalidad moralista (culpa castigo).
- b) Cumplimiento de la consigna: dificultad para diferenciar entre pasado y presente; generalmente no se desarrolla el futuro.
- c) Explicación del conflicto: generalmente hay un estado de ánimo triste, preocupado, desesperado pero no una explicación clara del porqué.

En el HTP Grassano (1977) propone los siguientes indicadores de depresión.

### Indicador 1. Características generales.

Figura humana: figuras débiles, vacías, inseguras y dependientes, pobreza de contenido, mayor preocupación y énfasis en el tratamiento de la cabeza, acentuación de la simetría.

Casa: Simple, vacía, con puertas abiertas, pobreza de contenido.

Arbol: Desvitalizado, tenue, desvalido.

### Indicador 2. Emplazamiento.

Figura humana: Si predominan sentimientos de derrota y fracaso, la figura es dibujada en la parte inferior de la hoja. Si muestran el sometimiento a altas exigencias internas, son dibujadas en la parte superior. Unido a esto la sensación de estar en el aire (inseguridad).

### Indicador 3. Tamaño.

Figura humana: Figuras pequeñas que representan sentimientos de minusvalía.

Casa: Chica.

Arbol: Pequeño.

### Indicador 4. Movimiento y expresión.

Figura humana: Figuras quietas, sin fuerza, con falta de impulso o agotadas. En depresiones intensas: individuos sentados o reclinados brazos atrás de la espalda. Pueden expresar desaliento dibujando primero piernas y pies. Expresión de tristeza, vacío o desaliento.

### Indicador 5. Distorsiones, omisiones, adicciones, énfasis.

Figura humana: Énfasis en la cara y tronco. Puede haber énfasis en la zona de los pechos: carencia oral. Omisión de la boca: autocrítica al objeto o énfasis en la boca.

Cabello desvitalizado, acentuación, simetría y pobreza de contenido.

Casa: Sola, abandonada o con un entorno frío. Preocupación por el techo (sombreado), por la simetría, puertas abiertas pero sin acceso.

Si hay chimenea el humo es tenue y fino.

Arbol: Desvitalizado frutos y hojas ralos, ausentes o caídos, ramas: débiles, hacia abajo, en punta y tapadas con follaje. Raíces: finas. Tronco: sombreado, puede haber marcas, cicatrices. Copa: chica falta de expansión y contacto. Tipo de copa: sauce llorón o copa que comienza en ambos lados.

Indicador 6. Tipo de trazo.

Figura humana: Débil, inseguro, poca diferenciación, presión débil y tenue: dirección hacia adentro. Continuidad cortada y vacilante. Trazos cortos e inhibidos.

Casa: Débil, tenue, con zonas abiertas.

Arbol: Débil, tenue con zonas abiertas.

Shafer (1984). Sugiere con respecto a la depresión que los principales rasgos que hay que buscar en los resultados de las pruebas son: el retraso en la percepción, en la asociación y en los procesos motores, inhibición emocional, frecuentes expresiones de inadaptación, desesperación e irritabilidad o pasividad negativa. Específicamente en la prueba del TAT varias clases de respuestas pueden ser obtenidas.

1. En depresiones profundas la descripción de cada lámina puede ser monosilábica.
2. Otras historias pueden ser agitadas o con reacciones de lágrimas.
3. Historias repletas de interpretaciones simbólicas, girando alrededor de felicidad - infelicidad. Las sombras simbolizan desesperanza y las áreas claras esperanza, éxito y alegría.
4. Historias de crímenes y castigos, culpa y expiación a través del sufrimiento de destrucción.
5. Historias con temas indicativos de desesperanza, aventuras con fracaso, en donde el escape de la rutina es imposible, pérdida de objetos queridos, muerte deseada, etc.
6. Historias cortas, incompletas y estereotipadas. La presencia de historias largas sufieren que el rasgo central del conflicto no es la depresión.

Portuondo (1973) con respecto a la depresión propone los siguientes índices: en el Test de Rorschach.

1. Pocas respuestas (falta de energía psíquica).
2. Tiempo de reacción alargado (tiempo psíquico lentificado).
3. Choque al color o al gris (factores neuróticos ansiosos, depresivos, agresivos, o temerosos).
4. Ausencia de respuestas cromáticas o no más de una (afectividad deprimida o inhibida).
5. M muy disminuida (poca energía mental).
6. Pocas W (incapacidad para construir "todos" mayores, inercia psíquica).
7. Aumento de los Dd (los pequeños detalles consumen menos energía psíquica al no tener que ser estructurados; también pueden ser expresión de la agresividad patológicamente reprimida).
8. F + % alto (su lentitud o inseguridad interiores le permiten captar las mejores formas; buscan seguridad).
9. F % alto (se aferra a lo formal, a lo poco afectivo).
10. De aparecer respuestas sexuales, pueden indicar conflictos o preocupación (sentimientos de culpa) al respecto.
11. Respuestas C' de zona gris (indican ansiedad y depresión).
12. A veces, un porcentaje de popularidad alto (se someten a las normas del grupo para evitar aumentar su malestar; buscan protección).
13. Alto A% (estereotipa).
14. A veces presencia de uno o más fracasos (no logran, por inercia psíquica, encontrar respuestas, son indolentes).
15. Contenido poco variado (sus intereses se reducen marcadamente).
16. Respuestas de S (hostilidad reprimida, ya que el tipo vivencial tiende a la coartación).
17. Presencia de respuestas FK.

TEST DE PSICODIAGNOSTICO  
DE RORSCHACH

El Rorschach es una prueba basada en el estudio de las funciones de percepción y apercepción a través de la interpretación de formas accidentales, simples, plásticas y simétricas. La persona a través de su percepción, refleja la estructura y dinamismo de su personalidad. Así aparecen sobre el fondo de un "experimento diagnóstico perceptivo de la personalidad, sus ideas y sus modos individuales de hacer experiencias y de afrontar la realidad (Hiltman, 1962, p. 173)".

El esquema de los hechos, puede ser el siguiente: al ver las figuras se obtiene una sensación, la cual se integra a nivel funcional en el cerebro, como una percepción, misma que provoca y evoca percepciones previas, anexas (algunas veces no aparentemente) a la que se esta manejando, esta última parte se denomina período asociativo.

Rorschach partió de una suposición, no tan simple como parece: la integración del complejo sensorial, de percepción y asociaciones (a través de engramas). En la enfermedad mental esta integración se altera y cuando esto ocurre es posible computarlo a través de mediciones y de esta forma diferenciarlo de lo normal.

Se requiere para su aplicación, ciertos requisitos tales como una aplicación individual, en un sitio sin ruido, sin otros estímulos que roben la atención, ofrecer el estímulo visual a cierta distancia y una buena disposición del psicólogo.

## CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PRUEBA.

El material básico del test consiste en diseños de 10 manchas de tinta casi simétricas, impresas en el centro de un cartón

blanco, estos diseños son los que el autor de la prueba dispuso al publicarlo en 1921 (Portuondo, 1976, p. 30).

Lámina 1. Es una mancha bastante grande totalmente gris y negra, con cuatro espacios blancos muy visibles. Si se la mira de cerca pueden observarse pequeñas manchitas negras fuera de la extensión de la mancha. El área gris-negra es fácilmente divisible en tres partes: el área central y las dos áreas laterales.

Lámina 2. Es la primera mancha que tiene color (rojo). También difiere de la lámina 1, por ser menos compacta. Esta lámina consta de dos grandes áreas gris-negras; conectadas a éstas, arriba y abajo, hay tres manchas rojas, existen otras tres manchas interesantes en la lámina dos; los espacios blancos en el centro, el área pequeña superior y el área roja inferior; las dos últimas son a menudo asociadas a respuestas sexuales.

En las áreas negras de esta lámina se visualizan tanto figuras humanas como animales, y las figuras muy frecuentemente son vistas en acción.

Lámina 3. Consta de dos áreas de color negro-gris unidas por una porción de gris más clara. Entre estas dos áreas está una mancha roja de forma definida y por encima hay otras dos manchas rojas, en contraste con las láminas 1 y 2 las formas de estas áreas de la mancha se hayan claramente separadas y son altamente sugestivas. Es poco común que un sujeto intente integrar tanto las áreas rojo como las negras en un concepto.

Lámina 4. El material de la mancha aparece como masivo, compacto y sin embargo, vago en su forma esta lámina es toda negra-gris y sumamente sombreada. Debido a su estructura masiva y el sombreado denso resulta siniestra para algunas personas. Otras dos áreas que son fácilmente delineadas son la porción central inferior y la pequeña área central superior, frecuentemente asociadas a respuestas sexuales.

Lámina 5. Debido a su contorno definido y a su color casi enteramente negro, resulta una lámina fácil para la mayoría de los sujetos, por esto ofrece una oportunidad para recuperarse a los sujetos que han sido perturbados por las láminas precedentes.

Lámina 6. Esta lámina es conocida como la lámina "sexual" porque la parte superior es interpretada por muchos como un símbolo fálico. Las cualidades del sombreado de la lámina también son claras y más que en cualquier otra lámina respuestas que incluyen el uso del sombreado. La lámina es frecuentemente vista como una totalidad. Sin embargo, a menudo las porciones superior e inferior son percibidas como unidades separadas.

Lámina 7. En contraste con las láminas 4, 5, y 6 la lámina 7 puede ser descrita como clara etérea. Toda la mancha tiene color gris claro con sólo una área muy pequeña más oscura en la parte central inferior sugiere órgano sexual femenino, la cual ha sido designada por algunos como la "lámina de la madre".

Esta lámina facilita una respuesta a toda el área de la mancha, con frecuencia implicando la percepción de figuras humanas, en acción, especialmente si esta colocada al revés. El color gris claro y los elementos de sombreado de esta lámina sugieren "nubes" "humo" o "mapas".

Lámina 8. Esta lámina es la primera de una serie de tres láminas enteramente coloreadas; sin embargo tienen tonos pastel en vez de rojo brillante de las láminas 2 y 3. es más bien pequeña y compacta; con todo tiene varias áreas definidas y precisas la parte inferior rosada anaranjada y las dos porciones laterales rosadas. Las áreas rosadas laterales son de forma tan definida que casi todo el mundo ve en ellas figuras animales en movimiento. Las demás áreas son utilizadas de muchas maneras diferentes, cuando no son enteramente desatendidas.

Lámina 9. En contraste con la lámina 8, la 9 es grande y vaga en su contorno sin porciones pequeñas claramente distinguibles y con los colores mezclados y el sombreado hacen difícil para algunos sujetos responder a la lámina como un todo o elegir partes de ella para una respuesta. Como resultado, está es la lámina más frecuentemente rechazada.

Lámina 10. Esta lámina se parece a la paleta de un artista llena de colores. Esta lámina es la que tiene más colores que cualquier otra y se hallan distribuidos sobre muchas áreas separadas que en otras láminas.

Esta lámina facilita un número considerable de respuestas animales, muchas es acción. Raramente se visualizan seres humanos, excepto en las áreas rosadas grandes laterales, donde pueden ser percibidas como chupando de algo.

Al administrar la prueba es importante tomar en cuenta los siguientes puntos (Bell, 1978, p. 106).

- Hacer sentir comodo al sujeto.
- Establecer un adecuado rapport o buena relación con el sujeto antes de iniciar la prueba.
- Se presenta cada lámina a su turno, cuidando de no exponer las otras mientras está dando sus respuestas.
- Cuando el examinado ha terminado con la lámina la devuelve al examinador, el cual la coloca cara abajo sobre la mesa.

La consigna de acuerdo con Klopfer es decir al paciente (Bell, 1978, p. 107). " en estas láminas de mancha de tinta, la gente ve toda clase de cosas, ahora dígame lo que usted ve; lo que podría ser esto para usted; en que le hace pensar" durante la prueba el examinador registra:

- Todas las respuestas del sujeto.
- Duración del tiempo transcurrido en las pautas prolongadas entre las respuestas.
- El tiempo total que él sujeto retiene cada lámina (tiempo de respuesta).
- La posición de la lámina durante las respuestas.

Después de esto sigue la interrogación, la cual consiste en averiguar como ha percibido él sujeto la mancha al afectar las respuestas individuales, con el fin de facilitar la clasificación también permite al sujeto aclarar o añadir respuestas espontáneas.

## INTERPRETACION:

Para calificar e interpretar la prueba, Rorschach ideó un sistema en el cual se toman en cuenta, una serie de factores los cuales revelan la personalidad del sujeto, los cuales son:

**Localización:** Este factor se refiere al estudio del conjunto de capacidades de englobamiento, de obtención y captación de detalles, manejo de espacios (con y sin tinta, internos y externos a la figura).

**Determinantes:** Son las características de la mancha usadas, el sujeto en la elaboración de la respuesta, tales como la forma, el color, las propiedades del movimiento y del sombreado. Los cuales pueden ser:

**INTRATENSIVOS:** Referentes a la forma, el movimiento, los planos, las dimensiones, la difusión y los límites.

**EXTRATENSIVOS:** Que nos hablan de la textura, el color, y la falta del mismo en las láminas que cuentan con colorido.

**Contenido:** Este punto incluye tanto respuestas populares como respuestas originales. Con este tipo de respuestas podemos obtener datos acerca del medio socio-cultural del sujeto; de su modo de adquirir y manejar conocimientos de sus grupos sociales, de pertenencia y no pertenencia; de sus capacidades de logro de metas; de sus limitaciones o avances conceptuales (capacidades de asociación, abstracción, creatividad, destructividad, de sus niveles de valoración y adaptación a la realidad).

**Popularidad - Originalidad:** De cada respuestas que él sujeto dé a cada lámina.

La interpretación del Test se basa en la premisa de que las respuestas dependen del campo de la percepción y a percepción más bien que de la imaginación. Las inferencias sobre la personalidad se hacen con base en cómo reacciona el sujeto a las manchas (Bell, 1978, p. 118).

## VALORACION:

A través de esta prueba es posible hacer una descripción significativa de la personalidad y revelar aspectos como: la naturaleza de sus impulsos, sus motivaciones y exigencias impulsivas, su capacidad de controlar esos impulsos, la forma de encarar los problemas, etc.

" El método de Rorschach ofrece un procedimiento por medio del cual el individuo es inducido a revelar su mundo privado" al decir lo que "ve" en las láminas sobre las cuales puede proyectar sus propias intenciones, significación y sentimientos, justamente porque no son objetos socialmente estandarizados o situaciones a las que debe dar respuestas culturalmente prescritas.

### LOS ASPECTOS DE PERSONALIDAD QUE NOS REVELA ESTA PRUEBA SON:

1. Aspectos cognitivos o intelectuales. Como el status y funcionamiento intelectual, tipo de enfoque de problemas, poder de observación, originalidad del pensamiento, productividad y amplitud de intereses.
2. Aspectos afectivos o emocionales. Donde encontramos el tono afectivo, sentimiento de sí mismo, capacidad de responder a otros, reacción al stress emocional y control de impulsos afectivos.
3. Aspectos del mal funcionamiento del yo. Que son la fuerza del yo, sus áreas de conflicto y sus defensas.

En síntesis, este Test, es aplicable para el diagnóstico de la personalidad en todas las edades, desde niño, hasta el adulto.

Generalmente es apropiado para ampliar la medición de la inteligencia, y es especialmente valioso como medio auxiliar confiable en la Psicología Clínica, el diagnóstico de la neurosis y el diagnóstico diferencial psiquiátrico.

#### INDICADORES DE DEPRESION:

Los indicadores de depresión encontrados en el Rorschach fueron descritos por: (Portuondo 1972, Rappaport 1975 y Shafer 1984), de los cuales ellos coinciden en los siguientes:

1. F 80 - 100 % .
2. D  $\leq$  60 % .
3. M ausencia o no más de una.
4. Tiempo del número de respuestas corto.
5. Tiempo de reacción largo.
6. Respuestas abajo de 20 - 15 (total de respuestas).
7. A % alto 50 % .
8. O % de 0 a 10 % .
9. P % alto 30 % .
10. W menor 4 - 5 .
11. Suma de C menor 1.5
12. C pura (sangre) en las láminas II o III.
13. Sucesión rígida.
14. Expresiones de sentimientos de inadecuación.
15. Retraso de procesos perceptuales y asociativos.
16. Críticas sutilmente agresivas ocasionales de la prueba o del examinador.
17. Frecuentes autocríticas y desprecio de sí mismo (baja auto-estima).

Para encontrar rasgos depresivos en una persona, es posible analizar el perfil de la prueba aplicada y encontrar estos indicadores. Que proporcionan un apoyo para el diagnóstico diferencial de esta patología.

En la presente investigación se pretende identificar índices diagnósticos de depresión, aplicando el Test de Rorschach a estudiantes universitarios, tomando como parámetro los indicadores nosológicos que propone Portuondo, los cuales ya fueron mencionados en el capítulo 2.2.

## CAPITULO 1V

### METODO

#### 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La importancia de ofrecer al paciente un diagnóstico preciso que favorezca su tratamiento y con ello su pronóstico lleva a la necesidad de buscar instrumentos psicológicos que resulten adecuados para identificar índices nosológicos.

El Test de Psicodiagnóstico de Rorschach además de ser un instrumento sumamente útil para conocer las características de personalidad y la psicodinámica de los individuos, resulta ser de gran eficacia para precisar diagnósticos. Autores como: Shafer (1954), Rappaport (1975), Portuondo (1976), han utilizado el Rorschach para detectar indicadores de diferentes índices nosológicos.

Considerando que la depresión es uno de los principales padecimientos que presentan los estudiantes universitarios que acuden al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., se pensó en la importancia de determinar con exactitud el diagnóstico a través de la aplicación del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach, de acuerdo a los criterios de depresión que propone Portuondo.

#### 4.2 HIPOTESIS:

Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): No existen diferencias estadísticamente significativas en los índices de depresión obtenidos a través del Rorschach propuestos por Portuondo, y los índices de depresión que se encontrarán en el Rorschach de los sujetos de investigación.

Hipótesis Alternativa: (H1): Si existen diferencias estadísticamente significativas en los índices de depresión obtenidos a través del Rorschach propuestos por Portuondo, y los índices de depresión que se encontraron en el Rorschach de los sujetos de investigación.

#### 4.3 VARIABLES:

Variable Dependiente: Índices diagnósticos que se esperan encontrar sobre la depresión en los estudiantes universitarios al aplicarles el Test de Rorschach, de acuerdo a los índices de depresión de Portuondo.

Variable Independiente: El diagnóstico de depresión que establece el Psiquiatra de acuerdo al DSM - III en los estudiantes universitarios que asisten a consulta al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M.

#### 4.4 DEFINICION CONCEPTUAL:

Depresión: De acuerdo al DSM - III 300.4 trastorno distímico (o neurosis depresiva) factores que determinan el estado depresivo en el sujeto.

#### 4.5 DEFINICION OPERACIONAL:

El sujeto a través de la aplicación del Test de Rorschach es inducido a revelar su mundo privado y decir lo que ve en las láminas, sobre las cuales proyecta sus propias intenciones, significación y sentimientos.

#### 4.6 SUJETOS:

Los sujetos participantes de esta investigación fueron 60 estudiantes universitarios de ambos sexos, de entre 18 y 25 años de edad, los cuales asisten a consulta al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., y que fueron diagnosticados como deprimidos. Los pacientes habrán asistido con su Médico tratante de 3 a 5 sesiones y posteriormente una vez dado el diagnóstico primario por el Psiquiatra y de acuerdo a los criterios del DSM - III fueron remitidos a Psicología para la aplicación del Test de Rorschach.

#### 4.7 MUESTREO:

No aleatorio de tipo intencional y que los participantes contaron con las características específicas de la investigación.

#### 4.8 TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, Exposfacto de Campo.

#### 4.9 DISEÑO:

No experimental de una sola muestra.

#### 4.10 INSTRUMENTOS:

a) El Test de Psicodiagnóstico de Rorschach es una prueba proyectiva elaborada para destacar las características de la personalidad. Las diez manchas que Rorschach desarrollo consisten

en diseños de manchas de tinta casi simétricos cada uno impreso y centrado sobre cartón blanco cuyo tamaño es aproximadamente de 18.5 por 25 cm. Cada diseño de mancha de tinta tiene sus características singulares originalmente indicadas por Rorschach en su Psicodiagnóstico.

Cada mancha debido a sus propiedades individuales de forma, color, sombreado, espacios blancos, etc., tienden a provocar respuestas típicas, estas propiedades singulares confieren a cada mancha su carácter propio lo que ayuda a comprender las reacciones de los sujetos ante las manchas, constituyendo un fondo contra el cual pueden apreciarse las diferencias individuales de respuesta.

El Test de Psicodiagnóstico de Rorschach tiene el propósito de proporcionar una descripción de la forma como reacciona el sujeto a las diez manchas de tinta, así en el protocolo se clasifican las respuestas verbales del sujeto en relación con el material sugerido por las manchas.

En la calificación formal se clasifican cinco categorías:

1. Localización: ¿ Dónde fue visto el concepto en la lámina?.
2. Determinante: ¿ Cómo fue visto el concepto en la lámina?  
¿ Qué cualidades de la mancha lo determinaron?.
3. Contenido: ¿ De que asunto trata el concepto visto?.
4. Popularidad - Originalidad: P - O ¿ Con que frecuencia es visto el concepto por otros sujetos.?.
5. Nivel Formal: ¿Cuál es la exactitud con que es visto el concepto?.

La interpretación dinámica de Rorschach es un proceso complejo. Requiere de conocimientos con respecto a la teoría psicodinámica de la personalidad en general y una experiencia con el método de Rorschach en particular. Debe poseerse una adecuada base psicoanalítica, (dominar las interpretaciones oníricas) y una buena

experiencia en Psicología Clínica por lo menos tres años de trabajo en terapia así también el dominio de la Psicopatología.

- b) Papel rayado para registrar las respuestas del sujeto.
- c) Un reloj pulsera o de mesa con segundero o un cronómetro de detección.

#### 4.11 PROCEDIMIENTO:

El Médico tratante de cada uno de los pacientes fue el indicado para proporcionar el diagnóstico de depresión por medio de los criterios del DSM - III, antes de ser remitidos a Psicología. Para la aplicación del Rorschach, el paciente tuvo que haber asistido a por lo menos 3 y máximo 5 sesiones con su Médico. Una vez que el paciente estuvo en Psicología y después de establecer el rapport adecuado se le otorgaron los datos para cubrir la información de la ficha de identificación, y en seguida se le aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Rorschach. Las instrucciones para la realización de la prueba de Rorschach, se mencionan a continuación.

" Le voy a mostrar diez láminas como esta y su tarea sera simplemente decirme que es lo que usted ve, puede tomarlas con sus manos si lo desea" (Klopfer 1991).

El examinador registra el tiempo en que tarda en contestar el sujeto así como todas las respuestas que este de en cada lámina como son:

1. Localización: Donde fue visto el concepto de la lámina.
2. Determinante: Cómo fue visto el concepto, qué cualidades de la mancha lo determinaron.
3. Contenido: De que asunto trata el concepto visto.
4. Popularidad - Originalidad ( P - O ): con qué frecuencia es visto el concepto por otros sujetos.

Una vez concluida la aplicación del Test de Rorschach a los 60 estudiantes universitarios, se procedió a calificar formalmente las pruebas, para posteriormente realizar un análisis y determinar la presencia o ausencia en sus respuestas, de los índices de depresión propuestos por Portuondo (1976). Los índices que menciona Portuondo se presentan a continuación:

1. Pocas respuestas.
2. Tiempo de reacción alargado.
3. Choque al color o al gris.
4. Ausencia de respuestas cromáticas o no más de una.
5. M - muy disminuida.
6. Pocas - W.
7. Aumento Dd.
8. F + % alto.
9. F % alto.
10. Respuestas sexuales.
11. Presencia de respuestas FK.
12. Alto A % .
13. Presencia de respuestas C'.
14. P alto.
15. Respuestas S.
16. Presencia de uno o más fracasos.
17. Contenido poco variado.

Para poder precisar lo anterior con exactitud se tomó como base los promedios que Klopfer (1991) menciona como los idóneos a encontrar en protocolos de Rorschach de personas sin patología. Partiendo de estos promedios fue posible clasificar en las respuestas de los sujetos de investigación, la existencia o no existencia de los indicadores de depresión que marca Portuondo.

A continuación se realizó el análisis de frecuencia, y se

aplicó la prueba de  $\chi^2$ .

#### 4.12 ANALISIS ESTADISTICO:

Se utilizó el paquete estadístico SPSS, haciendo uso de la rutina análisis de frecuencia y se aplicó la prueba  $\chi^2$ , por el nivel de medición en el que están las variables que se trabajaron.

## CAPITULO V

## RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

A CONTINUACION SE PRESENTAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS  
DE LA INVESTIGACION

CUADRO A. EDAD DE LOS SUJETOS

EDAD	FRECUENCIA	%
18 años	11	18.3
19 años	8	13.3
20 años	3	5.0
21 años	5	8.3
22 años	7	11.7
23 años	9	15.0
24 años	6	8.3
25 años	12	20.0
	MEDIA	D.S
	21.600	2.579

La edad máxima de los sujetos corresponde a 25 años y la mínima a 18 años, con una media de 21.600 y una desviación estándar de 2.579.

CUADRO B. SEXO DE LOS SUJETOS.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SEXO		
MASCULINO	27	45.0
FEMENINO	33	55.0
		100.0 %

El porcentaje de sujetos de sexo masculino fue de 45%, mientras que del sexo femenino fue de 55 % .

Esto nos indica que aunque en un mínimo porcentaje, las mujeres tienden a deprimirse más que los hombres. En base al diagnóstico que previamente realizó el Psiquiatra.

CUADRO C. CARRERA DE LOS SUJETOS

CARRERA	FRECUENCIA	%
MEDICINA	19	31.7
INGENIERIA CIVIL	7	11.7
DERECHO	6	10.0
FILOSOFIA Y LETRAS	5	8.3
PSICOLOGIA	4	6.7
CIENCIAS POLITICAS	4	6.7
TRABAJO SOCIAL	3	5.0
ECONOMIA	3	5.0
ACTUARIA	2	3.3
ARQUITECTURA	2	3.3
CONTADURIA	2	3.3
ADMINISTRACION	1	1.7
INGENIERIA EN COMPUTACION	1	1.7
QUIMICA	1	1.7
TOTAL		100.0 %

Medicina fue la carrera que con más frecuencia se encontró, obteniendo un porcentaje de 31.7 %. seguida por Ingeniería; con un porcentaje de 11.7 % y Derecho con 10 %. El hecho de que la diferencia entre los estudiantes de Medicina que forman parte de la investigación sea tan marcada en relación a las demás carreras, puede deberse a que el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental pertenece a la Facultad de Medicina y en consecuencia los alumnos tienen mayor conocimiento y relación con el Departamento, que los demás estudiantes de la Universidad.

CUADRO D

VARIABLES INDICES DE DEPRESION PROPUESTOS POR PORTUONDO.	FRECUENCIA DE LOS SU- JETOS POR INDICADOR.		Chi X <sup>2</sup>	SIGNIFICANCIA
	AUSENCIA	PRESENCIA		
* POCAS RESPUESTAS.	9	51	29.400	.000
* TIEMPO DE REACCION ALARGADO.	6	54	38.400	.000
CHOQUE AL COLOR O AL GRIS.	32	28	.267	.606
* AUSENCIA DE RESPUES- TAS CROMATICAS O NO MAS DE UNA.	22	38	4.267	.039
* M - DISMINUIDA.	20	40	6.667	.010
* POCAS - W.	8	52	32.267	.000
* AUMENTO - Dd.	0	60	60.000	.000
* F + % ALTO.	18	42	9.600	.002
* F % ALTO.	18	42	9.600	.002
* RESPUESTAS SEXUALES.	60	0	60.000	.000
PRESENCIA DE RESPUES- TAS FK.	32	28	.267	.606
ALTO A %	30	30	.000	1.000
PRESENCIA DE RESPUES- TAS C'	31	29	.067	.796
P - ALTO.	29	31	.067	.796
RESPUESTAS S.	26	34	1.067	.302
* PRESENCIA DE UNO O MAS FRACASOS.	60	0	60.000	.000
CONTENIDO POCO VARIADO.	23	37	3.267	.071

Los indices de depresión que fueron significativos en los sujetos de investigación son diez a lo que propone Portuondo, se señalan con un asterisco en el cuadro D.

La prueba chi  $X^2$  que se utilizó en este estudio, nos dice que el nivel de significancia fue de .05 lo que nos indica que los índices de depresión de Portuondo fueron significativos.

#### ANALIZANDO EL CUADRO D. TENEMOS LO SIGUIENTE:

Portuondo propone para los índices de depresión pocas respuestas: la chi  $X^2$  fue de 29.400 con una significancia de .000 lo que nos dice que de 60 sujetos sólo 9 de ellos tuvieron ausencia de pocas respuestas y los 51 restantes tuvieron presencia de pocas respuestas por lo que este índice es significativo.

Portuondo dice que en los sujetos deprimidos el tiempo de reacción es alargado. La chi  $X^2$  que se obtuvo fue de 38.400 y su significancia de .000 así, de 60 casos 6 de ellos tuvieron ausencia de tiempo de reacción alargado los otros 54 tuvieron presencia de tiempo de reacción alargado.

De acuerdo a Portuondo en los protocolos de los sujetos deprimidos hay ausencia de respuestas cromáticas o no más de una; la chi  $X^2$  que se obtuvo fue de 4.267 con una significancia de .039 lo que nos dice que de 60 casos 22 de ellos tuvieron ausencia de respuestas cromáticas o no más de una y los 38 restantes tuvieron presencia, de respuestas cromáticas, lo que es significativo.

Portuondo propone en el deprimido M - disminuida; la chi  $X^2$  que se obtuvo fue de 6.667, con una significancia de .010 lo que nos indica que de 60 casos 20 tuvieron ausencia de M - disminuida y los 40 restantes tuvieron presencia de M - disminuida, por lo tanto la diferencia es significativa.

Portuondo espera en deprimidos pocas - W; se obtuvo la chi  $X^2$  de 32.267 con una significancia de .000 lo que indica que de 60 casos 8 de ellos tuvieron ausencia de pocas W y los 52 restantes tuvieron presencia de pocas W.

Portuondo propone aumento de Dd; la chi X' que se obtuvo fue 60.000 con una significancia de .000 lo que nos indica que los 60 casos tuvieron presencia de aumento de Dd, y por ello es significativa.

Portuondo propone F + % alto; se obtuvo la chi X<sup>2</sup> de 9.600 y una significancia de .002 lo que se observa que de los 60 casos 18 tuvieron ausencia y los 42 restantes presencia de F + % alto, por lo tanto es significativa.

Portuondo dice que en deprimidos existe un F % alto; se obtuvo la chi X' de 9.600 con una significancia de .002 lo cual indica que es significativa porque 18 casos tuvieron ausencia y 42 de ellos tuvieron presencia de F % alto.

Portuondo propone respuestas sexuales en los protocolos de los sujetos deprimidos se obtuvo la chi X' de 60.000 y su significancia de .000 así en los 60 casos tuvieron ausencia de respuestas sexuales.

Portuondo dice que hay presencia de uno o más fracasos; la chi X<sup>2</sup> que se obtuvo fue de 60.000 y su significancia de .000 por lo tanto se observa que los 60 casos tuvieron ausencia, de presencia de uno o más fracasos.

Los demás índices de depresión que propone Portuondo no fueron significativos.

Como se puede observar de los índices de depresión que propone Portuondo 10 fueron estadísticamente significativos, sin embargo sólo 8 índices confirman lo propuesto por Portuondo y los otros 2 también fueron significativos.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación se acepta la Hipótesis Alternativa que dice (Hi): Si existen diferencias estadísticamente significativas en los índices de depresión obtenidos a través del Rorschach propuestos por Portuondo, y los índices de depresión que se encontraron en el Rorschach de los sujetos de investigación.

10 de los 17 índices de depresión que propone Portuondo fueron estadísticamente significativos, 8 de estos corroboran lo esperado en los sujetos deprimidos, los cuales son los siguientes:

Las pocas respuestas nos indican la baja productividad de la muestra probablemente por su disminuido nivel de energía; del mismo modo, el tiempo de reacción se ve afectado por el estado de ánimo depresivo que bloquea las respuestas inmediatas.

La ausencia de respuestas cromáticas o no más de una nos indican la poca capacidad de los sujetos para expresar en forma espontánea sus emociones y sentimientos al exterior. Lo que les impide establecer relaciones interpersonales adecuadas.

Asimismo la presencia de M reducida indica que los sujetos deprimidos de la investigación tienen dificultad para aceptarse así mismo, a sus propios impulsos y a sus fantasías, así como baja capacidad de empatía y problemas para aprovechar sus capacidades intelectuales.

Por otro lado mientras la W disminuye, los Dd aumentan debido

a que los pequeños detalles implican consumir menos energía psíquica al no tener que ser estructurados.

Los índices que fueron estadísticamente significativos pero que no apoyan lo que Portuondo observe en sujetos deprimidos, son los siguientes:

Se esperaban respuestas sexuales, las cuales no se encontraron en los sujetos de investigación, probablemente debido a su conducta inhibida.

La presencia de fracasos también es considerada por Portuondo como un índice que habla de depresión pero en la muestra este tipo de respuestas estuvo ausente, probablemente debido a que su capacidad para responder a estímulos no está afectada.

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación del Rorschach a sujetos deprimidos se puede concluir que estos presentan las siguientes características de personalidad: tienden a ser introvertidos y a presentar tensión interna lo cual los lleva a solicitar ayuda; presentan necesidades primarias que exigen gratificación inmediata pero que mantienen controladas, por su incapacidad de expresión ya que confían más en su interior que en el exterior. También se fijan pocas metas ya que carecen de energía y como sus capacidades que por el momento no son aprovechadas, esto los lleva a reducir sus intereses, para no tener que enfrentar situaciones desconocidas y así evitar mayor tensión interna.

Aunque no todos los índices que menciona Portuondo fueron significativos, se puede concluir que si existen indicadores nosológicos que pueden ser utilizados en el Rorschach para diagnosticar depresión en estudiantes universitarios, de acuerdo a lo que propone el autor.

## CAPITULO V I I

### LIMITACIONES

La limitación principal de esta investigación fue la ausencia de un valor numerico en los indices de depresión que propone Portuondo; debido a ello, fue necesario tomar como parámetro el promedio esperado en sujetos sin patología que propone Klopfer y de acuerdo a ello decidir la presencia o ausencia de cada uno de los indices.

Otra limitante fue que la selección de los sujetos de investigación, se dió a través de la utilización del DSM - III, debido a que es el manual que emplean los psiquiatras del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M. Sin embargo se considera que existen otros manuales diagnósticos como el CIE 10 que pudieron haber sido más precisos para la selección de la población de la investigación.

SUGERENCIAS

Se sugiere:

1. Replicar la investigación con el propósito de conocer si los resultados pueden generalizarse.
2. Utilizar los índices propuestos por Portuondo, de un diferente diagnóstico con el fin de ampliar el conocimiento de este índice nosológico que el autor también propone.
3. Ampliar el número de sujetos de investigación, para conseguir que los resultados tengan mayor confiabilidad.
4. Realizar una investigación con un grupo de hombres y un grupo de mujeres, para ver si hay o no diferencias en cuanto a los índices de depresión, en relación al sexo.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Armstrong, J; Loewenstein, R: 1990 Characteristics of patient with multiple personality and dissociative disorders of psychological Testing. Jul. Vol. 178 (7), p.p. 448-454.
- 2.- Ames, Louise Bates 1972: El Rorschach infantil, por L.B. Ames y otros 2a. Ed. Buenos Aires: Paidós.
- 3.- Alcock, Theodora 1965: La prueba de Rorschach en la práctica. TR. de Matilde Rodríguez Cabo. México: Fondo de Cultura Económica.
- 4.- Bohm, Ewald Bernhard 1978: El Psicodiagnóstico de Rorschach. Barcelona: Herder.
- 5.- Bejarí Palacios Gloria María 1963: La apreciación de la esfera intelectual con el Psicodiagnóstico de Rorschach a un grupo de adolescentes del Instituto Politécnico Nacional. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- 6.- Bernstein, A. Douglas, Nielzet, T. Michael 1988: Introducción a la Psicología Clínica. Editorial Mc. Graw Hill.
- 7.- Cervera Flores Rosa 1965: El Psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a un grupo de niños mexicanos con alteraciones de la imagen corporal. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- 8.- C.I.E. 10 1992: Trastornos Mentales y del Comportamiento: Organización Mundial de la Salud de Ginebra.
- 9.- DSM III 1983: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- 10.- Espejel Aco Emma 1979: La prueba de Rorschach. Fundamentos generales; 2a. Ed. México.

- 11.- Feinghner, J; Robins, E; Guzz, S; Woodruff, R; Winokur C; Muñoz R 1972: Arch Gen Psychiat. Vol. 26, Jan p.p. 56-63.
- 12.- Fernández Pérez Mariza 1961: El estudio Psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a un grupo de enfermos con úlcera Péptica. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- 13.- Figueroa Paez Miriam Raquel 1995: Depresión en estudiantes universitarios. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología U.N.A.M.
- 14.- Franco Arroyo María Estela 1964: Estudio comparativo entre el Rorschach individual y el Rorschach colectivo a un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología U.N.A.M.
- 15.- Freud, S. (1917) Duelo y Melancolía. Edit. Amorrortu, Vol. 14.
- 16.- García Sánchez Jorge 1993: Un estudio sobre depresión en estudiantes universitarios que asisten a los servicios de Salud Mental y Medicina General dentro del Centro Médico Universitario. Tesis de Licenciatura, Escuela de Psicología, Universidad del Valle.
- 17.- Garfiel, L. Sol 1974: Psicología Clínica. Edit. Manual Moderno.
- 18.- Grassano de Piccolo Elsa 1977: Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas. Ediciones Nueva Visión. Colección Psicología Contemporánea.
- 19.- Heredia Carrillo Nelly Noemi 1962: El Psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- 20.- Hernández García Rosaura 1995: Eventos estresantes relacionados con depresión en estudiantes universitario. Tesis Especialidad en Psiquiatría; Fac. de Medicina, U.N.A.M.

21. - Hernández Sampieri Roberto 1995: Metodología de la Investigación.
22. - Hoffs, Shimanovich 1963: El paciente hipertiroideo a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología U.N.A.M.
23. - Holtzman, Wayne H 1971: Interpretación de Manchas de Tinta. México, Edit. Paidós, 4a. Edición.
24. - Klopfer, Bruno y B. Davidsón, Helen 1991: Manual Introductorio a la Técnica del Rorschach. Edit. Paidós, 9a. Edición.
25. - Loureiro, S; Romaro, R. 1985: A utilização das Técnicas Projectivas, Bateria de Grafismo de Hammer e Desiderativo como Instrumentos de Diagnóstico. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Jul-Sep. Vol. 37 (3) p.p. 132-141.
26. - Mackinnon Michels 1973: Psiquiatría Clínica Aplicada. Edit. Interamericana.
27. - Martínez Castillo Isela 1996: Estudio de los rasgos de personalidad a través de: M.M.P.I. en mujeres adolescentes con intento de suicidio y mujeres adolescentes sin intento de suicidio. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
28. - Mitrofan, I; Mitrofan, N 1981: Configuratii Psihopatologice specifice in Schizofrenie, relevate prin Testul Luscher. Revista de Psihologie: Jul-Sep Vol. 27 (3), p.p. 317-332.
29. - Nuñez Rafael 1954: El Psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a niños. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
30. - Pascual del Roncal Federico 1949: Teoría y práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach. México, University Society, Mexicana.
31. - Pérez Acuña Patricia Guadalupe 1987: Detección de índices patológicos de la personalidad mediante la aplicación del Test de Rorschach a un grupo de menores infractores. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.

- 32.- Pérez Uribe Graciela 1970: Aspectos diferenciales entre un grupo de niños normales y un grupo de niños deficientes mentales a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. Tesis de Licenciatura Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- 33.- Portuondo Juan A. 1972: Interpretación Psicoanalítica del Psicodiagnóstico de Rorschach. (Ejemplos de respuestas) Biblioteca Nueva Madrid.
- 34.- Portuondo Juan A. 1976: El Psicodiagnóstico de Rorschach en la Psicología Clínica. Biblioteca Nueva Madrid.
- 35.- Portuondo Juan A. 1971: Test proyectivo de Karen Machover. Biblioteca Nueva Madrid.
- 36.- Rangel Bazúa María Socorro 1963: Resultados del Psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a un grupo de epilépticos. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- 37.- Rappaport D. 1975: Test de diagnóstico psicológico. Edit. Paidós.
- 38.- Rappaport D. 1977: La personalidad del adolescente de 13 a 25 años. Edit. Paidós.
- 39.- Rausch de Trautenberg, Nina 1977: La práctica del Rorschach. Nueva Madrid P. del Río.
- 40.- Rocha Becerril Hugo 1993: La depresión en los estudiantes universitarios. Tesis de Licenciatura, Escuela de Psicología, Universidad del Valle.
- 41.- Rorschach Herman 1976: Test de Psicodiagnóstico de Rorschach. Edit. Manual Moderno.
- 42.- Ruiz Llanceza Manola 1961: La aplicación colectiva del Psicodiagnóstico de Rorschach a adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- 43.- Schachter M. 1969: Introducción al Psicodiagnóstico de Rorschach. Buenos Aires Edit. Paidós.

- 44.- Shafer R. 1954: Interpretación Psicoanalítica del Test de Rorschach. Edit. Paidós.
- 45.- Schewenkmezger, P. Schmidt, L. Weiner, W. Hacker, H. P. 1987: differentiation between psychiatric diagnostic groups by means of objective personality Test. Nervenarzt: Jun. Vol. 58 (6) p.p. 349-357.
- 46.- Solomon Philip y Patch D. Vernon 1972: Manual de Psiquiatría  
Edit. Manual Moderno.

A N E X O .



I



II



III



IV



V



VI



VII



VIII



IX



X

