

# INDICADORES DE PERSONALIDAD DE LOS SUJETOS CON TRASTORNO DE PÁNICO EN LA TÉCNICA DE RORSCHACH

**Osniel Márquez Pérez**

*Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río*

**Armando Alonso Álvarez**

*Facultad de Psicología, Universidad de La Habana*

## Resumen

El trastorno de pánico está ampliamente referido en la literatura, aunque apenas se encuentran estudios vinculados con la técnica de Rorschach. El objetivo del artículo es ofrecer una caracterización de la personalidad de diez sujetos que padecen trastorno de pánico, a través de la técnica de Rorschach. Se utilizó también la entrevista para conocer las características clínicas esenciales de la problemática presentada. Para la selección de la muestra se emplearon los indicadores del trastorno de pánico de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para el análisis e interpretación se parte del sistema de Klopfer, sobre todo en la codificación y en las fórmulas empleadas aunque se realiza un análisis descriptivo y cualitativo (fenómenos especiales y análisis de contenido), en esencia apoyado en una concepción dinámica, no psicoanalítica. Las variables de personalidad analizadas en la muestra fueron: tono afectivo general, relaciones interpersonales, necesidades expresadas, áreas de conflicto, imagen de sí, percepción del medio ambiente y de figuras significativas, y sentido de realidad. Se concluye que existen dificultades en todas las variables estudiadas.

**Palabras claves:** trastorno de pánico, técnica de Rorschach

## Abstract

*The panic disorder is broadly referred in the literature although there are few studies linked with the Rorschach technique. The objective of the article is to offer a characterization of the personality of ten patients that suffer panic disorder, through the technique of Rorschach. It was also used the interview to know the essential clinical characteristics of the presented problem. For the selection of the sample were used the indicators of panic disorders from the International Classification of Illnesses. For the analysis and interpretation was used Klopfer's system, mainly in the code and formulas although was carried out a descriptive and qualitative analysis (special phenomena and content analysis), essentially in a dynamic conception, not psychoanalytical. The variables of personality analyzed in the sample were: general affective tone, interpersonal relationships, expressed necessities, conflict areas, self image, perception of the environment and of significant figures, and sense of reality. We concluded that exist difficulties in all variables.*

**Key words:** panic disorder, Rorschach technique

## Consideraciones teóricas

El Trastorno de Pánico constituye en nuestros días unos de los desórdenes de ansiedad más angustiados para las personas que lo padecen. La palabra pánico significa "miedo grande" y deriva del griego *panikon*, "terror causado por Pan". El dios Pan era, en la mitología griega, una divinidad silvestre, representada por una figura, mitad hombre y mitad macho cabrío, que se ocultaba en los

bosques y en las proximidades de las fuentes, y a quien se le atribuía los ruidos que retumbaban en montes y valles, y también el perseguir a las mujeres y el dispersar a la gente (Chiozza y colaboradores, 2004).

Según el diccionario de la Real Academia Española (Madrid, 2001) el término pánico significa miedo grande o muy intenso. El miedo puede definirse como una experiencia humana común, relacionada con un mecanismo de supervivencia de la especie, que surge ante una situación de peligro o amenaza, sea esta real o imaginaria (Beck, 1985).

Como señalan Mariano y Bulacio (2005) la conceptualización del trastorno de pánico ha ido evolucionando a través del tiempo.

En 1894 Freud definió los ataques de ansiedad –lo que hoy llamamos ataques de pánico– como el inicio repentino de un estado de intensa ansiedad, acompañado de miedo a morir y de alteraciones fisiológicas (en la respiración, la actividad cardíaca, etc.). Freud fue el primero en señalar la relación existente entre las crisis de pánico y la agorafobia, explicando que la agorafobia suele iniciarse tras la experimentación de estas crisis y que lo que realmente el paciente teme es volver a sufrirlas en situaciones en las que cree que no podría escapar (Freud, 1973).

Esta formulación es muy similar a la visión moderna del trastorno de pánico y la agorafobia. Freud consideraba que la ansiedad (lo que hoy llamamos ansiedad generalizada) y los ataques de ansiedad (crisis de pánico) solo se diferenciaban en el grado de intensidad, es decir, la diferencia era sólo cuantitativa. Esta visión de la ansiedad como un continuo fue aceptada hasta finales de los años 50, en que empezó a cuestionarse.

La conceptualización de las crisis de pánico como cualitativamente diferente a la ansiedad generalizada fue recogida por el DSM-III (APA 1980) en el que, por primera vez, aparecía el pánico como un trastorno con entidad propia (cit. por Roca y colaboradores, 2002).

En el DSM-IV (1994) desaparece el término neurosis y muchas de las formas clínicas incluidas en él se encuentran en un nuevo apartado con el término de trastornos de ansiedad y se amplía con respecto a las clasificaciones anteriores con nuevas categorías (estrés agudo, trastornos de ansiedad debidos a enfermedades médicas, trastornos de ansiedad inducidos por sustancias). Asimismo, la agorafobia se subordina al trastorno de pánico, si bien puede existir una agorafobia sin historia de pánico.

La CIE-IO (1992) clasifica todos estos cuadros en el epígrafe común de los “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, pero diferenciando los trastornos de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo) de los trastornos de ansiedad fóbica.

En los últimos años, el trastorno de pánico se ha convertido en un tema de gran interés para los investigadores y ha llegado a ser el trastorno de ansiedad que cuenta con un mayor número de investigaciones y publicaciones en la literatura especializada (Botella, 2001). Muchas investigaciones clínicas se iniciaron a raíz de su inclusión en el DSM-III en 1980, lo que suponía el disponer de criterios diagnósticos, objetivos y consensuados, que facilitaban la investigación.

Otras razones importantes que justifican el aumento del interés por la investigación de este trastorno son las que fundamentan algunos autores como Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993), insistiendo en la conveniencia de considerar el trastorno de pánico (TP) como un importante problema de salud pública; para hacer esta afirmación estos autores esgrimen una serie de razones: en primer lugar, la existencia de datos epidemiológicos alarmantes, ya que una serie de estudios ponen de manifiesto que alrededor de un 10% de la población general ha experimentado, al menos, ataques de pánico ocasionales; además, en un 5% de los casos el problema es tan grave que se cumplirían los criterios para poder establecer el diagnóstico de TP (con o sin agorafobia). En segundo lugar, aunque el curso del trastorno puede fluctuar, tiende a ser crónico y el pronóstico a largo plazo, sin un adecuado tratamiento, es peor que el de la depresión mayor. En tercer lugar, con frecuencia, junto al TP, se observa la presencia de otros problemas como alcoholismo, abuso de drogas y depresión mayor.

Estos problemas limitan la calidad de vida de los pacientes, ejercen un importante impacto sobre el ajuste marital y la independencia económica y minan su sensación de autoeficacia, con las importantes consecuencias negativas que todo ello supone (Weissman, 1991).

Compartimos el criterio de González (2003), de que el pánico es una exacerbación de la ansiedad y no un trastorno independiente. Valoramos críticamente (Alonso, 2007) la proliferación de categorías diagnósticas, al considerar conductas atomísticas, como entidades independientes, lo que es expresión de un enfoque conductual en el diagnóstico, lo cual favorece la utilización de psicofármacos específicos en su tratamiento.

Si bien aparece en la literatura sobre la técnica de Rorschach (Pardillo y Fernández, 2001; Prates y Miranda, 2001; Díaz y Alonso, 2002) distintos indicadores sobre la neurosis de ansiedad –aumento del movimiento inanimado (m), presencia de respuestas de clarooscuro, aumento de las respuestas de movimiento animal (FM), shock al gris y al color, etc.– no encontramos estudios específicos sobre los indicadores presentes en el trastorno de pánico.

Este trabajo aporta desde el punto de vista diagnóstico, la descripción de los indicadores de la personalidad presentes en el pánico a partir de la prueba de Rorschach. Legítima la utilización de un instrumento en la evaluación de los indicadores clínicos del trastorno de pánico, favoreciendo el proceso diagnóstico de esta entidad en nuestro contexto. Como todo estudio pionero esperamos que sea una fuente de impulso para futuras investigaciones en esta área, adquiriendo una mayor profundidad en la comprensión del funcionamiento de estos pacientes, y que dicho conocimiento, por mínimo que parezca, se transforme en poder terapéutico, tributando con ello a una mejor calidad de vida de los sujetos que padecen esta patología, razón de ser de todo profesional de la salud.

### **Metodología**

El objetivo de la investigación fue conocer algunos indicadores de la personalidad de los sujetos con trastorno de pánico a través de la técnica de Rorschach.

La muestra estuvo conformada por diez pacientes diagnosticados con Trastorno de Pánico, cuatro (40%) del sexo masculino y seis (60%) mujeres. La edad media es de treinta años con un nivel de escolaridad distribuido de la siguiente manera: seis (60%) con doce grado, dos (20%) con Técnico Medio y dos (20%) universitarios. La mayor parte de los pacientes trabaja (80%) y un elevado número son solteros (60%). Los criterios de exclusión tenidos en cuenta fueron: pacientes con déficit intelectual o deterioro cognitivo y pacientes con nivel de funcionamiento psicótico.

El primer paso de la investigación consistió en la búsqueda de los pacientes diagnosticados con trastorno de pánico, realizando para ello varias acciones. Una de ellas fue realizar un programa en la televisión pinareña sobre las fobias en el espacio *Entre nosotros*. En él se describían las características clínicas y psicológicas de las fobias y su diferencia con algunas patologías como el Trastorno de Pánico, dando la posibilidad a la población, que se identificara con estas problemáticas, de recibir tratamiento contactándonos a partir de distintas vías socializadas (teléfono, centro de trabajo). Otro de los procedimientos fue el contacto mantenido con colegas y otros especialistas vinculados a la clínica, a partir de casos que les llegaban a consulta y que se ajustaban a las pautas diagnósticas del trastorno de pánico. La vía principal fue la de pacientes que estaban siendo atendidos en diversos Centros de Salud ubicados en las provincias de Pinar del Río y La Habana.

Se partió de los indicadores del trastorno de pánico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992). Para un diagnóstico definitivo deben:

- a) presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes,
- b) en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo,
- c) no deben presentarse solo en situaciones conocidas o previsibles,
- d) en el período entre las crisis, el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad

aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Con los sujetos se trabajó de forma individual y en adecuadas condiciones de privacidad. Fue solicitado el consentimiento para la investigación.

Se utilizó la entrevista, enfocada a los aspectos clínicos para confirmar el diagnóstico de los sujetos estudiados, y también para realizar el examen de las características esenciales de la problemática presentada.

La técnica de Rorschach consistió en el instrumento básico de análisis. Esta es una de las técnicas más utilizadas en la práctica clínica. Consiste en diez manchas simples con ritmo espacial, simétricas sobre fondos blancos, cinco acromáticas (negra y blanca) y cinco cromáticas (dos bicromáticas, roja y negra y tres policromáticas). Las ideas teóricas generales que sirven de sustento a la prueba giran alrededor del concepto de apercepción, el sujeto interpreta a partir de sus engramas, de su experiencia emocional y perceptiva. Se parte del sistema de Klopfer, sobre todo en la codificación y en las fórmulas empleadas aunque se realiza un análisis cualitativo (fenómenos especiales y análisis de contenido), apoyado en principio en una concepción dinámica, no psicoanalítica.

Los resultados de esta investigación son producto de un análisis esencialmente descriptivo y cualitativo.

### **Analisis y discusión de los resultados**

El análisis de los resultados a partir de la entrevista nos permitió concluir que la edad de aparición de los primeros síntomas de pánico tiende en general a ubicarse en la juventud. La sintomatología asociada a las crisis es muy florida, asociándosele pensamientos irracionales en torno a la muerte lo cual le genera muchos sentimientos de vulnerabilidad y preocupaciones por la salud en los pacientes. El curso de la enfermedad tiende a la cronicidad con un deterioro considerable de la actividad social y laboral de los sujetos. Existe una tendencia al desconocimiento por parte de la muestra de la etiología de la perturbación atribuyéndole causas corporales a sus síntomas.

La disfuncionalidad en la familia de origen juega un papel fundamental como determinante clave de la personalidad alterada en los pacientes. La insatisfacción de la necesidad de seguridad y afecto en etapas infantiles conlleva a un desarrollo anómalo de la personalidad influyendo en la alteración de un conjunto de mecanismos autorreguladores de la personalidad como: el carácter patológico de la necesidad de seguridad y afecto, siendo rectoras en la vida de los individuos, y adquiriendo un carácter inconsciente, lo cual conlleva al pobre autocontrol del comportamiento, a la imagen deteriorada y lastimosa que tienen de sí, generándoles variados conflictos en sus relaciones interpersonales sin encontrar adecuadas soluciones.

Las conductas de evitación y escape son los mecanismos de enfrentamiento más empleados por los casos. Los conflictos con la pareja, la muerte paterna, la enfermedad o muerte de algún allegado, el nacimiento de un hijo, así como los problemas socioeconómicos son los factores actuales que en relación con las alteraciones de la personalidad precipitan la eclosión de las primeras crisis.

Los indicadores de personalidad estudiados en la muestra a través del test de Rorschach fueron: tono afectivo general, relaciones interpersonales, necesidades expresadas, áreas de conflicto, imagen de sí, percepción del medio ambiente y de figuras significativas, y sentido de realidad.

#### **1. Tono afectivo general**

A partir del análisis cuantitativo y cualitativo de los protocolos podemos decir que la totalidad de los pacientes son sujetos en los que predomina la ansiedad como rasgo observable a través de la excesiva manipulación de las láminas, sobre todo en las acromáticas, y el empleo de respuestas de claro oscuro (Fc, Fk, FK y KF) en sus protocolos. Otro indicador que denota la angustia característica de estos sujetos y que aparece de manera acrecentada en un 70% de los protocolos, es el shock al gris. Los indicadores de miedo estuvieron presentes a través de respuestas de máscaras y en el shock al color, aunque no fueron relevantes.

Si bien la capacidad de responder a los estímulos emocionales (Resp. VIII-X / Total R) está presente en un 90% de los casos, existen problemas con la afectividad cuando analizamos las relaciones entre FC/ (CF+C) como indicador del control emocional. En un 50% de los casos es característico la escasez o ausencia de respuestas de color (FC, CF, C), denotando la pobreza de su vida emocional, lo cual es compatible con lo señalado por distintos autores (Pardillo y Fernández, 2001; Prates y Da Gloria, 2001; Díaz, 2002) en relación al comportamiento general de este indicador en protocolos de sujetos neuróticos. En tres de los pacientes estudiados se observa una tendencia al descontrol emocional (FC<CF).

El análisis de contenido de los protocolos ofrecidos por estos pacientes también nos indica la labilidad afectiva, tal es el caso del sujeto #4 donde se percibe en sus respuestas la tendencia a dar movimientos contrapuestos (*“pájaro en vuelo”, “como mosquito cayendo”, “fuegos artificiales”*). Asimismo en la sujeto #3 encontramos respuestas como (*“Cuando algo explota”, “estallido”, “emergencia”*), que nos corrobora esta desorganización emocional.

También, en estos casos, el empleo del movimiento proyectado como fenómeno especial corrobora este indicador, (*manos como si fueran a ahorcar a alguien*) denotando un síntoma de liberación de impulsos, o sea, control muy precario de la agresividad.

El control excesivo sobre las emociones solo se evidenció en un caso, al dar en sus protocolos varias respuestas FC en ausencia de CF+C.

	Frecuencia	%
Control emocional adecuado	1	10,0
Control excesivo	1	10,0
Débil control emocional	3	30,0
Pobreza emocional	5	50,0
Total	10	100,0

Tabla 1. Control emocional (FC/(CF+C))

En un 40% de los casos estudiados la afectividad está muy marcada por la vivencia de preocupación en relación a los síntomas de las crisis, esto se expresa en la marcada descripción e identificación de sus respuestas, de contenido anatómico y rayos X, con las partes de su cuerpo (se tocan, gesticulan y utilizan la referencia personal en sus respuestas como fenómeno especial).

## 2 -Capacidad de responder a otros

Se comprobó a partir del grado de reactividad manifiesta (Suma C), como en el 90% de los casos existe poca capacidad de respuesta a las influencias ambientales, al estar este valor por debajo de tres.

	Frecuencia	%
Reactividad normal	1	10,0
Escasa capacidad de respuesta emocional	9	90,0
Total	10	100,0

Tabla 2. Grado de reactividad manifiesta (Suma C)

En cuanto al tipo vivencial predominó el coartativo (70%), indicando rigidez y constricción en la capacidad de responder y comprometerse con el mundo externo, así como una pobre vida interior.

	Frecuencia	%
Introversivo	2	20,0
Extratensivo	1	10,0
Coartativo	7	70,0
Total	10	100,0

Tabla 3. Tipo Vivencial (M/Suma C)

Al analizar el contenido de las respuestas observamos en un 70% de los casos dificultades en las relaciones interpersonales. En este sentido se ofrecen respuestas parahumanas (H), que denotan la incapacidad de identificación con personas reales y la falta de empatía con las personas. En el caso del sujeto #6 ve: *“Bestia, terror”*; en el caso del sujeto #4 da respuestas como: *“foto de una extraterrestre”, “imagen de un extraterrestre”, “cuerpos de ángeles”, “dos seres: hombres o animales”, “niño con alas”*; en el caso del sujeto #5 ve *“duende”, “figura caricaturesca”, “monstruo”*. Aparecen también las respuestas de máscara aunque en menor número.

Por otra parte, se observa una tendencia por parte de los sujetos hacia la agresividad a través de la valoración de los contenidos, como por ejemplo: el sujeto #3 ve: *“Dragón”, “Lava”*, el sujeto #4 ve: *“tarritos, un poco amenazante por las puntas”, “nariz afilada”, “dientes afilados” “la cima por la punta, pico”*; el sujeto #5 ve *“Tentáculos”, “animal con pezuñas”*, Sujeto #6 ve: *“fiera”, “lobo”, “cangrejo”*, el sujeto #7: *“especie de unos dientes” “cara de un animal raro, malo”*). Esta agresividad se representa mucho más marcada, aunque con menor frecuencia, a partir del empleo de la hostilidad como fenómeno especial en un 50% de los sujetos.

Resulta destacado el acrecentado empleo de diminutivos en las respuestas de la totalidad de los pacientes. Esto nos indica la inmadurez y la puerilidad característica en el modo de relación de estos sujetos con los demás. También encontramos en un alto por ciento de los casos rasgos de rigidez (predominio de la simetría como fenómeno especial), de dependencia (empleo de la adhesión), de inseguridad en el predominio de aclaraciones y en el empleo de respuestas “O”.

### 3 - Necesidades expresadas.

El predominio de la adhesión como fenómeno especial en las respuestas ofrecidas por los pacientes, resulta revelador de imperiosa necesidad de dependencia y seguridad que rige el comportamiento de estos. Este fenómeno se expresa en respuestas como por ejemplo, en el sujeto #1: *“Dos hombres dándose las manos, sentados, con los muslos casi pegados”, “Nubes pegadas”*, en el sujeto #5: *“como si fuera un bastón”, “bailando con cabeza pegada” “niños encima de algo”*; sujeto #4: *“dos cuerpos de ángeles que se entrelazan” “dos cuerpos ayudándose a cargar el peso de la vida”*; sujeto #7: *“dos pingüinos recostados de espalda”, “dos perros juntos”*). Esta marcada expresión de la necesidad de apoyo y seguridad puede estar muy relacionada con la demanda excesiva de ayuda de estos pacientes hacia sus familiares por su personalidad, que se agudiza por el temor que le generan las crisis de pánico.

La proporción  $(FK+Fc)/F$  se vincula con la organización de la necesidad afectiva (Klopfer y Davidson, 1971). El análisis de la relación entre estas categorías nos indica que en un 50% de los casos existe una tendencia hacia la negación o represión o falta de desarrollo de la necesidad de afecto, lo cual puede constituir un obstáculo en la adaptación en general de estos sujetos. En cuatro de los pacientes la proporción implica que poseen una capacidad de respuesta sana a las otras personas y no son excesivamente sensitivos ni dependientes, y solo en un sujeto la necesidad de afecto es abrumadora pudiendo amenazar el resto de la personalidad.

	Frecuencia	%
FK+Fc aproximadamente 1/4 a 3/4 de F	4	40,0
FK+Fc excede las 3/4 de F	1	10,0
FK+Fc menor que 1/4 de F	5	50,0
Total	10	100,0

Tabla 4. Organización de la necesidad afectiva (FK+Fc)/F

La escasez o ausencia en siete de los casos estudiados de respuestas M en sus protocolos nos impidió el análisis de la proporción M/FM como indicador del manejo en la satisfacción de las necesidades de los individuos. Esto nos confirma lo reportado por diferentes autores (Pardillo y Fernández, 2001; Molly Harrower citado por Coelho, 2006) en torno a las características del protocolo de los trastornos neuróticos en general, donde las respuestas de movimiento animal (FM) son superiores en número a las respuestas de movimiento humano (M), indicando la ausencia de reflexión, el predominio de lo inconciente, la inmadurez, el descontrol y la impulsividad.

#### 4 - Áreas de conflicto.

La ya referida escasa capacidad de respuesta a las influencias ambientales (suma C), en la totalidad de los pacientes, así como el empleo de respuestas de máscara y contenido parahumano y agresivo, denotan lo conflictivo que resulta para ellos las relaciones interpersonales.

El acrecentado empleo de respuestas de rayos X (Rx), así como de contenido anatómico en el protocolo de algunos pacientes (4) nos sugieren las preocupaciones hipocondríacas como fuente generadora de malestar. Ejemplos de respuestas que reflejan estas preocupaciones tenemos: *“mancha en pulmones”, “caja torácica del ser humano”, “Parte del esqueleto humano”, “Hueso que une la cadera”, “tórax”, “TAC cervical”, “como una placa”, “Cuando se hace un ultrasonido”, “placa de pulmones”*. Esto está relacionado con las crisis de ansiedad y la hipervigilancia en torno a los síntomas vegetativos.

También encontramos conflictos en torno a la sexualidad en algunos sujetos (4) dada la perseveración en estos protocolos de respuestas sexuales. Por ejemplo, en la sujeto 6 observamos ciertas temores y disfunciones en esta área al analizar su contenido *“una vagina por el color a sangre”, “Cuello del útero abajo u ovarios de una mujer abajo”, “la vagina cerrada casi exacta”*. Este análisis nos lleva a posibles insatisfacciones en su relación de pareja.

En el caso de la paciente #3 identificamos preocupaciones alrededor de la maternidad. Estas angustias alrededor de la concepción se expresa en conceptos tales como: *“descendencia”, “concepción”, “los muslos de una mujer dando a luz o a punto”, “creación, gestación”* y analizando la secuencia de las respuestas nos muestra como en láminas anteriores a estas vio *“Gemelos”*, los cuales despersonaliza otorgándole el nombre del *“Jin y el Jan”*., es decir, se trata de un contenido parahumano (H) y que refleja la percepción distorsionada en torno a la maternidad producto a la proyección de sus temores en esta esfera.

#### 5 - Imagen de sí.

El análisis de la solidez de las ambiciones intelectuales (W/M) nos mostró como el 30% de la muestra el nivel de aspiraciones es muy alto en relación a sus posibilidades reales, tal y como se muestra en la tabla que sigue, pudiendo indicar objetivos y metas aún sin cumplir por estos sujetos. En los restantes pacientes este análisis nos resultó imposible dada la escasez de respuestas de M.

	Frecuencia	%
Nivel de aspiraciones demasiado alto (W>2M)	3	30,0
Pobreza de M	7	70,0
Total	10	100,0

Tabla 5. Solidez de ambiciones intelectuales (W/M)

En el 30 % de los sujetos estudiados se observa una preocupación por la impresión que producen a los demás a través del uso del reflejo como fenómeno especial en sus respuestas, como por ejemplo, el sujeto #2: *“alguna imagen que se ve de un espejo”, “dos gusanos como si estuvieran reflejándose”, “Una imagen que se refleja en un espejo”*. La perseveración de este tipo de fenómeno nos indica los problemas de este paciente con su identidad, con sentimientos de inferioridad en torno a su imagen, pues muy pocas veces define el contenido que percibe, y cuando lo hace, ve animales, en este caso gusanos.

La endeble estructuración de la identidad en cuatro de estos pacientes se puede visualizar en la pinacoteca, específicamente en las dificultades en la elección y argumentación de la lámina “Yo”. En este sentido encontramos como el sujeto #1 no logra elegir ninguna lámina al presentarle esta tarea. La sujeto #7 elige la lámina VI y justifica: *“es la más compacta, que no quiere decir muchas cosas, que no expresa mucho”* indicando sus sentimientos de inferioridad y de baja autoestima.

Además se comprobó la buena identificación sexual en un 90% de la muestra, lo cual se constata en la capacidad de determinar si las figuras humanas que visualiza en las láminas son masculinas o femeninas. Solo en un caso, sujeto #1 observamos problemas en cuanto a la identificación ya que presenta en la lámina “Yo” dificultades al dar su respuesta, y su elección es la lámina III en la cual le cuesta precisar si es hombre o mujer lo que ve, y en la lámina sexual selecciona la X, la I, la IV, la II y VII, las cuales resultaron desagradables para el sujeto en el protocolo.

#### 6 - Percepción del medio ambiente y de figuras significativas.

Es muy relevante la tendencia de los sujetos a percibir el medio en el que se desenvuelven como hostil, lo cual se expresa en respuestas cuyo contenido apuntan hacia la agresividad, por ejemplo en el sujeto #1: *“alacranes”, “tenazas”, “espada”, “como algo que está agarrándolo por el cuello”*; en el sujeto #4: *“tarritos, un poco amenazante por las puntas”, “nariz afilada”, “dientes afilados” “la cima por la punta, pico”*; en el sujeto 5: *“animal con pezuñas”, “oso hormiguero como si fuera un monstruo”*; sujeto #7: *“en los bordes una cara de una animal raro, malo*). Estas respuestas como ya habíamos dicho denotan la existencia de presiones y temores hacia el ambiente y que se corrobora también con la empleo de la hostilidad como fenómeno especial en un 60% de estos pacientes.

En el análisis de la Pinacoteca se visualizan en un 70% de la muestra conflictos hacia la figura paterna. Estos conflictos se expresan en dificultades en la elección de la Lámina “Padre”: aumento del tiempo de reacción en la elección de la lámina, manipulaciones excesivas de la lámina, elecciones de láminas donde habían presentado dificultades en dar las respuestas en el protocolo y cuyos contenidos eran ambiguos “animal u hombre”. Estos conflictos están centrados en la demanda de afecto hacia los padres, la percepción del padre como figura fuerte y agresiva y el incumplimiento de su rol para con la familia, por ejemplo: el sujeto #8 al elegir la lámina IX como la Padre, argumenta su elección por el sentimiento de ausencia que le genera, lo cual se corrobora en el tiempo de reacción tardío y el contenido de la respuesta dada ante esa lámina durante el protocolo, donde en la figura no define hombres o animales (H) y la demanda de apoyo queda implícita: *“ayudándose a levantar el peso, como la carga de la vida”*.

#### 7 -Sentido de la realidad

Este indicador de personalidad fue evaluado a partir del índice de realidad (Populares en láminas. 3, 5, 8,10). En este sentido observamos como en seis de los casos este valor se encuentra según lo

esperado (>5), indicando la capacidad para evaluar realísticamente conductas, pensamientos y afectos de las normativas sociales. En los restantes cuatro casos este indicador osciló alrededor de los 4 y 5 puntos, comportándose en tres sujetos en el límite y solo en un caso con un débil vínculo con la realidad.

Al analizar las formas bien vistas (F+%) y las mal vistas (F-%) como indicador de vínculo con la realidad, solo en dos sujetos aparecen en su protocolos una F-, lo cual puede aceptarse, en los restantes ocho casos perciben correctamente todas las figuras.

	Frecuencia	%
adecuado (>5)	6	60,0
bajo (<5)	1	10,0
límitrofe (=5)	3	30,0
Total	10	100,0

Tabla 6. Índice de realidad.

## Conclusiones

1. Los indicadores de la personalidad del pánico a partir del Rorschach encontrados fueron:
  - a) *Tono afectivo* en el que predomina la ansiedad, así como la pobreza en la vida emocional.
  - b) La *capacidad de responder a los otros* se encuentra disminuida en los pacientes con predominio del tipo vivencial coartativo. Existe dificultades en las relaciones interpersonales con rasgos de rigidez, de dependencia y de inseguridad.
  - c) Sobresalen *las necesidades* de seguridad y dependencia.
  - d) *Los conflictos* se enmarcan fundamentalmente en el área de las relaciones interpersonales.
  - e) *Imagen de sí* endeble y distorsionada, predominando los sentimientos de inseguridad. Adecuada identificación sexual.
  - f) La *percepción del medio ambiente* como hostil y la tendencia a visualizar la figura paterna como conflictiva.
  - g) Buen *sentido de la realidad*.

## Bibliografía

- Alonso, A. (2007). *Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE-10)*. En: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com), no 1 enero, España.
- Beck, A.T; Emery, G. (1985): *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, New York: Basic Book.
- Botella, C. (2001): *Tratamientos psicológicos eficaces para el Trastorno de Pánico*. En <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=469>. Vol. 13, nº 3, pp. 465-478
- Chiozza, L.; Barbero, L.; Casali, L.; Salzman, R. (2004): *La transformación del afecto en enfermedad*. En [www.funchiozza.com/](http://www.funchiozza.com/)
- CIE-10 (1992): *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Coelho, L. y Falcão, M. (2006). *Prova de Rorschach*. Terceira Margem, São Paulo.
- Díaz, K.A. y Alonso, A. (2002): *Estudio de los indicadores de ansiedad patológica en el método de Rorschach*. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- DSM-III (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.)* Washington, D.C., APA (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1984).

- DSM-IV (1994): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4<sup>ta</sup> edición, Washigton, D.C.: APA.
- Freud, S. (1973): Inhibición, Síntoma y angustia, *Obras completas*, t.III, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Klopfer, B. y Davidson, HH. (1966): *Técnica del Rorschach. Manual Introductorio*. La Habana: Edición Revolucionaria.
- González, R. (2003). *Psiquiatría Clínica. Básica. Actual*. La Habana: Félix Varela.
- Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993) Margraf, J. Barlow, D.H., Clark, D. y Telch, M.J. (1993): Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1-8.
- Mariano, L. I.; Bulacio, J. M. (2005). *Trastorno por pánico (Panic Disorder): state of the art*. Fuente: ALCMEON 8. En: [http://www.alcmeon.com.ar/2/8/a08\\_05.htm](http://www.alcmeon.com.ar/2/8/a08_05.htm)
- Mendoza, E. y Alonso, A. (2003): Estudio de la capacidad intelectual en sujetos con trastornos neuróticos. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 20, no. 2
- Pardillo, J. y Fernández, P. (2001): *Psicodiagnóstico de Rorschach: Un manual para la práctica*. Camagüey: Ácana.
- Prates, M. y Miranda, MG. (2001): *Rorschach. Interpretação do teste*. FUMEC. Minas Gerais: Centro Universitario.
- Real Academia Española (2001): *Diccionario de la lengua española*, 22<sup>a</sup> edición, Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Roca, E. y Roca, B. (2002): *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. En: [www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina3.htm](http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina3.htm)
- Weissman, M.M. (1991): Panic disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*.52, 6-8.