



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 4

Diciembre de 2014

ÍNDICE DE DEPRESIÓN DEL RORSCHACH EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR.

Maricela Alfonseca Guerra¹, Pedro Fernández Olazábal²
Universidad de Camagüey
Cuba

RESUMEN

El presente estudio constituye una investigación descriptiva y transversal que emplea una metodología cuantitativa. Tuvo como objetivo determinar la frecuencia de los indicadores del Índice de depresión en una muestra de 52 pacientes con Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Camagüey, Cuba, en el período comprendido entre 1978- 2007. Los protocolos fueron seleccionados a partir de los criterios pautados por los autores. Se utilizaron como métodos de nivel teórico el análisis-síntesis e histórico-lógico, y como métodos empíricos, el análisis de documentos y la recalificación de protocolos mediante el Sistema comprensivo de J. Exner. En la muestra predominó el sexo femenino y las edades comprendidas entre 41 y 59 años, las amas de casa, la enseñanza primaria y la zona de procedencia urbana. A partir de los resultados obtenidos se pudo determinar que los indicadores del Índice de depresión del Sistema comprensivo identificados en los protocolos, no alcanzaron la frecuencia requerida para realizar el diagnóstico efectivo de la depresión en los pacientes investigados. Sólo tres indicadores estuvieron presentes en más de la mitad de los protocolos estudiados, los que se clasificaron como indicadores de primer orden: el Índice de Egocentrismo bajo, la Proporción afectiva disminuida y bajo número de respuestas Complejas, así como la baja frecuencia de respuestas de Movimiento cooperativo. Los demás indicadores

1 Profesora Auxiliar de la carrera de Psicología. Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte Loynaz. Cuba. maricela.alfonseca@reduc.edu.cu

2 Profesor Titular de la carrera de Psicología. Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte Loynaz. Cuba. pedro.fernandez@reduc.edu.cu

del Índice alcanzaron una frecuencia muy baja. Los resultados obtenidos en el estudio enriquecen el Sistema Integrador Explicativo Cubano pues contribuyen a la obtención de datos sobre el Índice de depresión del Rorschach a partir del ajuste de sus variables a la realidad social y cultural de procedencia de los sujetos estudiados.

Palabras claves: Índice de depresión, Test de Rorschach, Sistema comprensivo, Trastorno bipolar.

ABSTRACT

The present study constitutes a descriptive and transverse research that uses a quantitative methodology. It had as aim determine the frequency of the indicators of the Index of depression in a sample of 52 patients with bipolar Disorder, current depressive episode, assisted in Camagüey's Psychiatric Provincial Hospital, Cuba, in the period between 1978- 2007. The protocols were selected from the criteria ruled by the authors. They used as methods of theoretical level the analysis - synthesis and historical- logical, and as empirical methods, the analysis of documents and the re-qualification of protocols by means of the comprehensive System of J. Exner. In the sample prevailed the feminine sex and the ages included between 41 and 59 years, the housewives, the elementary education and the zone urban. From the results, it was possible to determine that the indicators of the Index of depression of the comprehensive System identified in the protocols, did not reach the frequency needed to make an effective diagnosis of the depression in the investigated patients. Only three indicators were present in more than the half of the studied protocols, which qualified as indicators of the first order: the low self-centeredness Index, the affective proportion diminished and low number of complex answers, as well as the low frequency of answers of cooperative movement. The rest of the indicators had a very low frequency. The results obtained in the study enrich the Cuban Explanatory integrative System since they contribute to obtain of information of the Index of depression of the Rorschach from the adjustment of your variables to the social and cultural reality of origin of the studied subjects.

Key words: Index of depression, Rorschach's Test, comprehensive System, bipolar Disorder.

La Organización Mundial de la Salud argumenta que las enfermedades mentales y neurológicas representan el 13 por ciento del total de las dolencias mundiales y son una tercera parte de los casos de enfermedades no transmisibles en el mundo (OMS, 2013).

En la actualidad, el estudio de la depresión se ha considerado un importante problema de salud para la práctica clínica, lo cual está dado por diferentes factores, entre los que se encuentran: las altas tasas de incidencia y prevalencia a

nivel mundial, el grado en que afecta la calidad de vida de las personas, sus consecuencias sociales, sanitarias y económicas (Cova, 2008). Además, si se tiene en cuenta la complejidad del tratamiento, la diversidad del cuadro clínico y las dificultades para el diagnóstico, se convierte en un verdadero reto para el quehacer clínico que debe buscar nuevas formas y vías para su detección, el tratamiento más efectivo y lo más importante su prevención.

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE- 10) pauta que el Trastorno bipolar es un Trastorno del humor o Trastorno afectivo, que se caracteriza por la presencia de episodios reiterados (al menos dos), en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico en este trastorno es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados (OMS, 1992).

La referida clasificación establece que la persona que padece de un episodio depresivo vivencia una disminución o pérdida de intereses y de disfrute, un humor depresivo, reducción del nivel de actividad, cansancio exagerado, disminución en la capacidad de reacción, lentitud, etc. Se destacan además, como manifestaciones de estos episodios, y con intensidad variable, los siguientes síntomas:

- Dificultades para mantener la atención y la concentración.
- Disminución de la autoestima y pérdida de la confianza en sí mismo.
- Ideación tendiente a la culpa.
- Perspectiva de futuro sombría y negativa, con ausencia de proyectos de vida o negación de los elaborados anteriormente.
- Ideación suicida o de autoagresión y rechazo.
- Trastornos del sueño, del apetito y del deseo sexual.

Según la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE- 10), a diferencia de otros Trastornos del humor, la incidencia del Trastorno bipolar en

ambos sexos es aproximadamente la misma y las depresiones tienen una duración mediana de seis meses, rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Los dos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios, la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

En Cuba, la incidencia del Trastorno bipolar no tiene elevadas cifras de prevalencia como en otros países, se diagnostica en proporción aproximada de uno por cada tres o cuatro esquizofrénicos. Su expectativa con relación al sexo es de tres mujeres por cada hombre y aparece generalmente en la tercera década de la vida. La información genética desempeña un papel trascendental en su patogenia y se le vincula con modificaciones del nivel de neurotransmisores encefálicos activadores. En los pacientes que presentan este tipo de trastorno se reporta un elevado número de suicidios (González, 2003).

La autora de la investigación considera que, a pesar de la baja prevalencia en el contexto cubano, el impacto psicológico que provoca esta afectación en los pacientes, en su calidad de vida, su bienestar y en la de sus familiares, merece particular atención en los marcos de la disciplina de Psicología Clínica.

El diagnóstico, como la primera función del método clínico, se realiza a partir de la utilización de diferentes técnicas y procedimientos, que permitan, además del conocimiento de los aspectos referidos a lo conductual observable, o demostrable en la entrevista, evidencias psicométricas y/o proyectivas a partir de indicadores validados para este fin.

Por lo que en el presente estudio se escoge el Psicodiagnóstico de Rorschach por ser considerada la prueba que ofrece una descripción más completa y detallada del funcionamiento psíquico a partir de un trabajo metodológico preciso. Además la revisión exhaustiva de toda la información disponible en el protocolo mediante una gradual ampliación a configuraciones

cada vez más complejas de variables permite obtener una visión global, comprehensiva y comprensible de las dimensiones de personalidad de cada sujeto (Sendín, 2007).

Los sistemas explicativos del Rorschach, a lo largo de su desarrollo, se han planteado estrategias e indicadores para identificar la depresión, predominando una alta carga de subjetividad, como es el caso del análisis de contenido o del uso de color acromático; sin embargo estos indicadores también han demostrado su aparición en otros trastornos sin necesidad de que siempre acusen depresión.

En la bibliografía consultada se reporta la existencia de numerosas investigaciones en las que se realiza el análisis desde el punto de vista cuantitativo de las respuestas dadas por pacientes con Trastorno bipolar en episodio depresivo, utilizando el Psicodiagnóstico de Rorschach. Se refieren los estudios de Mormont y col, Khadivi y col, Mandel y col, así como la investigación desarrollada por Singer y Brabender sobre la cantidad y calidad de los trastornos del pensamiento. En los estudios cualitativos de los protocolos de Rorschach se hace referencia a los trabajos de investigadores europeos como Grosclaude y Rebourg, en la perspectiva del análisis del discurso de estos pacientes (Husain, 2005).

Fue el Sistema comprehensivo de Exner y colaboradores (1994) el que pautó el llamado Índice de depresión (DEPI), como agrupación o índice especial, que se conforma a partir de la integración de varios indicadores, que en procesos de validación en población extranjera demostraron su sensibilidad para reflejar la depresión de los sujetos estudiados. El Índice de depresión (DEPI) es estudiado dos veces en el proceso de interpretación, la primera en el análisis de los índices especiales dentro del contexto de las variables claves, y la segunda cuando se examina la agrupación de variables relativas al afecto.

El nuevo sistema se fundamenta en tres pilares fundamentales: la padronización de aplicación, la codificación objetiva y precisa, y una base de datos normativos. Estos aportes brindan a los investigadores mayor seguridad al ponderar sobre las conclusiones clínicas y mayor eficiencia al transmitir las informaciones resultantes (Lamounier y Villemor, 2006).

La autora de la investigación concuerda con Exner (1994) al considerar que las interpretaciones del protocolo Rorschach no pueden quedar al nivel de un indicador aislado con supuesto valor absoluto, pues sería muy subjetivo, debido a que los mismos pueden aparecer en otros trastornos psicológicos sin necesidad de que se atribuya depresión. Por lo que las variables adquieren valor diagnóstico cuando aparecen en sistema, o grupos complementarios. Una variable aislada asume una función de alerta, indicar búsqueda o sencillamente valorar evolución para estudios posteriores, pero no diagnóstico certero del síndrome en ese momento.

Los estudios de validación que sustentan el Índice de depresión (DEPI) refieren su universalidad y la no necesaria capacidad de transculturación ni ajuste a otros contextos socioculturales.

Según Saade (s,f), los resultados obtenidos en estudios normativos muestran los efectos que las diferencias transculturales e intraculturales tienen sobre los parámetros de interpretación al test de Rorschach. Plantea que: “lejos de suponer una debilidad para el Sistema comprensivo o para el mismo Método Rorschach, estas diferencias transculturales confirman su utilidad como estímulo cognitivo-perceptual para describir los procesos psicológicos (percepción, actitudes, conducta, etc.) particulares de un individuo, en el marco de su entorno sociocultural específico”.

En investigaciones realizadas en la práctica clínica del Rorschach en Cuba han aportado, según Fernández y Pardillo (2008) elementos para plantear la necesidad de un estudio más profundo acorde a nuestra realidad cultural y social, además de la sistematización e integración de la experiencia cubana.

Como antecedentes importantes de estudios de normalización del Psicodiagnóstico de Rorschach en el contexto cubano se encuentra la investigación realizada en 1975 por Granela, la cual elaboró las tablas de frecuencia a partir de las respuestas dadas por la población infantil pertenecientes a la provincia de Santa Clara, el estudio de Pardillo (2004) en pacientes de diferentes patologías, y la investigación desarrollada por Fernández y Pardillo (2008) en la que se aporta las primeras tablas de valores estadísticos con los

indicadores más frecuentes para la investigación y el diagnóstico en Cuba, denominada Sistema Integrador Explicativo del Rorschach.

De esta forma, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de los indicadores del Índice de depresión del Rorschach en pacientes diagnosticados con Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Camagüey en el período de tiempo comprendido entre 1978- 2007.

Para alcanzar el objetivo propuesto en la investigación se utilizaron los siguientes métodos de empírico:

- Análisis de documentos: Se revisaron las Historias Clínicas para seleccionar los protocolos que conformaron la muestra de estudio según los criterios de inclusión.
- Recalificación de los protocolos seleccionados según el Sistema comprensivo de J. Exner, los que fueron calificados con anterioridad mediante el Sistema de B. Klopfer.

PRESUPUESTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

El presente estudio constituye una investigación aplicada (Jiménez, 1998) según el contexto en que se ubica, descriptiva transversal por el tipo de diseño al que se ajusta y con una metodología cuantitativa.

La representatividad de la muestra quedó establecida de acuerdo a los parámetros requeridos por el problema de la investigación, para lo cual se realizó un muestreo no probabilístico, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Protocolos de pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, clasificados anteriormente con el diagnóstico de Psicosis maníaco- depresiva en fase depresiva.
- Protocolos de pacientes en edades comprendidas entre 20 y 59 años en el momento de la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach.

Criterios de exclusión:

- Protocolos de pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar en episodio maníaco u otro diagnóstico psiquiátrico.
- Protocolos de pacientes que no están comprendidos en el rango de edades seleccionado.

Para determinar los pacientes de la muestra se revisaron exhaustivamente las historias clínicas y se consideraron los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). De esta manera la muestra de la investigación quedó conformada por 52 pacientes diagnosticados con Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Camagüey en el período comprendido entre 1978- 2007.

En el estudio predominó el sexo femenino y las edades comprendidas entre 41 y 59 años. Con relación a la ocupación, el nivel de escolaridad y la zona de residencia predominaron las amas de casa, la enseñanza primaria y la zona urbana. Estos resultados se muestran a continuación:

Sexo	No	%
Femenino	41	78,85
Masculino	11	21,15
Total	52	100
Edad	No	%
20-40	23	44,23
41-59	29	55,77
Total	52	100
Ocupación	No	%
Ama de casa	26	50,0
Trabajador	17	32,69
Desocupado	3	5,77
Jubilado	5	9,61
Estudiante	1	1,92
Total	52	100

Nivel de escolaridad	No	%
Iletrado	5	9,61
Primaria	24	46,15
Secundaria	15	28,85
Preuniversitaria	6	11,54
Universitaria	2	3,85
Total	52	100
Zona de residencia	No	%
Urbana	29	55,77
Rural	23	44,23
Total	52	100

Comportamiento de las variables sociodemográficas de la muestra. Fuente: Historia Clínica.

Todos los protocolos Rorschach seleccionados se recalificaron según procedimiento propuesto y validado por el Sistema comprensivo de J. Exner (1994), y que originalmente fueron calificados por el Sistema de Bruno Klopfer (1969).

Se elaboró una ficha de vaciamiento con las variables sociodemográficas y los datos originales de los protocolos con su conversión al Sistema de Exner. Para realizar el procesamiento de la información se utilizó el método estadístico descriptivo, y como medida la frecuencia absoluta y relativa de los indicadores.

El Índice de depresión (DEPI) creado por el Sistema comprensivo constituyó la variable estudiada en la investigación, la cual está conformada por los siguientes ítems (Exner, 1994; Exner y Sendín, 1998):

1. $(FV+VF+V > 0)$ o $(FD > 2)$
2. $(\text{Complj. Col-SH} > 0)$ o $(S > 2)$
3. $(3r+(2)/R > .44 \text{ y } Fr+rF = 0)$ o $(3r+(2)/R < .33)$
4. $(Afr < .46)$ o $(\text{Complj.} < 4)$
5. $(\text{Sum SH} > FM + m)$ o $(\text{Sum } C' > 2)$
6. $(MOR > 2)$ o $(2xAB+Art+Ay > 3)$

7. (COP < 2) o (Aislamiento/R > .24)

Exner (1994) considera que para realizar el análisis cuantitativo del Índice se debe tomar en cuenta la frecuencia de ítems positivos, y se califica de la siguiente forma:

- Cuando el sujeto alcanza un DEPI menor que cinco (entre 0 y 4) carece de significación, aunque en algunos casos puede aportar información cualitativa.
- Cuando se alcanza un DEPI igual a cinco señala que el sujeto presenta muchos de los rasgos que se encuentran habitualmente entre los diagnosticados de depresión o trastornos afectivos, pero también puede señalar que la organización psicológica de ese sujeto le hace más vulnerable que a otros para caer en depresiones o sufrir alteraciones bruscas del humor.
- Cuando el DEPI es mayor que cinco brinda la seguridad de que el sujeto puede ser diagnosticado de un importante trastorno afectivo, en cuyo caso sabemos que está sufriendo la experiencia de una seria perturbación del estado de ánimo, es decir, una severa depresión. Las únicas excepciones que podrían encontrarse son las de esquizofrénicos que están deprimidos, pero en los que la esquizofrenia va a ser el diagnóstico prioritario.

Para Exner y Sendín (1998) el análisis cualitativo del DEPI, supone otra fuente informativa acerca de las características de los componentes depresivos del sujeto. La revisión de las variables que una persona presenta como positivas, no sólo de su número, nos indicará si los elementos de esa depresión son preferentemente cognitivos o afectivos, aspecto de gran importancia a la hora de planificar el tratamiento más adecuado.

Las variables relacionadas preferentemente con los aspectos cognitivos son: MOR, Índice de Egocentrismo, FD, Índice de Intelectualización y número de Respuestas Complejas. Entre las variables más cargadas de elementos afectivos se encuentran: C', Afr, Respuestas Complejas de Color- Sombreado, S, V y Sum Sombreados > FM+m, y las variables relacionales: COP e Índice de Aislamiento.

La discriminación de estas variables enriquece y matiza el diagnóstico. (Exner y Sendín, 1998).

Para determinar el comportamiento de los indicadores del Índice de depresión (DEPI) en los protocolos estudiados se tuvo en cuenta la siguiente clasificación propuesta por Fernández (2004):

- Indicadores de primer orden: Son aquellos que conforman el Índice de Depresión propuesto por el Sistema Comprensivo que aparecen en un 50% o más del total de la muestra, es decir, su aparición en la mitad o más. Lo cual significó la aparición del indicador en uno por cada dos protocolos; específicamente para este estudio se consideró la presencia del indicador en 26 o más protocolos.
- Indicadores de segundo orden: Son aquellos que conforman el Índice de Depresión que aparecen sólo entre un 40 y 49% del total de la muestra. El indicador aparece en uno por cada tres o cuatro protocolos. Para este estudio el indicador se encontró en el rango de 21 a 25 protocolos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los datos sociodemográficos correspondientes al sexo y al grupo de edades predominantes en la investigación coinciden con los referidos por González (2003), acerca de la incidencia de esta enfermedad en la población cubana, puesto que este autor refiere que la expectativa del Trastorno bipolar con relación al sexo es de tres mujeres por cada hombre y aparece generalmente en la tercera década de la vida.

A partir de los resultados obtenidos sobre el comportamiento de los indicadores del DEPI en los protocolos estudiados se obtuvo que sólo tres indicadores alcanzaron una frecuencia por encima del 50% de la muestra, los cuales fueron clasificados como indicadores de primer orden.

Indicadores de primer orden:

- El tercer indicador, referido específicamente al **Índice de Egocentrismo bajo**. ($3r+ (2)/R < .33$).

- El cuarto indicador, que se refiere a la **Proporción afectiva** disminuida y el bajo número de **respuestas Complejas**. ($Afr < .46$) o ($Complj. < 4$).
- El séptimo indicador, referido fundamentalmente a la baja frecuencia de **respuestas de movimiento cooperativo**. ($COP < 2$).

El resto de los indicadores alcanzaron una frecuencia menor que el 40%, por lo que no se clasificaron indicadores de segundo orden. Los resultados se explican a continuación de manera detallada:

- **Primer indicador** ($FV + VF + V > 0$) o ($FD > 2$).

Con relación a las variables que integran el indicador, se observó en un protocolo una sola respuesta que se codificó de FV (1,92%) y no se identificaron respuestas de Forma- Dimensión (FD).

- **Segundo indicador** ($Complj. Col-SH > 0$) o ($S > 2$).

En los protocolos seleccionados hubo ausencia de respuestas complejas de color sombreado y solo en dos protocolos se apreció una respuesta de espacio en blanco (WS, DS).

- **Tercer indicador** ($3r + (2)/R > .44$ y $Fr + rF = 0$) o ($3r + (2)/R < .33$).

La primera proporción del indicador que se refiere al índice de egocentrismo mayor que 0.44 se identificó en 13 protocolos (25%). Se pudo observar que aunque en 35 protocolos (67,31%) se codificaron respuestas de Par, en ninguno se apreciaron respuestas de reflejo, y no alcanzaron la puntuación requerida ($> .44$). La proporción referida a la ausencia de las respuestas de reflejo ($Fr + rF = 0$) se observó en la totalidad de los protocolos estudiados.

La segunda variante, que se refiere al índice de egocentrismo menor que 0.33, se identificó en 32 protocolos (61,54%). Este resultado puede ser indicador de poca preocupación de la persona por sí mismo, lo cual puede conllevar además a una despreocupación por el mundo exterior.

Según Sendín (2007) los sujetos que presentan un índice de egocentrismo bajo se preocupan muy poco por sus necesidades, no se toman a sí mismos como foco de atención en el grado suficientes y tienen una imagen personal desvalorizada. Además son personas que no confían en sus propios recursos y no mantienen sus puntos de vistas. Es muy frecuente encontrarlo en los protocolos

de personas con episodios depresivos y puede ser indicador además, de riesgo suicida.

- **Cuarto indicador** ($Afr < .46$) o ($Complj. < 4$).

Las dos proporciones que integran el indicador se apreciaron en la generalidad de los protocolos estudiados. La proporción afectiva menor que 0.46 está presente en 40 protocolos (76,92%).

Este indicador nos brinda información sobre la forma en que el sujeto responde ante los estímulos emocionales, el que se calcula a partir de la proporción de las respuestas dadas a las tres últimas láminas con relación a las siete restantes.

Según Exner (1994) y Sendín (2007) la presencia de una proporción afectiva baja puede indicar que el sujeto tiene menos interés por procesar los estímulos afectivos que la generalidad de las personas y por ende, prefieren no implicarse en situaciones cargadas afectivamente. También puede señalar un excesivo control sobre las emociones o dificultades en las relaciones interpersonales.

Con relación a las respuestas complejas menores que 4 se identificaron en la totalidad de los protocolos. Los pacientes utilizaron un determinante en la formulación de las respuestas, principalmente el de la Forma y Movimiento).

Para elaborar respuestas complejas, en las que intervienen más de un determinante, se requiere una actividad cognitiva más elaborada y difícil ya que conlleva una considerable actividad de análisis y síntesis.

Para Exner (1994) las respuestas complejas constituyen un índice eficaz para determinar la complejidad de los procesos psicológicos del sujeto y su ausencia es un signo negativo, que señala una forma de pobreza o constricción psicológica, pudiendo ser también indicio de escasa sensibilidad hacia el propio mundo personal y hacia el entorno, y de dificultades en el manejo de la estimulación emocional compleja.

- **Quinto indicador** ($Sum SH > FM + m$) o ($Sum C' > 2$).

En sólo siete protocolos (13,46%) se identificó que la sumatoria de respuestas de sombreado es mayor que las respuestas de movimiento no humano.

En la generalidad de los protocolos estudiados, las respuestas de movimiento no humano tienen mayor frecuencia que las de color sombreado. En 27 protocolos (51,92%) se codificaron respuestas de movimiento animal, y en ninguno se identificaron respuestas de movimiento inanimado.

La segunda proporción que se refiere a la sumatoria de color acromático mayor que 2 se identificó en cinco protocolos (9,61%), ya que aunque en 12 se apreciaron respuestas de este tipo, no alcanzaron la cantidad que se establece en el indicador (>2).

- **Sexto indicador** ($MOR > 2$) o ($2 \times AB + Art + Ay > 3$).

De los ocho protocolos (15,38%) que se codificaron respuestas de contenido mórbido se apreció que sólo en un protocolo (1,92%) se cumple la condición de MOR mayor que dos.

La segunda proporción del indicador, que se relaciona con el índice de intelectualización mayor que 3 no está presente en los protocolos estudiados.

- **Séptimo indicador** ($COP < 2$) o $Aislmt/R > .24$).

En la mayoría de los protocolos revisados, 42 (90,38%), se cumple que la cantidad de respuestas de movimiento cooperativo es menor que 2. Sólo 10 pacientes dieron movimiento COP (19,23%), de ellos 5 tuvieron respuestas iguales o mayores que 2.

La presencia de pocas repuestas COP en los protocolos puede indicar la presencia en estos pacientes de poca disposición para establecer relaciones interpersonales cordiales y amistosas. La autora de la investigación considera que las dificultades en la esfera de las relaciones sociales presentes en estos pacientes están determinadas fundamentalmente por el episodio depresivo, y no por hostilidad ni rechazo hacia las demás personas ya que no aparecen respuestas en los protocolos que denoten movimiento agresivo ni aumento de las respuestas S.

Con relación al índice de aislamiento mayor que 0.24 se observó en siete protocolos (13,46%). Es importante señalar que aunque se apreciaron en 4 protocolos respuestas de botánica, 6 ofrecieron respuestas de nubes, 4 emitieron

respuestas de geografía, 4 respuestas de paisaje y 2 de naturaleza; sólo en siete de ellos se cumple que la proporción es mayor que 0.24.

Se plantea por el Sistema comprensivo que cuando una persona presenta menos de 2 respuestas COP y una Afr. baja puede indicar dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales que sean significativas y gratas para el sujeto.

De manera general se puede plantear que la frecuencia alcanzada por los indicadores del Índice de depresión propuesto por el Sistema comprensivo de J. Exner no permitió el diagnóstico efectivo de la depresión en los pacientes estudiados. De esta forma se comparte el criterio de Fernández (2004) que refiere la singularidad que presentan los indicadores tanto en su comportamiento como en la forma de valorarlos a partir de los diferentes ámbitos socioculturales.

La supuesta universalización de los indicadores del DEPI contrasta con los siguientes argumentos:

- La depresión es un trastorno de presentación universal: reportes epidemiológicos mundiales, así lo confirman.
- Su manifestación tiene que ver con particularidades culturales y contextuales en los diferentes países y regiones del mundo.
- La vivencia, el sufrimiento y la forma de enfrentarla, o padecerla es individual, según la singularidad de cada sujeto.

Actualmente la práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach se caracteriza por la carencia de indicadores normalizados teniendo en cuenta el contexto sociocultural de los pacientes. Investigaciones llevadas a cabo por Cavour, Córdova y Vallejo (2003) refieren la existencia de diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las normas obtenidas en diferentes países y las del sistema Comprensivo. También se destacan los estudios de normalización, Carbonell de Grompone (1949), Del Roncal (1942), Baldus (1947) y Portuondo (1970).

Son varios los investigadores que a nivel internacional han considerado que al utilizar normas extranjeras en la interpretación del protocolo Rorschach sin un previo ajuste de sus indicadores, puede conllevar a distorsiones en la

caracterización de la personalidad de los sujetos estudiados, a errores en las conclusiones diagnósticas y por ende en el tratamiento. Entre estos estudios se destaca Vinet (1995); Epraim (2000), Hunsley y Di Giulio (2001), Widiger (2001), Aronow (2001), entre otros.

La necesidad de contar con instrumentos para la evaluación psicológica en el contexto de los cuidados para la salud, que sean válidos, confiables y apropiados, resulta un problema de actualidad científica y práctica al nivel internacional, y está en armonía con el enfoque responsable que privilegia el Estado cubano en la atención a la salud. (Enríquez, Martín y Riquelme, 2008)

CONCLUSIONES

1. Los indicadores del Índice de depresión del Sistema comprehensivo identificados en los protocolos de los pacientes diagnosticados con Trastorno bipolar, no obtuvieron la frecuencia requerida para realizar el diagnóstico efectivo de la depresión.
2. Se determinó que de los siete indicadores que integran el Índice de depresión propuesto por el Sistema comprehensivo sólo tres fueron clasificados como indicadores de primer orden:
 - El indicador referido específicamente al índice de egocentrismo bajo. ($3r+(2)/R < .33$).
 - El indicador que se refiere a la proporción afectiva disminuida y el bajo número de respuestas complejas. ($Afr < .46$) o ($Complj. < 4$).
 - El indicador referido fundamentalmente a la baja frecuencia de respuestas de movimiento cooperativo. ($COP < 2$).
3. Los resultados obtenidos en la investigación corroboran la necesidad de normalizar los indicadores del Índice de depresión del Sistema comprehensivo teniendo en cuenta el contexto social y cultural donde se desarrollan los sujetos estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cavour, V., Córdova, G. y Vallejo, R. (2003). Estudio normativo del Rorschach, basado en el Sistema Comprensivo, de una muestra de Viña del Mar-Valparaíso, y su comparación con normas estadounidenses y nacionales. [Versión electrónica]. Universidad de Valparaíso. Chile. [s.n].
- Cova, S. (2008). Factores de riesgo cognitivos de sintomatología depresiva en adolescentes tempranos de sexo femenino. Presentado en Evento Internacional de Psicosalud, La Habana. Cuba.
- Enríquez, J., Martín, M., y Riquelme, A. (2008). Evaluación de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D). **Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 5** (3). <http://www.revistahph.sld.cu/hph0308/hph030708.html>.
- Exner, J. (1994). **El Rorschach. Un sistema Comprensivo. Fundamentos Básicos**. Tercera Edición, Vol. Madrid. España: Editorial PSIMÁTICA.
- Exner, J. y Sendín, C. (1998). **Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo**. Madrid. España: Editorial PSIMÁTICA.
- Exner, J. (1996). **Guía de Bolsillo de la Calidad Formal del Rorschach. Sistema Comprensivo**. (1ra.ed.). Madrid. España: Editorial PSIMÁTICA.
- Fernández, P. (2004). **Normas para la calificación e interpretación del Psicodiagnóstico de Rorschach en tres grupos poblacionales cubanos**. "Disertación doctoral publicada". La Habana. Cuba.
- Fernández, P. y Pardillo, J. (2008). **El Rorschach. Una visión integradora**. Ciudad de La Habana. Cuba: Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED).
- Fernández, P. y Pardillo, J. (2008). **Sistema Integrador Explicativo del Rorschach. Indicadores más frecuentes para la investigación y el diagnóstico en Cuba**. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED).
- González, R. (2003). **Clínica Psiquiátrica Básica Actual**. La Habana. Cuba: Editorial Félix Varela.
- Husain, O., et al. (2005). De la enfermedad bipolar a la organización maníaco-depresiva: contribución de los métodos proyectivos. **Revista Psicodiagnosticar. 15**.

- Jiménez, R. (1998). **Metodología de la investigación. Elementos Básicos para la Investigación Clínica**. La Habana. Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.
- Klopfer, B. y Davidson, H. (1969). Técnica del Rorschach. [en línea]. Editorial Paidós, Buenos Aires. Recuperado el 15 de mayo de 2011, de <http://www.rorschachonline.com/historiaes.html>.
- Lamounier, R., Villemor, A. (2006) Evidencias de validez para el Rorschach en el contexto de la psicología de tránsito. [versión electrónica]. **Revista Interamericana de Psicología**. 40 (2). Porto Alegre. Brasil. [en línea]. Recuperado el 24 de abril de 2009, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>.
- Martínez, M. (2004). **Sistema abreviado del Rorschach para la selección de personal y el estudio de directivos**. "Tesis de Maestría no publicada". Universidad de la Habana. Cuba.
- Organización Mundial de la Salud. (1992) **Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. CIE- 10**. Madrid. España.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). OMS prioriza enfermedades mentales ante llamadas "enfermedades olvidadas. [en línea]. Recuperado el 6 de enero de 2014 de <http://www.telesurtv.net/articulos/2013/05/19/la-oms-prioriza-las-enfermedades-mentales-ante-las-llamadas-201cenfermedades-olvidadas201d-1003.html>.
- Pardillo, J. (2004). **Psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización de resultados en diferentes contextos de aplicación**. "Disertación doctoral publicada". Universidad de La Habana. Cuba.
- Pardillo, J. y Fernández, P. (2008). **Psicodiagnóstico de Rorschach: Un manual para la práctica**. Ciudad de La Habana. Cuba: Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED).
- Rorschach, H. (1966). **Psicodiagnóstico**. (4ta.ed.). La Habana. Cuba: Edición Revolucionaria.
- Saade, Y. (s.f) El método Rorschach como instrumento de evaluación forense. [en línea]. Recuperado el 6 de febrero de 2012 de www.rorschachonline.com.
- Sendín, M. C. (2007). **Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo**. Tercera Edición Revisada. Madrid. España: Editorial Psimática.