



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

**RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES FEMENINAS  
CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA A PARTIR DEL  
TEST PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial  
para obtener el título de Licenciado en Psicología**

**Tutor:  
Ramón Ochoa**

**Autor:  
Andrés Álamo**

**Caracas, Julio de 2018.**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo describir los rasgos de personalidad en una muestra de pacientes femeninas diagnosticadas con fibromialgia, a través del Test Psicodiagnóstico de Rorschach. Es una investigación descriptiva en la que se emplea un diseño transversal, en una muestra de diez mujeres con diagnóstico de fibromialgia, residenciadas en la ciudad de Caracas. Los resultados evidencian un funcionamiento rígido en las participantes, caracterizado por elevados montos de ansiedad, que suelen sobrepasar sus recursos disponibles. De igual modo, se aprecia de forma consistente una dificultad para registrar y elaborar contenidos afectivos, pasividad y dependencia en las relaciones interpersonales, y una autoimagen desvalorizada. Estos hallazgos le aportan sustento a las hipótesis que establecen que ciertos rasgos de personalidad son comunes en las mujeres con diagnóstico de fibromialgia, lo que constituye a su vez un aporte preliminar al estudio de la relación entre la personalidad y la fibromialgia en Venezuela.

**Palabras Claves** fibromialgia, personalidad, Rorschach, Exner, dolor.

## ABSTRACT

The present paper aims to describe the personality traits in a sample of female patients diagnosed with fibromyalgia, through the Rorschach Psychodiagnostic Test. It is a descriptive research in which a cross-sectional design is used in a sample of ten women diagnosed with fibromyalgia, located in the city of Caracas. The results show a rigid functioning in the participants, characterized by high amounts of anxiety, which often exceed their available resources. Similarly, a difficulty to register and elaborate affective contents, passivity and dependence in interpersonal relationships, and a devalued self-image is consistently appreciated. These findings support the hypothesis that certain personality traits are common in women diagnosed with fibromyalgia, which in turn constitutes a preliminary contribution to the study of the relationship between personality and fibromyalgia in Venezuela.

**Key words:** Fibromyalgia, personality, Rorschach, Exner, pain.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	i
Índice de Contenido.....	ii
Índice de Tablas y Figuras.....	iv
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
Consideraciones históricas.....	3
Sintomatología.....	5
Marcos etiológicos contemporáneos.....	6
Alexitimia: una variable implicada.....	8
Psicología, Fibromialgia y personalidad: antecedentes empíricos.....	10
El estudio de la Fibromialgia en Venezuela.....	13
El Test Psicodiagnóstico de Rorschach y su pertinencia en la evaluación de la personalidad.....	15
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MÉTODO.....</b>	<b>19</b>
Objetivos de la investigación.....	19
General.....	19
Específicos.....	19
Variables.....	19
Variables de estudio.....	19
Variables controladas .....	21
Tipo de investigación.....	21

Diseño de investigación.....	22
Población y muestra.....	22
Procedimiento.....	23
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
Control y tolerancia al estrés.....	26
Afectividad.....	26
Autopercepción.....	28
Interpersonal.....	31
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
Control y tolerancia al estrés.....	33
Afectividad.....	35
Autopercepción.....	38
Interpersonal.....	40
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Descriptivos para las variables demográficas de la muestra.....	24
Tabla 2. Descriptivos para las variables Número de respuestas y Lambda.....	25
Tabla 3. Descriptivos para las variables que dan cuenta de los Niveles Cualitativos de Productividad según el Sistema Comprensivo de Exner.....	25
Tabla 4. Descriptivos de las variables de Control y Tolerancia al estrés.....	26
Tabla 5. Descriptivos para las variables de Afectividad.....	27
Tabla 6. Descriptivos para las variables de Color acromático y Sombreado.....	27
Tabla 7. Descriptivos para la relación de $C' \uparrow$ con otras variables.....	28
Tabla 8. Descriptivos para las variables de Autopercepción.....	29
Tabla 9. Descriptivos para las variables de Contenido Humano.....	30
Tabla 10. Descriptivos para las variables $An+Xy$ y MOR.....	30
Tabla 11. Descriptivos para las variables de Relaciones Interpersonales.....	31
Tabla 12. Descriptivos para las variables de Aislamiento y Movimiento con Pares.....	32
---	
Figura 1. Gráfico de barras para la variable edad.....	24

# INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo describir los rasgos de personalidad de una muestra de pacientes femeninas clínicamente diagnosticada con fibromialgia (FM). Esta tarea se llevó a cabo mediante la aplicación del Test Psicodiagnóstico de Rorschach, cuyos resultados fueron codificados e interpretados empleando el Sistema Comprehensivo propuesto por Exner y Sendín (1995).

En la actualidad, la fibromialgia es un padecimiento de etiología indeterminada que aqueja mayoritariamente a las mujeres (American College of Rheumatology, 1990). El síntoma característico de esta condición es el dolor; un dolor agudo y generalizado cuya severidad varía notablemente de una paciente a otra y del cual no se han podido determinar hasta la fecha causas orgánicas reconocibles. Hombre y niños también parecen susceptibles de padecer esta condición, aunque en una proporción mucho menor. Estas características definen un cuadro complejo, variable y de difícil comprensión, que ha motivado un número importante de investigaciones relativas y de teorías que procuran aproximarse explicativamente a su fenomenología.

Entre los estudios que se han llevado a cabo desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, destacan los análisis de personalidad fundados en teorías clínicas cercanas a los hallazgos del psicoanálisis y diversas formas de psicoterapia. Desde la perspectiva clínica psicológica, mucho se ha dicho sobre la influencia que los rasgos estables de la personalidad de tienen sobre las probabilidades de que desarrollen el síndrome de FM en algún momento de sus vidas. La psicología se constituye de esta manera como una disciplina capaz de realizar contribuciones importantes a la comprensión etiológica propuesta por la medicina clínica y la neurología. Para de esta manera dibujar un cuadro diagnóstico cualitativo mucho más nutritivo y útil al momento de abordar el padecimiento de estas personas y dirigir su cura.

En ese sentido, y en vista de los pocos estudios realizados en Venezuela sobre la relación entre la FM y los rasgos de personalidad de los individuos que la padecen, la presente investigación ha procurado brindar un aporte que contribuya a sentar las bases del conocimiento

sobre la distribución de los rasgos de personalidad que más comúnmente se encuentran asociados con la FM en población venezolana. Previo a la esperada realización de estudios explicativos de mayor alcance y solidez, es de gran importancia construir una red de conocimientos que dé cuenta de cómo son y cómo se manifiestan los fenómenos en cuestión, de cuáles son sus propiedades y tendencias, a fin de que en el futuro sea posible plantear relaciones significativas que puedan ser contrastadas efectivamente. Un estudio descriptivo como éste permite generar conocimientos primarios, sin olvidar, además, que el valor de explorar los rasgos predominantes de personalidad en sujetos con FM es fundamental en tanto va a determinar el tipo de terapia, la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

De igual forma, llevar a cabo este estudio empleando exclusivamente el Test Psicodiagnóstico de Rorschach, permite demostrar con detalle los ángulos y matices de la personalidad de cada uno de los participantes, en una amplia gama de dimensiones afectivas, ideativas, interpersonales, etc. La complejidad clínica que revisten los resultados de una prueba proyectiva como ésta en relación a una enfermedad para la que no se encuentran causas orgánicas, dota de un valor especial a este estudio en la medida en que favorece un acercamiento al mundo subjetivo del paciente que le permite al profesional tomar contacto con la importancia que merece hablar de las emociones, del propio cuerpo y, en general, hacer pasar por la palabra las afecciones personales.

En ese sentido, y respetando las normas éticas fundamentales del ejercicio de la profesión psicológica y de la investigación en el área, la presente investigación apunta a la descripción de la personalidad en pacientes diagnosticadas con fibromialgia. Con el fin de contribuir al esclarecimiento de la relación entre la enfermedad y el funcionamiento psíquico de quienes la padecen.

## I. MARCO TEÓRICO

La fibromialgia (FM) es definida en la actualidad como una enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado de intensidad y localización variables, en la que destaca una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos (llamados puntos sensibles), sin alteraciones orgánicas demostrables y de etiología indeterminada (American College of Rheumatology, 1990). Se trata de un síndrome potencialmente invalidante, cuyo principal síntoma se halla además frecuentemente asociado con fatiga crónica, alteraciones del sueño, rigidez matutina, parestesias, ansiedad, depresión y falta de atención y memoria (Castellanos, 2012).

Se estima que aproximadamente un 4% de la población mundial padece de fibromialgia en la actualidad, evidenciándose una marcada preponderancia en las mujeres respecto de los hombres (Instituto Ferrán de Reumatología, 2015), sin embargo, aún “no hay estudios rigurosos que determinen la amplitud a escala mundial de este padecimiento” (Castellanos, 2012, p. 26).

### *Consideraciones históricas*

La acepción contemporánea del término fibromialgia como categoría clínica remite a una enfermedad cuyos antecedentes, como señalan Inanici y Yunus (2004), pueden ser rastreados en el curso de la historia de la medicina. Las historiografías de la fibromialgia suelen remontarse hasta comienzos de la era moderna, específicamente en 1592, con la introducción del término “reumatismo” por parte del médico francés Guillaume de Baillon. Con dicha expresión Baillon pretendía referir una condición de fiebre aguda acompañada de dolores musculares. Más adelante, a partir del siglo XVIII, los médicos comenzaron a distinguir entre dos tipos diferentes de reumatismo, uno de ellos de carácter articular y deformante, y otro en el que no se evidenciaba deformación del tejido blando, pero en el que se reportaba la presencia de dolor persistente (Inanici y Yunus, 2004). A partir de esta diferenciación, en el siglo XIX, médicos alemanes, británicos y escandinavos comenzaron a reportar hallazgos sobre diversas formas de



reumatismo muscular, entre los cuales destacan los aportes de William Balfour, quien en 1815 reportó observar engrosamientos fibrosos en casos de reumatismo muscular crónico, hallazgo a partir del cual postuló la existencia de nódulos que causaban dolor referido cuando se los presionaba. Balfour llamó a estos nódulos “puntos sensibles” para resaltar su calidad focal (Inanici y Yunus, 2004).

A partir de entonces, durante la mayor parte del siglo XIX, la especulación sobre la fisiopatología de las enfermedades reumáticas se debatió entre procesos inflamatorios y neuronales. En 1880, el neurólogo Estadounidense George Miller Beard reportó la presencia de dolor general, acompañado de fatiga crónica y malestar psicológico en una condición que denominó neurastenia. En este sentido, Beard propuso que la neurastenia era causada por el estrés propio del agitado estilo de vida moderno (Inanici y Yunus, 2004), sentando las bases para los primeros indicios de una etiología psicógena para los dolores reumáticos, la cual no alcanzaría aceptación sino hasta mediados del siglo XX.

En 1904, el neurólogo Sir William R. Gowers introdujo el término "fibrositis" para describir un tipo de reumatismo muscular acompañado de puntos sensibles que consistía en una inflamación del tejido fibroso de los músculos. Durante décadas, la fibrositis prevaleció como la explicación dominante para el dolor crónico no articular, hasta que en 1944 Elliot propuso una teoría que identificaba la causa del dolor con espasmos musculares que podían demostrarse mediante estudios electromiográficos (Castellanos, 2012). Sin embargo, tanto las propuestas etiológicas de Gowers como las de Elliot fueron refutadas por las investigaciones sucesivas, ya que no se encontró evidencia empírica que las sustentara.

La aparente dificultad que enfrentaba la medicina para establecer una base física para el dolor crónico, no impidió que el término fibrositis se continuara empleando durante la mayor parte del siglo XX para referirse a los pacientes que presentaban dicha condición. Sin embargo, a mediados de siglo, nueva evidencia haría posible una comprensión etiológica alternativa. Durante la segunda guerra mundial, debido al gran número de casos de pacientes que presentaban síntomas asociados al dolor crónico entre los soldados que lucharon en la guerra (se estima que un 70% de los soldados admitidos en hospitales reumáticos fueron diagnosticados

de fibrositis), el Dr. Edward Bolan y el coronel William Cor, oficiales del ejército estadounidense, llevaron a cabo una investigación que puso de manifiesto la presencia de síntomas de estrés y depresión en los pacientes, así como la ausencia de inflamación en los tejidos fibrosos musculares de los mismos. Dicho hallazgo los llevó a proponer que la llamada fibrositis no era más que un “reumatismo psicógeno”.

En la línea del trabajo de Bolan y Cor, Halliday escribía en 1937 que el reumatismo muscular era sólo una de las manifestaciones de lo que denominó un estado de neurosis crónica, lo cual lo llevó a insistir en la necesidad de pensar una etiología psicógena para el dolor reumático, proponiendo abandonar el término fibrositis por una denominación sindrómica del grupo de síntomas: dolor crónico, fatiga, y rigidez (Inanici y Yunus, 2004).

Las posteriores investigaciones de mediados del siglo XX no lograron resolver la controversia en torno a la etiología de la enfermedad por falta de evidencia empírica concluyente, sin embargo contribuyeron a sentar las bases para delimitar las características descriptivas del cuadro tal como se comprende en la actualidad. En 1970 el término fibrositis fue reemplazado por el puramente descriptivo “fibromialgia” y en 1992 fue finalmente reconocido por la organización mundial de la salud (OMS) como una condición clínica de etiología indeterminada cuyo signo más notable es la presencia de dolor crónico (mayor a 3 meses). Dicho reconocimiento fue posible a partir de un trabajo realizado dos años antes, en 1990, bajo la dirección del American College of Rheumatology (ACR). En dicho trabajo se establecieron los criterios diagnósticos utilizados en la actualidad; le fue asignado el código M79.0 y fue finalmente clasificada como reumatismo no articular.

### ***Sintomatología***

De acuerdo al American College of Rheumatology (citado en Ardizzone, Dos Santos, Rubio, 2011), el cuadro sintomático que presentan los pacientes diagnosticados con fibromialgia está compuesto por:

- Intenso dolor generalizado y crónico (presente durante al menos 3 meses).

- Fatiga que no mejora con el reposo.
- Insomnio y dificultades de sueño.
- Sensación de hormigueo en las extremidades.
- Trastornos abdominales con necesidad de orinar con frecuencia.
- Altos niveles de estrés, ansiedad y depresión.
- Resequedad de las mucosas (boca y ojos)
- Trastornos menstruales
- Rigidez matutina o post-reposo
- Síntomas de tórax
- Desequilibrio

Igualmente, los pacientes diagnosticados con fibromialgia suelen presentar cuadros de fatiga crónica, rigidez, y alteraciones en el sueño (Morales 2006).

### ***Marcos etiológicos contemporáneos***

En la actualidad el debate en torno a la etiología de la fibromialgia continúa vigente. Existen numerosas líneas de investigación constituidas a partir de diferentes disciplinas (medicina, psicología, psicoanálisis, entre otras) que se encuentran orientadas a ofrecer una comprensión más amplia de las causas de este síndrome.

Entre las corrientes contemporáneas más importantes desde la medicina, destacan, en primer lugar, aquellas que conciben la fibromialgia como una forma de alodinia e hiperalgesia (es decir, una percepción alterada y exagerada del dolor) que se origina a partir de una alteración neuronal del cuerno dorsal de la médula espinal. Esta alteración disminuiría el umbral del dolor, creando un estado de hipersensibilización y distorsión de la percepción del dolor, que podría a su vez derivar en cuadros de dolor crónico (Wall y Melzack, 1994). Otras corrientes proponen como posibles causas de la enfermedad: un desorden neurohormonal (específicamente relacionado con la secreción de la hormona del crecimiento), desórdenes del sueño, así como anomalías microscópicas en las fibras musculares (Forbes y Chalmers, 2004).

En segundo lugar, en lo que respecta a las aproximaciones explicativas de la fibromialgia, se encuentra lo propuesto por la perspectiva psicoanalítica. Desde el psicoanálisis se han constituido numerosos aportes al estudio de la fibromialgia que pueden agruparse y comprenderse de múltiples maneras. No obstante, puede decirse que el común denominador de estas aproximaciones ha girado en torno a la importancia de la subjetividad en la percepción del dolor. Sea que la etiología de la fibromialgia se considere de carácter psicossomático o conversivo, desde el psicoanálisis se revela la importancia de que los afectos y emociones pasen por la palabra para que de esta forma puedan ser tramitados por el sujeto.

En este sentido García, Castel y Vidal (2006) señalan que "La palabra permite que la sensación interoceptiva se convierta en sentimiento y tenga una representación psíquica" (p. 39). Una vez que ha ocurrido dicho proceso de simbolización afectiva, las representaciones en cuestión se tornan capaces de evocar o no determinadas experiencias de dolor físico que responden en realidad a las vivencias subjetivas en medio de las cuales tuvieron lugar. De este modo, lo que se plantea desde el psicoanálisis es que el dolor se inscribe, se significa y se resignifica en el sujeto a lo largo de su evolución vital, de manera tal que puede hablarse de una subjetividad del dolor como base de las experiencias sensibles. (p. 40).

Esta elaboración derivada de la práctica psicoanalítica permite hipotetizar sobre la existencia de una relación efectiva entre la capacidad subjetiva de simbolizar los afectos (en tanto puesta en palabras de los sentimientos y emociones vitales) y la presencia misma de síntomas de dolor crónico. La fibromialgia, como cuadro clínico, encuentra aquí un marco explicativo desde el cual se plantea que el dolor sufrido es la manifestación de un afecto que ha fallado en representarse simbólicamente.

Los psicoanalistas interesados en la disciplina psicossomática fueron los primeros en documentar y describir un cierto tipo de estructuración de la personalidad de pacientes con fibromialgia, organizada en función de la referida falla para simbolizar los afectos (Varas, 2002). Dicha construcción se ha convertido en el fundamento conceptual de muchas teorizaciones sobre el cuadro clínico de la fibromialgia, y alude, metafóricamente, a una separación entre la persona y sus emociones, así como a la pérdida de la capacidad para contactar con la propia

realidad psíquica (p. 2). En este sentido, se trata de una división entre la vía de la palabra y el propio cuerpo en la que "la actividad mental que en otros casos llevaría a la construcción de pensamientos, expresiones sublimadas, o a la formación de síntomas [...] en su lugar se cortocircuita, abriendo el camino para un funcionamiento psicossomático" (p. 2-3).

Entre los psicoanalistas, por lo tanto, existe cierto consenso en que los fenómenos de somatización puestos de manifiesto por la fibromialgia no entran fácilmente en el marco de las "conversiones histéricas" (lo que constituiría una forma de representación simbólica) ni en el de las "neurosis actuales" (Marty, 1995; Castellanos, 2012; Varas, 2002), sino en una especie de entidad clínica desconocida cuya lógica permanece aún sin descifrar. Por tal motivo, algunos psicoanalistas como McDougall, han optado por reservar el término "psicosomático" simplemente para referir desórdenes orgánicos de disfunción demostrable que en apariencia no tienen ningún significado simbólico, pero que no obstante se presentan vinculados a una estructura de personalidad, a circunstancias de vida y a la historia del paciente (p. 3).

Desde la perspectiva de la escuela psicossomática, se ha constatado que los pacientes con fibromialgia, en efecto, presentan una marcada dificultad para la introspección y la simbolización. Dicho hallazgo ha conducido a estos autores a postular la existencia de un rasgo de personalidad considerado por ellos central en la etiología del síndrome y en la configuración psíquica de estos pacientes: la alexitimia.

### ***Alexitimia: una variable implicada***

La prevalencia de la alexitimia como rasgo de personalidad ha sido ampliamente explorada en muestras clínicas de pacientes con fibromialgia. Esto quizá se deba a que dicho rasgo refiere la consabida incapacidad para reconocer y expresar las emociones y el propio estado de ánimo que se ha encontrado asociado a la presencia de fibromialgia. El propio término *alexitimia* (de etimología *a*: no; *lexis*: palabras; *timos*: sentimientos) fue acuñado a partir de observaciones realizadas por Sifneos en una población de sujetos que presentaban quejas físicas incongruentes con su estado orgánico.

Peter Sifneos introdujo el término alexitimia en la década de los años setenta con el fin de destacar esa especial falta de habilidad para descargar las tensiones emocionales por medio de la palabra, el símbolo o el gesto, que parecía tan característica de los pacientes psicósomáticos; pacientes que se mostraban especialmente propensos a utilizar los canales somáticos como única vía disponible para la descarga de sus emociones (Alonso-Fernández, 2011). Sifneos fue uno de los pioneros en la consideración de una posible estructura de personalidad de los pacientes psicósomáticos, asegurando además que la alexitimia constituía un rasgo esencial y característico de la misma (Sifneos, 1996).

La propuesta de la escuela psicósomática de finales del siglo pasado ha servido así para establecer una línea de interpretación que apunta en la misma dirección que la defendida hoy en día por los autores citados anteriormente. La teoría psicósomática de la fibromialgia establece que el rasgo de la alexitimia define el perfil subjetivo y psicológico de los pacientes que padecen esta condición. Refiere dificultades del paciente en el manejo de su vida afectiva, así como un déficit en su capacidad para anudar los afectos al entramado simbólico que le serviría de soporte (García, Castel y Vidal, 2006).

Acklin (1990) propuso en ese sentido un cluster de indicadores de alexitimia obtenidos mediante el Test Psicodiagnóstico de Rorschach. Tales indicadores evalúan funcionamientos *a*) cognitivos: esterotipia (Lambda alto) y cognición concreta (Bajo Complj/R); *b*) afectivos: restricción afectiva (Suma C) y escaso afecto adaptativamente regulado (FC); *c*) ideacionales: Limitación de la vida imaginaria (bajo R y M) y *d*) adaptativos: deficiencias ideacionales y afectivas objetivables en el Tipo Vivencial restringido (EA<6).

Sin embargo, según Orozco (2015), existe un grupo de teóricos que desde la perspectiva psicoanalítica se oponen a la postura antes mencionada según la cual la fibromialgia evidenciaría una falla en la función simbólica. En su lugar proponen comprender el síndrome como uno de los síntomas contemporáneos de la neurosis histérica. Estos autores sostienen que el dolor crónico puede constituir una forma de representación simbólica de un conflicto intrapsíquico y de una tentativa de resolución (Roudinesco y Plon, 2004).

Por su parte, desde la psicología, las investigaciones que procuran construir un modelo etiológico de la enfermedad se han organizado en torno a dos grandes propuestas. En primer lugar se ubican las perspectivas que establecen que el estrés, concebido como malestar psicológico, constituye la causa principal del síndrome en tanto el paciente no logra lidiar con tal estado de forma exitosa. Esta hipótesis se apoya fundamentalmente en la comorbilidad que presenta la fibromialgia con otros trastornos psicológicos, tales como cuadros de ansiedad generalizada y depresión, que ha sido descrita y constatada por diferentes investigaciones en el área (Forbes y Chalmers, 2004). De esta manera, el dolor crónico articular propio de la enfermedad es comprendido como el correlato somático de una forma ineficaz del manejo del estrés psicológico.

Han sido numerosas las investigaciones que desde la psicología se han dado a la tarea de determinar qué tipo de relación existe entre las estructuras de personalidad y la fibromialgia. Entre tales estudios cabe destacar primeramente la propuesta de Gatchel y Weisberg (2000), quienes sostienen que la vivencia del dolor en pacientes con fibromialgia depende del conjunto dinámico de características psíquicas del paciente, dado que son éstas las que determinan cierta estabilidad en su comportamiento. En ese sentido, diversos autores han afirmado que los pacientes diagnosticados con fibromialgia que manifiestan, de forma sostenida, niveles elevados de malestar psicológico relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión, suelen experimentar el dolor característico del síndrome con mayor intensidad, e incluso no presentar ningún tipo de respuesta frente al tratamiento farmacológico (Gaviria, et al., 2006).

### ***Psicología, fibromialgia y personalidad: antecedentes empíricos***

García, Castel y Vidal (2006) destacan que precisamente aquellos pacientes que padecen de algún trastorno psiquiátrico relacionado con ansiedad y/o depresión, son más propensos a desarrollar fibromialgia. En una revisión general, Martínez, González y Crespo (2003) reportan que hasta un 47% de los pacientes con fibromialgia padecen de algún trastorno de ansiedad, mientras que alrededor del 50% de los pacientes con dolor crónico sufren de depresión, sean ambos cuadros previos o concomitantes a la fibromialgia. Esto puede deberse tanto a la tensión

muscular y disminución de la tolerancia al dolor que produce la ansiedad crónica, como a la propia respuesta de ansiedad (y/o depresión) generada por la presencia del dolor. Como señalan Alda, García, Pascual y Olmedo (2003), en todo caso, la ansiedad es el factor psicológico que más rápida y fácilmente se identifica como respuesta a la experiencia dolorosa.

De igual manera, Martínez, González y Crespo (2003) proporcionan datos muy valiosos sobre el posible perfil psicológico de los pacientes con fibromialgia. Aplicando el Multiphasic Minnesota Personality Inventory (MMPI) y otras escalas similares, se ha observado que estas personas presentan una puntuación elevada para depresión, hipocondriasis e histeria (p. 4). García, Castel y Vidal (2006) reportan que con el Test de Rorschach se ha observado un índice de depresión del 44,3%, un índice de inhabilidad social del 65,5% y un riesgo de suicidio del 9% (p. 41).

En la misma línea Montoya, Pauli, Batra y Wiederman (2005) han reportado la existencia de una relación significativa entre una variable que han denominado “catastrofismo” y la forma en que los pacientes diagnosticados con fibromialgia lidian con el dolor. El catastrofismo es definido por los autores como un conjunto de creencias pesimistas que afectan los estados anímicos e ideativos del paciente. En este sentido, los trabajos de Hanvik (1951) han sido pioneros en la indagación sobre la forma en que los patrones de personalidad condicionan el modo de vivenciar el dolor. Hanvik fue el primero en examinar la relación entre la presencia de dolor crónico y ciertos rasgos de personalidad empleando el MMPI (Gaviria, et al. 2006). Desde entonces han proliferado investigaciones orientadas a establecer descripciones clínicas en pacientes con fibromialgia, a través de diversas pruebas y escalas de personalidad.

Sherman, Camfield y Arena (1995) forman parte de este grupo de investigadores y han hallado una mayor prevalencia de la llamada “tríada neurótica” en pacientes que presentan dolor crónico con respecto a aquellos que sufren de dolor agudo. Fiter (1999) y Gaviria, et. al. (2006) coinciden en que los pacientes diagnosticados con fibromialgia presentan un índice neurótico significativo, lo cual se asocia con un mayor desajuste emocional y con la presencia de rasgos depresivos, ansiosos, extravertidos e hipocondriacos.



En esta misma línea, Gaviria, et. al. (2006) proponen que el rasgo de personalidad más frecuentemente asociado con la fibromialgia suele ser el neuroticismo, sin embargo se ha detectado también la presencia de un estilo de afrontamiento orientado hacia el catastrofismo, tal y como reportan Batra y Widerman (2005). Los pacientes que sufren de neuroticismo y/o que experimentan emociones negativas de forma frecuente, son más propensos a exhibir un patrón de pensamientos negativos y pesimistas con respecto a todos los aspectos de su vida; tendencia que se encuentra fuertemente asociada con la presencia de fibromialgia.

García, Castel y Vidal (2006) concuerdan con estos autores. En lo relativo al supuesto significado de la situación y a la forma como el paciente construye y atribuye significado a cuanto acontece, reportan la existencia de numerosas distorsiones cognitivas (pensamientos erróneos sobre sí mismo, percepciones catastróficas sobre la naturaleza del problema, temores a futuros problemas o lesiones, estado de la situación personal actual, etcétera) que se encuentran directamente relacionados con la presencia y el manejo del dolor crónico. Al respecto, McBeth, et. al. (2001) afirman que precisamente los esquemas cognitivos y afectivos, así como el estilo de afrontamiento personal, actúan como importantes factores de riesgo en el desarrollo y la cronicidad de los estados de dolor característicos de la fibromialgia.

Otro importante rasgo de personalidad que se ha revelado asociado a la presencia de dolor crónico es la extraversión (Eysenck, 1967 citado en García, Castel y Vidal, 2006). No obstante, diversas investigaciones contemporáneas ponen de manifiesto resultados contradictorios al respecto, por lo que no es concluyente que este rasgo esté efectivamente asociado a la presencia de la enfermedad.

En la misma línea Ballina, et al. (1995) realizaron una síntesis de las características de personalidad comunes que presentan los pacientes diagnosticados con fibromialgia. Las más usuales parecen ser la exigencia, el cuidado, la organización y meticulosidad en todos los aspectos de la vida, así como la concurrencia de una variada gama de síntomas físicos de origen cuestionable. Por su parte, entre los factores psicológicos que acompañan el síndrome puede notarse que predomina con toda claridad una sintomatología de orden ansioso y depresivo. No obstante, es importante resaltar que autores como Boissevain y MacCain sostienen la polémica

en este campo de estudio, puesto que concluyen que, pese a toda la elaboración descriptiva al respecto, no se puede confirmar la existencia de una personalidad propia de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia (Martínez, González y Crespo, 2003, p. 5).

### ***El estudio de la Fibromialgia en Venezuela***

En el marco de esta polémica, las investigaciones realizadas en Venezuela sobre la relación entre la fibromialgia y los rasgos de personalidad de los pacientes que sufren de esa condición han sido realmente escasas. Específicamente, existen dos estudios llevados a cabo en la ciudad de Caracas que se han dedicado a examinar los rasgos de personalidad del paciente diagnosticado con fibromialgia, lo cual ha sido una tarea descriptiva que progresivamente ha contribuido a la delimitación de ciertas características comunes que pueden hacer posible la eventual construcción de un perfil de personalidad para estos pacientes.

La primera de estas investigaciones se llevó a cabo en el año 2002 en la Universidad Central de Venezuela y tuvo por objeto indagar qué tipos de afrontamiento al estrés, manifestaciones de ira y rasgos de personalidad presentaban con mayor frecuencia las pacientes femeninas con diagnóstico de fibromialgia. Como resultado general se evidenció, en primer lugar, un estilo cognitivo evitativo y rígido que incide directamente en sus fallas de expresión y modulación de las emociones. Asimismo, aparece una fuerte tendencia a suprimir y a controlar la ira que parece indicar un déficit de los recursos psíquicos que les pueden permitir lograr un equilibrio frente a las demandas emocionales. Esta tendencia supone el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces, además de una importante restricción y supresión emocional como consecuencia de una limitación y rigidez de recursos cognitivos mediadores (Gioni y Santoyo, 2002).

En tercer lugar, Gioni y Santoyo (2002) reportaron una dificultad significativa en el manejo de la hostilidad, siendo estas pacientes propensas a eventuales descontroles en la expresión de la agresividad. Finalmente, los investigadores encontraron una precaria estructuración yoica, una percepción distorsionada de la realidad y una marcada

desorganización psíquica que apunta hacia un patrón de funcionamiento psicossomático en la medida en que dicha desorganización se halla asociada con una tendencia a reconocer las molestias físicas como causa de su problemática actual, en lugar de atribuírsela a razones psicológicas (Gioni y Santoyo, 2002). Todas estas características se encuentran fuertemente asociadas con dificultades en las relaciones interpersonales.

Por su parte, en la Universidad Metropolitana se llevó a cabo un estudio también de tipo descriptivo, orientado específicamente a analizar el perfil de personalidad propio de los pacientes diagnosticados con fibromialgia en el área metropolitana de Caracas. En la investigación no se encontró evidencia de una estructura de personalidad característica propia de quienes padecen la enfermedad, sin embargo la muestra presentó ciertos rasgos comunes de funcionamiento entre los que destacan: fuertes alteraciones en la autoimagen, ideas desvalorizadas de sí mismos, escasa confianza en sus propios recursos personales, sentimientos generales de indefensión y una marcada preocupación en torno a su propio cuerpo. En el ámbito cognitivo se evidenció una tendencia al pensamiento concreto y poco riguroso, así como a un pobre control ideativo que favorece la presencia de deslices en el pensamiento. Por su parte, el manejo de los afectos se presenta marcado por una tendencia a la defensividad, altos niveles de ansiedad, una fuerte preocupación por el control de la externalización emocional, coincidiendo esto último con ciertos rasgos de sobrecarga afectiva. En este punto es destacable que la muestra no presentó rasgos significativos de depresión, a diferencia de otros estudios reportados. Finalmente, las relaciones interpersonales también parecen estar interferidas en estos pacientes puesto que se evidencia una marcada tendencia al sostenimiento de relaciones superficiales y a la preocupación excesiva por las demandas externas, lo cual coincide con una fuerte tendencia a la deseabilidad social que afecta su naturalidad y espontaneidad en los vínculos establecidos (Ardizzone, Dos Santos, Rubio, 2011).

En cuanto al abordaje metodológico, ambos estudios procedieron aplicando tests de personalidad en pacientes diagnosticados con fibromialgia, para de esta manera describir posibles patrones, o rasgos comunes en las estructuras de personalidad de la muestra. Gioni y Santoyo (2002) utilizaron principalmente el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2), mientras que Ardizzone, Dos Santos y Rubio (2011) emplearon el Test

Psicodiagnóstico de Rorschach y el Sistema Comprehensivo de Exner para evaluar los rasgos de personalidad de los participantes.

### ***El Test Psicodiagnóstico de Rorschach y su pertinencia en la evaluación de la personalidad***

En línea con las investigaciones precedentes, en el presente se concibe el constructo de "personalidad" como la estructura definida por aquellos patrones consistentes de pensamiento, sentimientos o acciones que diferencian a unos sujetos de otros y que se traducen en tendencias básicas cognitivas, afectivas y comportamentales que se mantienen relativamente estables a lo largo del ciclo vital (Pervin, 1998). El Test Psicodiagnóstico de Rorschach es una prueba proyectiva que al exigir la interpretación subjetiva de manchas de tinta fundamentalmente ambiguas, ofrece precisamente la posibilidad de inferir los estilos afectivos, cognitivos, vivenciales y comportamentales del sujeto entrevistado que se supone dan cuenta de sus rasgos de personalidad (Pardillo y Fernández, 2008), clasificando las respuestas dadas por ellos ante los estímulos en términos de su calidad, cantidad y cualidad.

En ese sentido, el Test Psicodiagnóstico de Rorschach es un instrumento de medida a partir del cual puede obtenerse una estimación objetiva y tipificada de las tendencias personales que caracterizan comúnmente a los pacientes aquejados de fibromialgia. La prueba consiste en la presentación sucesiva de 10 manchas de tinta fundamentalmente vagas, ante las cuales el sujeto se ve llamado a dar sentido de formas potencialmente infinitas (Pardillo y Fernández, 2008). Dadas estas peculiaridades, históricamente esta prueba ha sido empleada y estudiada desde dos modos alternativos de abordaje de la subjetividad: el psicoanalítico y el psicológico disciplinar, a saber, el cuantitativo experimental.

En la presente investigación se empleará uno de esos sistemas como vía para la interpretación conjunta de las pruebas tomadas de la muestra. El Sistema Comprehensivo de Exner (1995) consiste en un amplio y exhaustivo método categorial que, sin descuidar el análisis cualitativo y singular de los contenidos, permite llevar a cabo un trabajo minucioso en el campo

de la investigación cuantitativa, haciendo posible una aproximación progresiva al diseño de un perfil general de la personalidad de los pacientes bajo estudio. Asimismo, este sistema es considerado idóneo dado que posee la ventaja de aglutinar la experiencia de los denominados "cinco grandes sistemas" que históricamente se han diseñado para la codificación e interpretación del Test de Rorschach, habiendo logrado mantener a través de los años su probada originalidad, novedad y confiabilidad científica (Pardillo y Fernández, 2008).

El Sistema Comprensivo de Exner (1995) fundamenta la codificación de las respuestas en ocho criterios: localización, determinantes, calidad formal, calidad evolutiva, contenidos, popularidad, actividad organizativa y códigos especiales. Partiendo de los resultados obtenidos según estas indicaciones, se obtienen diversos porcentajes y derivaciones que el método permite agrupar en seis grandes conjuntos: 1) la Triada Cognitiva (que aporta información sobre la *ideación*, la *mediación cognitiva* y el *procesamiento de la información*), 2) el Control y Tolerancia al Estrés, 3) el Estrés situacional, 4) los Afectos, 5) las Relaciones Interpersonales y 6) la Autopercepción. Asimismo se pueden ubicar seis constelaciones de variables que al ser analizadas arrojan un índice que aporta información diagnóstica sobre las probabilidades actuales de Suicidio y Depresión, así como del estado actual de Inhabilidad Social, Percepción Pensamiento, Hipervigilancia y Estilo Obsesivo (Anastasi y Urbina, 1998).

A continuación se presentan las definiciones específicas de cada una de las variables en las cuales el Sistema Comprensivo de Exner y Sendín (1995) agrupa la información concerniente a los rasgos de personalidad:

1. *Procesamiento de la Información*: Estilo empleado por el sujeto para incorporar la información que recibe.
2. *Mediación Cognitiva*: forma en que un sujeto traduce la información recibida del exterior, en términos del grado de convencionalidad y adaptabilidad de los sujetos a las exigencias del mundo.
3. *Ideación*: modo de conceptualización de la información que ha sido recogida y traducida por el procesamiento previo de la información.

4. *Afectividad*: estilo de relación e influencia que los afectos ejercen en la actividad psíquica del sujeto.
5. *Autopercepción*: conceptos y actitudes que cada sujeto sostiene acerca de su propia identidad.
6. *Relaciones interpersonales*: actitudes y disposiciones del sujeto en relación a sus vínculos con los demás.
7. *Tolerancia al estrés*: Estilo propio del sujeto para manejar sus recursos, planificar, tomar decisiones y enfrentar de forma eficaz las exigencias de su medio.

Por su parte, en lo que respecta a las constelaciones diagnósticas de variables, Exner y Sendín (1995) establecen seis agrupaciones que permiten obtener información crítica sobre las posibles alteraciones o trastornos que presenta el evaluado:

1. *Constelación de Suicidio (S-CON)*.
2. *Constelación de Percepción-Pensamiento (PTI)*.
3. *Constelación de Depresión (DEPI)*.
4. *Constelación de Hipervigilancia (HVI)*.
5. *Constelación de Inhabilidad Social (CDI)*
6. *Constelación de Estilo Obsesivo (OBS)*.

Es importante resaltar que en Venezuela han sido llevados a cabo diversos estudios normativos y transculturales orientados a la adaptación del Test Psicodiagnóstico de Rorschach mediante el Sistema Comprensivo de Exner. Entre tales estudios se encuentran los de: González, Occupati y Riquelme (1991); Ephraim, Riquelme y Occupati (1996); Castellano, Medina y Palacios (2002); Pérez y Zambrano (2006); y Riquelme y Krivoy (2008) (Ardizzone, Dos Santos y Rubio, 2011). Estas investigaciones han proporcionado una serie de datos normativos en el país que serán empleados en la presente investigación como referencia comparativa para la interpretación de los datos obtenidos en la muestra de pacientes con fibromialgia.

De igual forma, dado que la literatura sobre el tema ha puesto de manifiesto una marcada asociación entre el padecimiento de fibromialgia y ciertas distorsiones en el manejo afectivo de estos pacientes, en el presente estudio será analizada con mayor detenimiento y profundidad la información agrupada por el Sistema Comprehensivo de Exner en la variable *rasgos afectivos*.

Finalmente, García, Castel y Vidal (2006) aseguran que el Test de Rorschach es un instrumento idóneo para aproximarse al estudio de la personalidad en pacientes que presentan condiciones como la fibromialgia puesto que además de minimizar los beneficios secundarios derivados de la evaluación, se trata de una prueba proyectiva que permite obtener gran cantidad de información relacionada precisamente con el manejo de los afectos que en estos pacientes es tan importante, y en especial, con el rasgo de la *alexitimia*, lo cual hace posible contar con una estimación capaz de señalar la existencia de cualquier tipo de falla simbólica en los pacientes que tienden a presentar dolor crónico.

Debido a lo anterior y dada la escasa evidencia empírica que existe en Venezuela sobre la relación entre la fibromialgia y los rasgos de personalidad de los pacientes que la padecen, en el presente estudio se plantea como objetivo indagar, a través de un análisis descriptivo llevado a cabo mediante el Test Psicodiagnóstico de Rorschach, los rasgos de personalidad predominantes en mujeres con diagnóstico de fibromialgia residenciadas en el área metropolitana de Caracas. Se empleará el Test Psicodiagnóstico de Rorschach por tratarse de una prueba que ofrece información descriptiva sobre las características psicológicas del sujeto estudiado (Bar Din, 2001, p. 18), considerando además la exhaustividad que ésta permite en el estudio de la personalidad. Se espera que la indagación propuesta contribuya a esclarecer la relación entre las características de personalidad, el manejo psíquico de los afectos y la presencia de dolor crónico como elementos definitorios del cuadro de padecimiento que constituye la fibromialgia.

## II. MÉTODO

### *Objetivos de la Investigación*

#### *General:*

Describir los rasgos de personalidad de una muestra de pacientes femeninas diagnosticadas con fibromialgia, a través del Test Psicodiagnóstico de Rorschach.

#### *Específicos:*

1. Describir la sección “Afectividad” del Test Psicodiagnóstico de Rorschach en la muestra evaluada, a través del Sistema Comprensivo de Exner.
2. Describir la sección “Interpersonal” del Test Psicodiagnóstico de Rorschach en la muestra evaluada, a través del Sistema Comprensivo de Exner.
3. Describir la sección “Autopercepción” del Test Psicodiagnóstico de Rorschach en la muestra evaluada, a través del Sistema Comprensivo de Exner.
4. Describir la sección “Control y tolerancia al estrés” del Test Psicodiagnóstico de Rorschach en la muestra evaluada, a través del Sistema Comprensivo de Exner.

#### *Variables:*

##### *Variables de estudio:*

##### 1. **Afectividad**

Definición Constitutiva: Estilo de relación e influencia que los afectos ejercen en la actividad psíquica del sujeto (Exner y Sendín, 1995).



Definición Operacional: Valoración de la interacción entre los puntajes obtenidos en las siguientes variables: FC: CF+C, C<sub>pura</sub>, SumC':SumPondC, Afr, S, Complj:R, CP en el test psicodiagnóstico de Rorschach empleando el sistema comprensivo de Exner. .

## 2. **Autopercepción**

Definición Constitutiva: Conjunto de conceptos y actitudes que cada sujeto ha ido construyendo sobre sí mismo para lograr un autoconocimiento y una autovaloración más o menos amplios y ajustados a la realidad (Exner y Sendín, 1995).

Definición Operacional: Valoración de la interacción entre los puntajes obtenidos en las siguientes variables: 3R+, (2)/R, Fr+Rf, SumV, FD, An+XY, MOR, H:(H)+Hd+(Hd) en el test psicodiagnóstico de Rorschach empleando el sistema comprensivo de Exner.

## 3. **Relaciones Interpersonales**

Definición Constitutiva: Necesidades, actitudes prejuicios y estilos de respuesta que mantiene el sujeto en el campo de sus vínculos con los demás (Exner y Sendín, 1995).

Definición Operacional: Valoración de la interacción entre los puntajes obtenidos en las siguientes variables: COP, GHR:PHR, a:p, Fd, SumT, Cont H, H pura, PER, Índice de aislamiento en el test psicodiagnóstico de Rorschach empleando el sistema comprensivo de Exner.

## 4. **Control y tolerancia al estrés**

Definición Constitutiva: Posibilidades o habilidad de un sujeto para utilizar sus recursos disponibles, formular y llevar a cabo sus decisiones y actuar de forma eficaz para sí mismo (Exner y Sendín, 1995).

Definición Operacional: Valoración de la interacción entre los puntajes obtenidos en las siguientes variables: DAdj, EA, EB, eb, es, en el test psicodiagnóstico de Rorschach empleando el sistema comprensivo de Exner.

***Variables controladas:***

Con el propósito de homogeneizar las condiciones de la muestra, se controlaron las siguientes variables:

- Sexo: todas las participantes fueron de sexo femenino.
- Ciudad de residencia: todas las participantes residían en Caracas al momento de la evaluación.
- Diagnóstico de fibromialgia: expresado en la entrevista previa a la evaluación, por los participantes.
- Ausencia de trastornos que impliquen alteraciones cognitivas expresado en la entrevista previa a la evaluación, por los participantes.

***Tipo de Investigación***

En primer lugar, según Kerlinger y Lee (2002), la presente es una investigación no experimental, ya que “se trata de una búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no tiene control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya acontecieron, o son inherentemente no manipulables” (p. 504). En este caso, las variables del estudio son variables atributo, no susceptibles a ser manipuladas experimentalmente.

En segundo lugar se trata de un estudio de campo, debido a que el investigador se introduce en la situación real, la observa, y luego evalúa las relaciones e interacciones entre las variables, sin esforzarse por producir el evento estudiado ni controlarlo. (McGuigan, 1980; Kerlinger y Lee, 2002). En este caso las variables fueron medidas sin intentar controlarlas o modificar experimentalmente sus valores.

Por otro lado, considerando el grado de conocimiento en el área y el objetivo del estudio, la presente es una investigación descriptiva en la que se pretende mostrar con precisión nuevos ángulos y dimensiones en el estudio de la fibromialgia, fenómeno que hasta ahora ha sido escasamente estudiado en la población venezolana (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). En este sentido, el interés principal de este estudio consiste en poner de manifiesto los principales rasgos y propiedades de las variables de personalidad presentes en las pacientes diagnosticadas con fibromialgia que forman parte de la muestra, más que en establecer posibles relaciones causales entre las mismas.

### ***Diseño de Investigación***

De acuerdo con Hernández Sampieri, et al. (2010), se propone un diseño transaccional descriptivo a través del cual se pretende indagar la incidencia, modalidades y niveles de los rasgos afectivos y de personalidad en una muestra de pacientes diagnosticadas con fibromialgia. El procedimiento llevado a cabo consiste en la evaluación de dicha muestra de acuerdo a las variables y categorías propuestas por el Sistema Comprehensivo de Exner (1995), de manera tal que sea posible proporcionar una descripción parcelada de sus patrones de personalidad, la cual representará una contribución para el posterior esclarecimiento general de la estructura y dinámica de la personalidad de estos pacientes.

### ***Población y muestra***

La población de interés para el presente estudio estuvo conformada por pacientes adultos clínicamente diagnosticados con fibromialgia. Más específicamente, la muestra definitiva estuvo compuesta por 10 mujeres diagnosticadas con fibromialgia residentes en la zona metropolitana de Caracas. Entre las variables demográficas observadas cabe destacar que el 60% de las participantes son universitarias, 60% de ellas son divorciadas, y presentan edades comprendidas entre los 33 y los 60 años.

El tipo de muestreo empleado fue intencional y no probabilístico (Kerlinger y Lee, 2002) dado que se incluyeron en la investigación sólo aquellas personas que además de hallarse

disponibles para presentar la prueba, cumplían el criterio, fijado deliberadamente, de poseer diagnóstico clínico de fibromialgia, así como las características indicadas en el apartado de “Variables controladas”.

### ***Procedimiento***

En primer lugar, se procedió a convocar a los posibles participantes del estudio a través de diversos medios de comunicación social tales como listas de correos y redes sociales. Se exigía a los participantes potenciales tener constancia de un diagnóstico de fibromialgia realizado por una institución médica, ya sea pública o privada. La convocatoria cesó al contar con 10 participantes interesados en participar en el estudio.

Seguidamente, los participantes electos fueron citados individualmente a una sesión de evaluación en la que se procedió a aplicar una entrevista semi-estructurada con la finalidad de obtener información de las características demográficas de la muestra, y sobre la experiencia particular de cada participante con el síndrome. Luego de la entrevista se procedió a la aplicación del Test Psicodiagnóstico de Rorschach. Las participantes que lo solicitaron recibieron la devolución de los resultados de su evaluación con dicho test.

Finalmente, los resultados de la prueba fueron corregidos y analizados empleando el Sistema Comprensivo de Exner. Para las comparaciones estadísticas se empleó el sistema de procesamiento de datos: SPSS versión 20.0.

### III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 10 pacientes femeninas diagnosticadas con fibromialgia residentes en la zona metropolitana de Caracas, con edades comprendidas entre los 33 y los 60 años de edad. En promedio, la edad de las participantes fue de 47 años, con una desviación típica de 9,3 (Ver Figura 1).

Tabla 1.

*Descriptivos para las variables demográficas de la muestra.*

Participante	Edad	Edad en años en que aparecieron los síntomas	Edad de diagnóstico	Nivel de instrucción	Estado civil
1	33	18	33	Licenciada	Casada
2	54	7	45	Licenciada	Viuda
3	47	14	39	Licenciada	Divorciada
4	45	10	35	Bachiller	Divorciada
5	40	35	39	TSU	Divorciada
6	40	20	38	Licenciada	Casada
7	57	51	52	Postgrado	Divorciada
8	60	17	30	Licenciada	Casada
9	57	43	51	Licenciada	Divorciada
10	39	30	30	Bachiller	Divorciada

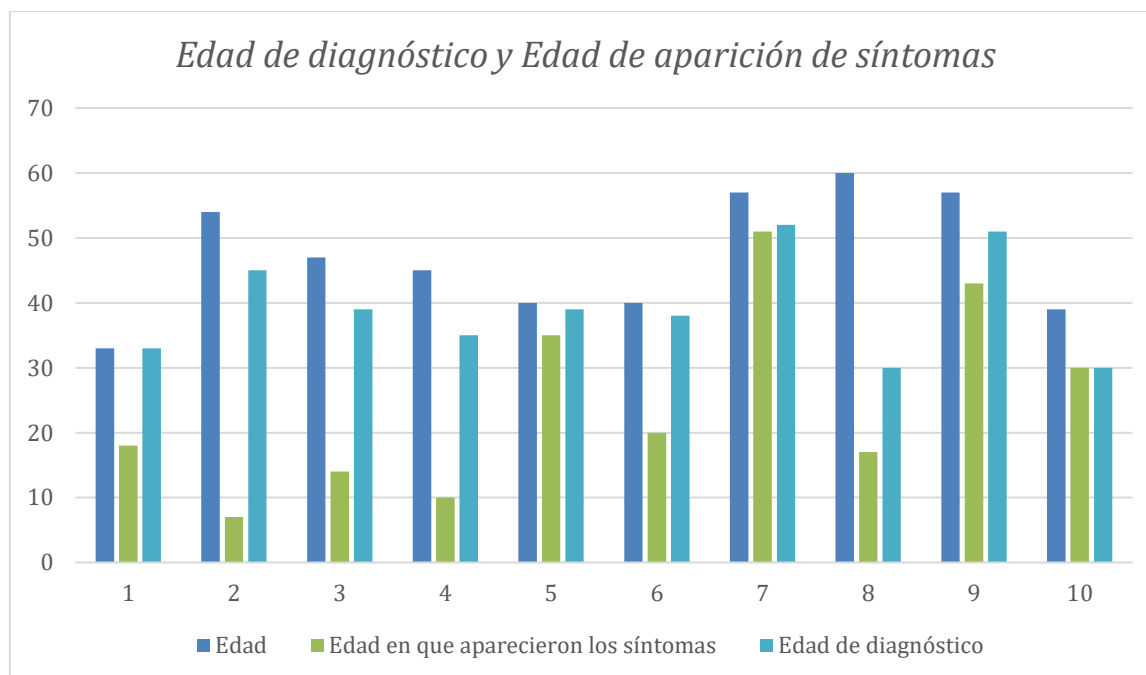


Figura 1. Gráfico de barras para las variables Edad.

Tabla 2.

*Descriptivos para las variables Número de respuestas y Lambda.*

Participante	R	Lambda
1	28	1,00
2	34	1,00
3	24	0,71
4	17	0,55
5	16	0,00
6	15	0,50
7	15	0,36
8	16	0,45
9	14	0,56
10	22	0,47
$\bar{x}$	20,1	0,56
SD	6,7	0,29
$\bar{x}$ en Vzla	17,4 9	1,62
SD en Vzla	4,53	2,12

Tabla 3.

*Descriptivos para las variables que dan cuenta de los Niveles Cualitativos de Productividad según el Sistema Comprehensivo de Exner.*

Participante	DQ+	FQ-	R	Compj/ R	Zf	M
1	5	4	28	0%	10	2
2	5	20	34	18%	9	7
3	7	8	24	17%	10	5
4	2	5	17	0%	5	3
5	6	4	16	63%	9	7
6	2	8	15	20%	7	2
7	3	4	15	40%	10	6
8	4	3	16	19%	8	3
9	2	6	14	29%	8	4
10	2	11	22	0%	7	3
$\bar{x}$	3,80	7,3	20,1	20%	8,3	4,2
SD	1,87	5,1	6,7	20%	1,63	1,93
$\bar{x}$ en Vzla	4,11	4,41	17,49	10%	8,99	2,38
SD en Vzla	2,73	2,99	4,53	10%	3,37	2,06

## Control y tolerancia al estrés

Tabla 4.

Descriptivos de las variables de Control y Tolerancia al estrés.

Participante	CDI	Adj D	EA	EB	EB	EBPer	es	EA-es(D)	eb
1	1	0	5,5	2:3,5	Ambigual	-	3	0	3:0
2	0	+5	9	7:2	Intratensivo	-	7	0	7:0
3	0	+1	11	4:7	Extratensivo	-	1 1	0	5:4
4	1	-1	3	3:0	Intratensivo	-	7	-1	5:2
5	0	0	9,5	7:2,5	Intratensivo	2,80	1 6	-2	4:12
6	0	-1	3	2:1	Ambigual	-	9	-2	4:5
7	1	1	10,5	6:4,5	Intratensivo	1,33	8	0	1:7
8	0	-1	4	3:1	Intratensivo	3,00	8	-1	4:4
9	1	-1	4	4:0	Intratensivo	-	9	-1	2:7
10	0	1	6	3:3	Ambigual	-	3	1	3:0

En la muestra estudiada, cuatro pacientes (40%) obtuvieron un CDI positivo. En el 60% de las pacientes apareció *D ajustada* de signo positivo, mientras que la puntuación EA resultó mayor a 4,0 en 6 de las 10 participantes. Por su parte 6 participantes tuvieron un EB intratensivo, 3 ambigual, y 1 de ellas extratensivo.

Asimismo, un 30% de la muestra obtuvo un EBPer positivo, mientras que un 80% se observó una puntuación *es* elevada. El 50% de las pacientes evaluadas presentó una puntuación *es* significativamente más elevada que sus respectivas puntuaciones EA, mientras que en el 60% de la muestra el lado derecho del *eb* resultó mayor que el lado izquierdo. Finalmente, se precia que en un 60% de la muestra la puntuación *D ajustada* resultó menor que la puntuación *D*.

## Afectividad

Un 40% de la muestra obtuvo un puntaje mayor en el lado izquierdo de la relación *e:b* en conjunto con una puntuación *es* mayor a 3. Para la mitad de esas pacientes (20% de la muestra),

estos resultados vinieron acompañados de un puntaje Y' mayor a C' y T' (Ver Tabla 5).

Tabla 5.

*Descriptivos para las variables de Color acromático y Sombreado.*

Participante	<i>e:b</i>	<i>es</i>	C'	T	V	Y
1	3:0	3	1	0	0	0
2	7:0	7	1	0	0	0
3	5:4	11	3	0	0	1
4	5:2	7	0	0	0	2
5	4:12	16	5	0	0	7
6	4:5	9	2	0	0	3
7	1:7	8	3	2	0	2
8	4:4	8	1	1	0	2
9	2:7	9	3	1	0	3
10	3:0	3	0	0	0	0
$\bar{x}$	-	8,81	1,9	0,40	0,00	2,00
$\bar{x}$ en Vzla	-	5,57	1	0,39	0,21	0,70

El 70% de las pacientes presentó protocolos T = 0, más específicamente el 40% de ellos resultaron auténticos sin T ( $T < V + Y$ ). Asimismo, una de las pacientes obtuvo un puntaje T mayor a 1, al tiempo que obtuvo también un puntaje elevado de respuestas populares. En cuanto a la variable Vista, el 100% de la muestra obtuvo una puntuación V = 0, mientras que el 60% de ellas obtuvo una puntuación Y mayor a 1.

Tabla 6.

*Descriptivos para la relación de C'↑ con otras variables.*

Participante	C'	S	SumC'	FC: CF+C	P	$p > a+1$
1	1	1	1	1:3	0	
2	1	4	1	0:2	0	
3	3	3	3	1:5	0	
4	0	0	0	0:0	8	✓
5	5	0	5	1:2	5	✓
6	2	2	2	1:0	3	
7	3	3	3	0:4	6	
8	1	1	1	0:1	3	
9	3	4	3	0:0	5	✓
10	0	1	0	2:2	2	✓

En la tabla 6 puede apreciarse que el 50% de la muestra obtuvo una puntuación C' > 1, mientras que el índice  $p > a+1$  resultó positivo en un 40%. Asimismo, el 40% de las pacientes



obtuvo un índice elevado de respuestas populares, y sólo un 20% obtuvo una cantidad elevada de respuestas S↑.

Tabla 7.

*Descriptivos para las variables de Afectividad.*

Participante	FC: CF+C	Afr	CP	S	Compj/R	SumC':WSumC
1	1:3	0,33	0	1	0%	1:3,5
2	0:2	0,62	0	4	18%	1:2
3	1:5	0,71	0	3	17%	3:7
4	0:0	0,70	0	0	0%	0:0
5	1:2	0,33	0	0	63%	5:2,5
6	1:0	0,66	0	2	20%	2:1
7	0:4	0,50	0	3	40%	3:4,5
8	0:1	0,60	0	1	19%	1:1
9	0:0	0,75	0	4	29%	3:0
10	2:2	0,83	0	1	0%	0:3
$\bar{x}$	-	0,60	0,00	1,90	20%	-
$\bar{x}$ en Vzla	-	0,48	0,01	1,01	10%	1:1,45

En cuanto a la relación FC:CF+C, un 40% de la muestra obtuvo un puntaje CF+F mayor en 2 o más puntos a sus puntuaciones FC. En una de estas pacientes (10% de la muestra) dicho resultado alcanzó los 4 puntos de diferencia y vino acompañado por puntaje C = 1. Por su parte, el 20% de la muestra obtuvo puntuaciones CF+C mayores a FC en menos de 2 puntos. El 70% de la muestra alcanzó puntajes elevados de Afr. El 50% de la muestra alcanzó una proporción de respuestas complejas menor al 20%-25%, mientras que sólo el 30% alcanzó una proporción de respuestas complejas mayor al 20%-25%. Finalmente, el 30% de las sujetos evaluadas obtuvo puntajes de SumC' mayores a WSumC (Ver tabla 7)

### ***Autopercepción***

En relación con la población venezolana ( $\bar{x}$  Índice de Egocentrismo = 0,36), las pacientes que conforman la muestra del estudio obtuvieron una media de 0,40 puntos en el índice de Egocentrismo. Asimismo, el 60% de la muestra obtuvo puntajes menores a 0,50 en dicho índice. Tan sólo un 20% de los sujetos se percibe y estima de manera justa de acuerdo a sus recursos ( $(3r+(2)/R = 0,50)$ ), mientras que el 20% restante parece tender a centrarse en sí mismo mucho

más de lo habitual, exhibiendo una inusual preocupación por el propio *self* que conlleva a una despreocupación por el mundo exterior ( $3r+(2)/R > 0,50$ ) (Ver Tabla 8).

Tabla 8.

*Descriptivos para las variables de Autopercepción.*

Participante	$3r+(2)/R$	$Fr+rF$	FD	Sum $V+FD$
1	0,57	0	1	1
2	0,50	0	0	0
3	0,29	0	0	0
4	0,65	0	1	1
5	0,50	0	0	0
6	0,33	0	3	3
7	0,13	0	3	3
8	0,38	0	2	2
9	0,36	0	2	2
10	0,27	0	3	3
$\bar{x}$	0,40	0,00	1,50	1,50
$\bar{x}$ en Vzla	0,36	0,30	0,44	-

Otro aspecto resaltante en el 50% de los protocolos son los múltiples indicadores de autorreflexión ( $\text{Sum } V+FD > 0$ ). Sin embargo, en el 30% de las participantes aparece  $\text{Sum } V+FD > 2$ . En ninguno de los casos tal tendencia a la autoinspección está marcada por una autocrítica negativa ( $V = 0$ ).

En el presente estudio, ninguna de las pacientes parece tener un marcado interés por los demás ( $H < 7$  en las pacientes introversivas,  $H < 3$  en la extratensiva y  $H < 4$  en las ambiguas).

De igual forma, se evidencia que las pacientes evaluadas obtuvieron una puntuación media en  $Hd$  de 1,30, con respecto a los datos normativos de Caracas ( $\bar{x}Hd_{\text{Venezuela}} = 0,96$ ). Su puntuación media en ( $Hd$ ) fue de 1,70. Sólo el 10% de la muestra presentó una puntuación menor a 4 en ( $Hd$ ) (Ver Tabla 9).

Un 60% de la muestra presentó puntajes  $H$  menores a ( $H$ )+ $Hd$ +( $Hd$ ). En el 30% de las pacientes evaluadas esta relación se especifica con puntajes ( $H$ )+( $Hd$ ) mayores a  $Hd$ , mientras que en un 30% se presentan puntajes de  $Hd$  mayores a ( $H$ )+( $Hd$ ).

Tabla 9.

*Descriptivos para las variables de Contenido Humano.*

Participante	$H$	$Hd$	$(H)$	$(Hd)$	$H:(H)+Hd+(Hd)$	$(H)+(A):(Hd)+(Ad)$	$H+A:Hd+Ad$	$Hx$
1	1	0	2	0	1:2	2:0	13:4	0
2	3	3	6	4	3:13	12:4	13:4	0
3	2	0	0	0	2:0	5:0	12:0	1
4	1	4	1	0	1:5	1:0	10:4	0
5	4	0	2	2	4:4	2:2	9:0	4
6	1	0	1	0	1:1	2:0	5:3	1
7	1	2	1	0	1:3	1:0	5:3	4
8	1	0	3	0	1:3	5:0	6:1	0
9	1	3	0	1	1:4	1:1	4:4	1
10	2	1	1	0	2:2	2:2	6:2	0
$\bar{x}$	1,70	1,30	1,70	0,70	-	-	-	1,10
$\bar{x}$ en Vzla	2,09	0,96	0,81	0,57	-	-	-	0,22

Por su parte, al menos un 40% presentaron protocolos en los que ambos lados de la proporción  $(H)+(A):(Hd)+(Ad)$  suman más de tres puntos. Simultáneamente, un 50% de la muestra obtuvo puntajes de  $Hx$  mayores a 0. Asimismo, el 100% de las pacientes entrevistadas presentó puntajes mayores a 1 en la sumatoria  $An+Xy$ . Entre tales pacientes, un 50% presenta obtuvo puntajes de  $An+Xy$  mayores 3 (Ver Tabla 10).

Tabla 10.

*Descriptivos para las variables  $An+Xy$  y MOR.*

Participante	$An+Xy$	MOR
1	4	2
2	8	5
3	2	3
4	1	0
5	3	0
6	4	0
7	3	4
8	4	3
9	1	7
10	4	1
$\bar{x}$	3,40	2,50
$\bar{x}$ en Vzla	-	0,85

Finalmente, un 30% de la muestra no arrojó respuestas MOR, mientras que el 50% obtuvo puntajes MOR mayores a 2 (Ver Tabla 10).

## *Interpersonal*

Tabla 11.

*Descriptivos para las variables de Relaciones Interpersonales.*

Participante	CDI	HVI	$\neq a:p$	$Fd$	$T$	PER	COP	AG
1	1	0	-	0	0	0	2	0
2	0	1	-	0	0	0	0	7
3	0	0	-	1	0	1	3	3
4	1	0	$p > a+1$	0	0	0	1	0
5	0	0	$p > a+1$	0	0	0	1	3
6	0	0	-	0	0	0	2	1
7	1	0	-	0	2	5	2	0
8	0	0	-	0	1	0	2	2
9	1	0	$p > a+1$	0	1	0	0	0
10	0	0	$p > a+1$	0	0	0	1	0
$\bar{x}$	0,40	0,10	-	0,10	0,40	0,60	1,40	1,60
$\bar{x}$ en Vzla	-	-	-	0,17	0,39	0,24	0,61	0,20

El índice CDI resultó positivo en un 40% de la muestra, mientras que el índice HVI sólo resultó positivo en un 10% de la muestra. Un 40% de las pacientes obtuvo un índice  $p > a+1$ , mientras que los contenidos  $Fd$  estuvieron ausentes en casi toda la muestra.

En la Tabla 11 también puede apreciarse que sólo un 10% de las pacientes presentó un índice PER mayor a 2). El análisis de las relaciones entre COP y AG, reveló, por su parte que un 30% de la muestra presentó respuestas COP iguales a 2 conjuntamente con respuestas AG menores o iguales a 1.

De igual forma, un 20% de la muestra presentó respuestas COP menores o iguales a 2 conjuntamente con respuestas AG mayores a 2. El índice de Aislamiento ofrece datos llamativos en ese sentido. Un 80% de las pacientes evaluadas obtuvo puntajes menores o iguales a 0,25 en el mismo. Sólo dos pacientes obtuvieron puntajes mayores a 0,25 (Ver Tabla 12).

Tabla 12.

*Descriptivos para las variables de Aislamiento y Movimiento con Pares.*

Participante	Aislamiento/R
1	0,07
2	0,06
3	0,08
4	0,00
5	0,25
6	0,06
7	0,27
8	0,00
9	0,29
10	0,09
$\bar{x}$	0,12
$\bar{x}$ en Vzla	0,20

## IV. DISCUSIÓN

### *Control y tolerancia al estrés*

En apoyo a lo encontrado por Forbes y Chalmers (2004), se observó que un 40% de las pacientes evaluadas posee menos recursos de los que requiere para enfrentarse a sus disparadores internos de tensión, lo cual les dificulta significativamente restablecer la homeostasis una vez que se han topado con un estímulo estresor. Esto significa que la mitad de la muestra se encuentra sobrecargada en la medida en que recibe más estimulación irritativa de la que sus recursos les permiten procesar para generar respuestas encaminadas a restablecer la homeostasis. Dadas estas condiciones, las pacientes en cuestión están en riesgo de sufrir formas impulsivas de pensamiento y de acción, además de que suelen tener dificultades ante situaciones nuevas, por lo que funcionan mejor en escenarios rutinarios y previsibles. Esta dificultad refuerza la hipótesis de la comorbilidad que presenta la fibromialgia con otros trastornos psicológicos tales como cuadros de ansiedad generalizada. Probablemente el estrés, concebido como malestar psicológico, constituya una causa importante del síndrome en la medida en que el paciente no logra lidiar con tal estado de forma exitosa. Según las teorías que así lo sostienen, el dolor crónico propio de la enfermedad es comprendido como el correlato somático de una forma ineficaz del manejo del estrés psicológico.

En cuanto a la estimulación sufrida y su relación con la experiencia accesible, 5 participantes del estudio parecen encontrarse bajo los efectos de fuertes disparadores internos de tensión frente a los cuales no pueden organizar ni dirigir conductas encaminadas a recuperar su equilibrio. Asimismo, en tres de estas pacientes se presenta una marcada tendencia a internalizar sus emociones y a percibirse a sí mismas de un modo desvalorizado, aun cuando estén registrando adecuadamente las necesidades por ellas experimentadas.

El estilo vivencial de 6 de las participantes fue intratensivo, lo cual indica que se trata de personas predominantemente ideativas, que mantienen al margen sus afectos al momento de

solucionar problemas, tiempo en el cual además prefieren demorar la toma de decisiones para considerar todas las alternativas posibles.

Finalmente, 4 de las participantes presentan un nivel de tolerancia al estrés actual que es inferior al habitual. Esto significa que, no obstante, 60% de la muestra sí parece contar con los recursos necesarios para iniciar conductas deliberadas y encaminarlas para lograr su adaptación al medio, lo que parece indicar que sus dificultades cognitivas, afectivas e interpersonales no se deben a un déficit de recursos o mecanismos para lidiar con el estrés y sus consecuencias. Asimismo, se encontró que el 50% de las participantes padecen de fuertes niveles de tensión interna frente a los cuales no están pudiendo organizar sus conductas, lo cual apoya los datos reportados por autores como Martínez, González y Crespo (2003), que afirman que hasta un 47% de los pacientes con fibromialgia padecen de algún tipo de trastorno de ansiedad.

En síntesis, un 60% de la muestra cuenta con un nivel adecuado de recursos disponibles para iniciar conductas deliberadas, tomar decisiones y ponerlas en práctica. De igual manera, es importante destacar que un 30% de la muestra presenta un desbalance en su control conductual y en su tolerancia a las situaciones estresantes por una rigidificación del funcionamiento personal. En estos casos dicha rigidificación responde a una marcada tendencia a evitar el procesamiento de datos afectivos que disminuye sus intercambios personales haciéndolas menos capaces de conducirse eficazmente en situaciones emocionalmente cargadas.

Estos resultados sugieren dificultades para ejecutar el acto que les ayudaría a contrarrestar los efectos de la angustia vivida, así como de un nivel de tolerancia al estrés que es menor al habitual. Tal como afirman Gaviria, et. al. (2006), los pacientes diagnosticados con fibromialgia suelen experimentar de forma sostenida niveles elevados de malestar psicológico relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión. Parecieran estar ante estímulos externos que les crean tensión y malestar, lo cual puede influir en su conducta de manera importante. Asimismo, cuando registran este tipo de sentimientos puede bloquearse su capacidad de acción durante un tiempo, mientras experimentan un intenso malestar emocional, o pueden tender a actuar impulsivamente. Sin embargo, por tratarse de una dificultad puntual y no estructural en su

disponibilidad de recursos adaptativos, el pronóstico es más favorable en este sentido para la mayoría de la muestra.

### ***Afectividad***

En contraste con los hallazgos de Martínez, González y Crespo (2003), quienes afirman que alrededor del 50% de los pacientes con dolor crónico sufren de depresión, y García, Castel y Vidal (2006), que reportan un índice de depresión del 44,3% con el Test de Rorschach, en el presente estudio se encontró que sólo un 20% de la muestra exhibe síntomas clínicos que permiten afirmar que están sufriendo una seria perturbación depresiva del estado de ánimo. Esta parece deberse fundamentalmente a una autopercepción negativa y a la poca vinculación que logran tener con otras personas. En ese sentido, los resultados obtenidos concuerdan sólo con el estudio llevado a cabo en Venezuela por Ardizzone, Dos Santos y Rubio (2011), quienes tampoco hallaron significativo el índice de depresión en la muestra de fibromialgia.

El hallazgo anterior no significa que las pacientes evaluadas no se encuentren bajo los efectos de un nivel significativo de malestar psíquico. Al menos un 40% de la muestra se encuentra padeciendo un grado de sufrimiento y dolor psíquico elevado. Para la mitad de estas personas, dicho malestar es agudo y reactivo en la medida en que parece obedecer a situaciones externas que están siendo perturbadoras en el presente, mientras que para las otras dos participantes esta condición obedece a una forma de funcionamiento que se ha estabilizado en el tiempo produciendo una vivencia crónica de sufrimiento.

Del mismo modo, el resto de las pacientes que se ven afectadas por este malestar psíquico, con independencia de si es agudo o crónico, tienden a internalizar sus afectos en vez de expresarlos, exhibiendo el mismo patrón de comportamiento emocional según el cual se impone la subordinación a lo socialmente esperado como vía para relacionarse con el otro, y con los propios afectos que acaban por ser reducidos al mínimo posible. Esta es una tendencia que se aprecia en el 40% de la muestra general, mientras que la tentativa de restringir la labilidad emocional se manifiesta en un 30% de la muestra, así como también la presencia de ciertos



rasgos hostiles que no suelen ser externalizados y que acaban por incrementar la irritación interna.

Al analizar con detalle los rasgos afectivos de la muestra general, salta a la vista que un 60% de estas mujeres tiende a internalizar sus afectos en lugar de expresarlos. Esta es una información muy importante puesto que corrobora la mayoría de los datos aportados por los estudios sobre dolor crónico: la posible presencia de alexitimia como rasgo de personalidad central en la etiología de la fibromialgia y en la configuración psíquica de las personas que la padecen. En ese sentido, y de acuerdo a lo reportado por García, Castel y Vidal (2006), en las pacientes evaluadas se encontró una marcada tendencia a separarse de sus propias emociones en un intento por desconocerlas, reduciendo al mínimo necesario cualquier tipo de contacto con la realidad y con los otros que pueda implicar exigencias emocionales. Del mismo modo, los resultados son cónsonos por lo señalado por Gioni y Santoyo (2002) dado que en el 30% de la muestra se aprecia una tendencia considerable a suprimir y a controlar la ira, así como cualquier atisbo de labilidad emocional.

Si bien es cierto que tales rasgos de personalidad son significativos de un déficit en los recursos psíquicos que les permitirán a estas pacientes lograr un equilibrio frente a las demandas emocionales, son también indicadores de los esfuerzos que realizan por reprimir sus manifestaciones afectivas, sean positivas o negativas; lo cual además de favorecer el incremento de la irritación interna por la vía de la internalización, puede ser sinónimo de una importante dificultad asociada para descargar las tensiones emocionales por medio de la palabra (alexitimia). En todo caso, los datos obtenidos apoyan a la correlación que indican Alonso-Fernández (2011), Exner y Sendín (1995) y el resto de los autores citados, pues los pacientes con tales dificultades expresivas, tienden a utilizar los canales somáticos como vía para la descarga de sus emociones.

Asimismo, un 70% de las pacientes evaluadas destaca por ser distantes en sus contactos interpersonales y evitativas en situaciones de cercanía emocional, las cuales las hacen sentir incómodas. Más específicamente, un 40% de la muestra parece no registrar la necesidad de cercanía hacia los demás y tender a evitar el contacto interpersonal. Ambos son rasgos

estilísticos de sus relaciones interpersonales que surgen como resultado del sufrimiento que les genera el contacto con el otro.

Asimismo, se apreció que ninguna de las pacientes tiende a desvalorizarse a sí misma significativamente en sus procesos introspectivos, lo cual es señal de un pronóstico favorable en lo que respecta a las descripciones que pueden elaborar sobre sí. Por su parte, también constituye un pronóstico favorable que el 50% de la muestra, y entre ellas, el 100% de las pacientes que padecen un malestar psíquico significativo estén respondiendo de forma no deliberada a una situación de tensión actual, puesto que cabría suponer que el malestar no es crónico, y cederá si se resuelven las circunstancias que lo provocan.

Un 40% de las participantes del estudio expresan sus afectos de una manera más espontánea y relajada que la mayoría de las personas, sin esforzarse tanto por controlar sus emociones, lo cual significa que tampoco que manifiestan problemas importantes de control emocional. Sin embargo, en una de las participantes esta configuración sí denota serios problemas de modulación afectiva, lo que indica que se trata de una persona que tiende a presentar expresiones emocionales muy intensas y dar la impresión de ser impulsiva. Esto puede dificultar su capacidad para amortiguarse cognitivamente ante la descarga afectiva.

Es destacable que el 70% de la muestra parezca sentirse atraído por la estimulación emocional. Sin embargo, los datos sugieren que esta tendencia puede resultar negativa en la medida en que se ha constatado la presencia de problemas de control y modulación emocional en el 40% de esta submuestra (dos pacientes tienden a la constricción emocional y dos a la espontaneidad e impulsividad afectiva). Esta tendencia puede incrementar la frecuencia de demandas y las posibilidades de problemas de descontrol.

En apoyo a lo dicho anteriormente, el 50% de la muestra tiende a simplificar excesivamente la información, lo cual produce un empobrecimiento del manejo de la estimulación emocional, mientras que el 30% responde con gran sensibilidad a los estímulos y con una buena capacidad para procesarlos. Asimismo, en este apartado se puso de manifiesto

que el 30% de las participantes del estudio internaliza en exceso componentes afectivos que deberían ser externalizados, lo cual aumenta su tensión interna y favorece la derivación al cuerpo de los conflictos psíquicos (Exner y Sendín, 1995).

Por otra parte, es de destacar que no aparecen componentes hostiles muy acentuados en la mayoría de la muestra (80%), aunque la tendencia a la simplificación perceptual de la información reportada anteriormente sí incide negativamente en el manejo de la estimulación emocional en un 50% de la muestra. Estos datos apoyan lo reportado por Fiter (1999) y Gaviria, et. al. (2006), quienes coinciden en que los pacientes diagnosticados con fibromialgia presentan un índice neurótico significativo que consiste en cierto desajuste emocional aunado a la presencia de rasgos ansiosos y depresivos.

### ***Autopercepción***

Tal como han reportado los autores citados en el marco teórico, en el presente estudio se comprobó que las mujeres que padecen de fibromialgia suelen preocuparse muy poco de sus necesidades, además de tener una imagen personal desvalorizada que las lleva a no tomarse a sí mismas como objeto principal de atención. Se podría decir que son personas con un autocentramiento y autoestima bajas, con muy poca confianza en sus propios recursos y con una marcada preocupación por las demandas del exterior, llegando incluso a ignorar sus propias necesidades.

En el 30% de las participantes aparece la tentativa de exagerar las tareas de autoexamen, con consecuencias emocionales irritantes y dolorosas que las llevan aislarse con respecto a su entorno. Es importante resaltar que en ninguno de los casos tal tendencia a la autoinspección está marcada por una autocrítica negativa ( $V = 0$ ), dato que fortalece la hipótesis de que ninguna de estas pacientes presenta una autoestima verdaderamente disminuida al punto de denigrarse y desestimarse excesivamente (más allá de un Índice de egocentrismo de 0,13 en cuyo protocolo no aparece ninguna  $V$ ).

El único caso en el que apareció un excesivo autocentramiento, éste vino acompañado de una autoestima marcadamente deficiente, lo cual habla de una persona fuertemente negativa en torno a sí misma. Estos rasgos coinciden con una fuerte preocupación en torno al propio cuerpo que está asociada con alteraciones en la autoimagen y actitudes negativas hacia sí mismas. Sin embargo, las mujeres evaluadas logran diferenciarse del otro en cierto grado y construir su propia autoimagen, aunque sea predominantemente negativa. Por otra parte, ninguna de las pacientes evaluadas tendió a interesarse significativamente por los demás; al contrario, parecen tender a protegerse de las intenciones hostiles que le suponen a los otros que las rodean. Asimismo, estas mujeres tienden a construir una visión parcial de los demás y a distanciarse de ellos en la práctica, lo cual complementan con un leve recurso a la fantasía que las lleva a crear ideas sobre sí mismas y sobre los otros que no siempre se corresponden con la realidad pero que, no obstante, no llegan a traducirse en una representación de las personas a partir de elementos imaginarios o incompletos.

Se evidencia que un 60% de la muestra posee nociones más distorsionadas de sí mismas y de los otros. En el 30% de la muestra esta distorsión se debe a que la autoimagen y la percepción del otro se encuentran basadas en elementos fantasiosos e imaginarios, mientras que en un 30% se debe a una percepción limitada y sesgada del elemento humano (propio y ajeno) que propicia un estilo paranoide de contacto con el otro. En términos generales, predomina ligeramente la tendencia, o bien a percibir al otro con base en elementos de la realidad, o bien a suponerle una serie de atributos con base en la fantasía. En ambos casos, estos sesgos en la percepción interpersonal pueden tener un efecto negativo en las decisiones y en las soluciones que el sujeto aplique para resolver sus problemas sociales.

Un dato llamativo es que el 50% de la muestra tiende a establecer muchos aspectos de su autoimagen y la de los demás mediante la intelectualización, la cual opera como una forma de ignorar la realidad o matizar el impacto que esta puede tener en los afectos. Esta estrategia puede redundar en un empeoramiento de su vida social, dado que sus decisiones y acciones se verán afectadas por un distanciamiento autoimpuesto de los verdaderos estímulos que han de afectarlos.

En la misma línea Montoya, et. al. (2005), estos datos parecen sugerir la existencia de una relación significativa entre la variable denominada por ellos “catastrofismo” y la forma en que las pacientes diagnosticadas con fibromialgia lidian con el dolor. El catastrofismo entendido como el conjunto de creencias pesimistas que afectan los estados anímicos e ideativos del paciente, se aprecia en las mujeres de la muestra evaluada, especialmente en lo que respecta a su autopercepción y a la percepción del otro. En ese sentido, el manejo afectivo parece hallarse relacionado, pues tal y como reportan Batra y Widerman (2005), los pacientes que sufren de neuroticismo y/o que experimentan emociones negativas de forma frecuente, son más propensos a exhibir un patrón de pensamientos negativos y pesimistas con respecto a todos los aspectos de su vida; tendencia que se encuentra fuertemente asociada con la presencia de fibromialgia.

Uno de los aspectos más importantes de cara a los objetivos del presente estudio es el relativo a la preocupación por el propio cuerpo que pone de manifiesto la fórmula  $An+Xy$ . En consonancia con lo esperado, el 100% de las pacientes entrevistadas está más preocupada de lo habitual por su funcionamiento corporal. Entre ellas, un 50% presenta una preocupación excesiva por su cuerpo que denota una distorsión en la autoimagen frecuentemente asociada a la presencia de trastornos psicósomáticos y/o a componentes hipocondríacos (Exner y Sendín, 1995).

Finalmente, si bien es cierto que un 30% de la muestra no arrojó respuestas MOR, el 50% tiende a impregnar su pensamiento sobre sí misma y sobre el entorno de una visión negativa y desvalorizada con marcados tintes pesimistas.

### ***Interpersonal***

En contraste con lo señalado por García, Castel y Vidal (2006), quienes reportan que con el Test de Rorschach se obtiene un índice de inhabilidad social del 65,5% para pacientes con fibromialgia, en el presente estudio dicho índice resultó positivo en un 40% de la muestra. Tal indicador alerta sobre las dificultades que presentan estas pacientes para enfrentarse con eficacia

a las demandas del entorno, para mantener relaciones interpersonales profundas y duraderas, así como para reconocer y darle su justo lugar a las necesidades de los demás.

Sin embargo, el índice de HVI resultó positivo en un solo caso, cuya forma de funcionamiento habla de una fuerte interferencia emocional que rigidifica su pensamiento dando lugar a un estilo paranoide claramente estructurado que se ha vuelto estable. De este modo, sólo una de las participantes de la muestra parece emplear mecanismos evitativos en sus relaciones interpersonales de forma crónica, lo cual está relacionado en este caso con una imagen desvalorizada de sí misma y distorsionada del otro.

Se observó también que el 40% de la muestra tiende a refugiarse en la fantasía como forma de compensar sus necesidades, además de apostar porque otros resolverán sus problemas en una actitud de marcada dependencia con respecto al entorno. Aunado a ello se pudo apreciar que en una de las participantes esta tendencia a la pasividad se ve agravada por una intensa necesidad de cercanía que problematiza aún más la dificultad interpersonal que pone de manifiesto el CDI positivo en dicho caso.

Sólo una de las participantes presenta una necesidad mayor de lo habitual de justificar defensivamente su autoimagen. El análisis de las relaciones entre COP y AG reveló, por su parte que un 30% de la muestra tiende a percibir actitudes positivas en las interacciones sociales y está dispuesto a participar en ellas buscando establecer relaciones armoniosas. Resulta llamativo que este resultado aparezca en dos pacientes cuyo CDI resultó positivo y, en general, en un grupo de personas que tienen a distorsionar la imagen que tiene de los demás. Es probable que pese a dicha distorsión, la percepción de las interacciones sociales como acontecimiento abstracto se mantenga intacta en estas pacientes, favoreciendo sus intenciones de ir a buscarlas e reforzando la importancia que le dan en sus vidas, lo cual puede suponerse que no siempre llega a buen término dadas las dificultades que demuestran tener en las otras áreas básicas de la relación con los demás.

Dos de las participantes de la muestra destaca por desplegar una actividad interpersonal marcada por actitudes agresivas o coactivas hacia los demás, como estrategia defensiva ante una

vivencia del ambiente como hostil. Lógicamente, una de estas participantes es la que presenta el HVI positivo, evidenciando cierta tendencia a responder con hostilidad dada su percepción del entorno como amenazante. La otra de estas participantes se muestra marcadamente dependiente de un entorno al cual reacciona agresivamente toda vez que los otros, de los cuales depende, no alcanzan a satisfacerla o llegan incluso a afectarla negativamente.

El índice de Aislamiento ofrece datos llamativos en ese sentido. Un 80% de las participantes parecen no presentar un particular retraimiento ante los contactos e intercambios con el entorno, demostrando estar implicadas o tender a estarlo en intercambios significativos con sus semejantes. Sólo dos participantes parecen estar menos involucradas de lo habitual en interacciones sociales y sin embargo, esta tendencia no alcanza límites exacerbados que induzcan a pensar que se encuentran socialmente aisladas. En consonancia con lo descrito anteriormente, la mayoría de las sujetos evaluadas tiende a relacionarse con su entorno en una medida adecuada, sea porque aspiran a establecer relaciones armónicas –con independencia de si lo logran o no–, o porque dependen de ello para satisfacer sus propios objetivos o necesidades.

Estos resultados dificultan el pronóstico para las participantes en cuestión, pues pueden favorecer el desarrollo de depresiones secundarias, así como de distorsiones a nivel de la percepción y el procesamiento de la información que las hagan más vulnerables a situaciones de estrés. En un 40% de las participantes evaluadas, se observó además una tendencia a esperar que los otros resuelvan sus problemas, lo cual las hace excesivamente dependientes de su entorno. En ese sentido, la deseabilidad social es otro aspecto importante de su realidad emocional, pues el manejo y la expresión de los sentimientos se da en relación al otro y a lo que se espera de ellas, lo cual coincide con lo reportado por Ardizzone, Dos Santos, y Rubio (2011), quienes afirman que se encuentra en estas mujeres una significativa tendencia a la pasividad con respecto a los datos del grupo normativo.

Asimismo, los resultados obtenidos concuerdan con el estudio de Ardizzone, et al. (2011) en cuanto a que el manejo de los afectos en estas sujetos se presenta marcado por una tendencia a la defensividad que encuentra su origen en la fuerte autodesvalorización que las lleva a justificarse frente a los demás constantemente, así como a la fuerte preocupación por el control

de la externalización emocional que ha sido señalada, y a los evidentes rasgos de sobrecarga afectiva. En un 20% de estas pacientes, dicha defensividad puede manifestarse a través de actitudes agresivas y autoritarias hacia los demás.

Finalmente, es destacable que pese a las marcadas dificultades que presentan estas pacientes en su relación con los demás, ninguna de ellas parece hallarse crónicamente retraída ni aislada de su entorno social, bien sea porque requieren del otro para alcanzar sus objetivos o porque procuren establecer una relación armónica con las demás personas.



## CONCLUSIONES

- La mayoría de las pacientes evaluadas demuestran poseer buenas capacidades cognitivas e intelectuales, y ser capaces de procesar información variada y compleja de forma adecuada, así como de organizar de manera óptima los datos estimulares.
- Se aprecia una marcada tendencia a simplificar sus percepciones y a elaborar construcciones intelectuales notablemente inusuales con respecto a las producidas convencionalmente por la población, lo cual parece deberse a un esfuerzo que realizan por evitar el encuentro frontal con la realidad estimular.
- No se trata de personas meticulosas, perfeccionistas, ni tampoco particularmente opositoristas, sino de mujeres que procesan la información de forma laxa (subincorporadoras) y singular debido a su tendencia a interpretar la realidad para volverla más manejable al hacerla encajar con sus esquemas preconcebidos.
- Esta tendencia a la percepción no convencional contribuye a que estas pacientes pierdan puntos clave de información, lo cual acarrea sesgos importantes que empobrecen su eficacia práctica.
- El predominante estilo vivencial intratensivo marca en estas pacientes una tendencia a preferir usar la ideación para resolver problemas y a mantener al margen el procesamiento emocional.

### *Control y tolerancia al estrés*

- La ansiedad circunstancial es una característica típica en estas pacientes.
- Cuentan con los recursos necesarios para iniciar conductas deliberadas que estén encaminadas al restablecimiento del equilibrio interno.
- Suelen presentar un desbalance en su control conductual y en su tolerancia a las situaciones estresantes por una rigidificación del funcionamiento personal que responde a la marcada tendencia que presentan a evitar el procesamiento de datos afectivos.

## ***Afectividad***

- Aparece en estas pacientes una sintomatología de orden ansioso que está relacionada con su escasa capacidad de descarga emocional y de modulación afectiva.
- Parece que la depresión como variable diagnóstica no forma parte del funcionamiento personal de las pacientes venezolanas con fibromialgia.
- Suelen internalizar algunos componentes afectivos que deberían ser externalizados y esto les genera cierta tensión interna que pudiera estar derivándose en el cuerpo.
- Se trata de mujeres que prefieren no contactar ni implicarse demasiado en situaciones afectivamente cargadas.
- El manejo de los afectos en estas pacientes repercute en sus ideas sobre sí mismas y sobre el entorno, que suelen quedar impregnadas de una visión negativa y desvalorizada.

## ***Autopercepción***

- Suelen percibirse de manera inadecuada con respecto a los recursos que de hecho poseen.
- Suelen exagerar las tareas de autoexamen ocasionando consecuencias emocionales irritantes. Sin embargo, resultó llamativo que en ningún caso esa tendencia trae consigo una marcada autocrítica negativa, lo cual es señal de buen pronóstico en la medida en que no aparecen indicios de una autoestima verdaderamente disminuida.
- La percepción desvalorizada de sí mismas las lleva a refugiarse en la fantasía.

## ***Interpersonal***

- Se evidencia marcada tendencia a la pasividad, lo que las convierte en personas fuertemente dependientes de los demás.
- Suelen suponerle propósitos hostiles a quienes las rodean, llegando a ser sumamente reservadas y cautelosas en su contacto con el otro.
- Se muestran vulnerables al rechazo y al fracaso social.

## LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

- El tamaño de la muestra limita de forma importante el alcance de los resultados, por lo que se recomienda replicar el estudio en una muestra más representativa de la población.
- Una de las limitaciones del estudio radica en la consideración exclusiva de pacientes femeninas, por lo que no fue posible examinar el efecto de la variable sexo sobre el resto de las variables del estudio.
- Variables como el nivel socioeconómico y el estado civil de las participantes, que se han encontrado asociadas al padecimiento de fibromialgia, no fueron consideradas en su relación a las variables estudiadas.
- Se recomienda realizar estudios correlacionales y explicativos con las variables implicadas a fin de ganar solidez y validez predictiva en lo referente a la relación entre las variables descritas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acklin, M. (1990). Alexithymia, somatization and the Rorschach Response Process. *Rorschachiana*, 17, 180-187.
- Alda, M., García, J., Pascual, A., y Olmedo, M. (2003). Aspectos psicológicos de la fibromialgia, *Monografías de Psiquiatría*, 4, 32-40.
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6), 481-490.
- American College of Rheumatology (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Anastasi, A., y Urbina, S. (1998) *Test Psicológicos*. D.F., México: Prentice Hall.
- Ardizzone, J., Dos Santos, W., y Rubio, C. (2011). *Perfil diferencial de los pacientes diagnosticados con Fibromialgia a partir de las variables del Sistema Comprehensivo de Exner del Psicodiagnóstico de Rorschach* (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela.
- Ballina, G.F.J., Martín, L.P., Iglesias, G.A., Hernández, M.R. y Cueto, E.A. (1995). La fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica Española*, 195, 326-334.
- Bar Din, A. (2001). *La prueba de Rorschach. Un manual de aplicación pluricultural*. D.F., México: Siglo XXI Editores.
- Brinkmann, H. (2013). *El test de Rorschach. Introducción a su estudio y utilización*. Santiago, Chile: RIL Editores.
- Castellanos, S. (2012). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Exner, J., y Sendín, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach. Para el Sistema Comprehensivo*. Madrid, España: Prismática.

- Fiter, J. (1999). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento, *Medicina y Humanidades*, 56, 48-55.
- Forbes D., y Chalmers, A. (2004) Fibromyalgia: revisiting the literature. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 48(2), 119–131.
- García, V., Castel, B., y Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología clínica*, 2(1), 38-43.
- Gatchel, R., y Weisberg, J.N. (2000). *Personality characteristics of patients with pain*. New York; EEUU: Guilford Press.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yépez, M., Echeverría, C., y Pineda, R. (2006) Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*, 16(2), 129-138.
- Gioni, A., y Santoyo, R. (2002). Afrontamiento al estrés, manifestaciones de ira y rasgos de personalidad en pacientes femeninos diagnosticados con fibromialgia. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. D.F., México: McGraw-Hill.
- Inanici, F. y Yunus, M. (2004). History of Fibromyalgia: Past to Present. *Current Pain and Headache Reports*, 8,369–378.
- Instituto Ferrán de Reumatología (2015, Octubre 22). Fibromialgia. Recuperado de: <http://www.institutferran.org/fibromialgia.htm>.
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. D.F., México: McGraw-Hill.
- Lunazzi, H. (2006). La alexitimia en la artritis reumatoidea. (Trabajo de Grado de Doctorado no publicado). Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Martínez, E., González, O., y Crespo, J.M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos, *Salud Global*, 4, 2-7.

- Marty, P. (1995) *La Psicopatología del Adulto*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- McBeth, J., y Silman, A.J. (2001). The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 3, 157-64.
- McGuigan, F.J. (1980). *Psicología experimental: Métodos de investigación*. DH., México: Trillas.
- Montoya, P., Pauli, P., Batra, A., y Wiedermann, G. (2005). Altered processing of pain related information in patients with fibromyalgia, *European Journal of Pain*, 9(3), 293-303.
- Morales, R. (2006) Fibromialgia: Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. *OFFARM*, 25(3):94-100.
- Orozco, L. (2015, Julio). La histeria del siglo XXI. *Carta Psicoanalítica*, 22, Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article543>
- Pardillo, J., y Fernández, P. (2008). *Psicodiagnóstico de Rorschach. Un manual para la práctica*. La Habana, Cuba: EcMed.
- Pervin, L. A. (1998). *La Ciencia de la Personalidad*. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Roudinesco, É., y Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Sherman, R., Camfield, M. y Arena, J. (1995). The effect of presence or absence of low back pain on the MMPI's conversion, *Military Psychology*, 1, 729-738.
- Santalla, Z. (2011). *Guía para la elaboración formal de reportes de investigación*. Caracas: Publicaciones UCAB.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 137-142.
- Varas, Y. (2002, Octubre). *Trastornos psicopatológicos y psicoanálisis: algunas reflexiones de*

*Joyce McDougall*. Artículo presentado en Reunión Científica Asociación APCH como parte del ciclo de trastornos psicosomáticos, Chile. Recuperado de: <http://apch.cl/articulos/articulomes.htm>

Wall y Melzack, R. (Eds.). (1994). *Textbook of pain*. Edinburgh, Escocia: Churchill Livingstone

## **ANEXOS**



## **Formato de Entrevista Semi-Estructurada**

**Nombre.**

**Edad.**

**Estado Civil.**

**Nivel de Instrucción.**

**¿Desde qué edad presenta los síntomas de la fibromialgia?**

**Describe los síntomas y su evolución.**

**¿Cuándo recibe el diagnóstico?**

**¿Qué institución realiza el diagnóstico?**

**¿Ha recibido algún diagnóstico psiquiátrico? De ser así, diga cuál.**

**Describe su experiencia con la fibromialgia**

# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 1

Características	Determinantes		Contenidos	Resumen del enfoque	
	Localización	Complejos		Sencillos	Lam:
Zf = 10		M = 2	H = 1 (H) = 2	I	DD
Zsum = 25,5		FM = 3	Hd = (Hd) =	II	DD
ZEst = 31		m = FC = 1 CF = 3 C =	Hx = A = 12 (A) = Ad = 4 (Ad) =	III IV V VI VII	DDD.Dd D D.Dd.Dd W W.W.W.D. D D.W.D.
W = 5		Cu = FC' = 1 C'F = C' =	An = 3 Art = Ay =	VIII IX X	D.D Dd.Dds. D.Dd.D
D = 17		FT = TF = T = VF =	Bl = Bt = 1 Cg = 1 Cl = 1		
W+D = 22		FV = V = FY = 2 YF = 1 Y = Fr =	Cx = Fd = Fi = Ge = Hh = Ls = Na = Sc = 1 Sx = 1 Xy = 1 Idio =	Códigos especiales:	
S = 1		rF = FD = 1 F = 14 (2) = 13		Nivel 1	Nivel 2
DQ				DV = x1 INC = x2 DR = x3 FAB = x4 ALOG = x5 CON = x7	x2 x4 x6 x7
+ = 5					Suma bruta = 0 Suma Ponderada = 0
0 = 1/6				AB = AG = COP = 2 CP =	GHR = 1 PHR = 2 MOR = 2 PER = PSU =
v/+ = 0			SumpondC' = 3,5		
v = 7					
Calidad Formal			Sesión Principal		
FQ+	MQ	W+D	R = 28	L = $\frac{14}{28-14} = 1$	
+ = 0 e = 12 u = 11 - = 4 Sin = 1	+ = 0 o = 0 v = 0 - = 2 sin = 0	+ = 0 o = 12 u = 6 - = 3 sin = 1	EB = 2 : 35 eb = 3 : 0 FM = 3 m = 0	EA = 55 es = 3 Adjes = 3 C' = 1 V = 0	EBPer = No aplica D = 0 Adj D = 0 T = 0 y = 0
Apechos		Interpersonal	Ideación	Mediación	Procesamiento
FC:CF+C = 1 : 3 CDura = 0 SumC':wSumC = 1 : 35 Apr = 0,33 S = 1 Compy:R = 0 : 28 CP = 0		COP = 2 GHR:PHR = 1 : 2 a:p = 3 : 2 Fd = 0 SumT = 0 Cart humano = 3 Hipura = 1 PER = 0 Aislamiento/R = 0,07 AG = 0	a:p = 3 : 2 Ma:Mo = 2 : 0 ZAB+(Art+Ay) = 0 MOR = 2 SumBrG = 0 Nivel 2 = 0 WsumG = 0 M- = 2 Hg sin = 0	XA% = 0,74 WDA% = 0,81 X-% = 0,14 S- = 0 P = 0 X+% = 0,92 Xv% = 0,39	Zf = 10 Zd = -5,5 W:D:Dd = 5:17:6 W:M = 5:2 PSU = 0 DQv = 5 DQv = 7
Autopercepción					
3r+(2)r = 0,57 Fr+rf = 0 SumV = 0 FD = 1 An+Xv = 4					
PTI <input type="checkbox"/> DEPI <input type="checkbox"/> CDI <input checked="" type="checkbox"/> S-con <input type="checkbox"/> HVI <input type="checkbox"/> OBS <input type="checkbox"/>					

# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 2

Métodos de Exploración Psicológica II

## SUMARIO ESTRUCTURAL

Características		Determinantes		Contenidos		Resúmen del Enfoque	
Localización		Complejos	Sencillos			Lám:	Loc:
Zf = 9	1) Fy, Mp, FMa	M = 4	H = 3	I:			
ZSurr = 32,5	2) Fy, FMa	FM = 2	(H) = 6	II:			
ZEst = 27,5	3) Fy, Mp	m =	Hd = 3	III:			
	4) Yp, Ma	FC =	(Hd) = 4	IV:			
W = 6	5) FC', FMa	CF =	Hx =	V:			
D = 14	6) FMa, ma, CF, C	C =	A = 10	VI:			
W+D = 20		Cn =	(A) = 6	VII:			
Dd = 13		FC' =	Ad = 1	VIII:			
S = 4		C'F =	(Ad) =	IX:			
		C' =	An = 8	X:			
		FT =	Art =				
		TF =	Ay =				
		T =	Bl =	Nvl-1			
		FV =	Bt =	DV=	x1	x2	
		VF =	Cg = 1	INC=	1	x2	3 x4
		V =	Cl =	DR=		x3	x6
		FY = 3	Ex =	FAB=		x4	5 x7
		YF = 2	Fd =	ALOG=		x5	
		Y =	Fi =	CON=	1	x7	
		Fr =	Ge =				
		rF =	Hh =	Suma Bruta=		10	
		FD =	Ls =	Suma Ponderada=		54	
		F = 17	Na = 1				
		(2) = 17	Sc = 1	AB=		GHR=	2
			Sx =	AG=	7	PHR=	11
			Xy =	COP=		MOR=	5
			Idio =	CP=		PER=	
						PSV=	13

### PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

Sección Principal			Afectos			Interpersonal		
R= 34		L= 1	FC:CF+C = 0 : 2		COP = 0	AG = 7		
			C pura = 0		GHR:PHR = 2 : 11			
			SumC':WSumC = 1 : 2		a : p = 10 : 4			
EB= 7 : 2	EA= 9	EBPer= Noadica	Afr = 0,62		Fd = 0			
eb= 7 : 0	es= 7	D= 0	S = 4		SumT = 0			
	Adj es= -1	Adj D= +5	Complj:R = 6 : 34		Cont. Humano = 16			
			CP = 0		H pura = 3			
					PER = 0			
FM = 6	C' = 1	T = 0			Aislamiento/R = 0,06			
m = 1	V = 0	Y = 0						

Ideación		Mediación		Procesamiento		Autopercepción	
a : p = 10 : 4	SumBr6 = 10	XA% = 0,38		Zf = 9		3r+(2)/R = 0,5	
Ma:Mp = 3 : 4	Nvl-2 = 8	WDA% = 0,57		Zd = 4,5		Fr+rf = 0	
2AB+(Art+Ay) = 0	WSum6 = 54	X-% = 0,59		W:D:Dd = 6 : 14 : 13		SumV = 0	
MOR = 5	M- = 5	S = 2		W:M = 6 :		FD = 0	
	Mqsin = 0	P = 0		PSV = 13		An+Xy = 8	
		X+% = 0,14		DQ+ = 5		MOR = 5	
		Xu% = 0,23		DQv = 7		H:(H)+Hd+(Hd) = 3:13	

PTI =  DEPI =  CDI =  S-CON =  HVI =  OBS =



# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 3

Métodos de Exploración Psicológica II

**SUMARIO ESTRUCTURAL**

Características	Determinantes		Contenidos	Resumen del Enfoque	
	Localización	Complejos		Sencillos	Lám:
ZI = 10	FMp, FC' ma, CF FMa, CF MP, CF	M = 3	H = 2	I: w w w	
ZSun = 23,5		FM = 1	(H) =	II: D Dd Dd	
ZEst = 31		m = 1	Hd =	III: D D	
		FC = 1	(Hd) =	IV: D Dd	
		CF = 1	Hx = 1	V: w	
W = 7		C = 1	A = 10	VI: D D	
D = 11		Cn =	(A) = 5	VII: w	
W+D = 18		FC' = 1	Ad =	VIII: D D Dd	
Dd = 6		CF' =	(Ad) =	IX: Dd w w	
S = 3		C' = 1	An = 2	X: D D Dd D	
		FT =	Art = 1		
		TF =	Ay =		
		T =	Bl =		
DQ		FV =	Bt =		
		VF =	Cg = 1		
		V =	Cl =		
		FY = 1	Ex =		
		YF =	Fd = 1		
		Y =	Fi = 2		
		Fr =	Ge =		
		rF =	Hh = 2		
		FD =	Ls =		
		F = 10	Na = 2		
		(2) = 7	Sc = 1		
			Sx = 1		
			Xy =		
			Idio = 1		

+	= 7	o	= 11	v/+	= 1	v	= 5
Calidad Formal		MQ		W+D			
FQ+							
+	= 0	+	= 0	+	= 0		
o	= 10	o	= 3	o	= 9		
u	= 4	u	= 0	u	= 3		
-	= 8	-	= 1	-	= 6		
sin	= 2	sin	= 0	sin	= 0		

Suma Bruta = 7	Suma Ponderada = 16
AB =	GHR = 3
AG = 3	PHR = 1
COP = 3	MOR = 3
CP =	PER = 1
	PSV = 1

**PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES**

<p>Sección Principal</p> <p>R = 24      L = 0,71</p> <hr/> <p>EB = 4 : 7      EA = 11      EBP = Noaplica</p> <p>eb = 5 : 4      es = 11      D = 0</p> <p style="margin-left: 100px;">Adj es = 7      Adj D = +1</p> <hr/> <p>FM = 3      C' = 3      T = 0</p> <p>m = 2      V = 0      Y = 1</p>	<p>Afectos</p> <p>FC:CF+C = 1 : 5</p> <p>C pura = 1</p> <p>SumC:WSumC = 3 : 7</p> <p>Afr = 0,71</p> <p>S = 3</p> <p>Complj:R = 4 : 24</p> <p>CP =</p>	<p>Interpersonal</p> <p>COP = 3      AG = 0</p> <p>GHR:PHR = 3:1</p> <p>a:p = 6:3</p> <p>Fd = 1</p> <p>SumT = 0</p> <p>Cont. Humano = 2</p> <p>H pura = 2</p> <p>PER = 1</p> <p>Aislamiento/R = 0,08</p>
---	---	--

<p>Ideación</p> <p>a:p = 6:3</p> <p>Ma:Mp = 3:0</p> <p>2AB+(A+Ay) = 1</p> <p>MOR = 3</p>	<p>Mediación</p> <p>SumBr6 = 7</p> <p>Nvl-2 = 0</p> <p>WSum6 = 16</p> <p>M = 1</p> <p>Mqsin = 0</p>	<p>Procesamiento</p> <p>ZI = 10</p> <p>Zd = -7,5</p> <p>W:D:Dd = 7:11:6</p> <p>W:M = 7:4</p> <p>PSV = 1</p> <p>DQ+ = 7</p> <p>DQv = 5</p>	<p>Autopercepción</p> <p>3r+(2)/R = 0,29</p> <p>Fr+rf = 0</p> <p>SumV = 0</p> <p>FD = 0</p> <p>An+Xy = 2</p> <p>MOR = 3</p> <p>H:(H)+Hd+(Hd) = 2:0</p>
--	---	---	--

PTI =       DEPI =       CDI =       S-CON =       HVI =       OBS =

Página 1

3

Ninguna correlación.

SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 4

Métodos de Exploración Psicológica II

### SUMARIO ESTRUCTURAL

Características		Determinantes		Contenidos		Resumen del Enfoque	
Localización		Complejas	Directas			Ítem	Loc
ZI = 5			M = 3	H = 1	I = W		
ZI <sub>Sum</sub> = 10			IM = 5	(H) = 1	II = D, D, D		
ZI <sub>Est</sub> = 13,5			m =	Hd = 4	III = D, D		
W = 4			FC =	(Hd) =	IV = W		
D = 10			CF =	Hx =	V = W		
W+D = 14			C =	A = 9	VI = W		
Dd = 3			Cn =	(A) =	VII = D, D		
S = 0			FC =	Ad =	VIII = Dd, D, Dd		
			CF =	(Ad) =	IX = D		
			C' =	An = 1	X = D, D, D		
			ET =	Art =			
			TR =	Ay =			
			T =	UI =			
DQ			IV =	Bt =			
			VF =	Cg =			
+ = 2			V =	CI =			
o = 11			FY = 2	Cx =			
v/* = 0			YI =	Fg =			
v = 4			Y =	Fi =			
			Fi =	Go =			
			rf =	Hh = 2			
			FD = 1	Ls =			
			F = 6	Na =			
			(2) = 11	Bc =			
				Bx =			
				Xy =			
				Igo =			

Cód. Especiales		Cód. Especiales	
Nvl:1	Nvl:2	Nvl:1	Nvl:2
DV =	x1	x1	x2
MC =	x2	MC =	x4
DR =	x3	DR =	x6
FAB =	x4	FAB =	x7
ALOG =	x5	ALOG =	
CON =	x7	CON =	

Calidad Formal			Suma Bruta =		
FO =	MQ	W+D	Suma Ponderada =		
+ = 0	+ = 0	+ = 0			
o = 10	o = 1	o = 9			
u = 2	u = 2	u = 1			
s = 5	s = 0	s = 1			
sin = 0	sin = 0	sin = 0			

PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

Sección Principal			Afectos		Interpersonal	
N = 17	L = 0,55		FC:CF+C = 0:0		COP = 1	AG = 0
			C pura = 0		GHR/PHR = 2:4	
EB = 3:0	EA = 3	EBPer =	SumC'WSumC = 0:0		a:p = 3:5	
EB' = 5:2	es = 7	D = -1	Afr = 0,9		FD = 0	
	Adj es = 6	Adj D = -1	8 = 0		SumT = 0	
			Compl R = 0:17		Cont Humano = 6	
			CP = 0		H pura = 1	
FM = 5	C' = 0	T = 0			PER = 0	
m = 0	V = 0	Y = 2			Aislamiento/R = 0	

Ideación		Mediación		Procesamiento		Autopercepción	
a:p = 3:5	SumBr6 = 0	X% = 71%		ZI = 5		3r+(2)K = 0,65	
Ma Mp = 6:3	Nvl-2 = 0	WDA% = 71%		Zd = -3,5		Fr+fd = 0	
ZAB(Ax+Ay) = 0	WSum6 = 0	X-% = 29%		WD Dd = 4:10:3		SumV = 0	
MOR = 0	M = 0	S = 0		WM = 4:3		FD = 1	
	Mqsin = 0	P = 8		PSV = 1		An+Xy = 1	
		X-% = 0%		DQ+ = 2		MOR = 0	
		Xu% = 12%		DQv = 4		H (H)+Hd+(Hd) = 7:5	

PTI = 0      DEPI = 3      CII = 4      S-CON = 3      HVI = 1      OBB = 2

Página 1



# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 5

**SUMARIO ESTRUCTURAL**

**Localización**

Zf = 9  
Zsum = 27,5  
ZEst = 27,5

W = 4  
D = 5  
W+D = 9  
Dd = 7  
S = 0

**DQ**

+ (6)  
o (6)  
v/+ (2)  
v (2)

**Determinantes**

Múltiples	Simple
FC', FMP	M = 1
Ma, Fy	FM =
Fy, MP	m =
MP, FC'	FC =
YF, C'F	CF = 1
Fy, MP	Cn =
FC', FMa	FC' =
FMa, CF	C'F =
MP, FMa, FC	C' =
MP, FC'	FT =
	TF =
	T =
	FV =
	VF =
	V =
	FY = 1
	YF = 1
	Y = 1
	Fr =
	rF =
	FD =
	F =
	<2> = 8

**Contenidos**

H = 4  
(H) = 2  
(Hd) = 2  
Hd =  
Hx = 4  
A = 5  
(A) =  
Ad =  
(Ad) =  
An = 2  
Art = 1  
Ay =  
Bl =  
Bt =  
Cg = 4  
Cl = 1  
Ex =  
Fd =  
Fi =  
Ge =  
Hh =  
Ls =  
Na = 1  
Sc = 2  
Sx = 2  
Xy = 1  
Idio =

**Resumen del Enfoque**

Lámina	Loc.
I	W
II	D, D
III	D, D, Dd
IV	Dd
V	W
VI	Dd, Dd
VII	W
VIII	Dd
IX	W
X	Dd, D

**Valoraciones Especiales**

Nivel 1	Nivel 2
DV = 2 x1 2	x2
INC = 2 x2 4	x4
DR = x3	x6
FAB = 2 x4 8	2 x7
ALOG = 2 x5 10	
CON = x7	
SumBruta6 = 10	
SumPond6 = 38	
AB =	GHR = 3
AG = 3	PHR = 6
COP = 1	MOR = 0
CP = 0	PER = 0
	PSV = 0

**Calidad Formal**

FQX	MQ	W+D
+ 0	+ 0	+ 0
o 9	o 4	o 7
u 3	u 1	u 1
- 4	- 3	- 1
s.f. 0	s.f. 0	s.f. 0

**RAZONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES**

**SECCIÓN PRINCIPAL**

R = 16 L = 0

EB = 7:25 EA = 9,5 EBP er = 2,8  
eb = 4:12 es = 16 D = -2  
Adj es = 10 Adj D = 0

FM = 4 C' = 5 T = 0  
m = 0 V = 0 Y = 7

**AFECTOS**

FC:CF+C = 7 : 2

C Pura = 0

SumC':Sumpond C = 5 : 2,5

Afr = 0,33

S = 0

Múltiples:R = 10 : 16

CP = 0

**INTERPERSONAL**

COP = 1 AG = 3

Comida = 0

GHR:PHR = 3 : 6

a : p = 5 : 7

Aislamiento/R = 0,25

SumT = 0 H Pura = 4

H+Hd+(H)+(Hd) = 8

PER = 0

**IDEACION**

a : p = 5 : 7 Sum6 = 10

Ma.Mp = 2 : 5 Nivel 2 = 2

2AB+(Art+Ay) = 1 SumPond6 = 38

MOR = 0 MQsin = 0

M- = 3

**MEDIACION**

XA% = 75%

WDA% = 88%

X-% = 25%

S- = 0

P = 5

X + % = 0

Xu% = 19%

**PROCESAMIENTO**

Zf = 9

Zd = 0

W:D:Dd = 4:5:7

W:M = 4:7

DQ+ = 6

DQv = 2

PSV = 0

**AUTOPERCEPCION**

3r + (2)/R = 0,5

Fr + rF = 0

SumV = 0

FD = 0

An + Xy = 3 MOR = 0

H:(H)+Hd+(Hd) = 4 : 4

PTI  DEPI  CDI  S-CON  HVI  OBS

**RUTINAS DE INTERPRETACION:**

Adj.D + C ⇒ P-M-I-C-A-PS-PI

LAMBDA > 0,99 ⇒ P-M-I-C-A-PS-PI

REFLEJO > 0 ⇒ PS-PI-C

EB INTROVERSIVO ⇒ I-PM-C-A-PS-PI

EB EXTRATENSIVO ⇒ P-PS-PI-C-P-M-I

p > a + 1 ⇒ I-P-M-C-PS-PI-A

C=Control; PS=Percep.sí mismo; PI= Percep. Interp.; A= Afectividad; P=Procesamiento; M=Mediación; I=Ideación

Tomado de Exner, 2001: Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo, 5ª Ed. Revisada Dpto. Clínica Dinámica

# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 6

Métodos de Expiración Psicológica II

### SUMARIO ESTRUCTURAL

Características		Determinantes		Contenidos		Resumen del Enfoque	
Localización	Complejos	Genéricos			Lem	LGC	
ZI = 7	M <sub>a</sub> , FC, FC'	M = 1	H = 1	I = W	I = W		
ZI <sub>sum</sub> = 22,5		IM = 2	(H) = 1	II = D <sub>d</sub> , D <sub>d</sub>	II = D <sub>d</sub> , D <sub>d</sub>		
ZI <sub>est</sub> = 20,5	F <sub>Mp</sub> , FC', FD	m =	Hd =	III = D, D	III = D, D		
		FC =	(Hd) =	IV = D <sub>d</sub>	IV = D <sub>d</sub>		
	F <sub>Mp</sub> , FD	CF =	Hx = 1	V = W	V = W		
W = 3		C =	A = 4	VI = D <sub>d</sub>	VI = D <sub>d</sub>		
B = 5		Cn =	(A) = 1	VII = W	VII = W		
W+D = 8		FC' =	Ad = 3	VIII = D, D <sub>d</sub> , D <sub>d</sub>	VIII = D, D <sub>d</sub> , D <sub>d</sub>		
D <sub>d</sub> = 7		CF' =	(Ad) =	IX = D <sub>d</sub>	IX = D <sub>d</sub>		
S = 2		C' =	An = 2	X = D, D	X = D, D		
		FT =	Art = 1				
		TF =	Ay =				
DQ		T =	Bt =	Cód. Especiales			
		IV =	Bt =	Nvl-1	Nvl-2		
+ = 2		v/c =	Cg =	DV = x1	x2		
o = 10		v =	Cl =	INC = x2	x4		
v+ = 0		PY = 3	Ex =	DR = x3	x6		
v = 3		YI =	Fd =	FAB = x4	x7		
		Y =	Fi =	ALOG = x5			
		Fr =	Gc = 1	CON = x7			
		rf =	Hh =				
		FD = 1	Ls =	Suma Bruta =			
		F = 5	Na =	Suma Ponderada =			
		(2) = 5	Bc = 1	AB =	GHR = 1		
			Sx =	AG = 1	PHR = 1		
			Xy = 2	COP = 2	MOR =		
			Idio =	CP =	PER =		
					PBV =		

Calidad Formal		Suma Bruta		Suma Ponderada	
FC'	MQ	W+D	FD	Na	
+ = 0	+ = 0	+ = 0	FD = 1	Bc = 1	AB =
o = 4	o = 1	o = 4	(2) = 5	Sx =	AG = 1
u = 3	u = 0	u = 2		Xy = 2	COP = 2
+ = 8	+ = 1	+ = 2		Idio =	CP =
sin = 0	sin = 0	sin = 0			

### PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

Sección Principal			Afectos		Interpersonal	
R = 15	L = 0,5		FC, CF + C = 1:0		COP = 2	AG = 1
EB = 2:1	EA = 3	EBPer =	C pura = 0		GHR, PHR = 1:1	
eb = 4:5	es = 9	D = -2	SumC: WSumC = 2:1		a: p = 4:2	
	Adj es = 7	Adj D = -1	Atr = 66%		Fd = 0	
			8 = 2		ElumT = 0	
			Compl R = 3:15		Cont Humano = 2	
			CP = 0		Hpuca = 1	
					PER = 0	
					Aislamiento/R = 0,06	

Ideación		Mediación		Procesamiento		Autopercepción	
a: p = 4:2	SumBrB = 0	XA% = 47%	ZI = 7		JR+(Z)/R = 0,33		
Ma Mp = 2:0	Nvl-2 = 0	WDA% = 75%	Zd = 2,5		F+I = 0		
AD=(A+Aj) = 1	WSumB = 0	X-% = 53%	W D Dd = 3:5:7		SumV = 0		
MOR = 0	M = 1	B = 1	WM = 3:2		FD = 3		
	Mqsin = 0	P = 3	PSV = 0		An+Xy = 4		
		X+% = 0	DQ+ = 2		MOR = 0		
		Xu% = 20%	DQv = 3		H(H)+(H)+(H) = 1:1		

PTI =  DEPI = 3  CDI = 3  S-CON = 5  HVI = 1  OBB = 1

Página 1



# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 7

SUMARIO ESTRUCTURAL				
Características	Determinantes		Contenidos	Resúmen del Enfoque
Localización	Complejos	Sencillos		Lám: Loc:
Zf = 10	$M_a, FD, CF, FC$	M = 1	H = 1	I: W, W, W
ZSun = 26,5		FM =	(H) = 1	II: W
ZEst = 31	$M_p, FT$	m =	Hd = 2	III: Dd, W
		FC =	(Hd) =	IV: W
	$FM_a, FY$	CF =	Hx = 4	V: W
W = 11		C =	A = 4	VI: W
D = 3	$CF, C', MP$	Cn =	(A) =	VII: W
W+D = 15		FC' =	Ad = 1	VIII: W
Dd = 1	$M_a, CF, C'$	C'F =	(Ad) =	IX: W
S = 3		C' =	An = 3	X: W, D, D
	$C, M_a$	FT =	Art = 1	
DQ =		TF = 1	Ay = 1	
		T =	Bl =	Cód. Especiales
		FV =	Bt = 1	Nvl-1 Nvl-2
+ = 3		VF =	Cg = 3	DV= x1 x2
o = 8		V =	Cl =	INC= 2 x2 4 x4
W+ = 0		FY =	Ex =	DR= 3 x3 9 2 x6 12
v = 4		YF = 1	Fd =	FAB= 1 x4 4 x7
		Y =	Fi =	ALOG= 1 x5 5
		Fr =	Ge = 1	CON= 1 x7 7
		rF =	Hh = 1	Suma Bruta= 10
		FD = 2	Ls =	Suma Ponderada= 41
		F = 4	Na = 1	
		(2) = 2	Sc =	AB= 3 GHR= 0
			Sx =	AG= 0 PHR= 6
			Xy =	COP= 2 MOR= 4
			ldio =	CP= 0 PER= 5
				PSV= 1

Calidad Formal		
FQ+	MQ	W+D
+ = 0	+ = 0	+ = 0
o = 6	o = 1	o = 5
u = 5	u = 1	u = 5
- = 4	- = 4	- = 4
sin = 0	sin = 0	sin = 0

### PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

Sección Principal	Afectos	Interpersonal
R= 15	FC:CF+C = 0 : 4	COP = 2 AG = 0
L= 0,36	C pura = 1	GHR:PHR = 0:6
EB= 6 : 4,5	SumC:WSumC = 3 : 4,5	a : p = 5:2
eb= 1 : 7	Afr = 0,5	Fd = 0
EA= 10,5	S = 3	SumT = 2
EBPe= 1,33	Complj:R = 6 : 15	Cont. Humano = 8
D= 0	CP = 0	H pura = 1
Adj es= 7		PER = 5
		Aislamiento/R = 0,27

Ideación	Mediación	Procesamiento	Autopercepción
a : p = 5:2	XA% = 73%	Zf = 10	3r+(2)/R = 0,13
Ma:Mp = 4:2	WDA% = 71%	Zd = -4,5	Fr+rf = 0
2AB+(Art+Ay) = 8	X-% = 33%	W:D:Dd = 11 : 3 : 1	SumV = 0
MOR = 4	S = 0	W:M = 11:6	FD = 3
	P = 6	PSV = 1	An+Xy = 3
	X+% = 0	DQ+ = 3	MOR = 4
	Xu% = 33%	DQv = 4	H:(H)+Hd+(Hd) = 1:3

PTI = 3   
  DEPI = 6   
  CDI = 2   
  S-CON = 9   
  HVI = 1   
  OBS = 0

Página 1





# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 9

## SUMARIO ESTRUCTURAL

**Localización**

Zf = 8  
Zsum = 22  
ZEst = 24,5

W = 8  
D = 2  
W+D = 10  
Dd = 4  
S = 4

DQ

+ (2)  
o (9)  
v/+ (1)  
v (2)

**Determinantes**

Múltiples  
FY, FMp  
FD, FT, Mp  
Hp, FC'  
FD, FC', FMp

Simple  
M = 2  
FM =  
m =  
FC =  
CF =  
C =  
Cn =  
FC' =  
CF = 1  
C' =  
FT =  
TF =  
T =  
FV =  
VF =  
V =  
FY = 2  
YF =  
Y =  
Fr =  
rF =  
FD =  
F = 5  
<2> = 5

**Contenidos**

H = 1  
(H) =  
(Hd) = 1  
Hd = 3  
Hx = 1  
A = 3  
(A) = 1  
Ad = 1  
(Ad) =  
An =  
Art =  
Ay =  
BI =  
Bt = 2  
Cg = 1  
Ci = 1  
Ex =  
Fd =  
Fi =  
Ge =  
Hh =  
Ls =  
Na =  
Sc =  
Sx =  
Xy = 1  
Idio =

**Resumen del Enfoque**

Lámina	Loc.
I	W, W
II	W
III	W
IV	W
V	W
VI	W
VII	W
VIII	Dd, Dd
IX	D, Dd
X	Dd, D

**Calidad Formal**

FQX	MQ	W+D
+ 0	+ 0	+ 0
o 6	o 1	o 5
u 2	u 1	u 2
- 6	- 2	- 3
s.f.	s.f.	s.f.

**Valoraciones Especiales**

Nivel 1	Nivel 2
DV = x1	x2
INC = x2	x4
DR = x3	x6
FAB = x4	x7
ALOG = 1 x5	5
CON = x7	
SumBruta6 = 1	
SumPond6 = 5	
AB = 1	GHR =
AG =	PHR = 5
COP =	MOR = 7
CP =	PER =
	PSV =

### RAZONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

**SECCIÓN PRINCIPAL**

R = 14      L = 0,55

EB=1:0    EA = 4    EBP er=0  
eb=2:7    es = 9      D = -1  
Adj es = 7    Adj D = -1

FM = 2    C' = 3    T = 1  
m = 0    V = 0    Y = 3

**AFECTOS**

FC,CF+C = 0:0  
C Pura = 0  
SumC':Sumpond C = 3:0  
Afr = 0,75  
S = 4  
Múltiples R = 4:14  
CP = 0

**INTERPERSONAL**

COP = 0    AG = 0  
Comida = 0  
GHR:PHR = 0:5  
a:p = 0:6  
Aislamiento/R = 0,29  
SumT = 1    H Pura = 1  
H+Hd+(H)+(Hd) = 5  
PER = 0

**IDEACION**

a:p = 0:6    Sum6 = 1  
Ma Mp = 0:4    Nivel 2 = 0  
2AB+(Art+Ay) = 2    SumPond6 = 5  
MOR = 7    MQsin = 0  
M = 2

**MEDIACION**

XA% = 59%  
WDA% = 60%  
X-% = 43%  
S = 3  
P = 5  
X+% = 0  
Xu% = 14%

**PROCESAMIENTO**

Zf = 8  
Zd = -2,5  
W.D:Dd = 8:2:4  
W.M = 8:2  
DQ+ = 2  
DQv = 2  
PSV = 0

**AUTOPERCEPCION**

3r + (2)/R = 0,36  
Fr + rF = 0  
SumV = 0  
FD = 2  
An + Xy = 1    MOR = 7  
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:4

PTI  4    DEPI  4    CDI  5    S-CON  6    HVI  1    OBS

**RUTINAS DE INTERPRETACION:**

Adj D+    C  
LAMBDA > 0,99    P-M-I-C-A-PS-PI  
REFLEJO > 0    PS-PI-C

EB INTROVERSIVO    I-PM-C-A-PS-PI  
EB EXTRATENSIVO    P-PS-PI-C-P-M-I  
p > a + 1    I-P-M-C-PS-PI-A

C=Control; PS=Percep.sí mismo; PI=Percep. Interp.; A=Afectividad; P=Procesamiento; M=Mediación; I=Ideación

Tomado de Exner, 2001: Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprensivo, 5ª Ed. Revisado



# SUMARIO ESTRUCTURAL PARA LA PARTICIPANTE 10

Métodos de Exploración Psicológica II HOJA DE CONTINUACIONES

---

**SUMARIO ESTRUCTURAL**

Características	Determinantes		Contenidos		Resumen del Enfoque	
Localización	Complejos	Sencillos			Lám:	Loc:
Zf = 7		M = 3	H = 2	I: W		
ZSur = 22		FM = 2	(H) = 1	II: D, Dd		
ZEst = 20,5		m = 1	Hd = 1	III: D, D, D		
		FC = 2	(Hd) = 1	IV: Dd, D		
		CF = 2	Hx = 1	V: W		
W = 4		C = 1	A = 4	VI: Dd, D		
D = 11		Cn = 1	(A) = 1	VII: W		
W+D = 15		FC' = 1	Ad = 1	VIII: D, D		
Dd = 7		C'F = 1	(Ad) = 2	IX: Dd, w, Dd		
S = 1		C' = 1	An = 4	X: Dd, Dd, D, D, D		
		FT = 1	Art = 2			
		TF = 1	Ay = 1			
		T = 1	Bl = 1	Nvl-1	Cód. Especiales	
		FV = 1	Bt = 1	DV= x1	Nvl-2	
		VF = 1	Cg = 1	INC= 2	x2	x2
+		V = 1	Cl = 1	DR= 3	x3	x4
o = 16		FY = 1	Ex = 1	FAB= 2	x4	x6
v/+ = 1		YF = 1	Fd = 1	ALOG= 1	x5	x7
v = 3		Y = 1	Fi = 1	CON= 1	x7	
		Fr = 1	Ge = 1			
		rF = 1	Hh = 1			
		FD = 3	Ls = 1	Suma Bruta = 8		
		F = 3	Na = 1	Suma Ponderada = 26		
		(2) = 6	Sc = 1	AB= 1	GHR= 1	
			Sx = 1	AG= 1	PHR= 3	
			Xy = 1	COP= 1	MOR= 1	
			Idio = 1	CP= 1	PER= 1	
					PSV= 1	

**Calidad Formal**

FQ+	MQ	W+D
+	+	+
o	o	o
u	u	u
-	-	-
sin	sin	sin
+ = 0	+ = 0	+ = 0
o = 8	o = 1	o = 6
u = 3	u = 0	u = 2
- = 11	- = 2	- = 7
sin = 0	sin = 0	sin = 0

---

**PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES**

<b>Sección Principal</b>	<b>Afectos</b>	<b>Interpersonal</b>
R = 22	L = 0,32	
EB = 3 : 3	EA = 6	EBPer = -
eb = 3 : 0	es = 3	D = 1
	Adj es = 3	Adj D = 1
FM = 2	C' = -	T = -
m = 1	V = -	Y = -
<b>Ideación</b>	<b>Mediación</b>	<b>Procesamiento</b>
a : p = 2 : 4	XA% = 50%	Zf = 7
Ma : Mp = 1 : 2	WDA% = 97%	Zd = 1,5
2AB+(Art+Ay) = 2	X-% = 50%	W:D:Dd = 4 : 11 : 7
MOR = 1	S = 0	W:M = 4 : 3
	P = 2	PSV = -
	X+% = 36%	DQ+ = 2
	Xu% = 14%	DQv = 3
		<b>Autopercepción</b>
		3r+(2)/R = 0,27
		Fr+rf = 0
		SumV = 0
		FD = 3
		An+Xy = 4
		MOR = 1
		H:(H)+Hd+(Hd) = 2 : 2

---

\*  PTI = 4     DEPI = 5     CDI = 2     S-CON = 5     HVI =     OBS = 2