

## ***Estudio de la Afectividad en Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo por Medio del Método de Rorschach***

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez<sup>1,2</sup>

Latife Yazigi

José Alberto Del Porto

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

### **Compendio**

Objetivo: Comprender la afectividad en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Métodos: Fueron utilizados la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID) y el método de Rorschach, de acuerdo con el Sistema Comprehensivo. La muestra contó con 30 pacientes con TOC (GE) y 30 no pacientes (GC) pareados por sexo, edad y años de escolaridad. Resultados: El GE presentó 86% de casos con comorbilidades psiquiátricas. No hubo diferencia estadísticamente significativas en cuatro variables elegidas, pero el análisis cualitativo mostró que en el GE los colores son acompañados por un tono más desagradable. Encontramos diferencia significativa de alteraciones en el pensamiento en el GE. Conclusiones: Los pacientes no presentan un estilo vivencial definido; la proporción afectiva se presenta en promedio con tendencia a una afectividad lábil, pero sin dificultades de expresar las emociones. Son las cualidades de las respuestas de color que revelan dificultades en el manejo de los afectos y de las emociones. La afectividad no es sentida ni vivida, sino de preferencia descrita y racionalizada.

*Palabras-clave:* Afectividad; trastorno obsesivo compulsivo; teste de Rorschach.

### **Affectivity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorders: A Rorschach Study**

#### **Abstract**

Purpose: To understand affectivity in obsessive-compulsive disorders. Methods: The Structured Clinical Interview (SCID), and the Rorschach method, Comprehensive System, were employed. The sample consisted of 30 patients with obsessive-compulsive disorders (OCD) and 30 non-patients of the same sex, age and schooling. Results: The group of patients presented psychiatric comorbidities in 86% of the cases. Concerning the Rorschach, there was no statistically significant differences in the selected variables, although the qualitative analysis of the color responses reveals that among the patients the colors are associated to unpleasant moods. The exploratory analysis showed a significant predominance of thinking disorder among patients. Conclusions: Patients with OCD do not present a defined experience balance; they show an average affective ratio with tendency towards labile affectivity and without problems expressing their emotions. It is the nature of the color responses that reveals difficulty in managing affects and emotions which are not felt or experienced, but instead described and rationalized.

*Keywords:* Affect; obsessive-compulsive disorder; Rorschach test.

El estudio de la afectividad en pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) ha sido relegado, y son los aspectos cognitivos y los síntomas motores los más privilegiados en los estudios sobre la personalidad o funcionamiento mental de estos pacientes. Así, surgió nuestro interés en conocer más profundamente la dinámica afectiva de personas con problemática obsesiva compulsiva. Por lo tanto, escogimos el método de Rorschach como método de examen psicológico que permite dilucidar el substrato afectivo de estos pacientes. Esto porque el Rorschach permite realizar el abordaje cuantitativa y cualitativamente, o sea, permite la construcción de índices y análisis cualitativos de la comunicación verbal de

respuestas con determinados colores. Así, nos propusimos identificar aspectos de la afectividad orientados por el Sistema Comprehensivo.

El objetivo del presente estudio es intentar ampliar la comprensión de la dinámica afectiva en pacientes con diagnóstico de TOC por medio del método de Rorschach según el Sistema Comprehensivo (Exner, 1974). El estudio busca responder a cuatro indagaciones con relación a los aspectos de la afectividad en pacientes con TOC: 1) ¿cómo los pacientes procesan los estímulos afectivos (*Afr*); 2) de qué forma expresan los afectos (*FC:CF+C*); 3) cómo manifiestan las emociones (*SumC' :WSumC*); 4) cuál el estilo preferencial en la toma de decisión (*EB*)?

Para Freud (1895/1986), el estado emocional en las obsesiones aparece en forma de remordimiento y dudas. La carga de afecto es dislocada entonces por otra idea secundaria o por representaciones distantes del conflicto original. Ansiedad, sentimientos de culpa, agresión y odio están asociados a una potencia de muerte que lleva a la disociación o separación del

<sup>1</sup> Dirección: Rua Napoleão de Barros, 447, 04024-001, São Paulo, SP, Brasil. Email: lyazigi@aclnet.com.br

<sup>2</sup> Agradecimientos a la Fundación de Amparo a la Pesquisa del Estado de São Paulo (FAPESP) por el auspicio al Proyecto n.99/09955-7 y a Irving Weiner por su sugerencia del análisis de la cualidad de las respuestas de color.

afecto de la representación. Así, las reacciones emocionales son consideradas secundarias a los pensamientos obsesivos y actos compulsivos (Uchôa, 1979) y los sentimientos de odio prevalecen, bien como la búsqueda de satisfacción en el displacer (Winnicott, 1983).

En psiquiatría, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) tiene una evolución crónica y de difícil tratamiento (Miranda & Bordin, 2001). Sus características principales son los pensamientos obsesivos y los comportamientos compulsivos, que son acompañados de vivencias afectivo-emocionales reveladas por sufrimiento acentuado y ansiedad que perturban el funcionamiento general del individuo (American Psychiatric Association, 2002). Fuerte apego emocional o rompimiento afectivo y muerte de personas próximas pueden desencadenar síntomas (Miranda & Bordin, 2001). La angustia y tensión interna son elevadas (CID-10). Son comunes las asociaciones con cuadros depresivos, fóbicos, histéricos, del espectro del humor, de ansiedad y del espectro obsesivo-compulsivo, siendo los cuadros depresivos las complicaciones más frecuentes (Torres, 1992). El TOC también se relaciona con los trastornos que pertenecen a la dimensión afectiva, ya que incluye sentimientos de placer-displacer, componentes de exaltación y de depresión, angustia, causando elevado sufrimiento (Miranda, 1999).

Según Rorschach (1921/1967) y Sarrazin (1989), los obsesivos intentan reprimir los afectos por medio de la fuga del color rojo, inhibiendo así la expresión afectiva y emocional. Para Silveira (1964) y Vaz (1997), la impulsividad es elevada, las reacciones emocionales son inestables con tensión vivencial y con dificultades de manifestar afectos y sentimientos de manera adecuada ( $CF+C>FC$ ). Inclusive, para Izaguirre, Cotlier, Rebai, y La Paz (1983) la respuesta en forma pura ( $F$ ) predomina en las láminas cromáticas, y cuando surgen respuestas forma-color ( $FC$ ) éstas indicarían un control represivo del compromiso emocional. La presencia de respuestas cromáticas indica que el contacto afectivo permanece posible, de modo que el aislamiento no es devastador y no causa insensibilidad al sujeto, según Chabert (1998). Exner (1994) reconoce en los obsesivos dificultad para expresar las emociones negativas.

Sobre las características cognitivas en el Rorschach de obsesivos, Shafer (1972) menciona la presencia de concentración consciente de la atención ( $F+$ ), el predominio del determinante movimiento ( $M$ ), representante de los procesos del pensamiento, gran porcentaje de contenido animal ( $\%A$ ) y respuestas globales ( $W$ ) reducidas. El obsesivo responde más a la idea que al afecto (Izaguirre, Cotlier, Rebai, & La Paz, 1983). La excitación del pensamiento es mantenida en estado de trabajo permanente dada la sexualización del pensamiento, según Chabert (1987/1993).

A veces pueden aparecer respuestas confabuladas debido a la confusión mental presente (Vaz, 1997).

### Método

Tratase de un estudio caso-control. En este delineamiento, dos grupos similares fueron formados, uno compuesto por personas con la enfermedad y un grupo sin la enfermedad. Segundo Fletcher, Fletcher y Wagner (1996), para que la comparación sea confiable, casos y controles deben ser miembros de la misma población. Optamos por esta modalidad de grupo-control a fin de evitar factores confusos – la única diferencia entre los dos grupos es el TOC. Si optáramos por un grupo-control compuesto por pacientes de otra clínica médica, generaría una muestra viciada con relación a las personas de una comunidad a la cual los resultados deben ser aplicados (Fletcher, et al. 1996).

### Participantes

El grupo-experimental, GE, fue compuesto por 30 pacientes atendidos en el Programa de Disturbios Afectivos y de Ansiedad (PRODAF) de la Universidad Federal de São Paulo. Estos pacientes fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: a) adultos de ambos sexos, con diagnóstico de TOC según el DSM-IV; y de exclusión: b) presencia de síntomas del espectro de la esquizofrenia, presencia de enfermedades neurológicas y retardo mental grave.

El grupo-control, GC, de 30 no pacientes fue formado después de la selección del GE a partir del apareamiento por sexo, edad, años de escolaridad y de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: a) adultos que no estén en tratamientos psicológicos o psiquiátricos y sin presencia de trastornos psiquiátricos del eje I de la Entrevista Estructurada para los Trastornos del DSM IV – SCID (Del-Ben et al., 2001); y de exclusión: b) personas que estén en proceso psicoterápico o tratamiento psiquiátrico y que presenten psicopatología diagnosticada por la SCID (Del-Ben et al., 2001).

### Procedimientos

Durante el período de 1999 a 2002 los pacientes fueron encaminados por el equipo del PRODAF y evaluados por el responsable del estudio. Todos los pacientes estaban en tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico. La SCID (Del-Ben et al., 2001) fue aplicada por un médico psiquiatra, con nivel de doctorado, a 21 pacientes. Las nueve restantes fueron realizadas por el responsable del estudio, en entrevistas con los pacientes, familiares, acompañantes, médicos psiquiatras que atendían a los pacientes y observando los antecedentes clínicos.

A partir de la composición del grupo-experimental, se inició la composición del grupo-control. Cinco psicólogos entrenados en la aplicación de la SCID y del Rorschach en el Sistema Comprehensivo seleccionaron adultos de la ciudad de Sao Paulo, no pacientes que acordasen en participar voluntariamente del estudio.

Con relación a la edad, fue establecida una faja de diferencia de dos años más ó menos. Antes de la administración de la SCID fue preguntado a los voluntarios si estaban en tratamiento psiquiátrico o psicológico o si ya habían tenido esa experiencia. El Rorschach fue aplicado apenas en los casos en que la persona no tuvo experiencia de tratamiento psiquiátrico o psicológico y en los cuales la SCID tuvo resultados negativos para los diagnósticos psiquiátricos.

Todos los pacientes firmaron un Término de Consentimiento Libre y Esclarecido en el cual fueron informados sobre los objetivos de la investigación. El proyecto fue aprobado por el Presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital Sao Paulo el 13 de marzo de 2000 – n. 109/00 – Universidad Federal de São Paulo.

### Resultados

Según la propuesta de composición de dos grupos similares, fueron formados dos grupos: grupo experimental (GE) y el grupo-control (GC) con las siguientes características: a) en cuanto al sexo: 16 del sexo masculino y 14 del sexo femenino; b) en cuanto a la edad: media de 38,63 años ( $DE = 13,03$ ) en el GE y 39,17 años ( $DE = 12,67$ ) en el GC; c) en cuanto a los años de escolaridad: media de 11,60 años ( $DE = 3,30$ ) en el GE y 11,90 años ( $DE = 3,01$ ) en el GC, lo que corresponde a 11 años de educación escolar ( $DE = 3,30$  y  $3,01$ ).

Los resultados diagnósticos del grupo experimental apuntan para el TOC como diagnóstico principal, teniendo las siguientes comorbilidades: Trastornos Depresivos (15), Fobias (10), seguidos por Dependencia de Sustancias (7), Trastorno del Pánico (7), Trastorno de Ansiedad Generalizada (7), Trastorno del Estrés Pos-Traumático (4), Tiques Motores (4), Hipocondría (3), Juego Patológico (2), Trastornos Bipolares de estilo I (2), Trastorno de Somatización (1), Trastorno Distímico (3), Trastorno

de Ansiedad de Separación (1), Excoriación Neurótica (1), Trastorno de Ajustamiento (1), Tartamudez anterior (1), Trastorno Dismórfico Corporal (1), Tricotilomania anterior (1), Agorafobia sin Trastorno de Pánico (1).

En el GE solamente cuatro pacientes presentaron el diagnóstico de TOC sin comorbilidades. Los demás tuvieron el mínimo de dos y el máximo de nueve categorías diagnósticas incluyendo el TOC, con una media y  $DE$  igual a dos.

### Estudio del Rorschach en el Sistema Comprehensivo

Para el estudio de las comparaciones de las variables se utilizó el test exacto de Fisher para las variables nominales  $EB$ ,  $FC:CF+C$  y  $SumC'$ :  $WSumC$  categorizadas, y el test de  $t$  para la variable continua  $Afr$ : Los análisis estadísticos fueron realizadas utilizándose el paquete estadístico Stata 7.0 (StataCorp). Se usó un nivel de significancia de 5%. Cuando el  $p$  es menor que este nivel establecido, la diferencia entre los grupos es significativa. La probabilidad de afirmar que los grupos difieren, cuando en verdad no difieren, es de 5%.

El estudio de fiabilidad de las codificaciones fue hecho entre dos evaluadores externos y sin conocimiento de los objetivos del estudio. Dado que el autor del estudio se encargó de la aplicación del Rorschach en 26 pacientes del GE, en cuanto que cinco rorschachistas realizaron las 30 aplicaciones en el GC, optándose por el sorteo de 19 protocolos, 13 del GE y 06 del GC que fueron codificados por dos evaluadores externos.

Para evaluar la concordancia entre examinadores en el método de Rorschach, se utilizó el coeficiente Kappa, que considera las concordancias casuales (Wood, Nezworski, & Stejskal, 1996). Las codificaciones fueron comparadas y analizadas por el Kappa que tiene los siguientes índices de fiabilidad: a) *pobre* para valores menores que 0,20; b) *suficiente* para valores entre 0,21 y 0,40; c) *moderada* para valores entre 0,41 y 0,60; d) *buena* para valores entre 0,61 y 0,80; e) *muy buena* para valores entre 0,81 e 1,00.

La fiabilidad entre los codificadores en cuanto a cuatro variables escogidas en las hipótesis iniciales del estudio fue:  $Afr$  o proporción afectiva, fiabilidad *muy buena* ( $Alpha =$

Tabla 1

Número de Individuos con cada Estilo Vivencial: *Introversivo* =  $M > WSumC$ ; *Extratensivo* =  $M < WSumC$ , *Ambigüal* =  $M = WSumC$

Grupo	Estilo Vivencial o <i>EB</i>			Total
	Introversivo	Extratensivo	Ambigüal	
Experimental	8	7	15	30
Controle	7	6	17	30
Total	15	13	32	60

1,000); *EB* o estilo de vivencia fiabilidad, *muy buena* ( $Kappa=0,916$ ); *FC:CF+C* o modulación afectiva, fiabilidad *moderada* ( $Kappa=0,592$ ); *SumC':WSumC* o constricción afectiva, fiabilidad *buena* ( $Kappa=0,731$ ).

#### Variables Referentes a las Hipótesis del Estudio

El objetivo del estudio fue observar posibles diferencias o semejanzas entre los 30 pacientes del GE y los 30 no pacientes del GC en lo que se refiere al estilo vivencial *EB*, a la modulación afectiva *FC:CF+C*, a la proporción afectiva *Afr* y a la constricción afectiva *SumC' : WSumC*.

1) Estilo Vivencial *EB* – compuesta por tres estilos: introversivo, extratensivo y ambigüo en los dos grupos (Tabla 1). El test exacto de Fisher no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el GE y el GC con relación al estilo de vivencia ( $p = 0,874$ ). La Tabla 1 indica el estilo vivencial.

2) Modulación afectiva *FC:CF+C* – son tres las posibilidades:  $FC > CF+C$ ,  $FC < CF+C$  y  $FC = CF+C$ . El test exacto de Fisher no mostró indicios ( $p$ -valor = 0,258) de diferencias entre el GE y el GC con relación a la proporción forma-color. La Tabla 2 muestra la modulación afectiva.

3) Constricción afectiva *SumC':WSumC* – con tres posibilidades:  $SumC' > WSumC$ ,  $SumC' < WSumC$  y

$SumC' = WSumC$ . El test exacto de Fisher no mostró indicios ( $p$ -valor = 0,388) de diferencias entre el GE y el GC con relación a la constricción afectiva. La Tabla 3 presenta la proporción afectiva.

4) Proporción afectiva *Afr* - el valor del estadístico  $t$  y el respectivo valor de  $p$  ( $p=0,452$ ) del test revela que no hay diferencias entre el GE y el GC con relación a la variable *Afr*: La Tabla 4 muestra las medias y respectivos desvíos padrón del proporción afectiva.

### Discusión

A partir de la comparación entre el grupo de pacientes diagnosticados con TOC y otro grupo sin diagnósticos psiquiátricos, discutiremos las hipótesis de la investigación. La edad media es de 39 años de edad y educación escolar completa en ambos grupos.

El GE presentó como primer diagnóstico psiquiátrico el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y obviamente los individuos del GC no presentaron diagnósticos psiquiátricos, de acuerdo con la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I).

Apenas cuatro pacientes presentaron TOC sin comorbilidades, en cuanto a los restantes presentaron,

Tabla 2  
Número de Individuos con  $FC > CF+C$ ,  $FC < CF+C$  y  $FC = CF+C$

Grupo	Modulación afectiva: $FC:CF+C$			Total
	$FC > CF+C$	$FC < CF+C$	$FC = CF+C$	
Experimental	8	15	7	30
Controle	14	10	6	30
Total	22	25	13	60

Nota: La Fórmula Modulación Afectiva indica el grado de modulación de las descargas e intercambios emocionales.

Tabla 3  
Número de Individuos con  $SumC' > WSumC$ ,  $SumC' < WSumC$  y  $SumC' = WSumC$

Grupo	Constricción Afectiva: $SumC':WSumC$			Total
	$SumC' > WSumC$	$SumC' < WSumC$	$SumC' = WSumC$	
Experimental	3	21	6	30
Controle	7	19	4	30
Total	10	40	10	60

Nota: La fórmula Constricción Afectiva relaciona el grado de constricción afectiva o  $C'$  con el nivel de procesamiento de emociones deliberadas o  $WSumC$ .

Tabla 4  
Medias y Respectivos Desvíos Padrón del Proporción afectiva (*Afr*) por Grupo

Grupo	Media	DP	$t$	$p$ -valor
Experimental	0,604	0,215	0,758	0,452
Controle	0,569	0,142		

además del TOC y ni otros diagnósticos psiquiátricos del espectro de las esquizofrenias, enfermedades neurológicas y déficit mental. El número medio de diagnósticos, incluyendo el TOC, es dos. Máximo de nueve diagnósticos, media y desviación estándar de dos.

En relación al GC, era esperado que no respondieran positivamente a algún trastorno psiquiátrico, ya que su presencia sería criterio de exclusión para integrar el grupo. Los resultados negativos están de acuerdo con la observación de Del-Ben et al. (2001) de que hay posibilidad de que sean descartados rápidamente diagnósticos psiquiátricos caso los criterios para los diagnósticos no sean positivos.

#### Estudio del Rorschach por el Sistema Comprehensivo *Estilo vivencial - EB*

Como fue observado, los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas en relación al estilo de vivencia o *EB* ( $p=0,874$ ), a la modulación afectiva o *FC:CF+C* ( $p=0,258$ ), a la constricción afectiva o *SumC'* : *WSumC* ( $p=0,388$ ) y al proporción afectiva o *Afr* ( $t=0,758$ ;  $p=0,452$ ), entre los dos grupos.

Los participantes de ambos grupos se distribuyen de forma muy semejante entre los tres estilos de vivencia. Así, en el GE, 26% son introversivos, 23% extratensivos y 50% con estilo ambigüal, en cuanto que en el GC 23% son introversivos, 20% extratensivos y 56% con estilo ambigüal. No fue observada diferencia significativa en esta distribución y el estilo de vivencia ambigüal prevalece en la mitad de los individuos. Esos datos son coincidentes con aquellos de referencia del Sistema Comprehensivo, que muestran una frecuencia de 44% de estilo vivencial ambigüal entre pacientes no internados y una frecuencia de 56% en pacientes hospitalizados con depresión (Weiner, 2000, p. 146).

Las investigaciones en el Sistema Comprehensivo (Exner, 1994; Exner & Sendín, 1999; Weiner, 2000) muestran que personas con estilo vivencial ambigüal tienden a definir un estilo más introversivo o extratensivo después de una intervención psicológica de larga duración. La definición de un estilo específico ayuda en la adaptación y en la inserción de la persona en su medio. Así, es de esperar que, con el seguimiento de los tratamientos psiquiátricos y psicológicos, los pacientes se desenvuelvan en un estilo más definido en la resolución de problemas.

Este hallazgo no confirma la prevalencia de los procesos del pensamiento señalado por Shafer (1972) y Chabert (1987/1993) en el GE, ya que no prevaleció el estilo introversivo. Probablemente esto ocurre porque son los pacientes con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (DSM-IV) y no de Personalidad Obsesiva (DSM-IV), dato corroborado

por la ausencia del estilo obsesivo *OBS* del Sistema Comprehensivo del Rorschach en nuestro estudio y en de Rosenthal (2002). Shafer (1972) y Chabert (1987/1993) se basaron en las concepciones psicoanalíticas de la neurosis, en cuanto que nuestro estudio se basó en criterios de diagnósticos psiquiátricos para TOC.

#### *Modulación Afectiva - FC:CF+C*

Los individuos de ambos los grupos presentan una distribución muy semejante entre las tres posibilidades de modulación afectiva, con predominio de la modulación *FC<CF+C* (63%), siendo 73% en el GE y 53% en el GC. De este modo, tanto los pacientes con TOC como los no pacientes no se mostraron bien adaptados en cuanto a sus emociones, tendiendo a vivenciar y expresar afectos intensamente.

A pesar de la diferencia entre los dos grupos no fueron estadísticamente significativas, en el grupo de pacientes es mayor la incidencia de esa modulación más inmadura de los afectos. E inclusive, apenas 26% del GE para 46% del GC presentan *FC>CF+C*, o sea, son los no pacientes los que muestran adaptación afectiva más madura y mejor modulada.

Esos hallazgos refutan la hipótesis de que pacientes con TOC tendrían una buena modulación afectiva e indican tendencia a inestabilidad en la expresión de los afectos, oscilación en los estados de humor, sentimientos que aparecen y desaparecen rápidamente. Por eso, son en general expresiones superficiales, pero pueden ser intensas en cuanto duran (Weiner, 2000).

#### *Proporción de Constricción Afectiva - SumC' : WSumC*

Los datos muestran que los pacientes con TOC pueden expresar sus emociones de manera adecuada cuando solicitados por el ambiente externo, de igual forma que los no pacientes (*SumC' < WSumC*), dado que no existen diferencias entre ellos. No observamos constricción afectiva o dificultad en la expresión emocional, asociada a sentimientos de melancolía, tristeza o disforia, a sentimientos de infelicidad y desamparo psicológico perjudiciales a la adaptación (Exner, Sendín, 1999; Weiner, 2000), ya que no hubo aumento considerable de respuestas acromáticas (*C'*).

#### *Proporción Afectiva - Afr*

Los resultados muestran que los pacientes enfrentan situaciones afectivamente intensas y procesan los estímulos emocionales de una manera adecuada, de igual manera que los no pacientes. La literatura psicoanalítica relacionada al Rorschach refiere que en la neurosis obsesiva hay un distanciamiento de los afectos, dada la prevalencia de las actividades del pensamiento (Chabert, 1987/1993). Nuestro estudio no corrobora esa afirmación a partir de la observación de la proporción afectiva (*Afr*) en el Rorschach, que es el que mas se aproximaría de esa concepción de distanciamiento afectivo.

Como los estímulos afectivos son procesados satisfactoriamente en la prueba es de esperar que lo hagan de manera semejante en las percepciones de la vida cotidiana. Este resultado indica que la Proporción afectiva (*Afr*) no representa el deslucamiento de los afectos de manera directa, tal como es comprendido por la teoría psicoanalítica, que se refiere a la disociación del afecto de una representación mental cargada de angustia, o sea, la proporción afectiva no indica que esa relación sea posible.

El índice *Afr* del Rorschach refleja una disminución o aumento del número de percepciones delante el estímulo colorido. Esto está asociado respectivamente a un retraimiento afectivo o a una hipersensibilidad afectiva. Pero, el aumento del número de respuestas a las láminas coloridas no significa que los sujetos integren los colores. La proporción afectiva puede presentarse elevada, demostrando una sensibilidad afectiva; entretanto, puede ocurrir un aislamiento de los determinantes coloridos que efectivamente expresan los afectos. Así, es la cualidad de las respuestas que pueden traer más datos en relación a la afectividad en este índice (*Afr*).

#### *Análisis de la Cualidad de las Respuestas Color*

Pasamos al análisis comparativo entre las repuestas al color (*RC*) y referencias al color en los dos grupos. Presentamos a continuación las respuestas en que el elemento color estuvo presente, sea él integrado o no en la elaboración de la respuesta.

Aparecieron por lo menos una respuesta con determinante color en 24 (80%) de los pacientes y en 27 (90%) de los no pacientes. Entretanto, existen diferencias importantes entre los dos grupos en cuanto al aspecto cualitativo.

Los pacientes con TOC presentan mayor número de *color forzada*, o sea, color no adecuado al contenido y en asociación a códigos especiales, por ejemplo: *perro rojo, gato con cara verde, ojos rojos, ojos amarillos, tomografía con sangramiento en el rojo*. Sus respuestas con determinante color son en su mayoría acompañadas de calificaciones negativas como: *extraño, disforme, sucio, aberrante, algo que incomoda, difícil* o de comentarios: *no logro describir; no puedo nombrar, da mala impresión por causa del rojo oscuro; no tan real que yo estuviera viendo; sin forma definida; no tiene mucha definición; por ser rojo causa una especie de sentido que yo no sabría definir; el colorido no tiene forma; manchas rojas que yo no sé lo que es; ese rojo aquí es como si fuera algo que estuviera incomodando*.

Ya en el grupo de no pacientes, encontramos expresiones más bien positivas: *colorcitos; los colores son mas creativos; color de circo; el color fue importante; el color*

*ayudó; los colores son muy vivos; caliente; es muy bonito; los colores son suaves; los colores inspiran liviandad; está bonito; todos los colores están combinando, están en armonía por el colorido; rosita bien coloridita, los colores son alegrecitos, muy bonita; que bonito! El colorido da impresión de liviandad; súper bonita! El color es súper importante*.

Como es posible ver, el GE presenta significativamente más comentarios negativos que el GC. En él, los colores son nombrados, concretos, descriptivos y secundarios, indicando distanciamiento en el trato del afecto. Hay poca expresión afectiva, el color es tomado como 'cosa' u 'objeto', de manera concreta y sin involucrarse. El afecto es contenido y con tono desagradable. Ya el GC presenta comentarios con tono más liviano y positivo, en él aparecen respuestas como explosión o propulsión que revelan vitalidad y dinamismo, distinto en relación al grupo de pacientes con TOC. En el GC el afecto es fornecido de modo más espontáneo y con tono más agradable.

Así, el análisis cualitativo mostró diferencias marcantes entre los dos grupos en la forma de lidiar con la afectividad. En los no pacientes, los afectos son expresados con placer y satisfacción, en un clima más suave. En el grupo de pacientes los afectos son expresados en tonos desagradables y acompañados de intensa ansiedad, siendo a veces bizarros y ligados a alteraciones cognitivas del pensamiento.

El deslucamiento de afecto por ideas secundarias referidas en psicoanálisis es observado en el Rorschach por ese modo de lidiar con los afectos de manera poco comprometida y sentida. La racionalidad en el trato con el color es un mecanismo que influye en el afecto, aislándose en la idea, de modo que no permite vivenciarlo y expresa sentimientos molestos. El sujeto usa ese mecanismo de defensa al enfrentar situaciones intolerables. En el Rorschach del GE el deslucamiento de afecto aparece enseguida a un *shock* al color o una molestia emocional frente a las manchas y sus percepciones. El color es tratado como 'cosa' u 'objeto' y no como una expresión afectiva que le daría una dinámica sentida a la forma.

#### Estudio exploratorio: resultados y discusión

Todos los protocolos fueron válidos en cuanto a la productividad ( $R > 14$  respuestas). La media de respuestas en los grupos fue próxima ( $R = 26$  en los pacientes y  $R = 22$  en los no pacientes), con respectivos *Lambda* de 1,08 y

<sup>3</sup> Cuatro protocolos largos no fueron retirados del estudio ya que, después de la revisión, continuaron sin diferencias estadísticamente significantes en las variables estudiadas y permanecieron con el mismo *Lambda* alto.

0,70. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, pero hay una tendencia al aumento de producción ( $R$ ) en los pacientes<sup>3</sup> con TOC, a una simplificación excesiva de sus percepciones ( $\Lambda$ :  $t=1,819$  e  $p=0,740$ ) y a una actitud esquiva en el procesamiento de la emoción y en el compromiso afectivo.

Nuestros resultados muestran que hay diferencia estadísticamente significativas entre el GE y el GC en relación al movimiento cooperativo ( $COP$ ), menor en el grupo de pacientes. Eso indica que los pacientes expresan menos actitudes colaborativas en las relaciones interpersonales que los no pacientes. De la misma forma, hay diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere a la cualidad evolutiva, que en los pacientes es vaga, imprecisa y poco elaborada ( $DQv$ ).

Los pacientes presentaron mayor número de alteraciones en el pensamiento ( $Sum6$ ;  $Lvl\ 2$ ;  $WSum6$ ) que los no pacientes, revelando la presencia de procesos ilógicos, incoherentes, fusionados e indiscriminados, con una diferencia estadísticamente significativa. Esos procesos de pensamiento ilógicos e incoherentes se traducen en el Rorschach en la suma ponderada de los seis Códigos Especiales Críticos ( $WSum6$ ). Cuatro de ellos,  $INCOM$ ,  $FABCOM$ ,  $ALOG$  (lógica inadecuada) y  $CONTAM$ , son codificados en las instancias de raciocinio arbitrario en las cuales varios objetos, ideas e impresiones son integrados, combinados o considerados en interrelación, de maneras improbables y bizarras.

Los pacientes presentan marcadas tendencias al pensamiento ilógico, incoherente, inflexible, inadecuado que constituyen dificultades de la personalidad que interfieren en el ajustamiento psicológico. Tienden a formular y expresar sus ideas de modo disociado, provocando divagaciones que comprometen sus esfuerzos en hacerse entender. El pensamiento incoherente provoca confusión en quien lo tiene y perplejidad en quien observa (Weiner, 2000).

Un dato curioso ocurre en cuanto a la auto-imagen. El grupo de no pacientes presenta mayor autocrítica negativa ( $SumV$ ) o sentimiento de inferioridad (Beck, 1952), lo que revela presencia de sufrimiento emocional en esas personas sin problemas psiquiátricos. Otros estudiosos abordan distintas interpretaciones. El determinante vista o de tercera dimensión - perspectiva - es comprendido como capacidad de representación espacial y talento constructor (Rorschach, 1921/1967), como inteligencia por arriba del promedio (Piotrowski, 1937) y como aplicación de la inteligencia al examen del mundo exterior (Silveira, 1964). Por tanto, los dos aspectos emotivos y tridimensionales (Klopfer, 1938) deben ser considerados para comprender este hallazgo.

R. interam. Psicol. 40(2), 2006

Estos resultados del estudio exploratorio revelan que hay diferencias entre los dos grupos con relación al funcionamiento cognitivo, más perjudicado en los pacientes con TOC, lo que está asociado a los pensamientos obsesivos. Las diferencias aparecen también en la cualidad de los afectos con respuestas de color sea resultantes de una actitud descriptiva, y por lo tanto racionalizada en los pacientes, sea asociadas al tono negativo. Situación distinta de lo observado en el grupo control, que presenta respuestas de color sensoriales y con tono positivo.

### Conclusión

La investigación realizada nos condujo a las siguientes conclusiones: El estudio comparativo de los resultados del Rorschach, de acuerdo con el Sistema Comprehensivo, entre pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo y comorbilidades y no pacientes, revela las siguientes características relacionadas a la afectividad: 1) no hay diferencias estadísticamente significativas con relación al estilo vivencial, a la modulación afectiva, a la constricción afectiva y a la proporción afectiva entre el grupo experimental y el grupo-control. El estilo vivencial no está definido, la proporción afectiva se encuentra dentro de la expectativa, prevalece una tendencia a una afectividad lábil y no hay indicios de dificultades para expresar emociones. 2) La cualidad de las respuestas de color en el grupo experimental es acompañada de tonos desagradables, con presencia de ansiedad, diferente del grupo-control que expresa afectos con más placer y satisfacción. La dificultad afectiva demostrada por la cualidad negativa de las respuestas con determinantes color ocurre concomitantemente con los problemas del orden del pensamiento, bien perjudicado en los pacientes con TOC.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4. ed. rev.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2000)
- Beck, S. J. (1952). *Rorschach Test* (3rd ed.). New York, USA: Grune & Stratton.
- Chabert, C. (1993). *A psicopatologia no exame de Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1987)
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris, França: Dunod.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Fiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.
- Exner, J. E. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system*. New York, USA: Wiley.

- Exner, J. E. (1994). *El Rorschach - Un sistema comprehensivo - fundamentos básicos*. Madrid, España: Psimática.
- Exner, J. E., & Sendin, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema comprehensivo*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Wagner, E. H. (1996). *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Freud, S. (1986). Obsessões e suas fobias: Seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas* (Vol. 3, pp. 75-86). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Izaguirre, L. B., Cotlier, L. K., Rebai, M. H., & La Paz, Z. G. (1983). Histograma estilo de neurósis obsesiva. *Anales 5º Congreso Latinoamericano de Rorschach*, Montevideo, Uruguay, 85-101.
- Klopfer, B. (1938). The shading responses. *Rorschach Research Exch*, 2, 76-79.
- Miranda, M. A. (1999). *Transtorno obsessivo-compulsivo e comorbidade: Um estudo caso-controle*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Miranda, M. A., & Bordin, I. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 10-12.
- Piotrowski, Z. A. (1937). A Rorschach ink-blot method in organic disturbances of the central nervous system. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 86, 525-537.
- Rorschach, H. (1967). *Psicodiagnóstico*. Rio de Janeiro, Brasil: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1921)
- Rosenthal, M. C. P. (2002). *Transtorno obsessivo-compulsivo e personalidade: Uma investigação como o psicodiagnóstico de Rorschach através do Sistema Comprehensivo*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Sarrazin, J. (1989). The Rorschach test and obsessional neurosis. *Soins Psychiatrie*, 110, 11-12.
- Shafer, R. (1972). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing theory and application*. New York, USA: Grune & Stratton.
- Silveira, A. (1964). *Prova de Rorschach: Elaboração do psicograma*. São Paulo, Brasil: Brasileira.
- Statacorp - Stata Statistical Software: Release 7.0. [Computer software]. (2001). College Station, USA: Stata Corporation.
- Torres, A. (1992). Distúrbio obsessivo-compulsivo: Dificuldades diagnósticas [Separata]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(7), 351-357.
- Uchôa, D. M. (1979). Neurose compulsiva. In D. M. Uchoa (Ed.), *Psiquiatria e psicanálise* (pp. 84-92). São Paulo, Brasil: Sarvier.
- Vaz, C. (1997). *O Rorschach. Teoria e desempenho*. Porto Alegre, Brasil: Manole.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1983). *Psicanálise do sentimento de culpa* (1958). In I. C. Schuch (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996). The comprehensive system for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, 7, 3-10.

Received 10/05/2005  
Accepted 28/12/2005

**Andrés Eduardo Aguirre Antúnez.** Departamento de Psiquiatria, Universidad Federal de São Paulo. Areas de interés: Clinical psychology y psychopathology.

**Latife Yazigi.** Departamento de Psiquiatria, Universidad Federal de São Paulo. Areas de interés: Clinical psychology, personality assessment, psychotherapy y psychopathology.

**José Alberto Del Porto.** Departamento de Psiquiatria, Universidad Federal de São Paulo. Areas de interés: Clinical psychiatry, psychopathology y mood disorders.