

**EL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH
Y EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**

Cátedra: Técnicas de Exploración y Evaluación Psicológica III

Profesora Titular: Lic. Hilda L.Alonso

DIRECCIÓN: LIC. HILDA ALONSO

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

LIC. ANA MARÍA ERRO;

LIC. NORMA MENESTRINA

**INVESTIGADORES ADJUNTOS. CÁTEDRA DE TÉCNICAS DE
EXPLORACIÓN III. FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA.
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR:**

LIC. ALEJANDRA BOUSTOURE

LIC. GERARDO V. CABRERA

LIC. GLADYS FERRARI

LIC. LELIA SANDRA PESTANA

**EQUIPO DE HOSPITAL DE DÍA. UNIDAD DE PSICOPATOLOGÍA Y
SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ:**

LIC. TOMÁS HASS

LIC. FERNANDA MATTERA

LIC. ADRIANA MACEIRA

ÍNDICE

	RESUMEN	Pág. 5
I	INTRODUCCIÓN: Objetivos Iniciales y Subsiguientes	Pág. 6
II	METODOLOGÍA: Definición de las Tres Etapas del Trabajo.	Pág. 7
III	MARCO TEÓRICO	Pág. 8
III.1.	Los trastornos de la alimentación como un síndrome que puede aparecer en diferentes cuadros.	Pág. 8
	1) Desde el enfoque médico-psiquiátrico	Pág. 8
	2) Desde el Enfoque Psicoanalítico	Pág. 9
	3) Desde otros enfoques	Pág. 11
III. 2.	Relación con Patologías que involucran el cuerpo.	Pág. 11
III. 3.	Aparición del síndrome y etapa evolutiva.	Pág. 13
III. 4.	Caracterización del síndrome	Pág. 16
IV	RESULTADOS	Pág. 19
IV. 1	Resultados de la primera etapa: Estudios de caso: diagnóstico diferencial de los 14 casos de la muestra inicial	Pág. 19
IV.2	Resultados de la segunda etapa: Análisis comparado de los protocolos de la muestra inicial.	Pág. 19
	1) Capacidad y rendimiento	Pág. 19
	2) Funciones de realidad	Pág. 20
	3) Funciones reguladoras del yo	Pág. 21
	4) Identidad y vínculos	Pág. 22
IV.3.	Resultados de la tercera etapa	Pág. 24
IV.3.1	El periodo evolutivo	Pág. 24
	1) Funciones de Realidad	Pág. 24
	2) Funciones Reguladoras del yo	Pág. 25
	3) Identidad y vínculos	Pág. 25
IV.3.2	Síndrome trastornos de la alimentación	Pág. 26
	1) Funciones de Realidad	Pág. 26
	2) Funciones reguladoras del yo	Pág. 26
	3) Identidad y vínculos	Pág. 27
V.	CONCLUSIONES	Pág. 27
V.1	Conclusiones de la primera etapa: diagnóstico diferencial.	Pág. 27

V.2	Conclusiones de la segunda etapa.: Análisis comparado de los protocolos de la muestra inicial.	Pág. 28
	1) Capacidad y Rendimiento	Pág. 28
	2) Funciones de Realidad	Pág. 29
	3) Funciones reguladoras del yo	Pág. 29
	4) Identidad y vínculos	Pág. 30
V.3	Conclusiones de la tercera etapa:	Pág. 32
V.3.1	El período evolutivo: Adolescentes no consultantes.	Pág. 32
	1) Capacidad y Rendimiento	Pág. 32
	2) Funciones de Realidad	Pág. 32
	3) Funciones reguladoras del yo	Pág. 32
	4) Identidad y vínculos	Pág. 33
V.3.2	Síndrome trastornos de la alimentación:	Pág. 33
	1) Funciones de realidad	Pág. 33
	2) Funciones reguladoras del yo	Pág. 33
	3) Identidad y vínculos	Pág. 34
VI	ANEXOS	Pág. 36
	Anexo I: Cuadro: Diagnóstico y Pronóstico de la Muestra de Pacientes de Hospital de Día.	Pág. 36
	Anexo II: Cuadro: Diagnóstico y Pronóstico de la Muestra de Pacientes Ambulatorios	Pág. 37
	Anexo III: Aspectos Evaluados	Pág. 38
	Anexo IV: Configuraciones de Datos Rorschach	Pág. 39
	Anexo V: Hoja de Cómputo consignando las Configuraciones estudiadas	Pág. 40
	Anexo VI: Planilla analítica de los datos Rorschach, agrupados por configuraciones, correspondientes a la Muestra de Hospital y a la Muestra de P. Ambulatorios	En versión electrónica, disponible clickeando "Anexo VI", consignado en Pág. 41
VII	BIBLIOGRAFÍA	Pág. 42

RESUMEN

Trabajo realizado en base al análisis del Rorschach de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, a partir de una primera muestra de pacientes adolescentes de Hospital de día con un cuadro clínico grave. Se partió del supuesto teórico de considerar este trastorno como un síndrome que puede presentarse en distintas estructuras psicopatológicas y se utilizó la Técnica de Rorschach dada su validez para el diagnóstico diferencial.

Se estableció primeramente, caso por caso, el diagnóstico diferencial y la estructura subyacente al síndrome, evaluando el pronóstico terapéutico. En un segundo momento se realizó el análisis comparado -a través de configuraciones de datos del Rorschach- de: Funciones de realidad, Funciones reguladoras del Yo, Identidad , Vínculos.

En una tercera etapa, se trabajó con otras dos muestras: 1) de pacientes ambulatorios, de menor gravedad que presentaban el síndrome 2) de adolescentes no consultantes.

Conclusiones: I) El análisis de las funciones de realidad a través del Rorschach permitió diferenciar distintas estructuras psicopatológicas en cuadros clínicos de similar gravedad. II) Es específicamente en el sentido de realidad donde encontramos alteraciones que tienen relación con el síndrome, referidas a identidad, cuerpo, vínculos. III) Aquello frente a lo que se erige la muralla defensiva de los pacientes de la muestra inicial, puede ser simbolizado en los pacientes menos graves: necesidades ligadas a pulsiones pregenitales, excitación sexual, vínculos pobremente diferenciados, alteraciones en la identidad.

ABSTRACT

This work has been performed using the Rorschach Test in patients with eating disorders, with a first sample of adolescent patients with a severe clinical frame from a day hospital. The initial theoretical assumption was that this disorder is a syndrome that may occur in diverse psychopathological structures, and the Rorschach Test was used because of its validity for differential diagnosis.

First, case by case differential diagnoses and the structures underlying the syndrome were determined, evaluating the therapeutic prognosis. Second, a comparative analysis was performed – through the configuration of Rorschach data – considering: reality functions, regulatory functions of the ego, identity and ties.

In a third stage, two other samples were analyzed: 1) outpatients with a lesser degree of the same syndrome, and 2) non consultant adolescents.

Conclusion: I) The analysis of reality functions through the Rorschach Test let us differentiate diverse psychopathological structures in clinical frames with similar severity degrees; II) specifically in the sense of reality we found the syndrome-related changes about identity, body and ties; III) the defensive wall of the patients from the initial sample was built in front of something that can be symbolized in the less severe patients: needs related to pregenital pulsions, sexual excitement, poorly differentiated ties and alterations in identity.

PALABRAS CLAVE:

ADOLESCENCIA - SÍNDROME - RORSCHACH - ANOREXIA – BULIMIA

I INTRODUCCION

El incremento en la demanda de consultas por los llamados trastornos de la alimentación ha dado lugar a numerosas investigaciones e intentos de teorización. Dichos intentos se han realizado desde distintos abordajes, arribándose a diferentes conceptualizaciones, incluso hasta ser catalogados como entidad nosológica independiente. Nuestra postura al respecto es considerar los trastornos de la conducta alimentaria no como una entidad autónoma, sino como un síndrome que puede presentarse en diferentes cuadros psicopatológicos (neurosis, borderline, psicosis).

Esta investigación tiene origen en un intercambio con el equipo del área Hospital de Día de la Unidad de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Ricardo Gutierrez. La propuesta fue trabajar con el material Rorschach (ya administrado por psicólogas de dicho equipo) de casos que presentaban este síndrome. La demanda apuntaba a profundizar aspectos puntuales en cuanto a la utilidad de la aplicación del Rorschach en el servicio, básicamente para abreviar los tiempos del diagnóstico diferencial, lo cual implicaba:

- Establecer el diagnóstico diferencial de cada uno de los casos.-
- Indagar la posible existencia de factores de riesgo.-
- Posibilitar estrategias de abordaje terapéutico.-
- Evaluar -de ser posible- aspectos de la dinámica del síndrome.-

En tanto los pacientes que llegan al servicio del hospital de día son adolescentes derivados por la gravedad de su cuadro clínico, se hace necesario entonces deslindar entre éste y la estructura psicopatológica por un lado, y por otro, evaluar en qué medida las características de la crisis evolutiva tiñen dicho cuadro.

Deslindarlo, implica poder instrumentar una estrategia terapéutica más eficaz.

Consideramos la Técnica de Rorschach como un instrumento válido para el diagnóstico diferencial, que posibilita el conocimiento de la estructura ya al comienzo del tratamiento.

Dado que la investigación se llevó a cabo en diferentes tiempos, distinguimos los objetivos en:

Objetivos Iniciales:

- 1- Establecer el diagnóstico diferencial que permita distinguir la estructura subyacente al síndrome, en pacientes adolescentes con un cuadro clínico grave.
- 2- Evaluar los aspectos relativos a pronóstico que permitan instrumentar la estrategia terapéutica y en un futuro, su verificación a través de seguimiento.

Objetivos del período subsiguiente:

- 1- Completar el seguimiento de los pacientes en los que fue posible la segunda administración del Rorschach.
- 2- Comparar con los protocolos Rorschach de pacientes con trastornos de la alimentación que no presentan un cuadro clínico de tal gravedad, y que son atendidos en tratamiento ambulatorio.
- 3- Comparar con los protocolos Rorschach de adolescentes no consultantes, a fin de deslindar la incidencia del factor evolutivo.

II METODOLOGIA

Se organizó el trabajo en 3 etapas:

1° Etapa:

Se trabajó con una muestra inicial de 14 casos atendidos en el área de Hospital de Día (Hospital R. Gutierrez), estando la Administración a cargo de las Psicólogas de dicho Servicio.

Se realizó el análisis cuanti y cualitativo del protocolo Rorschach de cada paciente, al que se agregaron los datos de Historia Clínica, Entrevista y Técnicas gráficas aportadas por el equipo del Hospital. Se alcanzó así la fase del diagnóstico individual de los pacientes de la muestra y se elaboraron los respectivos informes.

2° Etapa:

Una vez establecido el diagnóstico diferencial, se realizó el análisis de configuraciones de datos del Rorschach, a fin de evaluar aspectos que consideramos relevantes en nuestra investigación: Funciones de Realidad y Funciones Reguladoras del Yo, Identidad, Características de los Vínculos, Ansiedades y Defensas.

3° Etapa:

Comparación de la muestra inicial con otras dos: 1.- adolescentes no consultantes (a fin de evaluar la incidencia de lo evolutivo) y 2.- síndrome trastornos de la alimentación en pacientes ambulatorios (para indagar si es posible encontrar elementos específicos del síndrome, más allá de la gravedad del cuadro).

1. El periodo evolutivo: Se seleccionaron 15 casos al azar de una muestra de 150 adolescentes no consultantes entre 13 y 18 años (material aportado por colegas, proveniente de una investigación realizada en la UBA).¹

¹ Cátedra de Rorschach UBA, Prof. Alicia Passalacqua.

2. Síndrome trastornos de la alimentación: Se trabajó con los protocolos de 14 pacientes mujeres que presentaban trastornos de la alimentación (en 8 anorexia, en 5 bulimia y 1 con un cuadro mixto, de edades comprendidas entre los 16 y 31 años) que realizaron tratamiento ambulatorio en consultorios privados. De ellos, todos menos uno presentaban un cuadro neurótico (con distintos niveles de gravedad).²

III MARCO TEÓRICO

III 1. Los trastornos de la alimentación como un síndrome que puede aparecer en diferentes cuadros.

La ubicación nosográfica de estos trastornos ha sido un tema de discusión a través del tiempo.

1) Desde el enfoque médico-psiquiátrico:

Con respecto a la anorexia, las descripciones clínicas más completas datan de la segunda mitad del siglo XIX. Sin embargo, los primeros relatos de esta enfermedad aparecen ya en la Edad Media, en aquel entonces asociado a lo misterioso y lo místico. Rausch y Bay (1990) presentan una síntesis histórica de esta enfermedad:

- durante el medioevo, se hablaba de santas que seguían rigurosas dietas autoimpuestas de restricción alimentaria, llegando a la inanición, pero señalan que “la primera descripción clínica” de lo que más tarde se conocería como anorexia nerviosa, procede de Morton en el año 1694: la paciente, de 18 años es descrita como “igualando a un esqueleto, sólo cubierto por la piel”, y fallece por negarse a seguir el tratamiento indicado.
- en 1873 Lasegue hace una descripción clínica del cuadro, que denomina “anorexia histérique”, destacando no sólo la insuficiente ingesta de alimentos sino también las distorsiones cognitivas y trastornos de la imagen corporal.
- en 1874 Sir William Gull acuña el nombre de “anorexia nerviosa” resaltando su aparición durante la adolescencia, sobre todo en mujeres, y la necesidad de tratamiento profesional especializado.
- en 1914, Simmonds, un patólogo alemán, al realizar la autopsia de una paciente caquética descubrió una destrucción pituitaria. A partir de ese momento y por los próximos treinta años la anorexia fue asociada a esa disfunción.

² La casuística fue facilitada por colegas que administran y clasifican el Rorschach según los criterios de la Escuela Argentina, y enfocan el tratamiento dentro del marco psicoanalítico.

En cuanto a su ubicación nosográfica, la anorexia fue considerada durante cierto tiempo como una entidad autónoma, no lográndose acuerdo en el ámbito psiquiátrico sobre su caracterización.

Héctor Fiorini (1967) refiere que se la ha considerado, en distintos momentos, como “variedad de la histeria (concepto tradicional desde Lasegue, 1873), como variedad de psicosis maníaco-depresiva, como forma frustrada de esquizofrenia o esquizofrenia simple (Brill, 1939), como neurosis obsesiva centrada en la comida...” hasta llegar a autores como King, quien diferencia entre anorexia primaria y secundaria, insistiendo en el carácter específico de las “primarias” y reclamando para éstas el reconocimiento como entidad nosográfica

Dice Fiorini: “Esta diversidad de criterios es un reflejo de la variedad y polimorfismo de rasgos que a menudo presentan las anorexias nerviosas. En consecuencia se subraya actualmente el concepto de síndrome, no de enfermedad, para estos trastornos.” Nosotros añadimos: síndrome que puede presentarse en distintas estructuras psicopatológicas.

Si tenemos en cuenta la clasificación internacional de enfermedades, estos cuadros se ubicaban en el DSM III-R dentro del capítulo de Trastornos de la niñez y adolescencia; posteriormente en el DSM IV (versión que actualiza la anterior) se separan de dicho capítulo constituyendo otro aparte, el de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (lo cual, pensamos, contribuye a que se la considere “un cuadro aparte”, posición que no compartimos). El DSM IV propone los siguientes criterios para el diagnóstico:

- De Anorexia Nerviosa: a) preocupación por mantener el peso corporal por debajo del valor mínimo normal; b) miedo intenso a ganar peso, incluso estando por debajo del normal; c) alteración de la percepción de la silueta corporal; d) negación del peligro que comporta el bajo peso corporal; e) presencia de amenorrea.
- De Bulimia Nerviosa: a) atracones recurrentes; b) conductas compensatorias inapropiadas (provocación del vómito, laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo); c) auto- evaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

2) Desde el Enfoque Psicoanalítico:

La conceptualización del trastorno conocido como anorexia ha sufrido también aquí distintas vicisitudes.

Criscaut (2000) hace una reseña de su aparición en los textos freudianos:

Freud lo ubicó, primero como una manifestación que daba cuenta de la neurosis del sujeto, destacando la incidencia de la represión bajo un determinismo inconsciente: hay ligazón con el objeto, hay fantasma y es descifrable (“El hombre de Los Lobos”, y “Estudios Sobre la Histeria”). Más tarde, en el “Manuscrito G”, lo refiere a trastornos relacionados con la melancolía: el rasgo particular es consecuencia de la total falta de libido para todas las cosas. (Aquí hace referencia a la Anorexia Nerviosa, tradicional en la adolescencia e indica que son formas melancólicas con sexualidad mal desarrollada. Freud elabora aquí una clínica del Objeto, y hace mención de cuadros graves con riesgo de muerte, no abordables por el psicoanálisis). En “Duelo y Melancolía”, por aportes de Abraham, lo relaciona con una fijación a la etapa oral, donde los impulsos hostiles con los padres son reprimidos. Se abre aquí al tema del Narcisismo y el Ideal del yo.

Parece entonces que, como dice P. Jeammet (“Psicoanálisis con niños y adolescentes, 1994) “El abordaje psicoanalítico ha seguido, en el estudio de la anorexia, un camino semejante al del movimiento regresivo que caracteriza a estos pacientes: se ha pasado de una concepción centrada en el modelo histérico, insistiendo en la regresión oral de la genitalidad y en el desplazamiento hacia arriba, a la priorización de la patología del yo: distorsiones del yo ligadas a carencias narcisísticas primarias, escisión del yo, patología de la incorporación sobre un modelo cercano a la melancolía...”. Y continúa diciendo este autor: “La localización nosográfica de tales estados se ve dificultada por la ausencia de una organización dominante y la coexistencia de modalidades defensivas de niveles muy diversos, en patchwork, por el taponamiento de posiciones defensivas arcaicas con situaciones relacionales más diferenciadas de nivel neurótico, como por ejemplo, un recubrimiento histérico. (...) Se encuentra aquí la característica *transnosográfica* de estas conductas (...) que se reencuentra en el conjunto de conductas conocidas como adictivas y en un buen número de trastornos del comportamiento de la adolescencia. Ninguna referencia nosográfica puede alcanzar para caracterizar las conductas alimentarias (es decir, resultar abarcativa para la totalidad de los casos) a pesar de que se citan frecuentemente los estados límite, y menos aún para dar cuenta de su especificidad y de su advenimiento”.³

Ahora bien, este autor subraya sin embargo, que “el tipo de personalidad y de organización psíquica dominante que constituye el contexto psicológico individual (es decir, de cada caso) en el cual adviene el trastorno de las conductas alimentarias, es ciertamente importante, porque una parte del pronóstico depende de él, así como las modalidades de la acción terapéutica, pero no es él el que nos aclarará la génesis de trastorno.”⁴

³ Las aclaraciones entre paréntesis son nuestras.

⁴ Justificamos la extensión de la cita, dada la concordancia de estas ideas con el abordaje de los casos realizado en nuestra investigación.

B. Brusset, (1993) que considera también estos trastornos como síndrome, subraya el papel del entorno familiar en la génesis del mismo. Dice : “Es forzoso incluir en el síndrome el papel del entorno, tanto más cuanto que su evolución y las medidas terapéuticas sólo tienen eficacia si se lo toma en consideración.” Sugiere además que el término “anorexia” resulta impropio, dado que su sentido etimológico apunta a falta de apetito, cuando lo que se da en estos casos es el rechazo al alimento; considera por eso que esta denominación puede llegar a “inducir a centrarse en la función alimentaria y en consecuencia, conducir a una psicología y psicopatología calcadas de la fisiología.”

Nuestra postura, enmarcada en la teoría psicoanalítica, es como dijimos en un comienzo, la de no considerar estos trastornos como estructura o entidad autónoma, sino como un síndrome que puede presentarse en diferentes cuadros. Tomando en cuenta un diagnóstico psicopatológico basado en el sujeto, es decir en cómo el aparato psíquico se ha constituido, no podemos quedarnos en el punto de vista centrado primordialmente en la disfunción alimentaria, ni considerarlo como un cuadro con estatuto independiente de las estructuras psíquicas básicas. Por el contrario, este síndrome se encuentra atravesado por ellas, y las características con las que se manifieste, llevarán la impronta de la estructura en la cual aparezca.

Las observaciones realizadas en nuestra investigación dan fuerza a ésta que fue nuestra hipótesis de partida: si bien los pacientes presentaban algunos rasgos similares, no sólo en cuanto a la restricción alimentaria sino también en ciertas características del funcionamiento yoico y a perturbaciones en los vínculos e identidad, se trataba de diferentes diagnósticos psicopatológicos, en un espectro que abarcaba desde la esquizofrenia hasta la neurosis grave.

3) Desde otros enfoques:

El enfoque psicológico, al principio representado por el psicoanálisis, fue más tarde abordado también desde otros marcos conceptuales. Dentro del enfoque sistémico autores como Hilde Bruch, Minuchin y colaboradores, Crips y Rusell han contribuido al estudio de la anorexia en los últimos cuarenta años. En nuestro medio, Rausch y Bay merecen ser destacadas por los trabajos realizados durante varios años en el Hospital Italiano.

III 2. Relación con Patologías que involucran el cuerpo.

Existen diferentes funcionamientos psicopatológicos en que el cuerpo puede quedar involucrado: en la histeria, como instrumento de la conversión; en la enfermedad

psicosomática, como depositario de aquello que no puede ser tramitado, afectando un órgano; otra vía diferente es la del cuerpo alterado en alguna de sus funciones sin afectar órgano alguno.

Al considerar la relación entre el síndrome del que nos ocupamos en este trabajo y la enfermedad psicosomática, encontramos diferentes posturas, aspecto discutido también dentro de nuestro equipo de investigación. De hecho, en gran parte de la bibliografía no se observa una clara delimitación, y en otros se lo ubica claramente dentro de los cuadros psicosomáticos.

Tal vez el punto de partida para la discusión podría resumirse en una frase de Marcel Labbé (citada por G. Canguilhem en *“Lo Normal y lo Patológico”*): “Las enfermedades de la nutrición no son enfermedades de órganos, sino enfermedades de funciones”.

En ese sentido, si se considera como enfermedad psicosomática aquella donde el trastorno se circunscribe a un órgano lesionado (tal como las siete psicosomáticas clásicas descritas por Alexander), la anorexia y la bulimia quedan fuera de esta conceptualización. Sólo ampliando el dominio de lo psicosomático hasta incluir allí las funciones vitales -como hacen algunos autores- sería posible ubicarlas dentro de esta esfera.

Consideramos que, en sentido estricto, no pueden ser incluidas entonces dentro de las llamadas enfermedades psicosomáticas. Sólo en un sentido amplio -tan amplio que se diluye la utilidad del concepto- podrían serlo. De modo que preferimos conservar el concepto de enfermedades psicosomáticas para aquellas que, específicamente, presentan afectación de órgano, y no para los llamados trastornos de la conducta alimentaria.

Como dice Silvia Bleichmar (2002)⁵, existe una relación entre lo somático y lo psíquico que va más allá de “lo psicosomático”. Señala dos tipos de procesos en relación al cuerpo: el funcionamiento que posibilita la vida, y el que tiene que ver con la producción de placer. Ambos funcionamientos en algunos casos están en coincidencia (sin recubrirse totalmente) y en otros, entran en contradicción; esto último es lo que puede observarse en relación a la función alimentaria, donde el placer erógeno puede ponerse al servicio u obstaculizar la función.

Subrayamos aquí el concepto de “discontinuidad” entre cuerpo biológico y erógeno trabajado por esta autora a partir de la clara toma de posición de J. Laplanche con respecto al papel del otro en la génesis de la sexualidad humana (en oposición al endogenismo de la Escuela inglesa): el origen de lo erógeno en la excitación producida por el otro que al saciar la necesidad (de alimento) introduce otra cosa (un plus), generando sexualidad. Pensamos que esta propuesta coadyuva a la comprensión dinámica de la problemática que nos ocupa: si el cuerpo erógeno tiene su origen en el

⁵ Seminario del 26/8/02 (aún no publicado)

contacto con el objeto, el cerrarse al intercambio en la anorexia operaría como forma de evitar/anular la excitación emergente.

III 3. Aparición del síndrome y etapa evolutiva.

Aludimos aquí a la mayor incidencia de su aparición en la etapa de la pubertad y adolescencia. Nuestros referentes teóricos al respecto son autores del Psicoanálisis francés contemporáneo, y del Psicoanálisis argentino. Encontramos en ellos un marco desde el cual pensar el material, y también un disparador a partir del cual reflexionar sobre las observaciones realizadas en él (observaciones que desarrollaremos en el punto IV).

Algunas propuestas acerca de “Lo Puberal” (Gutton,1991), nos resultaron particularmente interesantes. Este autor considera las transformaciones psíquicas de la pubertad, no como continuidad evolutiva (reedición después de la latencia o mero re-encendido pulsional) sino fundamentalmente como algo nuevo, que impone una discontinuidad en el desarrollo (también aquí resulta fecundo el concepto de discontinuidad: como salto, como ruptura, como instauración de otra cosa, y no mera sucesión o apuntalamiento en lo anterior). Esto nuevo constituye una verdadera segunda diferenciación de la heterosexualidad.

Dice Gutton: “ Ninguna distribución anterior puede anticipar su experiencia somática, que sorprende al niño, lo toma a contrapelo, al revés, siendo que este niño no puede tener más que un (a continuación cita al Freud de “Pegan a un niño”) presentimiento de lo que serán con posterioridad los fines sexuales definitivos ”.....

Ahora bien, -señala- cuando la adolescencia (que implica la separación de los objetos originales), transcurre sin patología, “los procesos originarios han quedado sepultados, elaborados por procesos secundarios eficaces”. ¿Qué pasa entonces cuando se trata de cuadros psicopatológicos graves?

El autor considera dos aspectos del proceso de las transformaciones psíquicas de la pubertad, que serán el material de elaboración de la adolescencia:

- el trabajo psíquico a partir de un acontecimiento de desarrollo.
- el trabajo psíquico de transferencia: transferencia objetal, opuesta a neurosis narcisista.

Esto último implica la tramitación de un doble proceso, de sentido opuesto: el que lesiona el equilibrio narcisista del período infantil, y el que asegura una re/construcción. “La sexualización del trabajo psíquico constituye lo puberal y crea un

material a elaborar (...) la pubertad instituiría una genitalización de las representaciones incestuosas y la adolescencia su idealización organizadora”.

El trabajo de la adolescencia será entonces trabajo elaborativo, exclusivamente realizable sobre el material puberal. Implicará una desexualización de las representaciones incestuosas, que posibilitará una nueva elección de objeto.

El autor habla de “emergencia puberal”. Pensamos en la riqueza del término, si se lo toma en una doble acepción: como aparición y como situación de crisis. “La pubertad impone una discontinuidad, o mejor dicho, una continuidad en des-construir -reconstruir”...

En este contexto, podríamos pensar que es posiblemente el no poder des-construir -reconstruir, lo que observamos en patologías como las que estamos examinando:

- en los cuadros más graves, esta des-construcción supondría aniquilamiento.
- en todos, la re-construcción implicaría el acceso a un cuerpo atravesado por la genitalidad, acceso denegado cuando los procesos ligados a la categoría del ideal (desinvestidura) no pueden ser tramitados.

Un enfoque como éste puede ayudar entonces a entender ciertos rasgos comunes observados en nuestra muestra, en relación al cuerpo: como dificultad de reconstrucción de un sí mismo sexuado.

Por otra parte, si siguiendo su propuesta, consideramos que la adolescencia implica: el compromiso puberal con sus investiduras y contrainvestiduras (movimiento pulsional que tropieza con la represión) y la “desinvestidura adolescente”, o 2da latencia (categoría del ideal), podríamos pensar que lo que encontramos en los pacientes de la 1ª muestra es un incremento patológico de las contrainvestiduras (por fallas previas en la estructuración).

Destaca Gutton que la moción pulsional, destinada a una salida hacia el objeto, aparece (y esto es lo “novedoso” de lo sensual puberal) condensada sobre la zona genital, condensación que resulta problemática porque ataca las defensas del yo en un punto débil de la infancia. Subraya aquí algo que consideramos central: “La violencia de las mociones puberales no está ligada a una plusvalía somática sino a la interpretación edípica de la experiencia púber (...) la violencia viene siempre del objeto y de la historia edípica (.....) Lo puberal es todo lo inverso de un movimiento de separación; es una fuerza antiseparadora que anima el frenesí del niño hacia el progenitor edípico (...) la separación es un trabajo de la adolescencia.”

Coincidimos con él cuando se refiere a casos donde “la escena puberal es imposible”: no tiene lugar, está bloqueada, incluso para su advenimiento. El cita un caso de anorexia nerviosa; nosotros habíamos encontrado signos de tal situación en casi la totalidad de los 14 pacientes del hospital.

Phillippe Jeammet (1993), por su parte, ubica los trastornos de la conducta alimentaria como “posición de encrucijada: entre la infancia y la edad adulta, entre lo psíquico y lo somático, entre lo individual y lo social, y entre ambos el grupo fliar....” interpretándola como reveladora del vínculo entre este tipo de trastornos y los procesos de cambio (nosotros coincidimos con esta idea y añadimos: ante la imposibilidad de que tal cambio pueda ser tramitado), y “a la no posibilidad de expresión representacional de esas dificultades, con necesidad de recurrir a una expresión actuada comportamental y a una inscripción corporal”. Nosotros hablaríamos no tanto de inscripción sino de involucración del cuerpo como lugar de intercambio; el resto de la propuesta coincide con nuestras observaciones e hipótesis.

En la medida que se juega en esta etapa una transferencia de los vínculos, la pubertad y la adolescencia se constituirán en “un revelador de esta problemática de dependencia, (preexistente en el negativo, agregamos continuando la metáfora, ya que se trata de vínculos previos, que la crisis evolutiva pone en jaque) creando las condiciones de un antagonismo entre salvaguarda narcisista (de la identidad, de la estima de sí, del sentimiento de continuidad), y la fluidez objetal-pulsional” (que implica búsqueda de objetos y cambios de investidura).

Según Jean Laplanche (1974)⁶, “la noción del par masculinidad-femeneidad (...) toma sentido nuevo en distintos períodos, según los medios de interpretación y de simbolización que el sujeto aporte o conquiste en los distintos estadios de su evolución sexual”.

Pensamos que éste es un aspecto importante a considerar en el desarrollo de nuestras hipótesis en relación a la dupla: Emergencia de los trastornos de alimentación – Etapa evolutiva. ¿Qué posibilidades (o no posibilidades) de procesamiento simbólico de los procesos de identidad e identidad sexual existen en estos pacientes?. Tengamos en cuenta la exigencia de trabajo psíquico que tal procesamiento implica en la adolescencia, y su fracaso en patologías como las que estamos considerando.

Desde un enfoque lacaniano -que aunque no sea el nuestro puede enriquecer el análisis-, dice Fernandez Blanco (2000) que muchas anorexias se desencadenan en el paso de niña a mujer, en el encuentro con la sexualidad adulta, como encuentro con el goce, que resulta traumático e inasimilable.

En nuestro medio, Susana Quiroga⁷ -al analizar la incidencia de la crisis adolescente en la aparición de los trastornos alimentarios-, trabaja a partir de conceptos freudianos, centrándose en los efectos que tiene sobre el psiquismo el surgimiento de la pulsión

⁶ Laplanche, J. (1988) *Castración. Simbolizaciones. Problemáticas II*. Buenos Aires, Amorrortu.

⁷ En: *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica* (1996) de Rubén Zukerfeld

genital, y la transmutación de huellas sexuales infantiles en traumas a posteriori. Aunque no compartimos una concepción demasiado “lineal” de las fases libidinales (preferimos adherir al concepto de discontinuidad trabajado por Laplanche, Silvia Bleichmar, Gutton) y nos parece su formulación demasiado anclada en el proceso biológico, coincidimos con algunos de sus conceptos:

- el de señalar que, en su comienzo la sensualidad no puede enlazarse a procesos psíquicos pues la pulsión genital no ejerce una función normatizante sino complejizante y de desorganización sobre el aparato anímico del tiempo lógico anterior.
- el de enfatizar el efecto “desquiciante para la organización mental que el niño había alcanzado durante la latencia”.
- la implicancia de un nuevo esfuerzo de trabajo para el aparato psíquico, que se irá realizando a lo largo de todo el pasaje por la adolescencia.

Describe “dos momentos determinantes en el surgimiento del erotismo genital: el primero relacionado con la investidura del crecimiento corporal y el esfuerzo de ligadura para transformar ese proceso somático en un proceso psíquico; el segundo momento tiene que ver con el comienzo de la vida genital y el encuentro sexual con el objeto e implica también establecer nuevas ligaduras para procesar transformaciones corporales en relación con el inicio de la vida sexual y el reconocimiento diferenciado del cuerpo propio y el ajeno.”

Destaca que mientras la adolescencia temprana, donde los cambios corporales anteceden a la imposibilidad de ligadura con lo psíquico, exige elaborar el duelo por el cuerpo infantil, por los padres de la infancia y por el ámbito institucional que albergaba al púber desde la niñez, la adolescencia tardía implica procesar el duelo por la institución y el grupo a los que adscribió su identidad: “la necesidad de autodefinirse como separado del grupo, la institución y los vínculos primarios continentes, impulsa violentamente al adolescente a un duelo imposible de elaborar en el tiempo que el crecimiento requiere”.

En esta circunstancia, agrega, “es frecuente observar un estado de desamparo: la pérdida del sentimiento de sí. En ambas situaciones aparece una regresión yoica y es en esos contextos donde se ha visto la aparición, la profundización o la reiteración de los trastornos de la alimentación en la adolescencia tardía”.

III. 4 Caracterización del síndrome:

¿Se puede hablar de especificidad si nos ubicamos dentro de una postura teórica que no le adscribe entidad nosológica?. En todo caso, encontramos ciertas características que

han sido descritas por distintos autores, las que, sin ser exclusivas de este tipo de problemática, se presentan consistentemente en todos estos pacientes (tanto los que presentan anorexia como bulimia), más allá de la estructura de base.

Incluso citaremos entre otras -y sin por ello incluir nosotros estos trastornos dentro de la categoría psicósomática- algunas formulaciones de autores que sí los consideran como tal, (Mc Dougall, Zukerfeld, Maldavsky), porque creemos que resultan útiles para pensar las características de nuestro material.

- a) Existencia de un “juego dialéctico investiduras - contrainvestiduras” (Jeammet, 1993), más notorio en la anorexia que en la bulimia.
- b) Analogía entre relación con el alimento y relaciones de objeto: como “lucha activa contra un deseo de apropiarse de aquello que les falta, contra el deseo de llenarse sin restricción”(.....) y por eso, temor al objeto y más aún a la necesidad de ese objeto. (Jeammet, 1993). O sea, se combate contra el deseo, devenido amenaza para el Yo.
- c) La pérdida de una relación de apoyo narcisístico como factor que frecuentemente precipita la entrada en la conducta anoréxica. Frente al dolor intolerable de la incompletud y a la violencia del deseo, rearma una relación de dominio a través de dicha conducta. En términos de Jeammet, “esa actitud de rechazo constituye una neoidentidad”.
- d) La modalidad vincular que parece predominar: vínculos duales, narcisistas, con fantasías de fusión con el otro, tan temida como deseada (Mc Dougall, 1982, 87)⁸: terror a la fusión, a perder los límites y al abandono. Intentan reencontrar el equilibrio narcisista (deficitario desde las primeras experiencias vinculares) a través de dos técnicas:
 - Alejarse de los otros como si se tornaran anoréxicos ante los objetos de amor; evitar el acercamiento íntimo, debido a que los vínculos de intimidad les producen confusión, desorganización y temor a indiferenciarse como sujeto.
 - Acercarse a los otros, lo cual configura un vínculo de devoración objetal. En otro texto(McDougall, 1995)⁹ dirá: “siempre que la separación y la diferencia no se experimenten como adquisiciones psíquicas subsecuentes a la aceptación de la alteridad y más tarde de la monosexualidad, serán temidas como pérdidas, duelos que amenazan la imagen del sí mismo. Entonces se mantendrá la ilusión fusional con la imagen–madre arcaica de la primera infancia”.
- e) Modalidad de funcionamiento: la alteración de la conducta alimentaria como intento de defensa contra el dolor y el conflicto psíquicos, buscando establecer una función de límite y separación, imposible de realizar en el nivel intrapsíquico:

⁸ En Acto bulímico, cuerpo y 3ª tópica. Zukerfeld, R.; Paidós, 1996

⁹ Mc Dougall, J. (1995) Teatros del cuerpo.

deficiencia de defensas protectoras y de acción eficaz en la confrontación con dicho dolor (Mc Dougall, 1995.). El afecto se presenta como congelado en su capacidad de ser representado.

f) Trastornos de la imagen corporal:

Zukerfeld (año 1996)¹⁰, recuerda que la conducta alimentaria en el ser humano no está regulada solamente por la satisfacción de la necesidad nutricional, sino también por la “cuota hedónica”, es decir, por el placer que el alimento brinda (primera subversión del orden nutricional). De allí que se use el término “apetito (...) lo que “gusta” no siempre es lo que el organismo necesita.” Pero existe una segunda subversión -según él característica de los trastornos de alimentación-: un camino de regulación de la conducta alimentaria en la búsqueda de cambio corporal”. Nosotros, desde otra perspectiva, nos preguntamos si la lucha no tiene que ver más bien con “que nada cambie” del cuerpo infantil.

Sostiene que los trastornos de la imagen corporal son un criterio de diagnóstico de certeza de la anorexia nerviosa y también están presentes en la bulimia, señalando que el peso de la presión social, actuando sobre un déficit previo en la constitución del yo da como resultado una percepción y una valoración del cuerpo erróneas, que pueden ser el punto de partida para buscar una dieta restrictiva. Diferencia tres delgadeces¹¹: 1) delgadez como “condición subjetiva de existencia: ser es ser delgado y no estarlo es no ser”. Implica ontológicamente “una condición psicopatológica de vacío, y metapsicológicamente, un predominio del yo ideal, con su trágico encierro narcisista. 2) delgadez entendida como “un concepto dentro de una “ética” singular, donde delgado es “bueno” y gordo es “malo”; predomina el pensamiento dicotómico”. Existen distorsiones cognitivas del yo en función de su obediencia a un ideal del yo tanático.... “la interioridad está mal denominada o necesita del auxilio imperativo de otro que le de nombre”. 3) delgadez como “condición subjetiva de belleza de acuerdo con los valores estéticos de la clase media de la cultura occidental en la última mitad de siglo. Existen conflicto y expresiones sintomáticas variadas... La constitución de la imagen corporal es más fluida, pero con dificultades para conectar la interioridad con la forma, ya que presentan intereses contradictorios”.

g) Existencia de aspectos depresivos: Zukerfeld (1996) ha observado en pacientes bulímicos: “fenómenos que están en la base de lo que se ha llamado “patologías de vacío” ya que “pueden describirse en ellos todas las manifestaciones de la depresión esencial” (concepto que toma de Marty) donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta hacia la esfera somática. (...) Constituye la esencia misma de la depresión (.....) definida por la falta (.....) donde la energía vital se pierde sin compensación. (...) Se establece cuando

¹⁰ Obra citada. El autor plantea “una 3ª tópica” trabajando y radicalizando el concepto freudiano de escisión.

¹¹ Obra citada

sucesos traumáticos desorganizan algunas funciones psíquicas, desbordando sus capacidades de elaboración”.

IV RESULTADOS

IV 1. Resultados de la primera etapa: Estudios de caso: diagnóstico diferencial de los 14 casos de la muestra inicial:

El análisis cuanti y cualitativo del Rorschach -de cada paciente- y en especial de las funciones de realidad¹² nos permitió establecer el diagnóstico diferencial de cada uno de ellos. De acuerdo a estos criterios fue posible detectar en sólo tres de los 14 casos la presencia de trastorno psicótico¹³.

En el Anexo N° I¹⁴ se presenta el cuadro con el diagnóstico de cada uno de los casos.

IV 2. Resultados de la segunda etapa: Análisis comparado de los protocolos de la muestra inicial.

El análisis del material Rorschach, organizado en configuraciones de datos, permitió evaluar los siguientes aspectos:

1) Capacidad y rendimiento:

El primer observable fue la productividad pobre en la totalidad de los casos (número de respuestas disminuido; escasa cantidad de contenidos y determinantes múltiples; histograma poco variado, con alta columna de F; ausencia de adicionales en 9 de los 14 protocolos), a pesar que todos, salvo uno (Caso N° 14) presentaban un nivel intelectual normal.

Al empobrecimiento se sumaba -segundo observable- la presencia de trastornos que alteraban el rendimiento (que serán descritos al desarrollar las funciones de realidad y funciones reguladoras del yo).

¹² Análisis de las funciones de realidad en Rorschach, propuesto por A. Passalacqua

¹³ Se apuntó al diagnóstico diferencial teniendo en cuenta tres grandes estructuras: neurosis psicosis y borderline. El diagnóstico se realizó desde un punto de vista dinámico. En el caso de las psicosis sólo se especificó esquizofrenia cuando apareció una constelación típica. En las neurosis se tuvo en cuenta fundamentalmente la existencia de un aparato psíquico constituido (represión primaria y secundaria) y solamente se determinó un tipo definido de neurosis cuando las características específicas del cuadro lo permitían. En aquellos casos en que “la línea divisoria” entre estructuras no posibilitaba una clara ubicación, se recurrió al concepto de estructura yoica deficitaria, especificando en cada caso los aspectos fallidos.

¹⁴ Ver Anexo I, página 36 .

Es decir, dos aspectos a destacar: la baja productividad (pobreza cuanti y cualitativa) y la presencia de alteraciones (salvo en un caso) en alguna o todas de las funciones de realidad.

2) Funciones de realidad:

El análisis comparado de los protocolos permitió observar:

- a) Considerando las tres funciones en su conjunto: están alteradas en 3 de los casos (coincide con diagnóstico de trastorno psicótico: Caso N° 1; Caso N° 5; Caso N° 14). En el resto (salvo el Caso N° 4, donde están conservadas las tres) encontramos alteración de:
- Prueba y adaptación: en 5 casos (Caso N° 2; Caso N° 7; Caso N° 8; Caso N° 10; Caso N° 11).
 - Juicio: en 3 casos (Caso N° 9; Caso N° 12; Caso N° 13 -y prueba en Láminas de color-).
 - Juicio y adaptación: en 1 caso (Caso N° 6)
 - Prueba y Juicio (Caso N° 3)
- b) Considerando específicamente la Prueba de Realidad: es la función más afectada en mayor número de casos (9 sobre 14), muchos de ellos con irrupción del funcionamiento en proceso primario, y déficit en los procesos de simbolización.
- c) Considerando el Juicio de realidad: el análisis mostró la existencia de distintos niveles de alteración (que parecen tener relación con el síndrome). Esto se observó a través del análisis de los Fenómenos Especiales de Combinación Confabulatoria y Contaminación atenuada:
- La Combinación Confabulatoria: (que suele encontrarse por otro lado en la mayoría de los adolescentes normales) aparece en nuestra muestra con ciertas características:
 - Vinculado al tamaño (en 7 de las 13 Combinaciones Confabulatorias como aspecto que no pueden relacionar de manera lógica) y presente en contenidos vitales.
 - En otros (5 sobre 7 casos) la Combinación Confabulatoria se da en L III. Como veremos al referirnos a los vínculos, este dato nos parece interesante: estos pacientes (salvo uno) pueden ver la Popular, pero fuerzan la relación, (la Combinación

Confabulatoria se da en la unión de D 1 y D central) que no pueden hacer sino de este modo “desajustado” según la lógica.

- Cuando no se da la Combinación Confabulatoria, aparece “personas tirando algo”.
- En Lámina X, también la Combinación Confabulatoria se presenta de una manera que nos llamó la atención: casi siempre relacionando un Humano Detalle con un A.
- En la mayoría de estas Combinaciones Confabulatorias aparece la F como determinante (7 sobre 13) o la M (3, alguna -+).

- La Contaminación Atenuada: se presenta en algunos casos ligado a una fantasmática específica. Así en el Caso N° 3 en Lámina IX: “Animal con orejas de ratón y cuerpo de elefante”(aparece allí la única transparencia, al enumerar el estómago en la descripción).

d) Con respecto a la Adaptación a la realidad: Se encuentra alterada en 10 de los 14 casos.

Dado que el número de Respuestas descendido relativiza los porcentajes de D y P%, nos parece más consistente como dato, el IR y el número absoluto de P.

Con respecto al IR, éste aparece francamente descendido

- Con un valor de entre 2 y 4 en siete de los casos (Casos N° 1; N° 2; N° 3; N°5; N° 6; N° 7; N°12)
- Con un valor de 1 en uno de los protocolos (Caso N° 11)
- Con un valor de 0 en los dos restantes. (Caso N° 8 y N°14)

En cuanto a las populares, dan las de la lámina III y V ocho de los pacientes. En todos se observa la ausencia de la Popular en lámina VI.

3) Funciones reguladoras del yo:

En todos los casos se observan alteraciones. Y aquí con diferencias en cuanto a la modalidad del trastorno:

- Por restricción excesiva (8 casos).-
- Por labilidad expresada en el material (2 casos).-

- Por fallas en la eficiencia (aún presentando F% y F% extendido, y hasta Lambda¹⁵ dentro de lo esperable (4 casos).-

Tales alteraciones se expresaron a través de los siguientes datos del Rorschach:

- Bajo número de respuestas.-
- Índice de Conflicto (IC) : igual a 0 (Cero) en 7 casos.-
- Contenidos Perturbadores: ausentes en 7 casos.-
- Contenido Siniestro: ausente en 8 casos
- La Suma del color acromático y claroscuros: supera al Color Cromático en 6 de los casos (en 2 de ellos el Color está ausente) En otro, dicha relación es 0/0 y en otro 1/1.-
- Ausencia de textura en 9 casos.-
- M: ausente en 3 casos.-
- FM : ausente en 4 de los casos. En otros 3, es mayor que M.-
- Movimiento menor: presente en 10 casos. En 7 de ellos, por su incidencia se invierte la relación M/FM + m.-

4) Identidad y vínculos:

Se privilegió para este análisis: la presencia y características de los claroscuros de superficie, el índice de integración, el tipo de respuestas H, el tipo de M, la relación M/C, y todos aquellos Fenómenos Especiales que adquirieran significación en torno a esta área.

a) Análisis de los claroscuros de superficie (texturas): observamos que está ausente en 9 de los 14 casos, dato elocuente, ya que a pesar de la pobreza de los protocolos, el descenso de los otros determinantes esperables, es menor.

Por otra parte, cuando aparece, es con las siguientes características:

- dos son intelectuales.
- una fría (cF)
- una ambivalente (c y f).
- una cálida (en una respuesta con alteración en los nexos lógicos LX, con Combinación Confabulatoria).

¹⁵ Alonso, H. y otros (2001) "A propósito del Análisis de las Formas".- Revista Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas.- AÑO 22, N°1.-

b) Índice de integración: tomado como tal, no aparecen mayores indicadores de dificultad, pero el resultado cambia cuando lo referimos exclusivamente a lo humano

Efectivamente, constatamos que la proporción óptima (2 /1) se altera:

- Sea porque se acercan ambos términos (Ej: Caso N°1: I. Integración: 9/2; H/Hd: 2 /1.5).-
- Sea porque en realidad ese índice está compuesto sólo por contenidos A, cuando H= 0 (Caso N°2)
- Sea porque se invierten los términos (Caso N°7: I Int 9/4; H/Hd: 2/3; Caso N°14: I. Int: 6/4; H/Hd: 1/2)

c) Presencia de (H): aparece en 5 de los 14 casos. En cuanto a la relación H/(H), sólo en dos predomina y en otro se igualan. En tales respuestas, se impone lo persecutorio (monstruos, gigantes) sobre lo idealizado (una respuesta de “Ángeles” en L I).

d) Relación M/C:

- 5 casos con la 1° fórmula vivencial coartada o coartativas:
 - coartación extrema (1, Caso N° 1).-
 - fórmula coartativa (4 casos: Caso N° 2, 3, 4 y 7).-
- En 5 casos, coartación (1 o 0) en uno de los términos (M o C) (Caso N°6; Caso N°9; Caso N°10, con 1CF; Caso N° 11, con 2CF+1C; Caso N° 12).-
- En 4 casos la 1° Fórmula Vivencial es dilatada (Caso N° 5 = 3/3,5, siendo 2 FC/1CF y 1 C; Caso N° 8 = 3 a 3,5, donde se presentan 2 CF Y 1 C; Caso N° 13 = 3 a 3,5, siendo 2FC/ 1CF+ 1C ; Caso N° 14 = 3 a 3,5, siendo 0 FC/1CF +1C), en los que se reitera la presencia de CF y C.

e) Análisis del tipo de Movimientos (verbos): Se observan escasos movimientos de cooperación y acercamiento que se refieran a una interacción positiva. Los que aparecen (juntar/ estrechar las manos, hablar) podrían aludir a la situación transferencial.-

Otros evidencian situaciones francamente hostiles y hasta siniestras: “sacar el cuero” “apuntándose” “pelear” “bombardear” “burlándose”. Otros, en cambio, expresan distanciamiento: “yéndose” “brazos hacia atrás” y pasividad: “mirar”.

f) Fenómenos Especiales: presencia de aquellos que tienen que ver con evitación del vínculo afectivo y contacto con las propias emociones (negación de C, shock K, C for, Shock C – que creemos que en estos casos

no tiene que ver tanto con represión-), con el contacto vivenciado como atrapante (lien, tipo de verbos) o temido (acción padecida).

Como se indicó en el análisis de las Combinaciones Confabulatorias: La mayoría se observan en L III, como “forzamiento” entre el D visualizado como personas y el D central (¿unión? ¿ruptura? ¿imposibilidad de la inclusión del tercer término?). Por otra parte, cuando se presenta en L X , es con una combinación de Hd y A.

IV 3. Resultados de la tercera etapa:

Como se dijo al describir la metodología, en esta etapa se realizó el análisis comparado con otras dos muestras a fin de deslindar por un lado, la incidencia del período evolutivo, y por el otro, indagar -en una muestra de pacientes ambulatorios- la existencia o no de características específicas del síndrome. En ambas se realizó el análisis de las configuraciones de datos del Rorschach tal como se hizo en la primera muestra. Pasaremos a describir cada una de ellas:

IV. 3.1. El periodo evolutivo:

Se seleccionaron 15 casos al azar de una muestra de 150 adolescentes no consultantes entre 13 y 18 años (investigación UBA). En el análisis observamos:

1) Con respecto Funciones de Realidad:

Si bien se encontró algún descenso selectivo, podemos decir que las tres funciones se encuentran conservadas en este grupo control. Si tenemos en cuenta los cuatro indicadores : F+, F+ ext., IR y Popular %, ningún caso presenta todos disminuidos, como tampoco se encontraron fenómenos especiales marcadamente patológicos.

- En la Prueba, se observó leve disminución (F+) en 5 casos, no registrándose en ninguno alteraciones del “como sí de la interpretación”.
- En la adaptación, se encontró algún descenso (Populares e IR) pero es importante aclarar que la mayoría de las respuestas populares consideradas para el IR pudieron ser visualizadas como adicional, como segunda respuesta o en el test de límites: aunque no computen para el índice, es significativa su presencia.

Destacamos que 14 de los 15 sujetos han podido visualizar “personas” en la LIII (incluyendo límites), dato positivo para evaluar el reconocimiento del otro y las relaciones interpersonales

- Respecto del Juicio o sentido de Realidad analizamos los dos FE significativos en la muestra inicial:

- Las Combinaciones Confabulatorias: están presentes en casi la mitad de los casos, pero a diferencia de lo observado en los pacientes del Hospital donde aparecen con mayor frecuencia en la LIII, aquí sólo la presenta uno (y con características de respuesta simbólica). En general, la relación equívoca establecida entre los contenidos no resulta tan bizarra, incluso puede tener cierta dosis de comicidad, acompañado el relato con risas, por ejemplo: “casamiento de gusanos, las arañas son los padrinos y los demás insectos son los invitados”.
- Las Contaminaciones Atenuadas: en varios casos corresponden a formas bien vistas como en el caso de” ángeles” o “sirena”. Las láminas que registran mayor cantidad son las LI y IV. No se presentaron Contaminaciones Verdaderas.

2) Con respecto a las Funciones Reguladoras del Yo, observamos:

- posibilidad de expresión de los afectos (solo 2 casos sin respuestas de color) con predominio del control (FC), salvo en 2 caso donde el descontrol (CF y C) se presenta con contenidos vinculados por igual a lo erótico como a lo agresivo.
- en cuanto a la fantasía solo en un caso apareció restricción extrema (0M). En los demás se presenta M en contenido humano real y con predominio de buena calidad, indicando la posibilidad de que aparezcan en la conducta (localizadas en D), con el establecimiento de vínculos de cooperación y/o agresivos; algunos presentan características seductoras propias de la adolescencia, y aspectos narcisistas.

3) En cuanto a Identidad y Vínculos:

En su mayoría, mas que la expresión de la necesidad afectiva del otro, predomina fundamentalmente la defensa frente a la misma: intelectualizan, sin mostrar la calidad de los vínculos que serían capaces de desarrollar (33 respuestas de textura de las cuales 29 son intelectuales con predominio de Fc y buena calidad).

Si tomamos en cuenta el análisis de la relación H/Hd encontramos que distintas partes del cuerpo pueden ser simbolizadas.

En cuanto a los contenidos el observable más importante es su variabilidad.

IV. 3 2 Síndrome trastornos de la alimentación:

Se trabajó con los protocolos de 14 pacientes mujeres que presentaban trastornos de la alimentación (en 8 Casos anorexia, en 5 Casos bulimia y en 1 Caso un cuadro mixto, entre 16 y 31 años) que realizaron tratamiento ambulatorio en consultorios privados. De ellos, todos menos uno presentaban un cuadro neurótico (con distintos niveles de gravedad).¹⁶

1) Si efectuamos el análisis de las funciones de realidad, encontramos que

En general están conservadas (salvo en el caso grave, donde están alteradas las tres) con ausencia de trastornos severos del pensamiento. Observamos no obstante la presencia de leves alteraciones en el juicio, que estarían directamente relacionadas con lo que pensamos subyace al Síndrome y que será desarrollado en el punto siguiente.

Analizamos también en este caso los F.E. de Contaminación Atenuada y Combinación Confabulatoria. Encontramos distintos niveles, de menor a mayor perturbación:

- LI “Bailarina disfrazada de ángel” ; LI “mono con alas” (ambas en protocolos de pacientes bulímicas)
- LVIII “Me da vergüenza, el aparato reproductor de una nena y dos pumas que representan la madurez de la nena y el crecimiento sexualmente hablando, vendrían a formar parte de la cadera.” (anoréxica)

2) Si analizamos las funciones reguladoras del yo, el primer observable es que estos protocolos “muestran”, es decir, son ricos:

- R más alto,
- presencia de Ad.,
- Fórmulas dilatadas: en 6 casos ambas fórmulas, solamente dilatada la segunda 3 casos, y uno de los términos dilatados 2 casos; ausencia del tipo coartado.
- presencia de contenidos perturbadores (12 casos).
- índice de conflicto (10 casos).

¹⁶ Ver Anexo II, página 37

Muestran, pero con ciertas características:

- Labilidad: en 8 casos CF+C > FC con presencia en 7 casos de C; C asociado a Sangre o Fuego)
- Tensión: Contenidos Perturbadores y presencia de m (Movimiento inanimado).
- Pulsiones orales no siempre suficientemente sublimadas. Veamos por ejemplo la siguiente secuencia en L II: "Dos cocineros bailando..." "Dos ositos oliendo algo, panal porque le atrae a los dos"... Una boca de un animal abierta ...cara de un castor, por los dientes., (y en adicional "sangre en la cara del castor")
- Posibilidad de expresar la fantasía: presencia de M

3) En cuanto a Identidad y Vínculos,

un dato significativo se desprende de las historias clínicas: en 7 de los casos se destaca como inicio o reinicio del trastorno (anorexia o bulimia) una ruptura vincular: separación de la pareja, o de vínculos afectivos fuertes (amigas), migración, aborto, separación de los padres.

En cuanto a los datos estructurales de Rorschach, vemos:

- cuando aparecen las texturas (en 5 casos, 2 de anorexia, 2 cuadros mixtos, 1 bulimia, hay 0 texturas), estas son Fc+.
- En cuanto a la relación H/Hd, observamos que se presenta alterada en 7 de los 14 casos.

V. CONCLUSIONES

V. 1 Conclusiones de la primera etapa: diagnóstico diferencial.

Sin pretender un uso abusivo de la metáfora, podríamos decir que los protocolos de la primera muestra se presentan, en su mayoría como "descarnados", en el sentido que lo vital de emociones y fantasías no aparece, y sólo muestran la estructura defensiva, rígidamente estructurada y empobrecedora.

A pesar de esto, fue posible establecer el diagnóstico diferencial. Enfatizamos aquí la utilidad del análisis de las funciones de realidad: ello nos permitió diferenciar

distintos cuadros psicopatológicos en pacientes que presentaban el mismo síndrome, punto central de nuestro supuesto teórico.¹⁷

Encontramos así además, una nueva constatación de la confiabilidad de la Técnica de Rorschach, aún en el caso de protocolos breves, como herramienta eficaz de diagnóstico y pronóstico.¹⁸

Ahora bien, si el análisis de las tres funciones nos permitió el diagnóstico diferencial, es específicamente en relación al sentido de realidad donde encontramos alteraciones en relación a aquello que -pensamos- subyace al síndrome (y que volveremos a encontrar en los pacientes ambulatorios): alteraciones referidas a identidad, cuerpo sexuado, vínculos (esto será ampliado en el punto siguiente).

V.2 Conclusiones de la segunda etapa. Análisis comparado de los protocolos de la muestra inicial

Para una mayor claridad, se organizarán las conclusiones siguiendo el orden de funciones analizadas en el punto anterior de Resultados.

1) Capacidad y rendimiento:

Como se dijo, el denominador común de los protocolos de la primera muestra, es la extrema restricción. Pensamos que fundamentalmente es expresión de características psicopatológicas comunes: aspectos escindidos que al no poder ser simbolizados, sólo tienen expresión en la actuación; contrainvestimento masivo que rigidiza la membrana de intercambio, todo ello sobredimensionado por la crisis evolutiva (restricción frente al embate pulsional).

Nos preguntamos, sin embargo, si no ha incidido además una variable que no fue posible investigar, y que tiene que ver con condiciones de la administración: en todos los casos, se administró después del inicio de la medicación. (por eso pensamos en orientar acerca de la modificación, en caso de ser posible, de tales condiciones en futuras administraciones, además de una batería ampliada y ajuste del examen de límites). Queda además abierto, como aspecto a tener en cuenta para futuras investigaciones.

¹⁷ Anexo I, página 36.

¹⁸ Nuestra Investigación puede ser enmarcada dentro de aquellas que trabajan “con” la Técnica de Rorschach. Sin embargo, en esta primera etapa, los resultados obtenidos enriquecen el ya extenso campo de las investigaciones “de” la Técnica.

2) Funciones de realidad:

Prueba: Pensamos que las alteraciones en esta función -en 9 de los 14 casos- como dificultad en la posibilidad de diferenciación yo- no yo, tienen que ver con fallas en la represión y/o escisión como mecanismos fundantes. De allí, las dificultades para el funcionamiento del proceso secundario y la simbolización.

Juicio: como dijimos, encontramos la existencia de distintos niveles de alteración, que parecen tener relación con el síndrome:

1. En los casos de trastorno severo (los tres casos diagnosticados como trastorno psicótico) la alteración del juicio los mantiene en un mundo escindido de lo cotidiano: transforman la realidad en relación con sus necesidades, por proyección de sus fantasías (en ellos se presentan alteradas todas las funciones de realidad).
2. En el resto, la transformación de la realidad por proyección, no siempre es tan grave, revistiendo en algunos características más neuróticas (dos de los casos).
3. En todos, parece expresar algo que tiene que ver con el cuerpo deficitariamente simbolizado o fuera de la posibilidad de serlo.

Adaptación: La mayoría de los casos presenta alteraciones en el ajuste al medio. Cuando esto no es así, se observa una adaptación rígida, restringida a ámbitos reducidos, y no como expresión de vida integrada en el mundo circundante de manera exitosa.

3) Funciones Regulatoras del Yo:

Encontramos que, aún tratándose de pacientes que presentan variedad en cuanto al diagnóstico psicopatológico –que va desde la neurosis hasta la esquizofrenia- presentan características recurrentes en cuanto a su funcionamiento yoico. Ellas son:

- Excesivo intento de control
- Negación de las necesidades vitales y afectivas
- Pasividad y dependencia no reconocida y actuada
- Escasa discriminación yo-no yo
- Contrainvestimento excesivo
- Disociación extrema
- Aspectos escindidos

Estas características “comunes”, adquieren, desde ya, una significación particular en el contexto de la producción singular de cada sujeto, pero su recurrencia es llamativa, justamente, por tratarse de pacientes con diagnóstico diverso. Todos ellos presentan un cuadro clínico grave (aún los de estructura neurótica) que motivó su internación y medicación. Todos han puesto su vida en peligro (con mayor o menor intensidad).

Más allá del diagnóstico diferencial, en todos encontramos un yo débilmente estructurado, muy rígido, con defensas rudimentarias, escasa capacidad para movilizar recursos, con un proceso simbólico deficitario y dificultad para reconocer su cuerpo sexuado y, en definitiva, reconocerse como sujeto. Tales condiciones obturan y/o impiden tramitar simbólicamente la emergencia de lo pulsional, que aparece entonces de manera cruda, actuada (y explicaría por qué puntúan bajo en los indicadores de riesgo suicida).

Nos enfrentamos entonces con “psicogramas pobres”, y gráficos que muestran una imagen coagulada del cuerpo infantil. Protocolos que “dicen poco”, dada la dificultad de expresión de aquello que, escindido, escapa a la posibilidad de ser simbolizado

4) Identidad y vínculos:

Pareciera que frente a uno de los denominadores comunes de la muestra - protocolos donde aparece en gran medida la defensa- hay dos aspectos privilegiados frente a los cuales ésta se erige:

- la asunción del sí mismo como sexuado: resignificación de la identidad, proceso que se expresa con perturbaciones cuando asienta sobre estructuras donde los procesos básicos (sí mismo discriminado) están afectados. Allí donde no resulta posible el proceso de deconstrucción, se instala una defensa a ultranza, donde el cambio no es posible.
- los vínculos: necesidades de dependencia que no se expresan sino a través de la actuación; características simbióticas que truncan los procesos de individuación.

a) Con respecto a las dificultades en los procesos de resignificación de la identidad:

El análisis de las respuestas humanas y especialmente la proporción entre Humano completo/ partes, nos permite pensar que además del dato con respecto al vínculo, se pone en juego también en este tipo de respuestas la

posibilidad o imposibilidad de considerar al otro y a sí mismo como individuo sexuado.

A este respecto, la aparición de un franco predominio de “cabeza” o “cara” podría interpretarse (implicando consecuencias para sí y para la relación con el otro) como la evitación del cuerpo sexuado. Aún tratándose de pacientes graves, no se observan respuestas que aludan a “cuerpo fragmentado” sino a cuerpo escindido, negado, disociado.

Por otra parte el predominio de “cara” y/o “cabeza”, estaría expresando no sólo ansiedad paranoide, sino también el intento de intelectualizar frente a aquello (el cuerpo) que escapa a la posibilidad de ser simbolizado, o que genera angustia intolerable .

b) Con respecto a los datos que nos permiten realizar inferencias acerca de los vínculos encontramos:

- Predominio de la armadura defensiva, evitando la expresión de la necesidad del otro, o expresada con una modalidad cautelosa, distante, como defensa frente a necesidades regresivas.
- Contacto vivenciado como atrapante y /o temido.
- Indicadores de vínculos patológicos referidos a aspectos básicos de la diferenciación yo – objeto. La lectura puede hacerse siguiendo distintas “puntas”: objetos parciales, indiscriminación, defensa ante la simbiosis.
- Restricción intensa que inhibe la posibilidad de movilizar recursos y expresar afectos, o bien –en otros casos- dificultad para expresar las emociones de manera adaptada, pudiendo llegar a actuaciones impulsivas, con conciencia o no de las mismas. Dado que la afectividad no ha logrado la madurez y sociabilización adecuadas, los recursos internos – que aparecen expresados en pocos casos- tienen escasa posibilidad de funcionar como “freno natural”.
- Ausencia de equilibrio entre los aspectos intratensivos y extratensivos propio de personalidades ricas, adaptadas, creativas y expresivas. El material muestra, en cambio, las dificultades para relacionarse consigo y con los demás, escudados tras el infranqueable muro defensivo que han levantado.
- Dificultad para establecer relaciones interpersonales provechosas, para dar y recibir, para interactuar y tender hacia un fin común beneficioso: no logran una adecuada inserción en el grupo social porque el modelo vincular incorporado no se los permite, conduciéndolos al aislamiento y reforzando así la rigidez defensiva.

V. 3. Conclusiones de la tercera etapa:

V.3.1 El período evolutivo: Adolescentes no consultantes.

1) Capacidad y Rendimiento:

La discrepancia se mantuvo dentro de términos no empobrecedores.

2) Funciones de Realidad:

Como dijimos al describir los resultados si bien se encontró algún descenso selectivo, las funciones de realidad están conservadas.

El primer dato significativo: se mantiene el “como si” de la interpretación.

Con respecto al sentido de la realidad, cuando se encuentran alteraciones, estas muestran un sesgo más neurótico, caracterizado por la posibilidad de insight cuando resulta inadecuado el nexo lógico establecido, por cierto sentido del humor, sin perder la posibilidad de “jugar a” interpretar las manchas.

Podría pensarse que la presencia de fenómenos especiales en Láminas I y IV tendría que ver (teniendo en cuenta el significado asociado a ellas) con una inadecuada imagen de sí en proceso de recomposición y a una relación conflictiva con la autoridad, cuestionada en la adolescencia.

Con respecto a la Adaptación a la Realidad, este parece un aspecto logrado. La disminución de Populares estaría expresando el oposicionismo adolescente, y no conductas desajustadas.

3) Funciones Regulatoras del yo:

Si bien dentro de las características de control propias de la etapa evolutiva, pudimos observar dos aspectos:

- posibilidad de expresión de los afectos, con contenidos vinculados por igual a lo erótico y a lo agresivo.
- Expresión de la fantasía (sólo en un caso apareció restricción extrema).

En suma, son personas que tienen la posibilidad de actuar modificando la realidad, tratando de cambiar el mundo que las rodea y para establecer vínculos interpersonales.

4) Identidad y Vínculos:

Aparece simbolizada la defensa intelectual frente a la necesidad afectiva. Esto marca una diferencia significativa con la muestra de adolescentes en tratamiento: en ellos el dato llamativo era la no expresión de tal necesidad, o su presencia con contenidos regresivos (es decir, obturada entonces toda posibilidad de simbolizar esa necesidad en el primer caso, o expresada de manera cruda en el segundo).

Con respecto a la resignificación de la identidad, encontramos en estos adolescentes no consultantes una mejor conexión con su cuerpo sexuado, aunque poniendo en evidencia la existencia de la pulsión parcial que aún no pudo ser totalmente integrada.

La variabilidad de los contenidos, por otra parte, permite pensar en una mejor capacidad de contacto y reconocimiento del propio campo vital, en una mayor amplitud y variedad de intereses, con zonas libres de conflicto, en suma, en una mejor y mayor posibilidad de despliegue de las tareas demandadas por el entorno.

Pueden también mostrar algo de lo que les sucede, generalmente asociado con la agresión e impulsividad, propias del período evolutivo.

V.3.2 Síndrome trastornos de la alimentación:

1) Funciones de realidad:

Como vimos, están en general conservadas, no presentando patología severa del pensamiento, aunque sí hallamos leves alteraciones en el juicio, que parecen estar relacionadas con aquello que pensamos subyace al Síndrome: trastornos en la identidad, vínculos simbióticos. Ello hace comparable esta muestra con la primera.

2) Funciones reguladoras del yo:

Como dijimos, estos protocolos son ricos, es decir, “muestran”. Y aquello que muestran es: labilidad, tensión, pulsiones paragenitales no siempre suficientemente sublimadas.

Pensamos que la labilidad en estos pacientes está relacionada con fallas en la represión o disociación.

Se trataría, en casi la totalidad de los casos, y con distintos grados de perturbación -en cuadros a predominio neurótico- de ciertos aspectos débiles de la estructura.

Esta interpretación, que se desprende del análisis cuanti y cualitativo del psicograma, se ilustra además con el contenido simbólico de algunas respuestas: “Personas de ficción, se hacen gelatina, parecen Terminator”; “Osos polares sobre un vacío, si no están unidos se pueden caer”; “Un insecto vacío en el centro”. También en comentarios tales como: “No estoy muy bien armada”.

3) Identidad y Vínculos:

Observamos como dato recurrente en las historias clínicas una situación de ruptura vincular al momento del inicio o reinicio del trastorno, nominado incluso en algunos casos literalmente como “corte”. Pensamos que sobre este corte vincular actual se transfieren las vicisitudes de un “corte” previo no suficientemente tramitado y que creemos se presenta como imposible en los pacientes graves.

Lo que nos parece importante en esta muestra, a diferencia de la de pacientes del hospital es que pueden expresar simbólicamente en las respuestas su dificultad para la diferenciación frente al otro. Veamos algunos ejemplos:

- “Personas juntas pero separadas, comparten el mismo corazón”; “Dos personas unidas por el tórax, y los corazones están unidos pero fuera de los cuerpos de ellos”; “Seis caras, todas unidas y todas distintas”; “Dos personas gemelas, iguales, que están de acuerdo en todo lo que opinan”; “Personas gemelas mirándose extrañadas”. “Islas, semi-islas conectadas a la tierra” .

Esta dificultad implica trastornos en el proceso de consolidación de la identidad y en relación a la imagen del cuerpo. Así, encontramos respuestas tales como:

- “Bailarina, no se le ve la cabeza”; “Dos cuerpos sin cabeza, están en las paralelas, se ven las piernas y el cuerpo, y el cuerpo tapa la cabeza porque está por girar”; “Persona apoyada en un espejo, difuso, no tiene cara”; “Rostro extraño”; “Cuerpo grandote, la cabeza separada del cuerpo”; “Robot, cara enmascarada”.

Se nos ocurre, por otra parte, que la aparición reiterada del contenido “máscara” tendría que ver también con esta búsqueda -oscilación - trastorno de la propia identidad: (“Bailarina disfrazada”; “Personas disfrazadas”). En el mismo sentido podría considerarse el uso de adjetivos tales como “escondido, tapado, disfrazado, oculto”. Si bien no desconocemos la sobredeterminación que estas expresiones podrían estar implicando, elegimos aquí este sesgo porque pensamos que su recurrencia otorga consistencia a la hipótesis.

Si comparamos las dos muestras de pacientes, más allá de lo ya expresado podríamos concluir resaltando dos aspectos:

- 1) El trastorno en las funciones reguladoras del yo -presente en ambas con distinto nivel de gravedad- si bien no puede postularse como característica, por ser denominador común a diferentes cuadros clínicos, parece señalar en una dirección: las características que “ los pacientes de consultorio” muestran (labilidad, tensión, necesidades ligadas a pulsiones pregenitales, excitación sexual, vínculos simbióticos o pobremente diferenciados, alteraciones que tienen que ver con la identidad), sería aquello frente a lo que se erige la muralla defensiva de los pacientes de la muestra inicial, ante la imposibilidad de enfrentar el proceso de de-construcción que la adolescencia implica.
- 2) Es en relación a identidad y vínculos donde se expresa lo que parece estar presente en todos: alteraciones (de diferente grado) que pueden ser expresados simbólicamente en niveles más neuróticos, y que sólo pueden ser interpretados a través de indicios en el material, en los casos graves.

VI. Anexos:

VI. 1: Anexo I:

**CUADRO: DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LOS
PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA**

CASO	DIAGNÓSTICO	PRONÓSTICO
N° 1, Hombre, 17 Años	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	RESERVADO
N° 2, Mujer, 14 Años	ESTRUCTURA YOICA DEFICITARIA	DESFAVORABLE
N° 3, Mujer, 13 Años	ESTRUCTURA NEUROTICA	FAVORABLE
N° 4, Mujer, 16 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
N° 5, Mujer, 15 Años	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	FAVORABLE
N° 6, Mujer, 18 Años	TRASTORNO BORDERLINE	DESFAVORABLE
N° 7, Mujer, 13 Años	NEUROSIS FÓBICA	FAVORABLE
N° 8, Mujer, 16 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
N° 9, Mujer, 13 Años	ESTRUCTURA YOICA DEFICITARIA	RESERVADO
N° 10, Mujer, 15 Años	NEUROSIS CON DEFENSAS CARACTEROLÓGICAS	RESERVADO
N° 11, Mujer, 15 Años	FOBIA GRAVE	RESERVADO
N° 12, Mujer, 13 Años	TRASTORNO BORDERLINE	FAVORABLE
N° 13, Mujer, 18 Años	NEUROSIS A PREDOMINIO HISTÉRICO	FAVORABLE
N° 14, Mujer, 15 Años	PSICOSIS	DESFAVORABLE

VI. 2: Anexo II:

**CUADRO: DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LOS
PACIENTES AMBULATORIOS.**

CASO	DIAGNÓSTICO	PRONÓSTICO
CASO A , Mujer 26 Años	NEUROSIS GRAVE	FAVORABLE
CASO B , Mujer 20 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
CASO C , Mujer 31 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
CASO D , Mujer 17 Años	NEUROSIS HISTÉRICA	FAVORABLE
CASO E , Mujer 22 Años	ESTRUCTURA YOICA DEFICITARIA	RESERVADO
CASO F , Mujer 18 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
CASO G , Mujer 20 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
CASO H , Mujer 21 Años	NEUROSIS HISTÉRICA	FAVORABLE
CASO I , Mujer 20 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
CASO J , Mujer 17 Años	ESTRUCTURA YOICA DEFICITARIA	RESERVADO
CASO K , Mujer 19 Años	ESTRUCTURA YOICA DEFICITARIA	DESFAVORABLE
CASO L , Mujer 16 Años	NEUROSIS FÓBICA	RESERVADO
CASO M , Mujer 22 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE
CASO N , Mujer 16 Años	NEUROSIS MIXTA	FAVORABLE

ASPECTOS EVALUADOS A TRAVÉS DEL RORSCHACH

EN PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA Y EN PACIENTES AMBULATORIOS:

ASPECTOS CONSIDERADOS	PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA	PACIENTES AMBULATORIOS
<p>FUNCIONES DE REALIDAD:</p> <p>PRUEBA</p> <p>JUICIO</p> <p>ADAPTACIÓN</p>	<p>Predomina Funcionamiento en Proceso Primario.</p> <p>Con alteraciones.</p> <p>Rígida, Restringida a ámbitos reducidos.</p>	<p>Conservada.</p> <p>Levemente alterado en relación a Identidad y Vínculos.</p> <p>Ausencia de trastorno severo del pensamiento.</p>
<p>FUNCIONES REGULADORAS DEL YO</p>	<p>Negación de necesidades vitales y afectivas.</p> <p>Escasa discriminación Yo-No Yo.</p> <p>Contrainvestimento excesivo.</p> <p>Disociación extrema y aspectos escindidos.</p>	<p>Protocolos ricos con características de labilidad asociadas a fallas en la represión o disociación.</p> <p>Posibilidad de expresar fantasías.</p> <p>Contenidos Primarios no suficientemente sublimados.</p>
<p>IDENTIDAD Y VÍNCULOS</p>	<p>Perturbaciones en el proceso de resignificación de la Identidad.</p> <p>Evitación del Cuerpo Sexuado</p> <p>Necesidad del otro, no expresada sino a través de la actuación.</p> <p>Vínculos con características simbióticas. Dificultades para establecer relaciones satisfactorias.</p>	<p>Trastornos en el proceso de consolidación de la identidad, relacionados a la imagen del cuerpo.</p> <p>Posibilidad de expresar simbólicamente la dificultad para la diferenciación con el otro.</p> <p>Inicio o reinicio del síndrome a partir de una ruptura vincular.</p>

VI. 4: Anexo IV:

CONFIGURACIONES DE DATOS RORSCHACH QUE FUERON CONSIDERADAS

<p>FUNCIONES DE REALIDAD:</p> <p>PRUEBA</p> <p>JUICIO</p> <p>ADAPTACIÓN</p>	<p>F+% y F+% Ext.; F. Espec: Anulación / Disminución de la Conciencia de Interpretación.</p> <p>Combinación Confabulatoria; Lógica Autista; Transparencia; Contradicción; Contaminaciones; Secuencia.</p> <p>Popular%; I. R.; D%; A%; Proporción Color</p>
<p>FUNCIONES REGULADORAS DEL YO</p>	<p>F%; F% Extendido; F+%; F*%Extendido; Lambda. Formulas Vivenciales. FC / CF + C; C/C'+K+k+c; M/FM; M/ Fm.</p>
<p>IDENTIDAD</p>	<p>Respuestas a LI y respuestas significativas en otras láminas. Contenidos Humanos y Animales; relación H/A***; Otros vitales; contenidos perturbadores y amortiguadores. Frases y Fenómenos Especiales.</p>
<p>VÍNCULOS</p>	<p>Respuestas de textura: tipo y predominio. H/Hd; H/ (H)+Hd+(Hd); H+A/Hd+ Ad; M/C; M y FM: verbo y tipo de acción.</p>

VI. 5: Anexo V: HOJA DE CÓMPUTOS CON LAS CONFIGURACIONES CONSIDERADAS

VI. 6: Anexo VI:

PLANILLA ANALÍTICA DE DATOS RORSCHACH, AGRUPADOS POR CONFIGURACIONES: refleja cada caso particular, tanto de Pacientes de Hospital de Día como de Pacientes Ambulatorios. (No se consignará en la versión actual, pero se hallará disponible por hipervínculo [Anexo VI:](#) en versión electrónica)¹⁹

¹⁹ Dada su extensión y minuciosidad, sería prácticamente imposible transcribir dicha planilla de Excell, por lo que aquí sólo mencionamos su utilidad para el análisis particular y general.

VII. BIBLIOGRAFÍA:

BARAVALLE, G.; JORGE, C. H. y VACCAREZZA, L. E. (1998).- Anorexia Teoría y Clínica Psicoanalítica.- Bs. As., Paidós.-

BEKEI, M.. (1984).- Trastornos psicossomáticos en la niñez y adolescencia.- Bs. As., Nueva Visión.-

BEKEI, M. (1991).- Lecturas de lo psicossomático.- Buenos Aires, Ed. Lugar –

BLEGER, J. (1978).- Simbiosis y Ambigüedad.- Bs.As., Paidós.-

BLEICHMAR, S. (1994).- “Niños atípicos - niños psicóticos”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 7).-

(2000) Seminario: Traumatismo y simbolización (no publicado)

(2000) Clínica Psicoanalítica y Neogénesis.- Buenos Aires, Amorrortu

BRAUDE, M.. (1998).- Los riesgos de mortalidad en los pacientes con trastornos alimenticios.- Trabajo presentado en el V Congreso ERA.-

BRUSSET, B. (1993).- “Bulimia: Introducción general”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 5).-

BRUSSET, B. (1993).- “Conclusiones terapéuticas sobre bulimia.”- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 5).-

BURDE, L. – SORRIBAS E. (2001).- Los enfermos psicossomáticos Personalidades míticas.-, Rosario, Laborde Editor.-

CAHN, R. (1991).- Adolescence et folie. Les delaisons dangereuses.- París, PUF.-

CAHN, R. (1994).- “Para una teoría psicoanalítica de la Psicosis en la adolescencia.”- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 7).-

CHEMAMA, R.- Diccionario de Psicoanálisis.- Buenos Aires 2002, Amorrortu.-

EXNER, J. (1985) Algunos datos referentes al borderline y a la esquizofrenia. En Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas, Revista de la AAPRO, (Año 9, N° 1), 86-97

FARINI DUGGAN, H.; “Psicopatología de los estados borderline”. En Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas, Revista de la AAPRO, (Año 9, N° 1), 1-8

FEINSTEIN, Sh. Y SOROSKY, A. (1988).- Trastornos en la alimentación.- Buenos Aires, Nueva Visión.-

FIORINI, H. (1967) "Anorexia nerviosa: conceptos actuales sobre su etiopatogenia, clínica y terapéutica". En Acta psiquiát. psicol. Amér. lat. N° 13

FREUD, S. (1893-1895) “Estudios Sobre la Histeria” Obras Completas; Bs.As., Amorrortu.

- FREUD, S. (1917) “Duelo y Melancolía” Obras Completas; Bs. As., Amorrortu.
- GARBARINO, M. F. De (1993).- “Descubriendo patologías severas en adolescentes.”- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 4).-
- GAUDRIAULT, P. (1999).- “Relation d’objet et style cognitif chez des patients boulimiques.”- Comunicación presentada en el XVI Congreso Internacional de Rorschach, . Amsterdam.-
- GORALI, V. (comp.) (2000).- Estudios de Bulimia y Anorexia.- Atuel.-
- CRISCAUT : “Anorexia, Clínica Psicoanalítica y Nuevos Síntomas”.-
- FERNANDEZ BLANCO, M: “Más allá del A: Superyó, la posición anoréxica”
- GREEN, A (1999).- Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.- Bs. As, Amorrortu Editores; Tercera reimpresión
- GREEN, A. (1994).- “Punto de vista del Psicoanalista sobre la psicosis en la adolescencia.” En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 7).-
- GRINBERG, L. (1980).- Identidad y cambio.- Barcelona, Paidos.-
- GUTTON, Ph. (1993).- Lo Puberal.- Buenos Aires, Paidos.-
- JEAMMET, Ph. (1993).- “Las conductas bulímicas”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 5).-
- JEAMMET, Ph (1994).- “El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes, N° 6.-
- KERNBERG, O. (1994).- Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico.- Bs. As., Ed. Paidos.-
- KREISLER, FAIN Y SOULÉ (1977).- El niño y su cuerpo.- Bs. As., Amorrortu.-
- LACAN, J. (1978).- La familia.- Bs. As., Ed. Argonauta. Biblioteca de Psicoanálisis.-
- LAPLANCHE, J.(1998).- Castración, Simbolizaciones:Problemáticas II .- Buenos Aires, Amorrortu.-
- LIBERMAN, D. (1982).- Del cuerpo al símbolo.- Bs. As., Ed. Kargieman.-
- LUNAZZI H.; “Introducción a la conceptualización clínica y psicodiagnóstica de pacientes borderline”- En Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas, Revista de la AAPRO, (Año 9, N° 1), 9-39
- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
DSM – IV
- MASTERSON, J. E. (1972).- El dilema psiquiátrico del adolescente.- Paidos.-

- MC DOUGALL, J. (1995).- Teatros del cuerpo.- Colección Continente/Contenido – España, Ed. Julian Yebenes, S.A.-
- ONNIS, L. (1990).- Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos.- Barcelona, Paidos.-
- PORRET, J. M. (1994).- “Psicosis Actuales y estructurales”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes, (N° 7).-
- RAIMBAULT, G – ELIACHEFF, C. (1996).- Las indomables, figuras de la anorexia.- Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.-
- RAUSCH, C. (1990).- Anorexia Nerviosa y Bulimia.- Buenos Aires, Paidos.-
- RESTIFA, M. C. (1992).- “Abordaje del Test de Rorschach en pacientes obesos”.- Trabajo presentado en el VIII Congreso de Rorschach, Matto Grosso.-
- ROLLA, E. (1994).- “Imagen corporal, esquema corporal, psicosis y adolescencia”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 7).-
- SAMI-ALI (1989).- Cuerpo real, Cuerpo imaginario.- Bs. As., Paidos.-
- SAMI- ALI; 1999.- Pensar lo somático.- Bs. As., Paidos.-
- SAURI, J. (1975).- Las histerias .- Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.-
- SCHVACH, J. (1993).- “De Psicopatología y metapsicología de la adicción bulímica”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes (N° 5).-
- SORRIBAS, E. (1982).- Las histerias y el Rorschach psicoanalítico.- Bs. As., Paidos.-
- TIMSIT, M.; “El test de Rorschach en las neurosis y los estados límites”.- En Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas, Revista de la AAPRO, (Año 9, N° 1) 66-85
- TUSTIN, F. (1999).- “Nacimiento psicológico y catástrofe psicológica”.- En Psicoanálisis con niños y adolescentes. (N° 7).-
- ZUKERFELD, R. Y Col.- Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica.- Argentina, ed. Paidos, colección Psicología Profunda; 2ª edic. revisada y ampliada 1996.-