

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD, A TRAVÉS  
DEL TEST DE RORSCHACH, EN PACIENTES HEMODIALIZADOS.**

**Memoria para optar al título de Psicólogo.**

**Profesor Guía : Angélica Paredes.  
Profesor Patrocinante y Guía Metodológico: Elisabeth Wenk W.  
Alumnos: Andrea Bravo B.  
Oswaldo Aravena D.**

**1996**

Queremos agradecer en forma muy especial a las siguientes personas que nos ayudaron en la realización del presente trabajo.

Sra. Angélica Paredes, por su apoyo y entrega de conocimientos.

Sra. Elisabeth Wenk , por su constante disposición y asesoría.

Dr. Tambo, médico del Servicio de Nefrología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

A los pacientes que participaron en este estudio.

A mis padres, por enseñarme el valor de las cosas.

A Rodrigo, por compartirlas conmigo.

Andrea.

A mis padres y hermano por su constante apoyo y comprensión.

A Francisca por su apoyo y compañía .

Oswaldo.

## INDICE.

### I. Presentación del trabajo.

### II. Marco Teórico

#### 1. Enfermedades crónicas

- Características Psicológicas del paciente crónico.

#### 2. Insuficiencia renal crónica.

- Hemodiálisis:

- Complicaciones.
- Patologías del paciente hemodializado.
- Características psicológicas de los pacientes en hemodiálisis.

#### 3. Adultez.

- Etapas del desarrollo.
- Personalidad.
- Adultez temprana.
- Adultez media.
- Adultez tardía .

#### 4. Pruebas proyectivas

- Test de Rorschach.

### III. Objetivos.

### IV. Metodología.

#### 1. Tipo de investigación.

#### 2. Definición de variables.

#### 3. Definición y características del universo.

#### 4. Definición y tamaño de la muestra.

#### 5. Procedimiento.

#### 6. Instrumentos de evaluación.

- Test de Rorschach
- B.P.R.S.
- E.E.A.G.

#### 7. Técnica de análisis de datos.

#### **IV. Análisis de resultados.**

1. Análisis de signos clínicos derivados de elementos formales.
2. Fenómenos especiales del área cognitivo-perceptiva.  
Fenómenos especiales del área del pensamiento.
3. Fenómenos especiales y líneas temáticas del área afectiva.
4. Función de identidad.
5. Resumen de signos relevantes.
6. Resultados de B.P.R.S.
7. Resultados E.E.A.G.

#### **VI. Perfil psicológico de los pacientes con I.R.C. sometidos a H.D.**

#### **VII. Comentarios y discusión.**

#### **VIII. Resumen.**

#### **IX. Anexos.**

#### **X. Bibliografía.**

## PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

El deterioro progresivo e irreversible de la función renal, conocido como insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad de carácter crónico que posee como una alternativa de tratamiento el procedimiento de hemodiálisis (HD), el cual por sus características, implica una serie de cambios en el estilo de vida de los pacientes afectados por esta enfermedad .

Las etapas de duelo, descritas por Kübler-Ross para los pacientes con enfermedades crónicas; las etapas de adaptación al procedimiento de hemodiálisis y a otras fuentes de estrés propias de la IRC, implican una serie de cambios en el funcionamiento físico y psíquico de los pacientes sometidos a HD intermitente, habiéndose descrito en ellos una serie de trastornos psicológicos como consecuencia del ajuste frente a la enfermedad y su tratamiento.

El estudio que se llevará a cabo será la descripción de las características de personalidad de estos pacientes y la observación de la forma en que el hecho de someterse al procedimiento de HD ha producido alteraciones en la personalidad de estos pacientes.

El estudio se realizará con pacientes que lleven más de dos años en este tipo de tratamiento, debido a que nuestro objetivo es la descripción de la personalidad de los pacientes y no de las etapas de adaptación a este procedimiento médico.

El instrumento que utilizaremos para describir la personalidad de los pacientes será el test de Rorschach. Usaremos también la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) y la entrevista psiquiátrica breve (BPRS) .

## ENFERMEDADES CRÓNICAS

En distinto grado, todos tememos a la muerte o al menos nos preocupamos por nuestra salud, reaccionando automáticamente a la situación que nos recuerda que un día tenemos que morir. Por otra parte, debido a los avances médicos, cada vez es más probable fallecer a causa de un proceso crónico en lugar de una enfermedad transmisible o infecciosa, lo que conlleva una serie de consideraciones pertinentes que provienen del campo médico, psicológico, ético y legal.

En el presente trabajo se utilizará una definición global de enfermedad para referirse a los estados crónicos, por considerar que en la naturaleza y características de cualquier proceso patológico, las variables biológicas pertenecen a la integridad del cuerpo y sus funciones, conformando un significado psicológico determinado cuyas consecuencias generan sentimientos, percepciones, pensamientos y comportamientos particulares. Se asumirá además el concepto de enfermedad señalado por Lipowski (1975), como "la suma total de reacciones físicas y psicológicas, producidas por un agente nocivo que puede ser interno o externo al cuerpo, tal como defecto congénito o hereditario, un desorden metabólico, una deficiencia alimenticia o un proceso degenerativo".

Por otra parte, se ha establecido que los diversos órganos específicos y sus funciones tienen distinto valor simbólico y significado psicológico para cada persona, dependiendo de su imagen corporal, personalidad y experiencia. Así mismo, la respuesta emocional del paciente a una enfermedad se afecta por variables como extensión de la lesión, su localización, duración del proceso patológico, el grado y tipo de desorden funcional.

Se ha señalado además que se asigna un significado especial subjetivo a un órgano o función biológica cuando :

1. Constituye una fuente de placer, orgullo y autoestima.
2. Ayuda a establecer relaciones satisfactorias con los demás.
3. Alivia conflictos intrapsíquicos, postergándolo de experiencias dolorosas que pudieran afectarlo.
4. Intensifica el sentido de identidad personal, autoconcepto y estabilidad de la imagen corporal, teniendo un significado inconsciente, el cual imparte un valor vital en su economía psíquica (Lipowski, Z.; 1969).

En el caso de personas con enfermedades crónicas, es necesario efectuar una analogía con el mundo de las personas moribundas, ya que si bien el proceso crónico puede durar muchos años, se condiciona una situación de vida diferente donde las pautas de la cotidianeidad deben amoldarse a la enfermedad y su tratamiento; por lo que referirse a paciente "moribundo" implica un concepto muy amplio que no está claramente precisado, y

sólo existe consenso para definirlo en términos de ser aquél a quien la medicina no tiene cura que ofrecer ( Gomberoff M., Jimenez. J. P.; 1982)

Debido a esto, es necesario diferenciar el proceso de agonía y el acto de morir, ya que, como señalan Hackett y Weissmann ( citado en Mc Van, 1987. Pág 16), "el temor a la muerte es una actitud específica hacia el proceso de agonía y no está relacionado con el hecho de morir".

En el caso de los pacientes crónicos, el proceso de agonía se agudiza, presentándose como un período que puede o no estar cargado de dolor físico, pero sí de angustia mental y deterioro corporal, siendo necesario enfrentar dos tipos de necesidades:

-Necesidades fisiológicas: Determinadas por los cambios corporales.

-Necesidades Psicológicas o emocionales: Determinadas especialmente por la etapa de la agonía en que se encuentre el paciente.

En la mayoría de los casos, existe una secuencia de eventos fisiológicos que están relacionados con el curso de la enfermedad, y si se administran los cuidados físicos adecuados dentro del contexto de tratamiento, es posible comprender lo que el paciente está experimentando, debido a que la mayoría de las personas le temen más a este proceso de agonía que a la propia muerte. Por lo tanto , según Mc Van (1987), es importante considerar que:

- Al irse deteriorando la circulación periférica, la superficie corporal se enfría y existe abundante sudación.

- La capacidad de movimientos, reflejos y sensibilidad se pierde primero en las extremidades inferiores.

- Las capacidades perceptivas disminuyen, por lo que la persona sólo escucha y/o ve lo que se encuentra cercano a él, y aunque sienta la presión, también disminuye su sensibilidad al contacto.

- Puede sentir dolor durante una fase prolongada de su agonía.

- Permanece consciente hasta el final.

- Las necesidades espirituales se acentúan durante la noche, debido a que es el momento en que se evidencia el temor a la soledad.

- Puede existir un intervalo previo a la muerte en que cesa el sufrimiento.

También es necesario considerar que, si se han cubierto todas las necesidades del paciente y éste logra aceptar su condición, probablemente necesitará dosis mínimas de fármacos para controlar el dolor y disminuirán sus períodos de desestabilización ( Mc Van, B.; 1987).



## CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE CRÓNICO

La respuesta emocional a la enfermedad crónica ocurre en condiciones de duelo y tiene etapas características que no sólo afectan al enfermo, sino también a su familia.

Según Kübler-Ross ( 1969 ), los estadios del proceso de duelo para el paciente serían : negación, enfado, pacto, depresión y aceptación, siendo analogables a los tres estadios descritos por George Engel ( 1964, citado en Mc Van; 1987 ) que son conmoción e incredulidad, desarrollo del conocimiento, y finalmente restitución y recuperación para el proceso de duelo experimentado por la persona que ha perdido o va a perder a un ser querido.

Por otra parte, los autores concuerdan en la importancia de identificar en qué etapa del proceso se encuentran tanto el paciente como sus familiares, con el objetivo de facilitar una comunicación efectiva con ellos, recordando que algunos pueden saltarse ciertas fases , atravesarlas en distinto orden o retroceder a una etapa que aparentemente se apreciaba superada.

### **Etapas de Negación:**

Kübler-Ross (1969), señala que inicialmente el <sup>suele ser</sup> ~~enfermo~~ vive una etapa de negación, de rechazo a la verdad y de aislamiento, producto de la confrontación con la naturaleza de su <sup>su</sup> ~~enfermedad~~. No es un rechazo consciente sino un rechazo interno que adopta diferentes formas de autodefensa , desde la resistencia a recibir la información que se le entrega y evitar las conversaciones mediante cambios de tema o por ausencia, hasta olvidar parte o la totalidad de la información recibida o la interpretación en términos favorables de todo lo que se considera de significado amenazante.

De esta forma, la negación se convierte en el mecanismo defensivo por excelencia y en esta primera etapa constituye un amortiguador saludable que permite al paciente posteriormente armarse y utilizar mejores defensas. En todo caso, en la mayoría de los pacientes constituye una defensa temporal que paulatinamente es reemplazada por la aceptación , a pesar que suele volver a ser usada al menos en forma parcial por casi todos los pacientes no sólo en esta primera etapa, sino en las posteriores.

Lo más frecuente es que el paciente experimente confusión, apatía y agitación, lo que suele acompañarse por reacciones fisiológicas tales como taquicardia, náuseas, desvanecimiento, palidez, sudoración, y alteraciones gastrointestinales, constituyéndose en un estado de shock.

Esta etapa es semejante al estado de conmoción e incredulidad planteado

por Engel (1964, citado en Mc Van, B.; 1987), quien enfatiza la dificultad de la persona para comprender la situación en que se encuentra, por lo que la niega con desesperación.

Siempre es necesario considerar esta respuesta inicial en el paciente y sus familiares como una parte normal del proceso de duelo, siendo importante que el equipo profesional tome conciencia que también ellos son parte de esta realidad que comienza a enfrentar el paciente y que sin saberlo pueden cooperar a mantenerla.

El paciente y su familia comienzan a buscar diversas alternativas, consultando a distintos médicos con la esperanza de obtener un nuevo fallo que desconfirmen el anterior. Este recorrido por distintos médicos con la intención que se obtenga un nuevo diagnóstico se perpetúa por un tiempo, a pesar que éstos concuerden con lo ya diagnosticado. Debido al miedo declarado o disimulado a la muerte que se expresa a través del rechazo a la enfermedad, se generan procesos racionales e imaginativos arcaicos, donde el pensamiento mágico otorga una resignificación a lo que está viviendo el paciente, surgiendo en este momento una intensa confianza en los productos de la naturaleza, médicos naturistas y curanderos (Meerwein, 1973; citado en Condrau, G. 1975).

Estos mecanismos de autodefensa son pasajeros e iterativos, y sólo en raras ocasiones se mantienen durante toda la enfermedad, debido a que con el tiempo la negación presenta una duplicidad en que si bien se mantiene la ilusión de la inexistencia de la enfermedad, se va aceptando la realidad como es, siendo fundamental en esta primera etapa el establecimiento de una relación de confianza entre el médico y su paciente, para evitar que éste transite por distintos médicos, curanderos y falsos autores de milagros, con la esperanza que la situación sea equívoca (Wulliemier, F.;1977).

### **Etapa de Enfado:**

Llamada también fase de irritación o de revuelta, donde la premisa con que el paciente enfrenta esta etapa se conforma en un "No, yo no", debido a que la realidad se presenta totalmente intolerable y el paciente se torna irascible por cualquier futilidad. Esta etapa se inicia cuando la negación, mecanismo defensivo característico de la primera etapa, no puede ser mantenido por más tiempo y es reemplazado por sentimientos de rabia, envidia y resentimiento, los que son muy difíciles de contener desde en punto de vista de la familia y del equipo médico, debido a que estas emociones se desplazan en todas direcciones y se proyectan en el entorno (Kübler-Ross, E.; 1969).

El paciente expresa que los doctores no son buenos, que no saben qué exámenes se requieren ni qué dieta prescribir, acusa al personal hospitalario o a su familia por no preocuparse de él y es indisciplinado en el seguimiento de las medidas terapéuticas que se le

han señalado. En esta etapa, es central el manejo hecho por el personal hospitalario, particularmente de las enfermeras, ya que son ellas las que reciben más directamente las expresiones de ira de los pacientes, y con sus actitud influyen directamente en la del paciente (Wulliemier, F.; 1977).

Según Kübler-Ross (1969), mientras más activa y dinámica es la respuesta del personal del centro asistencial en esta fase, mayor es la angustia del enfermo, quien no se enfada con ellos en concreto, sino con los atributos que le estarían representando y que él estaría paulatinamente perdiendo, lo cual genera en el paciente sentimientos de impotencia frente a la pérdida del control en su vida, lo que aumenta la ira.

Es importante que al paciente se le ayude a expresar libremente sus sentimientos para que tenga menos conflictos con su entorno, ya que considera su destino innecesario e injusto, sentimiento que también es compartido por sus familiares, quienes al no poder expresar adecuadamente sus emociones e inseguridades personales frente a la situación, afectan negativamente su relación con el paciente y con el sistema que los rodea.

### **Etapa de Pacto:**

Esta etapa se conoce también como fase de negociación o de desesperanza, y la premisa de funcionamiento sería: "Si, yo, pero...", a través de la cual el paciente intenta una especie de acuerdo con el destino o con Dios, dependiendo del marco cultural, valórico y espiritual en que se desenvuelva. Lo central es la negociación como producto de la confrontación inicial entre la enfermedad, el fuero interno y el entorno. El enfermo se siente débil, agotado y deprimido frente a la situación, teniendo reacciones agudas cuando se exacerban sus sentimientos de impotencia.

Esto se entiende desde la visión de haber sido incapaz de enfrentar la tristeza en el primer período, luego por haberse enojado con la gente, el entorno y con Dios en la segunda fase, y una evolución de estos sentimientos que se expresan en la necesidad de acudir a una instancia que entregue la posibilidad de posponer lo que inevitablemente está ocurriendo. (Kübler-Ross, E.; 1969).

Las instancias a las que el enfermo apela suelen ser Dios y los médicos, pretendiendo pactar con ellos a través del ofrecimiento de prestaciones o "mandas", y esperando una contrapartida a cambio. Por ejemplo, consagrar su vida a hacer el bien si Dios lo sana o donar sus órganos al servicio de la ciencia (como forma simbólica de prolongar su existencia) si el curso de la enfermedad es indoloro (Wulliemier, F.; 1977). Esta formulación de promesas por parte del paciente, desde el punto de vista psicológico, pueden estar asociadas con un deseo de calmar la ansiedad y la culpa frente a una situación inevitable. (Kübler-Ross, E.; 1969).

## **Etapa de Depresión:**

La premisa de funcionamiento en esta etapa equivale a un "Si, yo", siendo importante mencionar que si bien pueden aparecer distimias depresivas en las dos primeras fases, en esta etapa el sentimiento de pérdida es más amplio y existen reacciones de diverso tipo, siendo comunes los episodios de llanto y autocondolencia (Wulliemier, F.; 1977).

Se inicia cuando el paciente no puede prolongar más su negación, se vé forzado a someterse a diversos tratamientos y hospitalizaciones, y comienza a sentir un aumento de sus síntomas. La rabia pronto es reemplazada por un sentimiento de gran pérdida, lo que tiene múltiples facetas, ya que debido a los tratamientos prolongados y hospitalizaciones, ocurren diversas pérdidas que se ligan con un desmedro de la situación económica, dificultades para mantener un trabajo estable, descenso de status social, restricciones de la vida cotidiana, etc. (Kübler-Ross, E.; 1969).

En este momento, el enfermo se aísla, se opone a las visitas de amigos o familiares, habla sólo esporádicamente y predomina el ánimo depresivo con desesperanza, sentimientos de inutilidad, visión fatalista del mundo y de sí mismo.

Esto se intensifica en la etapa preterminal de la enfermedad, donde el paciente no busca contacto y su mímica refleja gran tristeza. Son frecuentes las ideas suicidas, si bien es poco común que lleguen a concretarse. Además, suelen hacerse cargos de conciencia, como si su enfermedad fuese originada por un castigo debido a errores pasados (Wulliemier, F.; 1977).

Su elevado nivel de angustia lo lleva a aferrarse indirectamente a otros, especialmente médicos y enfermeras, a quienes suele atosigar con preguntas especialmente cuando éstos disponen a marcharse. En esta etapa se recomienda darle tiempo para contactarse con sus sentimientos y pérdidas para la separación futura de las actividades y personas que son importante para él (Kübler-Ross, E.; 1969.).

Análoga a estas tres etapas es la segunda fase planteada por Engel (1964, citado en Mc Van, B. 1987), llamada "Desarrollo del Conocimiento", donde paulatinamente la realidad se va haciendo consciente. El paciente se siente triste y autoculpable por no haberse preocupado antes por su salud, ataca a la sociedad y a los demás por lo que le está ocurriendo, existiendo fuertes impulsos a llorar, sensaciones de vacío y desesperación. En esta etapa el llanto cumple una función importante como regulador de la homeostasis.



## **Etapas de Aceptación:**

Requiere el haber superado todas las etapas anteriores y es alcanzada por pocos , debido a que implica la aceptación de la enfermedad y sus consecuencias, especialmente de la muerte, por lo que la mayoría de los pacientes sólo logran la resignación. Pero para lograr aceptación se requiere no sólo haber pasado por las etapas descritas anteriormente, sino haber tomado distancia de la depresión y la ira (Wulliemer, F.; 1977).

Esta fase se presenta con el sentimiento positivo de haber terminado todos los asuntos inacabados, con la sensación de estar preparado para asumir la enfermedad y enfrentar la muerte. Si bien no existe alegría, tampoco está la profunda tristeza característica de la etapa anterior. Las personas que no logran esta etapa y enfrentan una crisis aguda de su enfermedad pasan por un período de gran desesperación, aunque finalmente pueden llegar a mostrarse resignadas en lugar de apacibles (Mc Van, B.; 1987).

La aceptación no debe confundirse con un estado de alegría, sino casi como un vacío de sentimientos , como si el dolor y la desesperación hubiesen pasado y se logra una paz interna. (Kübler-Ross, E.; 1969).

En lo que respecta a la persona afectada por la pérdida, según Engel (1964, citado en Mc Van, B.; 1987), estaría en la etapa final del duelo, siendo descrita en términos de "Restitución y Recuperación" , donde se recurre a otros para que proporcionen apoyo, aunque pasará un tiempo (meses) para recordar realísticamente el placer y las decepciones de la relación perdida.

Por otra parte, ocurren situaciones paradójicas en que el objetivo deja de ser que el paciente acepte su estado crónico . Es el caso de los suicidas "por omisión", quienes no asumen conductas activas que les puedan causar la muerte , pero no logran sobrellevar las pérdidas sufridas, originadas por el nuevo estado que deben enfrentar. Son personas que inicialmente están estables en el marco de su enfermedad crónica, pero no siguen las indicaciones médicas respecto a controles, regímenes alimentarios, ingesta de medicamentos , etc. y, si bien al momento de morir las causas son absolutamente naturales, se encuentra implícita la decisión de sentimientos suicidas manifestados por una actitud de "dejarse morir" (Mc Van, B.; 1987).

Considerando las etapas del duelo mencionadas, es posible identificar cuándo un paciente se torna de alto riesgo a través de diversas entrevistas y otros instrumentos (especialmente cuestionarios) que facilitan la detección del suicida potencial.

Acorde a lo planteado por Lipowski (1975), el estudio de la enfermedad, además de la persona y su cuerpo, debe incluir su medio ambiente, integrando todos estos elementos como componentes esenciales de un sistema total.

De esta manera, se torna fundamental el tipo de vínculo establecido con el personal hospitalario, debido a la relación de dependencia que se entabla a causa de la enfermedad crónica, intensificándose las necesidades de comunicación y seguridad por parte del paciente, quien comienza a desenvolverse en un medio habitualmente impersonal, donde se sobrevaloran los cuidados físicos, lo que favorece relaciones más cercanas con las enfermeras que atienden al paciente durante los tratamientos, que con el médico a cargo del enfermo. Estos asumen más bien un rol de supervisor de las estrategias de intervención a realizar, estableciéndose con ellos un vínculo más distante, a pesar de la actual tendencia de los hospitales a proporcionar atención integral al paciente y sus familiares, intentando que la familia asuma un papel activo en la enfermedad crónica del paciente, ayudando a preservar sus relaciones, pero evitando que adquiriera una organización rígida en torno a la enfermedad que impida asumir la responsabilidad de cuidar de ella y lo aisle del entorno.

### **Temores del paciente crónico.**

La idea de tener que atravesar un período largo de incertidumbres y sufrimientos previo a la muerte produce temores realistas hacia el dolor, la soledad y la pérdida de significado de la vida.

Según Jane Williams (citada en Mc Van, B. 1987), el miedo al dolor es el temor más realista que enfrenta un paciente al que se ha diagnosticado una enfermedad crónica, por lo que necesita que se le asegure que la medicación administrada le mantendrá en situación de bienestar durante los períodos agudos de su enfermedad. También es necesario apoyar a los familiares, explicándoles que la agonía final es, en sí misma, una fase indolora.

Estrechamente ligado al temor al dolor se encuentra el temor a la soledad. Se sabe que el dolor en un paciente aumenta cuando se encuentra solo, llegándose a plantear que el contacto físico, a la vez que calma los temores del paciente, disminuye los sentimientos de la impotencia entre quienes le asisten.

Este miedo al abandono tiene su expresión máxima en los ancianos, quienes sienten temor existencial a la separación, sentimiento que es expresado con hostilidad hacia los demás, ya sean estos familiares, el equipo de salud u otros pacientes.

Por otra parte, se encuentra el temor a que la propia vida pierda significado, lo cual se relaciona no sólo al sufrir, sino que reafirma la importancia de la vida individual, siendo central para el paciente lograr mantener un significado y objetivos hasta el final de su vida.

## INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal puede establecerse en forma aguda o crónica, donde ambos cuadros presentan manifestaciones clínicas y alteraciones de laboratorio muy distintas. En el caso de la insuficiencia renal aguda, el deterioro de la función renal es brusco y con sintomatología evidente que requiere un tratamiento inmediato. En el caso de la insuficiencia renal crónica, la velocidad con que se establece la patología del riñón es menor, dando tiempo a la aparición de numerosos mecanismos compensatorios que modifican los cambios propios del déficit de la función renal, por lo que el compromiso renal ocurre de manera tan gradual que el paciente puede llegar a etapas muy terminales de la enfermedad con escasas manifestaciones clínicas (Vial, S.; 1990).

Considerando estas características, se entiende por insuficiencia renal crónica (IRC) el deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal global, generándose un estado de intoxicación endógena permanente, debido a que la función renal implica:

1. Excreción de productos de desecho nitrogenado.
2. Regulación de equilibrio hídrico, electrolítico y ácido/base.
3. Función endocrina y metabólica.

Se considera que un paciente se encuentra en etapa de daño renal cuando la función renal se afecta a nivel de la función de filtración glomerular (entre 10 a 5 ml por segundo), lo cual puede producirse por cualquier patología renal, donde las diferencias entre ellas se refieren más a la velocidad con que establecen la insuficiencia que a compromisos más específicos de una u otra de las funciones del riñón, siendo imposible distinguir, en etapas avanzadas de la enfermedad, cual fue el origen de la destrucción del órgano (ob. cit.)

Las patologías que frecuentemente conducen a la IRC son las mencionadas a continuación:

- Glomerulopatías de distinto tipo, con compromiso gradual del riñón.
- Enfermedades vasculares que afectan la irrigación del riñón, como son la vasculitis, nefrosclerosis, etc.
- Procesos intersticiales como es el caso de las pielonefritis.
- Enfermedades obstructivas que dañan secundariamente al riñón, como el caso de las obstrucciones por cálculos o por adenoma prostático, obstrucciones a nivel de cualquier parte de la vía de eliminación de la orina, etc.
- Enfermedades generales que comprometen secundariamente al riñón, como es el caso del lupus eritematoso diseminado, la amiloidosis, la diabetes mellitus, etc.

- Enfermedades hereditarias que afectan al riñón, como la enfermedad de Alport, etc.

La velocidad con que estas patologías destruyen las células funcionales produciéndose la IRC es un proceso gradual desde la normalidad hasta etapas terminales incompatibles con la vida, no pudiéndose establecer una clara separación entre los distintos períodos de evolución en la enfermedad (ob. cit.).

En las primeras fases de la enfermedad no se presentan síntomas que incomoden al paciente e incluso el examen clínico puede ser normal, por lo que en esta etapa inicial la disminución de la función renal sólo se reconoce con pruebas de laboratorio que indiquen una caída en la función renal.

En etapas posteriores aumenta el compromiso renal y la reducción del número de nefrones, surgiendo limitaciones que son absolutamente compatibles con la vida normal, como por ejemplo, la retención de cuerpos nitrogenados y la disminución de la capacidad de concentración de la orina. Estas limitaciones sólo pueden manifestarse frente a la presencia de patologías agregadas como diarreas, deshidrataciones, infecciones, insuficiencia cardíaca o el uso de sustancias nocivas para el riñón, debido a que el organismo no presenta una adecuada capacidad para regular el medio interno en estas circunstancias especiales (ob. cit.).

Gradualmente aumenta el número de alteraciones, se elevan los cuerpos nitrogenados por niveles muy superiores de lo normal (situación clínicamente llamada insuficiencia renal descompensada), se detecta la presencia de anemia, isostenuria, acidosis, nicturia, alteraciones del metabolismo calcio-fósforo, etc. Finalmente, en las etapas de mayor compromiso funcional, aparece un conjunto de síntomas y alteraciones de laboratorio característicos del llamado síndrome urémico, el cual se presenta en los cuadros avanzados de insuficiencia renal, ya sea ésta crónica o aguda.

### **Principales manifestaciones del síndrome urémico.**

1. A nivel general se aprecia anemia, la cual comienza a aparecer cuando la función renal se ha disminuído en un 50% aproximadamente. También se aprecia cansancio, debilidad y anorexia.
2. Cardiovasculares: Disnea, edema, dolor pleural y cardíaco. Es frecuente la presencia de hipertensión en cualquier grado, que puede llevar a pericarditis..
3. Gastrointestinales: Nauseas, vómitos, mal aliento (halitosis urémica), tendencia a la constipación, diarreas, ulceraciones en la mucosa digestiva que pueden producir hemorragias.



4. Piel : Adquiere un color pálido, que puede presentar en ocasiones un violáceo de intensidad cambiante. Es frecuente el prurito, debido a la presencia de las toxinas y exceso de hormona paratiroidea.
5. Genitourinarios: Pérdida de la libido, amenorrea.
6. Sistema Nervioso Esquelético: Dolores óseos, artritis.
7. Sistema Nervioso Central: Irritabilidad, disminución del rendimiento intelectual, calambres, cefaleas de características variables, insomnio o somnolencia. Pueden presentarse alucinaciones y estados paranoídeos, pero lo más frecuente es la depresión y el paciente puede caer en coma durante etapas finales.
8. Sistema nervioso periférico : Compromiso sensitivo motor y simétrico, con sensaciones parestésicas en las extremidades, especialmente al estar en reposo, que se alivian con los movimientos (síndrome del pie inquieto). También pueden ocurrir dificultades para la marcha.
9. Sistema respiratorio : Inflamación del tejido pulmonar (pulmón urémico).

Debido a que sólo cuando el compromiso renal ha reducido significativamente el número de nefrones, comienzan a aparecer los síntomas en forma solapada y gradual. El síndrome urémico se hace evidente en etapas terminales de la enfermedad , denominada Insuficiencia Renal Terminal (IRCT), donde los trastornos metabólicos son tan complejos y evidentes que casi todos los mecanismos compensadores del organismo se encuentran activados.

Debido a esto, el tratamiento se inicia en etapas avanzadas de la enfermedad, donde no tiene mucha utilidad el precisar la causa de la IRC , por lo que los procedimientos terapéuticos deben ser definidos para cada paciente considerando el estado de su función renal y debiendo ajustarse periódicamente según las necesidades cambiantes de la patología.

Es necesario considerar al pacientes en términos globales, particularmente sus características psíquicas, para obtener su cooperación en el tratamiento de su enfermedad crónica, que no posee recuperación total.

Cuando el daño renal llega a un nivel de funciones de 10 ml x min en la filtración glomerular, es muy difícil controlar toda la sintomatología, por lo que el paciente debe ser ayudado con medidas como :

1. Hemodiálisis periódica.
2. Peritoneodiálisis crónica.
3. Trasplante renal.
4. Hemofiltración periódica.

## HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Con el advenimiento de los procesos de sustitución de la función renal mediante diálisis y trasplante renal, el destino de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica ha cambiado significativamente, debido a que ambos tratamientos son complementarios, en el sentido que un paciente en diálisis crónica puede ser candidato a un trasplante, y en caso de fracaso del trasplante, puede retornar al programa de diálisis.

Se estima que la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal es de 50-100 pacientes nuevos por año y por millón de habitantes, por lo que en Chile existirían entre 600 y 1.200 casos (ob. cit.). Por otra parte, considerando el elevado costo de la tecnología de la diálisis, hay que tener presente que la cobertura de los casos de IRCT está en función de la capacidad económica de los países.

En Chile se encontraban en hemodiálisis crónica 887 pacientes en agosto de 1988, lo que equivaldría a 69.6 pacientes por millón de habitantes (ob. cit.), existiendo en los últimos 10 años, un desarrollo importante de los centros privados y estatales que atienden a estos pacientes.

El riñón artificial se introdujo por primera vez en 1942, por Berk y Kolff, con el objetivo de tratar la insuficiencia renal aguda. Posteriormente, debido al desarrollo de los accesos vasculares (cánula arterio-venosa, y posteriormente la fístula interna), se inició la aplicación de este procedimiento en la mantención de pacientes crónicos (ob. cit.).

El objetivo de la HD es reemplazar la función renal en términos de función excretora de escorias nitrogenadas y función reguladora del equilibrio hídrico electrolítico ácido/base. Esto se logra por medio del intercambio de agua y solutos a través de una membrana semipermeable, situada entre la del paciente y una solución de diálisis, cuya composición es semejante a la de un líquido extracelular normal, que se coloca como un baño de diálisis.

La realización y funcionamiento de la HD es a través de los procesos físico-químicos de difusión, osmosis y ultrafiltración.

Se realizan dos procesos de diálisis, la HD y la peritoneodiálisis, siendo la HD la forma más usada debido a que es bien tolerado, de menor riesgo e inferior costo.

La HD se efectúa por medio de un dializador, que se encuentra inserto en una máquina de diálisis, la que consiste en una unidad de sangre y una de líquido de diálisis. La sangre entra en contacto con el líquido a través de una membrana semipermeable, la cual permite el paso de moléculas de pequeño peso molecular y es impermeable a moléculas

mayores, sobre todo proteínas, elementos indispensables de la sangre y bacterias. Los productos de desecho, como la creatinina, la urea y otros pasan a través de la membrana semipermeable de dializado, por difusión pasiva, hacia el líquido de diálisis y posteriormente se eliminan.

Es necesario que el acceso de sangre al dializado sea grueso, existiendo dos formas de acceso a la circulación, el Shunt y la fistula, siendo esta última la más usada y efectiva por poseer mayor duración y por el bajo riesgo de infección.

La fistula debe efectuarse oportunamente para dar tiempo a que se desarrollen las venas, lo que ocurre entre 4 y 6 semanas posterior a su implantación, la cual se realiza preferencialmente en el antebrazo.

Aunque inicialmente existieron controversias sobre el número de diálisis semanales que eran necesarias para mantener a un paciente sin función renal en un estado compensado, actualmente se ha llegado a un consenso, por lo que el procedimiento de HD se efectúa dos o tres veces por semana, existiendo un período interdialítico más largo que corresponde al fin de semana, y la duración de cada sesión corresponde a un periodo de entre cuatro a seis horas, dependiendo del peso corporal del enfermo y de la cantidad de residuos en la sangre, así como del grado de compromiso de la función renal.

De todas formas, la HD no ha podido corregir todos los problemas de la IR. La depuración de toxinas y la ultrafiltración son suficientes para mantener una adecuada calidad de vida, incluso con cierta capacidad de trabajo, pero ciertas funciones metabólicas y endocrinas del riñón no han podido ser sustituidas con este procedimiento (ob. cit.).

Si bien la química sanguínea es corregida en el momento de la diálisis, se vuelve a deteriorar en el período interdialisis por lo que el control dietético en estos períodos es fundamental, estableciéndose como meta inicial que el paciente comprenda que el aumento de peso entre las diálisis debe ser el menor posible, nunca superando 1,5 Kg. El objetivo de esto es evitar que la ultrafiltración deba ser violenta durante el proceso de diálisis.

El peso ganado rápidamente entre diálisis se debe al exceso en la ingestión de líquido, ya sea a través de bebidas de diverso tipo o el que está contenido en los alimentos. Un paciente anúrico está capacitado para beber un promedio de 300 ml. de líquido al día (Pérez M., R.; 1985).

En este contexto se ha desarrollado el concepto de "Peso Seco", el cual se define como el peso por debajo del cual aparece hipotensión y síntomas como calambres en las piernas, espalda, abdomen y con menor frecuencia en las extremidades superiores (Pérez M., R.; 1985).

Eliminar la cantidad justa de líquido del cuerpo del paciente es una labor compleja debido a los diversos factores que están involucrados, como por ejemplo: la estabilidad hemodinámica del pacientes durante la diálisis, incremento de peso interdiálisis, etc. Por esta razón, el paciente suele llegar a su "peso seco" o incluso a uno inferior donde aparecen síntomas incapacitantes y desagradables.

Debido al riesgo de sobrehidratación y a la hipertensión por hipervolemia, es central el control del peso corporal y de la presión arterial tanto antes como después de la diálisis.

Se consideran como contraindicaciones para realizar la HD la coexistencia de enfermedades cardiovasculares o cerebrales con deterioro psicoorgánico avanzado, enfermedades psiquiátricas que no posibilitan la adecuada colaboración del paciente y las neoplasias con metástasis.

La sobrevida de estos pacientes depende de diversos factores: edad, tipo de nefropatía, estado general al inicio del tratamiento, enfermedades subyacentes, calidad del tratamiento, estado vascular inicial. En casos de ausencia de patologías asociadas y edad inferior a los 46 años, la sobrevida a 5 años en algunos grupos ha sido hasta del 97% .

Si se compara esta sobrevida con la de pacientes transplantados, se ha encontrado que son similares, pero obviamente la calidad de vida es más satisfactoria en aquellos que han tenido un transplante exitoso (ob. cit.).

### **Complicaciones durante la sesión de HD.**

Es posible que ocurran diversas complicaciones durante el proceso de HD, como son : la hipotensión; calambres; intolerancia al acetato, que produce náuseas, vómitos e hipotensión; arritmias cardíacas; hemólisis aguda o estallamiento de los glóbulos rojos; angor, edema pulmonar agudo.

Es importante mencionar algunos cuadros asociados a estas complicaciones durante la HD, como el síndrome de desequilibrio, presente en las primeras hemodiálisis, en pacientes con uremias muy elevadas .

Pueden ocurrir reacciones febriles e infecciones, pero es infrecuente la presencia de fiebre por contaminación del equipo de diálisis.

Es importante la embolia gaseosa por ingreso de aire al sistema cerrado en que circula la sangre, cuyos síntomas dependen mayoritariamente de la posición del paciente durante la HD

Se pueden presentar complicaciones por errores en la preparación del baño de diálisis, como es el caso de la hipernatremia, que puede causar convulsiones, coma y muerte;

hiponatremia, que genera hemólisis masiva; el síndrome de "agua dura", debido a una elevada concentración de calcio en el agua del dializado.

### **Patologías del paciente hemodializado.**

Dentro de las patologías más típicas que afectan a la población que se somete a diálisis, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las cuales se convierten en la principal causa de muerte de estos pacientes (alrededor de un 30% de los pacientes en HD periódica). También es frecuente observar que se ven afectados de anemia , osteodistrofia renal y anormalidades endocrinas.

Otra importante causa de morbilidad en dializados son las infecciones bacterianas, siendo comunes las infecciones respiratorias y las de los accesos vasculares . También se presentan alteraciones de la función linfocitaria.

Se ha planteado además que la arteroesclerosis se acelera en estos pacientes debido a la presencia simultánea de varios factores de riesgo : hipertensión, anormalidades de los lípidos (hipertriglicemia), elevación de las poliaminas, etc.

Además es posible que se presente un compromiso neurovegetativo que se expresa a través de tres entidades distintas :

- el síndrome del desequilibrio: Debido al retiro rápido de urea del extracelular, en pacientes que inician HD con uremias muy elevadas, produciéndose variaciones bruscas en la osmolaridad sanguínea. Se manifiesta por náuseas, cafealeas, temblor e incluso convulsiones .
- encefalopatía por aluminio o demencia dialítica : Asociada a elevadas concentraciones de aluminio en el cerebro, al parecer es progresiva e irreversible; apareciendo con trastornos del lenguaje, amnesia, paranoia y convulsiones; llevando a la muerte en un plazo de 6 a 15 meses.
- disfunción autonómica urémica : Con predominio de alteraciones sensitivas y motoras, donde la diálisis habitualmente no logra mejorar el componente motor.



## **CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES EN HD.**

El paciente en HD crónica no es un paciente como cualquier otro, ya que diariamente se confronta con el hecho de vivir gracias a un procedimiento médico y lo único que puede liberarlo de esto es el trasplante o la muerte. Lo anterior implica una situación dependiente y estresante, tanto para el paciente como para su entorno.

Se han descrito cuatro fases de ajuste al tratamiento de diálisis, considerándose que siempre se presentan, independiente del contexto familiar, social o nivel intelectual del paciente ( Collins, J.; 1978)

**Etapa I:** El estado psíquico del paciente se encuentra afectado por la uremia terminal, experimentando variados trastornos psicológicos, producto del alto nivel de uremia en su organismo. Debido al estado de intoxicación en que se encuentra, es común que se presenten trastornos de la memoria y del lenguaje. La esfera motivacional también se afecta, produciéndose alteraciones en el interés, en la potencia sexual , irritabilidad y cambios bruscos de la personalidad, que pueden llegar a convertirse en estados psicóticos.

**Etapa II:** Es la fase eufórica, también llamada de "la luna de miel". Una vez transcurridas las primeras sesiones de diálisis, el paciente comienza a sentirse mejor física y psicológicamente, Producto de la disminución del nivel de uremia en su organismo y de la sintomatología asociada a este cuadro. También está a su alcance la posibilidad de relajamiento en la dieta, por lo que se siente confiado, esperanzado y con alegría de vivir.

**Etapa III:** En esta fase se produce " el regreso al mundo de los vivos", ya que el paciente toma conciencia de su situación, debido a que experimenta que las restricciones impuestas a causa de la enfermedad limitan su vida, lo que es recordado en la relación con el personal médico. Todo esto repercute en sentimientos de desamparo, tristeza y desesperanza.

**Etapa IV:** Es la fase crónica, donde se produce el acostumbramiento a la diálisis y el paciente se reintegra a sus antiguas actividades. Nuevamente se produce un período de readaptación, donde hay cuestionamiento de la nueva calidad de vida que tiene, situándose entre sentimientos de conformismo, depresión y aceptación.

Se ha señalado que frente a la ansiedad y el estrés generado por el conocimiento del grave pronóstico que implica el diagnóstico de IRC , y contra el temor a la

muerte, el 79% de los afectados, independiente de sus características psicológicas utilizan la negación como principal mecanismo de defensa (Bear, B.; 1980).

Sin embargo en todos estos enfermos, durante algún momento en el curso de su afección, surge claridad de conciencia frente a su situación y es en este momento cuando dejan de utilizar el mecanismo de negación y se enfrentan con el temor a la muerte. En este período, los pacientes experimentan sentimientos de profunda tristeza, soledad y desesperanza. Por otra parte, tienen dificultades para comunicar de una manera efectiva sus estados emocionales, lo que aumenta su sensación no siempre subjetiva de abandono. Esto coincide con las etapas del duelo enfrentado por todos los paciente crónicos al conocer el diagnóstico de su enfermedad, que ha sido descrito por Kübler-Ross (1969).

Además, suelen mantenerse alejados de los convencionalismo del grupo social en que están habitualmente insertos (Muñoz,1994).

Como ya se ha mencionado, los pacientes sometidos a HD crónica deben enfrentar elevados niveles de estrés que se deben a :

- 1. Variaciones trisemanales:** Esto desde la gravedad a un estado de salud relativa. En las 24 horas posteriores a la diálisis el paciente se encuentra en las mejores condiciones ya que los niveles urémicos de su organismo se encuentran cercano a los niveles normales (Osberg,1982).
- 2. La gran cantidad de restricciones cotidianas que conforman el tratamiento:** Someterse tres medios días a la semana al tratamiento de diálisis, seguir un estricto régimen alimenticio, tener que restringir la ingesta de líquidos. "La sed es una queja universal"( De Nour, 1970).
- 3. Dependencia:** Los pacientes se enfrentan a severos conflictos entre la dependencia y la independencia en sus vidas, ya que se debe aceptar que se es dependiente de una máquina y que a la vez se debe mantener la independencia en otras esferas de la vida, especialmente en la del trabajo, además de tener que asumir responsabilidad por si mismo (Collins,1976).
- 4. Desórdenes en las funciones intelectuales:** Es frecuente que los pacientes con IRC sufran déficit en su capacidad intelectual , debido a la intoxicación producida por el elevado nivel de uremia que es característico del estado terminal de la IRC. Se ha visto que estos déficit se revierten tras el inicio del tratamiento de diálisis, pero generalmente no se recupera el nivel de funcionamiento previo a la insuficiencia renal. (Muranaski,1980).

**5. Alteración de la vida sexual y la capacidad de procrear:** En los hombres se presenta una baja en el interés sexual, impotencia, eyaculación precoz o tardía, disminución del tamaño testicular y alteraciones en el conteo de espermios.

En la mujer disminuye el interés sexual, la responsabilidad a la estimulación, se alteran los períodos ovulatorios, y se presentan trastornos en el ciclo menstrual (amenorrea). Por lo general, quedan estériles.

Psicológicamente cualquier enfermedad crónica hace poner en duda la identidad sexual de la persona, debido a que la habilidad de los pacientes para llevar a cabo las respuestas habituales de su sexo se ven seriamente afectadas por la enfermedad. Además, los sujetos suelen fracasar en los intentos por llevar una vida sexual como la que tenían antes de enfermar, generándose un círculo ansioso en que la frustración genera nuevos fracasos.

Todo lo anterior lleva a que los pacientes formen una imagen negativa de si mismos, mientras que paulatinamente va produciéndose un sentimiento ambivalente de temor y rechazo al propio cuerpo, por percibirlo como amenazante. Esto dificulta que el sujeto logre establecer o mantener una relación íntima con otro individuo. La depresión y ansiedad que desarrolla , producto de su enfermedad, va en relación inversa a la capacidad para establecer relaciones interpersonales maduras y satisfactorias. (De Nour, 1980; Levy, 1978).

De esta manera, la depresión se convierte en el cuadro psiquiátrico más frecuente en los pacientes con IRC que se someten a HD constante. Diversos estudios han señalado que el 53% de estos paciente estaban severamente deprimidos ( De Nour y Kaplan, 1970; De Nour y Kaplan, 1980; Rhodes, 1981).



## ADULTEZ

El inicio de la vida adulta, a diferencia de la niñez y de la adolescencia, no se basa en la adquisición de capacidades y/o características biológicas, si no en acontecimientos sociales, que son definidos culturalmente.

Para comprender este período es necesario considerar el enfoque propuesto por la psicología evolutiva, enfatizando que en esta etapa de la vida son posibles cambios que pueden tener la misma importancia e intensidad que las de etapas anteriores.

### I. Etapas de la madurez

Se entiende por madurez el período de la vida del individuo que oscila entre los 20-25 años hasta los 60-65 años (Papalia y Olds, 1990).

Es necesario considerar que la edad y el tiempo cronológico son importantes sistemas de apoyo, pero no actúan como determinantes directos de los acontecimientos y actividades características de esa fase del ciclo vital. Debido a esto, desde el punto de vista evolutivo, son los aspectos sociales los que caracterizan a la madurez, ya que la edad posee una dimensión social que es el tiempo social o conjunto de actividades subyacentes al modo en que una sociedad gradúa las edades. (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

Debido a las complejas funciones, tareas y demandas sociales, así como el amplio rango de edad que define esta etapa (Papalia y Olds, 1990), se han distinguido tres grandes subetapas:

- a) **Adulthood temprana o Adulthood joven** : Situada entre los 20-45 años y caracterizada por importantes cambios sociales en relación a la vida familiar y profesional.
- b) **Adulthood media** : Situada entre los 45-60 años. Caracterizada por los importantes cambios físicos del individuo y cambios psicosociales.
- c) **Adulthood tardía**: Situada entre los 60-65 años, considerada como un período de transición hacia la senectud, y caracterizada por la experiencia del declive físico.

## **II. Desarrollo físico en la adultez:**

El estado físico y sensorial alcanza su máximo desarrollo al iniciar la adultez temprana. Posteriormente se inicia el declive de estas condiciones óptimas hacia la edad media, existiendo una paulatina disminución de la agudeza sensorial, de la capacidad máxima de fuerza y de la coordinación; pero la vida cotidiana no se afecta de un modo significativo sino hasta fines de la edad adulta tardía, donde comienzan a elevarse las tasas de enfermedad y hospitalización diaria, con respecto a las etapas de desarrollo previas (ob. cit.).

## **III. Funcionamiento cognitivo durante la adultez:**

Este tema ha sido abordado desde distintos enfoques teóricos, destacándose dos posturas:

- a) Visión evolutiva del desarrollo cognitivo; representada por Piaget y la escuela de Ginebra, que enfatiza aspectos cualitativos del desarrollo intelectual.
- b) Enfoque psicométrico; que enfatiza los aspectos cuantitativos de la inteligencia.

Por otra parte, existe un estereotipo que supone que las capacidades cognitivas alcanzan su máximo desarrollo al finalizar la adolescencia y posteriormente empiezan a declinar (ob. cit.). Este estereotipo se confirmaba con los resultados de diversos estudios transversales que enfatizaban el rendimiento en pruebas de inteligencia de diversos grupos de personas en distintos grupos etarios, encontrándose una pauta general de rendimiento, en que las puntuaciones medias alcanzaban su máximo entre los 20 y 30 años para iniciar un descenso en edades posteriores. Sin embargo, en los estudios transversales existen diversos factores metodológicos relacionados con las diferencias de grupo que influyen en los resultados obtenidos (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

Además es necesario considerar que la inteligencia ha sido estudiada en base a diversos modelos teóricos, los que, desde la perspectiva psicométrica, pueden dividirse entre los centrados en la existencia de un factor general "G", y los que se centran en un conjunto de aptitudes generales múltiples (ob. cit.).

Es importante mencionar la distinción hecha por Catell (1963, citado en Carretero, Palacios y Marchesi; 1986), entre inteligencia fluída y cristalizada. La inteligencia cristalizada se refiere a un conjunto de habilidades socialmente valoradas y consideradas como importantes para mantener una cultura determinada, por lo que dependen en mayor grado de la educación y la experiencia cultural. Incluye procesos cognitivos básicos como abstracción, razonamiento, adquisición de conceptos, resolución de problemas, etc. Se evalúa con pruebas de vocabulario, información general y de dilemas sociales (Papalia y Olds, 1990), ya que se refleja

en habilidades como la comprensión verbal y la capacidad de evaluar situaciones prácticas en base a convenciones sociales (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

El concepto de inteligencia fluída implica los mismos procesos cognitivos básicos de la inteligencia cristalizada, pero éstos se expresan en un conjunto de habilidades poco relacionadas con los procesos de aculturación socialmente establecidos. Se evalúa a través de tareas que requieren una solución novedosa y personal, como por ejemplo recordar una serie de dígitos, completar patrones visuales u ordenar una serie de letras y números (ob. cit.).

En las pruebas relacionadas con los conceptos Piagetanos se esperaría encontrar un pensamiento formal, pero diversos estudios han mostrado que en la vida adulta el pensamiento formal no se utiliza mejor que en la adolescencia, planteandose la falta de estudios longitudinales, ya que la mayoría de estos se han realizado con métodos transversales, no permitiendo determinar si las diferencias entre muestras de diferentes edades se deben a influencias generacionales o a los efectos de la edad (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

Diversos estudios señalan escasas diferencias entre el pensamiento formal, que aparece entre los 15 y 20 años, y el usado durante el resto de la vida adulta, indicando cierta estabilidad para adquirir estrategias y esquemas característicos de pensamiento formal.

#### **IV. Desarrollo afectivo en la adultez.**

El período de la adultez se considera como una etapa de consolidación en el ámbito emocional, destacándose dos hitos, que son el matrimonio y el nacimiento de los hijos.

Por otra parte, se experimenta paulatinamente una reducción del número de amigos y debilitamiento de las habilidades interactivas, por lo que la elección de una pareja estable y la vida familiar van adquiriendo cada vez más importancia en términos de soporte afectivo, compañía e intimidad (ob. cit.).

#### **V. Funcionamiento social en la adultez.**

Se han considerado la importancia de las condicionantes sociales para definir y delimitar este período, por lo que es importante considerar que en esta etapa se debe asumir un conjunto de roles determinados en ámbitos muy específicos de la vida cotidiana.

La existencia de regularidades de conducta relacionadas con la edad, tiene que ver básicamente con los ámbitos familiar, profesional y comunitario.

## ADULTEZ Y PERSONALIDAD

Existen diversas definiciones del concepto de personalidad, y cada una de ellas considera aspectos particulares como sus componentes, que son enfatizados en distinto grado, acorde a la escuela teórica del autor que la formule.

Allport (1966) señala que no existe una palabra que sea más abstracta que "personalidad", la cual tendría un uso excesivo y una extensión muy amplia, por lo que no sería posible una única y correcta definición.

En el presente trabajo se considerará la personalidad como "la organización dinámica de los aspectos psicofísicos de cada persona, que determina el modo de relacionarse con el mundo que los rodea, incluyendo a los otros individuos" (Gomberoff, L.; Olivos, P. 1986, pp. 155).

Esta definición enfatiza lo permanente del concepto, excluyendo reacciones secundarias a factores ambientales que podrían presentarse en cualquier persona. Se esperaría además que la personalidad se formara a partir de una base genética, y que tuviera relación con la constitución o aspectos morfológicos congénitos del individuo y con el temperamento, que es la tendencia espontánea a reaccionar de una u otra forma frente a ciertas situaciones.

Por otra parte, influyen también en forma significativa las experiencias que puedan afectar al individuo, haciéndole adoptar paulatinamente ciertas pautas de conducta. En base a esto, se deduce que en la formación de la personalidad es central la dinámica entre los conflictos y necesidades del individuo con su ambiente, y que esta interacción comienza desde la temprana infancia (Gomberoff, L.; Olivos, P.; 1986).

Se observa que es fundamental para comprender la estructuración de la personalidad considerar factores sociales, educacionales y culturales del individuo, debido a que el ser humano atraviesa durante su vida diversas etapas biológicas que se asocian a distintos grados de desarrollo cognitivo, afectivo y social, conformando a través del tiempo una estructura de adaptación al medio, relativamente estable y definida, pero flexible a ciertos cambios, que se denomina personalidad.

Allport (1966) plantea que la personalidad se constituye de rasgos, que serían sistemas neuropsíquicos generalizados, capaces de hacer funcionalmente equivalentes diversos estímulos, además de ser iniciadores y directrices de formas constantes de conducta adaptativa y expresiva. De esta manera, los rasgos adquirirían un valor de entidad causal al ser considerados como variables subyacentes de la personalidad, desde donde surgirían las manifestaciones externas y afectando la conducta en reacciones específicas y en situaciones diversas.

Diversos estudios longitudinales señalan que en la adultez existe una importante estabilidad en diversos rasgos de la personalidad, que difieren según los sujetos, los períodos históricos y las características concretas de la persona estudiada, indicando que si bien son importantes aspectos conductuales para lograr una mejor adaptación al medio, también es necesario cierto grado de estabilidad para conservar la propia identidad (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

### **Adultez temprana (20 a 45 años).**

**a) Desarrollo biológico:** Las funciones corporales ya están completamente desarrolladas, pero a pesar de existir un estado general de buena salud, existe una alta tasa de muertes violentas que se deben principalmente a accidentes, suicidios y homicidios (Papalia y Olds, 1990).

Por otra parte, los efectos del estilo de vida y la adquisición de ciertos hábitos como el alcohol o el cigarrillo pueden repercutir directamente en las condiciones de vida de los adultos jóvenes. La salud reproductiva cobra especial atención, sobre todo entre las mujeres, que están en la plenitud de su período reproductivo.

**b) Desarrollo cognitivo:** Se caracteriza por el uso del razonamiento hipotético deductivo, en que frente a un problema, se es capaz de formular diversas hipótesis y combinar mentalmente los hechos de la realidad.

El adulto joven presenta un buen rendimiento en pruebas psicométricas, especialmente en aquellas vinculadas con la fluidez de la inteligencia, donde se logra un máximo rendimiento alrededor de los 20 años y luego comienza paulatinamente a declinar (Papalia y Olds, 1990).

En tareas relacionadas con conceptos Piagetanos, si bien existe un buen rendimiento, se observan dificultades en la resolución de pruebas de conservación de volumen, y el uso de la noción de correlación (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

Según Papalia y Olds (1990), los adultos jóvenes utilizarían gran cantidad de respuestas animistas, contrariando la teoría piagetana que no predice razonamiento animista después de los 12 años.

Diversos autores señalan escasas diferencias entre el pensamiento formal que aparece entre los 15 y los 20 años y el usado durante el resto de la vida, indicando cierta estabilidad en la adultez para adquirir estrategias y esquemas característicos de pensamiento formal.



**c) Desarrollo Afectivo:** El adulto joven ha desarrollado un sentido de identidad durante la adolescencia, estando preparado para establecer relaciones más estables y profundas, debido a que se han afianzado como personas independientes de la sociedad, como parte de sus familias pero distintos de ellas, estando dispuestos, según Erickson (1963) para combinar su identidad con la de los demás sin el temor anterior a caer en la ambigüedad de identidad.

Esta sería la crisis de intimidad versus aislamiento o soledad. Erickson (1963) considera la intimidad como algo más que el acercamiento físico o sexual, aunque estos sean aspectos importantes de ella.

Aquellas personas que no están dispuestas a correr riesgos de entrega emocional y establecer relaciones cercanas con el otro, pueden terminar sintiéndose solas y autoabsorbidas.

Durante esta etapa, los adultos jóvenes seleccionan parejas, se preparan para ser padres de nuevas familias nucleares, viven en nuevos vecindarios y las amistades se hacen más duraderas, por lo que los compromisos mutuos adquieren nuevos significados.

Debido a esto, la tarea de desarrollar la intimidad y evitar el aislamiento es central (Mc. Kinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

**d) Desarrollo Social:** En esta etapa hay importantes cambios sociales en los ámbitos de vida familiar y personal, existiendo la apropiación de los roles requeridos para ejecutar diversas tareas, y produciéndose los cambios más trascendentales en el status del individuo que definen la adultez. Estos roles característicos de esta fase se relacionan con el matrimonio, la paternidad y el inicio de la vida laboral.

Diversos autores señalan "una secuencia normativa" aconsejable en nuestra sociedad, y que se ajusta a una cronología general en la adquisición de estos roles, y sería: finalización de los estudios, logro de trabajo y matrimonio; con el objetivo de prevenir importantes alteraciones de carácter psicosocial como el divorcio, escasez de recursos materiales, inestabilidad conyugal, elevado número de hijos (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

### **Adultez media: 45 a 60 años.**

**a) Desarrollo biológico:** Se comienza a evidenciar señales de disminución del grado de salud del que dispone el adulto joven y comienzan a aparecer enfermedades crónicas.

Hay disminución de la agudeza sensorial, principalmente de la vista, declinación gradual de la fortaleza física máxima y de la coordinación. De todos modos, el estado de salud en general es bueno, pero se ve afectado por el estilo de vida del individuo; los hábitos

desarrollados en años anteriores muestran los efectos, siendo las principales causas de muerte las alteraciones cardíacas, el cáncer, ataques de diverso tipo y trastornos respiratorios.

La tasa de mortalidad masculina es el doble de la femenina, y en la mujer cobra gran importancia el cese de la capacidad reproductiva.

**b) Desarrollo Cognitivo:** Si bien en diversos test psicométricos se observa una mantención de las habilidades verbales y una leve disminución en el rendimiento en pruebas manipulativas; en esta se produce la máxima productividad científica y profesional en disciplinas relacionadas con la inteligencia cristalizada (ob. cit.).

**c) Desarrollo Afectivo:** El adulto medio se enfrenta a un período de transición, en que a la vez que se da cuenta de los cambios físicos que sufre y la pérdida gradual de algunas habilidades: Ha logrado una cierta estabilidad laboral y afectiva, comenzando una instancia de autoevaluación (Erikson ,1963). El individuo se enfrenta a la crisis de generatividad en oposición al estancamiento.

Por generatividad se entiende la preocupación por guiar a la generación siguiente, para lo cual no es necesario tener hijos, ya que es posible hacerlo en relación a la productividad y creatividad en diversas áreas, existiendo individuos que por diversas situaciones no aplican a su propia descendencia este impulso de preocuparse por establecer a los más jóvenes.

Cuando el proceso de individuación alcanza este nuevo nivel, las personas logran definir más claramente lo que esperan del trabajo, la familia y el ocio, existiendo potencialmente menos conflictos entre el sí mismo y las relaciones que vinculan al mundo social (Kaplan, H.; Sadork, B.; 1989).

El hombre maduro necesita sentirse necesitado, y cuando esto no ocurre, o la persona no logra desarrollar esta etapa, se habla de estancamiento y empobrecimiento personal, que culmina en una invalidez física y psicológica que se liga a una excesiva autopreocupación y falta de preocupación por la especie.

**d) Desarrollo Social:** Existe una "doble norma" de envejecimiento en la cultura occidental que permite a los hombres asumir sin mayores conflictos los declives de su cuerpo y apariencia física, pero que no se les permite a la mujer. En tanto el tema del éxito laboral es mucho más preocupante para los hombres que para las mujeres, si bien es un área que afecta a ambos sexos, especialmente por la incorporación de la mujer al mundo del trabajo ( Papalia y Olds, 1990).

Por ser una etapa de gran productividad, hay un logro y mantenimiento de la satisfacción del propio trabajo, una relación más directa con la pareja sin el obstáculo del

permanente cuidado de los hijos y una adaptación a la ancianidad de los propios padres (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986). Ocurren diversos cambios a causa de las demandas y exigencias sociales provenientes de hijos adolescentes que comienzan la edad adulta.

Muchos sienten la necesidad de reconsiderar la relación matrimonial, debido a que este vínculo durante los primeros años de paternidad se basa en la crianza de los hijos y la construcción del hogar, por lo que la transición a la fase de postcrianza puede ser muy difícil para aquellos que no están preparados, debido a que son incapaces de anticipar y resolver sucesos sin alterar en forma importante su identidad (Kaplan, H.; Sadork, B.; 1989).

### **Adultez tardía: 60 a los 65 años.**

**a) Desarrollo biológico:** Se hace más evidente el declive de las habilidades y funciones físicas, especialmente de las habilidades sensoriales y perceptivas, lo que hace más vulnerable a los sujetos a las enfermedades, además disminuye con la edad la eficacia del sistema inmunitario del organismo, lo que afecta diversas áreas de funcionamiento.

Hay aumento de enfermedades crónicas, las que comienzan a ocasionar incapacidad.

**b) Desarrollo Cognitivo:** Comienza un leve descenso del rendimiento en pruebas psicométricas y en la solución de tareas piagetanas.

**c) Desarrollo Afectivo:** En esta fase de la adultez ocurre la transición a la senectud, incluyendo sus características, siendo denominada por Erikson (1963) como madurez, que es entendida como el resultado de las etapas anteriores y la aceptación del propio ciclo de vida como algo insustituible, con la integridad del propio yo frente a la desesperación de un inevitable final.

La experiencia de pérdida de la salud física lleva a un proceso de cambio en que la base de la satisfacción personal pasa desde la valoración de la actividad corporal hacia la valoración de la actividad mental creativa. A esta etapa se asocian la sabiduría de la experiencia y el renunciamiento, ya que no siempre se acepta esto y se cae en la desesperación (Kaplan, H.; Sadork, B.; 1989).

**d) Desarrollo Social:** Es importante la adopción de roles de un modo flexible, ya que comienza el declive de la productividad, con la consiguiente reducción de ingresos, además comienza una afiliación explícita con el propio grupo etéreo.



Comienza a experimentarse la pérdida como sentimiento cada vez más frecuente (trabajo, parientes, amigos, cónyuge) lo que repercute no sólo en el plano afectivo sino también en lo social. La jubilación es un suceso fundamental que ayuda a la conclusión de la edad adulta tardía, y que repercute en la reducción de la preocupación por el rol profesional y la necesidad de hallar nuevas actividades que constituyen una nueva base para la autoestima (Kaplan, H.; Sadork, B.; 1989).

El cambio de roles familiares y profesionales, subraya el hecho de que es importante establecer un nuevo equilibrio entre la vinculación hacia sí mismo y a la sociedad, y encontrar nuevas formas de participación en el mundo. En este momento la persona puede atender los aspectos de su sí mismo interior que por diversos motivos fueron ignorados o postergados en etapas anteriores, pudiendo empezar a valorarse más a sí mismo. Como consecuencia de esto es posible alcanzar un mayor conocimiento de sí mismo y del mundo exterior.

## PRUEBAS PROYECTIVAS.

Las pruebas proyectivas se basan en el supuesto común de relación entre los conceptos de percepción y proyección. Freud (citado en C. Weigle, 1988) plantea que la proyección de las percepciones internas al exterior es un mecanismo primitivo que involucra tanto las percepciones sensoriales como las de los procesos afectivos e intelectuales, siendo proyectados desde dentro hacia afuera y utilizadas en la conformación del mundo exterior.

Posteriormente, Melanie Klein (citada en C. Weigle, 1988) postula la dialéctica constante entre realidad interna y realidad externa, planteándolo en términos de introyección y proyección, donde el objeto percibido es siempre recibido por un sujeto que percibe y que por lo tanto le entrega un sentido.

Considerando que la percepción es selectiva y se organiza en función de las necesidades internas del sujeto, se aprecia que una misma respuesta no puede ser valorada de igual forma si el contexto no es considerado, ya que la interdependencia entre las diversas variables es central al momento de interpretar un fenómeno (Weigle, C., 1988).

En el marco de las pruebas proyectivas y basándose en la estrecha relación entre sujeto y el objeto que percibe, se han utilizado diversos tipos de estímulos, los cuales generalmente son de carácter semiestructurado o inestructurado, con el objetivo de facilitar la proyección de la personalidad en la medida que estructura una percepción. Uno de los test orientados a este fin es el test de Rorschach.

## EL TEST DE RORSCHACH.

El test de Rorschach es considerado la herramienta por excelencia para identificar rasgos y estructuras de personalidad . Ha demostrado tener alta validez predictiva y muy buena correlación con otros criterios como por ejemplo, el diagnóstico psiquiátrico.

La prueba consiste en una serie de 10 manchas de tinta simétricas, de las cuales 5 son acromáticas y las 5 restantes son cromáticas, publicadas en 1920 por Hermann Rorschach. Durante la realización del test el autor observó que las figuras asimétricas eran rechazadas, existiendo una tendencia a la simetría, lo cual fue explicado en términos de la simetría del cuerpo humano, las relaciones bipersonales y el narcisismo (Weigle, C., 1988).

Klopfer (citado en Alvarez y Taboada, 1994) sostiene que la relación existente entre la percepción y la personalidad es un supuesto básico que subyace a la técnica del Rorschach. El modo como el individuo organiza o estructura las manchas de tinta, al formar su percepción, refleja aspectos fundamentales de su funcionamiento psicológico. Las manchas de tinta se consideran apropiadas por ser estímulos inestructurados, lo que permite una gran variedad de respuestas posibles.

El uso de las manchas como método se remonta en la historia e involucra diversas disciplinas. Inicialmente se utilizó en el arte, Weigle (1988) señala que ya Leonardo da Vinci, en 1452, proponía que las manchas al azar estimulaban nuevos descubrimientos, apoyando este planteamiento en las ideas de Boticelli.

Durante siglos posteriores se comenzó a sistematizar su uso en el área del juego, luego comenzaron a utilizarse en los test de Psicología Experimental sobre capacidad representativa y fantasía, y como test de Personalidad.

El Test de Rorschach se fundamenta en el supuesto común de las técnicas proyectivas que establece una relación entre percepción y proyección, basándose en el supuesto que ante estímulos inestructurados, la personalidad se proyecta en el momento que organiza una percepción. La percepción, al ser selectiva, trabaja en función de las necesidades internas del sujeto, pero con interdependencia de las cualidades externas de las láminas. De esta manera, las técnicas proyectivas se basan en la premisa de que el sujeto revela aspectos de su personalidad en el modo como responde al material de estímulo.

Frente a la prueba, el sujeto es libre para responder de la manera que él desee, y el modo en que construye u organiza sus respuestas, los comentarios que hace y los patrones semejantes de respuesta se integran, interpretándose como un reflejo de los diversos aspectos característicos de la personalidad. De esta manera se considera que el individuo "proyecta" en las respuestas frente a la prueba sus motivaciones, conflictos y defensas . (Garfield, S. 1979; citado en Segura, C. ; Valdivia, C.; 1994).

La aplicación de la prueba consiste en la presentación de las láminas acorde a condiciones previamente estandarizadas. El sujeto indica frente a cada lámina libremente lo que observa, ya sea en la mancha completa o en porciones de ella. La tabulación de las respuesta se realiza en base a un análisis cuantitativo y a un análisis cualitativo de la prueba, lo que permite tener una visión integral del sujeto que es sometido al test, debido a que se obtiene información de su funcionamiento cognitivo y emocional.

El análisis cuantitativo considera el número de respuestas proporcionadas por el sujeto, su localización, los determinantes y sus contenidos. El análisis cualitativo requiere considerar aspectos tales como las líneas temáticas de las respuestas, tiempos de reacción a las láminas, fenómenos especiales durante la prueba y reacciones emocionales del sujeto.

La ventaja de utilizar el test de Rorschach es que permite describir la estructura de personalidad de las personas a partir de diferentes áreas de análisis, (cognitiva, emocional, relaciones interpersonales y función de identidad) logrando así una visión abarcativa e integral de ésta.

Considerando que los pacientes sometidos a HD sufren además de una serie de alteraciones físicas y restricciones en su vida cotidiana, una serie de trastornos psicológicos que conducen a alteraciones de la personalidad, la información proporcionada por el test en el área de función de identidad será de gran utilidad en este estudio para determinar si existen alteraciones en esta área.

## **OBJETIVOS.**

### **1 Objetivo general.**

Describir el perfil psicológico de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, mediante la prueba de Rorschach.

### **2. Objetivos específicos.**

Identificar y describir la posible existencia de un perfil de personalidad característico de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, en base a indicadores Rorschach.

Describir el examen de la función de identidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis y determinar si existe alteración de esta función en base al análisis realizado por Paredes, Micheli y Vargas (1987).

# METODOLOGÍA

## 1. Tipo de investigación y justificación del diseño.

El estudio realizado constituye una investigación descriptiva transversal de las variables psicológicas que componen la personalidad de los pacientes hemodializados.

Este estudio además ha tenido una connotación exploratoria, considerando la escasa información existente respecto al tema.

Se utilizó una muestra intencionada, correspondiendo a un grupo de 20 sujetos adultos entre 21 y 46 años diagnosticados con insuficiencia renal crónica y sometidos a Hemodiálisis. Se delimitó este rango de edad en la muestra debido a que las características psicológicas presentadas por los sujetos dentro de este periodo, son homologables desde el punto de vista de la psicología del desarrollo.

Se utilizó un diseño no experimental ex-post-facto, ya que los pacientes se deben someter a H.D. por presentar insuficiencia renal crónica y esto, suponemos, ya ha ejercido un efecto sobre la personalidad de los sujetos.

Finalmente es importante señalar que, por las características del estudio, y considerando que existen criterios de normalidad para la población adulta en el Test de Rorschach, no se hizo necesario recurrir a la utilización de un grupo comparativo para el análisis de los resultados del grupo en estudio.

## 2. Definición de variables.

A continuación se definirán las variables consideradas en el estudio y los criterios de análisis de respuestas, en base al esquema planteado por Paredes, Micheli y Vargas (1987; 1995). Finalmente se señalarán los valores cuantitativos normales para el test de Rorschach.

### 2.1 Variable dependiente: Rasgos de personalidad.

**a) Definición Conceptual:** Formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el sujeto que se manifiestan como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales, tienden a ser estables y a abarcar múltiples aspectos de las funciones psicológicas y del comportamiento. Presupone una organización de rasgos, es decir, la presencia de características permanentes de un individuo, consistentes a través del tiempo y ante distintas situaciones (G. W. Allport, 1966).

**b) Definición Operacional:** Los rasgos de personalidad serán evaluados a través del esquema planteado por Paredes, Micheli y Vargas.(1995) en el "Manual de Rorschach Clínico". En este análisis se consideran signos clínicos derivados de los elementos formales y de los fenómenos especiales.

**1.) Signos Clínicos Derivados de Elementos Formales:**

- Número de Respuestas disminuído. (entre 8-15).
- Número de Respuestas aumentado. (mayor o igual a 40).
- G % disminuído (menor al 25 %).
- G % aumentado (mayor al 60 %).
- D % disminuído (menor al 40 %).
- D % aumentado (mayor al 70 %).
- Dd % aumentado (mayor al 18%).
- s % aumentado (mayor al 15 %).
- DG aumentado (según el tamaño del protocolo).
- Fv aumentadas (mayor al 20 %)
- Presencia de F- y/o Fs .
- F % disminuído (menor al 25 %).
- F % aumentado (mayor al 60 %).
- F % ext. disminuído (menor o igual al 75 %).
- F % ext. aumentado (mayor o igual al 95 %).
- F + % ext. disminuído (menor o igual al 75 %).
- M aumentado (según tamaño protocolo).
- M disminuído (no excede de I).
- Ausencia de M.
- FM aumentado (mayor o igual a M).
- FM ausente o disminuído.
- Fm aumentado (Fm menor a mF + m).
- Fm moderado (Fm mayor a mF).
- RLC % aumentado (mayor a 35 %).
- RLC % disminuído (menor al 20 %).
- Fracaso en lámina X.
- C % disminuído (menor al 10 %).
- Alteración de la fórmula color normal (FC:CF:C = 2:1:0).
- Respuestas de C simbólico (mayor o igual a 1).
- Fc aumentada ( Fc menor a cF y/o c).



- Fc ausente.
- C' aumentada
  - a) C'F + C' mayor a FC' y/o
  - b) FC + CF + C menor a FC' + C'F + C'.
- K aumentada (KF + K mayor a FK).
- H % aumentado (mayor al 25 %).
- H % disminuído (menor al 10 %).
- (H) aumentado ( (H) mayor a H ).
- Hd aumentado ( Hd mayor a H).
- Ausencia de M en lam. III en posición "a".
- At aumentado (mayor al 20 %).
- Disminución de G en relación a M (se altera la relación 2-3G:1M).
- P aumentado (según tamaño del protocolo).
- P disminuído (menor o igual a 3).
- IR bajo (menor o igual a 3 ptos.).
- A % aumentado (mayor al 55 %).
- A % disminuído (menor al 20 %).

## 2) Signos Clínicos Derivados de los Fenómenos Especiales.

### I. Fenómenos especiales del área cognitivo perceptiva

- Fluctuación de la conciencia de interpretación (aumentada o disminuida).
- Fracaso aumentado (2 o más, excluyéndolo en lám. IX).
- Descripción de las láminas ( 4 o más.).
- Alusiones a la simetría (más de 3).
- Simetría desigual.
- Ilusión de semejanza (3 o más).
- Secuencia (en 3 o más lam.).
- Fusión figura fondo.
- Percepción invertida.
- Criticas:
  - a) Al sujeto.
  - b) Al objeto
  - c) Al examinador.
  - d) Al autor.
- Respuesta "o".



- Impotencia.
- Perplejidad orgánica (entre 2 y 3).
- Perseveración (entre 2 y 3).
- Repeticiones (3 o más).
- Frases Automáticas (3 o más).
- Deficiencia de la Memoria (entre 2 y 3).

## **II). Fenómenos Especiales del Area del Pensamiento**

### **EjeI. Abstracción**

- Fabulación (entre 2 y 3).
- Autorreferencias menores (entre 1 y 3).
- Alorreferencias (2 o más).
- Búsqueda de significados (entre 1 o más).
- Simbolización (Independiente del color dado).
- Lenguaje pedante.
- Confabulación grave (1 o más).
- Lógica autista o peculiar (1 o más).
- Auterreferencias mayores o delirantes (1 o más).
- Lenguaje amanerado (1 o más).
- Negación mayor (1 o más).
- Neologismo (1 o más).

### **Eje II. Concretismo.**

- Combinación fabulada (1 o más).
- Concretización (1 o más).
- Tendencia a la contaminación (1 o más).
- T.L.E. (1 o más).
- Contaminación (1 o más).
- Respuesta de posición (1 o más).
- Respuesta de N° (1 o más).

### **3.Fenómenos Especiales y Líneas Temáticas del Area Afectiva.**

- Shock al rojo (1 o más).
- Shock al gris (1 o más).
- Shock cromático (1 o más).

- Shock al blanco (según N° de respuestas protocolo).
- Shock al vacío (1 o más).
- Respuesta movimiento activo o pasivo (según N° de respuestas del protocolo).
- Color en lám. negras (1 o más).
- Respuestas estáticas (2 o más).
- Respuestas de sombra (2 o más).
- Desvitalizaciones (2 o más).
- Respuestas de defecto (2 o más).
- Vitalizaciones (2 o más).
- Nominación de color (2 o más).
- Descripción de color (1 o más).
- Inmoderación temática (1 o más).
- Ambitendencia (1 o más).
- Color simbólico (1 o más).
- Simbiosis (1 o más).
- Metamorfosis (2 o más).
- Respuesta de ambigüedad sexual (1 o más).
- Respuesta deteriorada (1 o más).
- Respuesta de ropa.

## **2.2 Variable dependiente: Identidad.**

**a) Definición Conceptual:** Se define como " El conjunto de operaciones mentales y corporales que una persona obtiene a través de la experiencia que cohesionan y valoran el sentido de propiedad y pertenencia de los actos psíquico-corporales, separando lo ajeno de lo propio tanto a nivel de representaciones simbólicas personales como a nivel representaciones simbólicas de los otros y del mundo. Fundamento de la conducta y del vínculo con la realidad." (Paredes, Micheli, Vargas, 1987. Pág. 66).

**b) Definición operacional:** La función de identidad será analizada según el esquema propuesto por Paredes, Micheli, Vargas, (1987) , según el cual se considera que la función de identidad puede alterarse en forma leve, moderada o grave, determinándose el grado de alteración en base al ordenamiento de los signos Rorschach en 3 niveles (I, II y III, que corresponden a indicadores de alteración leve, moderada y grave, respectivamente) y que son expuestos a continuación.

### **Nivel I**

- Transgresión de Límites Espaciales.
- Unión Mayor o Simbiosis.
- Metamorfosis.
- Respuesta especular.
- Respuesta ambigüedad sexual.
- Infantil I.
- Orales agresivas.
- Respuesta deteriorada.

### **Nivel II**

- Angustia destructiva.
- Angustia persecutoria.
- Angustia de separación.
- Respuesta de vacío.
- Respuesta de superficie blanda.
- Respuesta de sombras.
- Respuesta de simetría desigual.
- Ausencia de contenido humano en lámina III.
- Ausencia de M.

### **Nivel III**

- At Aumentado.
- (H) aumentado.
- Respuesta de ropa.
- Hd aumentado.
- Respuesta superficie dura.
- Respuesta Infantil II.

Es necesario precisar las áreas propuestas en la función de identidad y los signos Rorschach considerados para cada una de ellas, con el objetivo de tener mayor claridad en su análisis (ver anexo I). Además se utilizará el criterio del uso de porcentajes y proporciones para tabular la presencia de cada indicador en los protocolos de la muestra evaluada. Dichos indicadores son:

**A.- Límites. Sentido de propiedad y pertenencia. Delimitación de lo Propio y Ajeno.**

- T.L.E.
- Unión mayor.
- Respuesta especular.
- Respuesta de metamorfosis.
- Respuesta de vacío.
- Respuesta de ropa.
- Respuesta de sombra.

**B.- Imagen corporal. Determinación genérica.**

- T.L.E.
- Ambigüedad sexual.
- Respuesta especular.
- Respuesta de sombras.
- Respuesta superficie blanda.
- At. elevado .
- Hd elevado.
- Respuesta superficie dura.

**C.- Incorporación de experiencias afectivas con personas claves.**

- Infantil I.
- Oral agresiva.
- Angustia de separación.
- Angustia destructiva.
- Angustia paranoídea.
- Respuesta de vacío.
- Sin H en III.
- Sin M.
- Aumento de (H).

**D.- Internalización de experiencias en las representaciones de sí y de los otros.**

- Respuesta deteriorada.
- Infantil I.
- Oral agresiva.
- Respuesta de vacío.
- Respuesta de sombras.
- Simetría desigual.
- Respuesta superficie blanda.

- Respuesta de defecto.
- Respuesta superficie dura.
- Infantil II.

### **Valores cuantitativos normales en test de Rorschach:**

\_ N° de Respuestas : 20-45

- G : 25-50 %
- D : 40-70 %
- Dd : 0-18 %
- S : 0-15 %
- F% : 25-50 %
- F% ext: 75-95 %
- F+% ext: sobre 75 %
- N° de M : 1-7
- RLC: 20-35 %
- H%: 10-25 %
- At : 0-20 %
- N° de Populares : 3-8
- IR : sobre 3
- A% : 20-55 %

### **3. Definición y características del universo.**

El universo desde donde fue extraída la muestra se conforma por todos los sujetos de sexo masculino y femenino , mayores de 21 años, con insuficiencia renal crónica y que lleven más de dos años sometidos a H.D., de manera tal que los pacientes ya hayan superado las etapas de adaptación a este procedimiento que han sido descritas en la literatura. Estos pacientes se someten al procedimiento en el Servicio de Nefrología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

No se incluyeron pacientes hospitalizados, debido a que por las características de la enfermedad, dichos pacientes presentarían alteraciones fisiológicas que repercuten en diversos aspectos de la personalidad, alterando los resultados del test y la validez del estudio, tal como ocurre con la alteración de conciencia.

#### **4. Definición y tamaño de la muestra.**

La muestra fue intencionada y de elección razonada. El tamaño muestral correspondió a un grupo de 20 sujetos, 10 hombres y 10 mujeres, todos de nivel socioeconómico medio-bajo y/o bajo, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y que llevan más de dos años en hemodiálisis. Se excluyeron aquellos casos que presentaron un diagnóstico psiquiátrico adicional.

Se consideró el tamaño grupal como suficiente para llevar a cabo el estudio, dado que hay antecedentes de investigaciones anteriores con la prueba de Rorschach en distintos grupos, en que se ha alcanzado la saturación teórica conceptual con un N similar o menor (Cacciuttolo, R.; 1993)

Es necesario mencionar que además, por las características del universo del presente estudio, existe gran dificultad para obtener el número de sujetos requeridos por la muestra teórica, debido a que la dispersión de la población en H.D. es elevada y esto implicaría considerar variables que escapan a los objetivos de este estudio.

##### **4.1 Criterios de inclusión:**

- a) Diagnóstico de Insuficiencia renal crónica con más de dos años de HD.
- b) Sexo femenino y masculino.
- c) Edad comprendida entre los 21 y 46 años cumplidos.
- d) Capacidades intelectuales y verbales que posibiliten la aplicación de la prueba.

##### **4.2 Criterios de exclusión.**

- a) El diagnóstico de algún desorden psiquiátrico adicional, tales como psicosis, trastornos afectivos, epilepsia y deterioro psicoorgánico. No se excluyeron los pacientes con diagnóstico de Trastornos de personalidad.
- b) Paciente hospitalizado.



## **5. Procedimiento:**

La muestra fue seleccionada del conjunto de los pacientes, con insuficiencia renal crónica, que se someten a HD en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Se trabajó en forma individual con cada paciente, mientras se sometía a HD, realizándose una entrevista semiestructurada en la cual se verificaron los criterios establecidos por el DSM IV para evaluar adaptabilidad social, y se realizó una breve historia, con el objetivo de determinar si los pacientes contaban con las capacidades intelectuales y verbales necesarias para realizar la prueba. Finalmente se les aplicó la prueba BPRS y el test de Rorschach.

## **6. Instrumentos de evaluación.**

### **6.1 El test de Rorschach**

Prueba desarrollada por Hermann Rorschach y publicada por primera vez en 1920. Consiste en 10 manchas simétricas de tinta, impresas en tarjetas separadas, de las cuales 5 son de tintes de gris y negro y las otras 5, cromáticas. Las manchas fueron escogidas en base a la experiencia científica controlada a través del método estadístico y posteriormente se ha validado a través de la entrevista clínica.

Posterior al trabajo de Rorschach, se han desarrollado distintos enfoques para el trabajo con el test, destacándose 5 sistemas de interpretación, cada uno con diferentes enfoques. Beck, de marcada orientación positivista; Klopfer, que desarrolló una orientación fenomenológica; Hertz, que trató de unificar los criterios utilizados por Beck y Klopfer influenciado por su formación psicométrica; Piotrowski, que enfatizó la psicología experimental y Rappaport junto a Schafer, de marcada orientación psicoanalítica.

El Rorschach ha sido abordado desde diversas perspectivas teóricas, destacándose dentro de éstos, el enfoque psicoanalítico que preferencia el análisis de aspectos cualitativos en que el sujeto, a través de la proyección, expresa fenómenos inconscientes, dando prioridad al análisis de contenido verbal de las respuestas, mientras los aspectos perceptibles y estructurales de las respuestas pasan a segundo plano.

Por otra parte, el enfoque fenomenológico clínico se centra en los aspectos perceptuales y estructurales de las respuestas del sujeto. La interpretación surge de la descripción cuidadosa de las respuestas, considerando el contexto en que éstas se produjeron. Dado la posibilidad de realizar definiciones de categorías y utilizar criterios de corte, se posibilita la utilización de este enfoque dentro de la metodología descriptiva.

Considerando que el objetivo del presente trabajo es la descripción de la personalidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a HD, y determinar la existencia o no de una configuración típica de personalidad, el método fenomenológico clínico posibilita una descripción más precisa de las características de personalidad de estos pacientes, libre de diversos sesgos teóricos.

### **Validez del instrumento.**

El test de Rorschach ha sido ampliamente validado como prueba de personalidad a través de la práctica clínica y de la investigación .

En la práctica clínica se utiliza principalmente con dos fines:

- a). Diagnóstico: Con el fin de precisar rasgos anormales de la estructura de personalidad (diagnóstico psiquiátrico).
- b). Descriptivo: Con el fin de explorar y entregar una visión descriptiva de los rasgos esenciales de la estructura de personalidad y sus dinámicas de funcionamiento.

Debido a esto, la prueba posee diversos campos de aplicación, destacándose en el área clínica como herramienta de diagnóstico, enfatizándose su valor en el diagnóstico diferencial entre psicosis, organicidad ( epilepsias de lesiones corticales y de trastornos subcorticales, parálisis cerebral, encefalitis ), oligofrenia y deterioro.

También es importante considerar desde el punto de vista descriptivo su valor pronóstico y como test de control respecto a la evolución del paciente, por lo que es utilizado en las áreas de la Psicología Evolutiva (niños, adolescentes, adultos y ancianos), Laboral (selección de personal y prevención de accidentes de trabajo), Educacional (orientación vocacional), Farmacopsicología (investigación de medicamentos), Criminología (peritajes médico-legales) , Familia y Pareja (dentro de una combinación del test en forma individual y colectiva) y Antropología Cultural (en el estudio de diversos grupos humanos).

Por otra parte, se han realizado diversas investigaciones respecto a la validez de la prueba de Rorschach, destacándose el trabajo de B. Ebough, quien aplicó la prueba a cincuenta pacientes y posteriormente comparó los resultados obtenidos con la observación clínica de estos pacientes, obteniendo una correlación de 0,85 entre categorías Rorschach y la observación hecha por clínicos experimentados. Este estudio fue citado por Böhm en 1953 (citado por C. Weigle; 1988).

En un estudio más reciente, Potkay (1973, citado en Alvarez, M. y Taboada, M.; 1994), en relación a la validez del psicodiagnóstico, señala que en una comparación del test de Rorschach con criterios clínicos de expertos se demostró una exactitud de 78% para el nivel de inteligencia, de un 83% en la estimación de la gravedad

de la ansiedad y de un 56% para el diagnóstico de un caso psiquiátrico difícil.

### **Confiabilidad del instrumento.**

Dadas las características de la prueba, existen diversos criterios de tabulación e interpretación de las respuestas. Böhm (citado por C. Weigle; 1988. ) señala que el análisis de los resultados considera tres etapas :

1. Impresión global del protocolo, de carácter intuitivo.
2. Control objetivo de las partes, que implica un análisis formal y posteriormente un análisis desde los contenidos de las respuestas.
3. Resumen integrador de los aspectos intuitivos y críticos a la vez.

Respecto a la confiabilidad del test, Parker (1983, citado en Alvarez, M. y Taboada, M.; 1994), en un meta análisis plantea que para el test de Rorschach los coeficientes de confiabilidad esperables son sobre 0,83; mientras que para su validez son de 0,45 ó 0,50 y más. El establecimiento de estos valores se basa en diversos criterios como son el criterio clínico y psiquiátrico, así como también la utilización de la serie paralela de Bero-test.

### **6.2 Entrevista Psiquiátrica Breve (BPRS).**

Entrevista de carácter semiestructurado que apunta a la detección de síntomas de desórdenes psiquiátricos. Los ítems que componen la escala han sido seleccionados de la Lorr Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients (MSRPP) y de la Lorr Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS), acorde al nivel de sensibilidad de sus ítems para detectar la condición general de los pacientes.

Existen dos versiones del BPRS; la escala original, que consta de 16 ítems que fueron definidos en base a criterios conceptuales, y una revisión posterior realizada por Bech et al., que incorpora 2 ítems más y hace una definición operacional de cada ítem, siendo la más recomendada y utilizada en las investigaciones debido a su amplia validación a través de la práctica clínica y concordancia con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM III-R (Acta Psychiatrica Scandinavica, 1993).

En el presente estudio fue utilizada la versión del BPRS realizada por Bech et al., la cual consta de 18 ítems, cada uno puntuado de 0 a 6 (ver anexo II). El puntaje total obtenido en la escala puede oscilar entre 0 y 98 puntos, en que el valor del puntaje total obtenido indica el grado de severidad de la patología psiquiátrica existente, estableciéndose que entre 0 y 8 puntos no se presentan síntomas psiquiátricos; entre 10 y 20 puntos existe

algún tipo de alteración psiquiátrica menor; y sobre 21 puntos existe un síndrome psiquiátrico mayor.

Se ha establecido que en la escala es posible definir cinco factores específicos que son : Desórdenes del pensamiento, Desórdenes emocionales, Ansiedad-Depresión, Agresividad y Agitación (Acta Psychiatrica Scandinavica, 1993).

La utilización de este instrumento en el presente estudio tiene por objetivo el cumplimiento de los criterios de muestreo, debido a que a través de esta escala es posible detectar patologías psiquiátricas como cuadros psicóticos, trastornos afectivos y deterioro psicoorgánico

### **6.3 Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).**

Es un instrumento que considera la actividad psicológica, social y laboral dentro de un hipotético continuo de salud-enfermedad, no considerando alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. En base al criterio anunciado, Luborsky (1962), su primer autor, operacionalizó una escala de actividad psicosocial general puntuada de 0 a 100. Esta escala fue posteriormente revisada por Spitzer y cols., quienes desarrollaron la denominada Escala de Adaptación Global (GAS), cuya versión modificada fue incluida en el DSM III-R con el nombre de Escala de Adaptación y Funcionamiento Global (GAF). Posteriormente en el DSM IV<sub>2</sub>, esta escala aparece con el nombre de Escala de Evaluación de la Adaptación Global (EEAG). (DSM IV. 1995).

Consiste en una escala de autoevaluación (ver anexo III) en donde el sujeto se sitúa en un continuo que va desde 0 a 100 puntos, respecto de su nivel de funcionamiento al momento de ser evaluado. El puntaje máximo equivale a actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades. Esta información se codifica en el eje V de la evaluación multiaxial del DSM IV.

La utilización de esta escala en el presente estudio tiene por objetivo el cumplimiento de los criterios de muestreo, debido que a través de la autoevaluación de la actividad global es posible conocer la apreciación subjetiva de los propios pacientes respecto a su nivel de funcionamiento, lo cual otorga la posibilidad de contrastar esta información con aquella obtenida a través de los demás instrumentos aplicados.

### **7. Técnica de análisis de datos.**

Considerando que el presente estudio es de carácter descriptivo, los estadísticos utilizados para el tratamiento y análisis de datos corresponden a esa rama de la estadística.

Los indicadores Rorschach fueron analizados en base al cálculo de porcentajes y proporciones para evaluar la presencia de ciertas características específicas en cada protocolo y luego de todos los protocolos para establecer los hallazgos más significativos.

La organización de la información obtenida y su posterior interpretación, en término de características psicológicas, está basado en el modelo planteado en el Manual de Rorschach Clínico de Paredes, Micheli y Vargas (1995) y en el análisis de la función de identidad propuesto por estos mismos autores (1987).

## **ANALISIS DE RESULTADOS.**

A continuación se expondrán los resultados obtenidos en el análisis de los protocolos de los test de Rorschach aplicados.

Esto se llevará a cabo a partir de la pauta planteada en el Manual de Rorschach Clínico (Paredes, Micheli y Vargas.; 1995) que ya ha sido expuesta y que comprende análisis de signos clínicos formales y de fenómenos especiales en el área cognitivo-perceptiva, del área del pensamiento ( ejes de abstracción y concretismo) y afectiva. Además se incluye el análisis de la función de identidad propuesto por Paredes, Micheli y Vargas (1986).

El criterio utilizado para analizar los datos obtenidos se basa en un criterio de porcentajes y proporciones, estableciéndose que para considerar significativa la presencia de un indicador, éste deberá presentarse en el 50% ó más de los protocolos revisados, lo que equivale a un 10/20 de los casos ó más.



## ANÁLISIS DE LOS SIGNOS CLÍNICOS

### I. Signos Clínicos Derivados de Elementos Formales.

#### 1) Número de Respuestas aumentado / disminuído.

	% Base:20
Esperado (entre 16 y 39)	25
Disminuido (entre 8 y 15)	75
Aumentado (mayor ó = a 40)	0

En el 25% de los casos se observa una adecuada capacidad ideosociativa, con un número de respuestas dentro del rango esperado.

En el 75% de los sujetos se aprecia una grave inhibición de los procesos ideosociativos, considerándose que el indicador "Número de Respuestas Disminuído" se encuentra presente en forma significativa. A pesar de su presencia, no se alcanza a poner en duda la confiabilidad de los resultados obtenidos, debido a que no se presentan protocolos con un número de respuestas inferior a 8, que es el número de respuestas considerado como mínimo para no dudar de la confiabilidad del test ( Paredes, Micheli y Vargas; 1995).

No se observa la presencia del indicador "Número de Respuestas Aumentado" (0%).

#### 2) G % aumentado / disminuído.

	% Base:20
Esperado (entre el 25y 50%)	50
Disminuido (menor al 25%)	20
Aumentado (mayor al 50%)	30

Se aprecia que en el 50% de los casos existe un enfrentamiento a la realidad predominantemente teórico, con una adecuada capacidad organizativa y planificadora.

El G% se encuentra aumentado en el 30% de los casos, indicando en éstos un enfrentamiento teórico - intelectual de la realidad, lo que repercute en un déficit de la capacidad para contactarse con los aspectos más concretos de la realidad y en un descenso

del sentido común.

En el 20% de los pacientes evaluados se observan dificultades en la capacidad de integración cognitiva y disminución de la inteligencia teórico abstracta, informando de un acercamiento pasivo al enfrentamiento de la realidad.

Debido al criterio de frecuencias utilizado, no se considera que los indicadores G% aumentado y G% disminuído se encuentren presentes en forma significativa.

### 3) D % aumentado / disminuído.

	% <b>Base:20</b>
esperado (40 a 70 %)	60
disminuído (menor al 40 %).	15
aumentado (mayor al 70 %).	25

Se observa en forma significativa (60%), un predominio del pensamiento práctico, con una adecuada capacidad para captar los elementos más obvios y relevantes de la realidad. Debido a ésto, existiría un adecuado sentido práctico en el enfrentamiento de la realidad.

La actitud negligente para considerar las consecuencias prácticas de la conducta y la disminución del sentido práctico concreto no es significativa (15%), así como la dificultad para utilizar el pensamiento teórico abstracto (25%) .

No se observa la presencia significativa de los indicadores D% disminuído y D% aumentado.

### 4) Dd % aumentado.

	% <b>Base:20</b>
Esperado ( 0 a 18 %)	100
Aumentado (mayor al 18%)	0

En la totalidad de los casos (100%) existe una adecuada preocupación por los detalles pequeños, lo que significaría que no hay dificultades en la comprensión global de la realidad ni se encontraría disminuida la capacidad para decodificar la realidad más práctica y concreta; de igual forma no se observa una actitud crítica y minuciosa en la evaluación de la realidad.

No se aprecia la presencia del indicador Dd% aumentado .

### 5) S % aumentado.

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
Esperado ( 0 a 15 %)	75
Aumentado (mayor al 15%)	25

En el 75% de los protocolos evaluados no se observa en forma significativa una utilización libre de los planos de figura y fondo que sugiere la presencia de oposicionismo crítico. El indicador s% aumentado sólo se presenta en el 25% de los casos, no logrando considerarse como significativo.

### 6) DG Aumentado.

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
Esperado ( 0 a 1)	100
Aumentado (mayor a 1)	0

No se presenta el indicador DG aumentado en la totalidad de los protocolos evaluados. Por lo tanto, la muestra de pacientes evaluada no manifestaría alteraciones en el proceso de análisis y síntesis, ni presentaría déficit en el proceso lógico de verificación y confrontación entre el mundo interno y el mundo externo.

### 7) Fv aumentadas

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
Esperado ( 0 a 20 %)	100
Aumentado (mayor al 20 %)	0

La totalidad de los sujetos evaluados presenta un porcentaje de Fv inferior al 20% de los determinantes de forma como determinantes principales, lo que indica significativamente que el proceso de aprehensión de la realidad no se interfiere por la angustia al punto de impedir contactarse con la realidad de manera concreta.

No se observa la presencia del indicador Fv aumentado.

### 8) Presencia de F- y/o Fs.

	% <b>Base:20</b>
Esperado (ninguno)	70
Aumentado (mayor o = 1 )	30

Se aprecia de manera significativa (70% de los casos) que es posible afirmar una adecuada percepción de la realidad objetiva.

En un 30 % de los protocolos evaluados se presentan pérdidas ocasionales del juicio de realidad. Debido al valor alcanzado por esta cifra, no se considera que el indicador "Presencia de F- y/o Fs " sea significativo.

### 9) F % disminuido/aumentado.

	% <b>Base:20</b>
esperado (25 a 60 %)	65
disminuído (menor al 25 %).	15
aumentado (mayor o = 60 %).	20

La capacidad para percibir la realidad en forma objetiva y neutra es significativa, alcanzando al 65% de los protocolos evaluado.

En un 20% de los casos se observa rigidez en la función crítica del pensamiento y en el control de impulsos; mientras que en el 15% de los pacientes evaluados existe un examen de realidad predominantemente subjetivo y déficit en el control de impulsos. Debido al criterio de frecuencias utilizado, no se considera como significativa la presencia de los indicadores F% aumentado y F% disminuído.

### 10) F % ext. disminuido/aumentado.

	% <b>Base:20</b>
esperado (75 a 95 %)	45
disminuído (menor al 75 %).	15
aumentado (mayor o = 95 %).	40

No se observa una tendencia significativa frente al signo formal F %

ext., donde el 45% de los casos presenta un adecuado nivel de conciencia crítica hacia los propios juicios y elaboraciones sobre la realidad, realizando un esfuerzo adecuado por lograr el control de impulsos.

En el 40% de los pacientes se encuentra rigidez en los intentos por controlar los impulsos, lo que se expresa a través de conductas extremadamente racionales que no logran una adecuada integración emocional.

El 15% de los protocolos revisados presenta un déficit en el control de los impulsos, existiendo una escasa aceptación de las exigencias impuestas por la realidad.

Debido a su frecuencia de presentación, no se establece la presencia significativa de los indicadores F% ext aumentado y F% disminuído.

**11) F + % ext. disminuído.**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
esperado (mayor o = a 75%)	75
disminuído (menor al 75 %).	25

Sólo el 25 % de la muestra presenta el indicador F + % ext. disminuído. De esta forma, estos pacientes evaluados presentan déficit en grado de eficacia para manejar sus impulsos. Esta cifra no se considera como significativa, ya que el 75 % de la muestra presenta este indicador dentro del rango esperado, es decir, hay un grado adecuado de ajuste objetivo a la realidad y de eficacia en el manejo de los impulsos.

**12) M ausente/disminuído/aumentado.**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
esperado ( =5)	5
ausente	30
disminuído (menor o = a 1).	45
aumentado (mayor 5)	0

El 45 % de los sujetos presenta un M disminuído que expresa bajo nivel de creatividad y déficit en el repertorio de conductas humanas.

En el 30 % de los casos se observa un bloqueo masivo en las capacidades creativas intelectuales, con un grave déficit en el nivel de energía psíquica y corporal y una capacidad de insight disminuída o ausente, además de ausencia de interés por

las interacciones humanas y escasa empatía.

Sólo en un 5 % de los caso se observa una adecuado nivel de empatía y buena capacidad creativa.

No se observa la presencia significativa de los indicadores M ausente, M disminuído ni M aumentado.

### 13) FM ausente/disminuído/aumentado.

	% Base:20
esperado ( 2M:1FM)	10
ausente	0
disminuído	0
aumentado (FM mayor o =M)	90

Un 90 % de los casos muestra un alto nivel de demandas impulsivo-institivas, baja capacidad de postergar la gratificación de sus impulsos y baja tolerancia a la frustración.

El 10 % de los sujetos evaluados muestra un manejo adecuado de sus impulsos y son capaces de postergar la gratificación de sus necesidades. Se observa en forma significativa la presencia del indicador FM aumentado.

No se presentan los indicadores FM ausente ni FM disminuido.

### 14) Fm presente / moderado

	% Base:20
presente (Fm menor a mF+m)	15
moderado (Fm mayor a mF)	20

Un 20 % de los casos presenta en indicador Fm moderado, por los que estos sujetos serían capaces de tolerar la presencia de fantasías que expresan deseos irrealizables como fuente de frustración e irritabilidad.

Un 15 % proyectan fantasías que expresan deseos irrealizables como fuente de frustración e irritabilidad, lo que sugiere conflictos infantiles no resueltos que amenazan desestructurar el yo por el aumento de tensiones internas desestabilizadoras.

Estos indicadores no tendrían significación dentro del criterio aplicable a este estudio.



**15) RLC % aumentado/disminuído.**

	<b>%</b>
	<b>Base:20</b>
esperado (20 a 35 %)	80
aumentado (mayor a 35 %)	15
disminuído (menor 20%)	5

Un 80 % de los casos presenta un RLC % esperado, por lo tanto, un adecuado nivel de responsabilidad a los estímulos afectivos del medio, valor significativo para este estudio.

Un 15 % de los sujetos evaluados, muestra hiperalerta a los estímulos afectivos del medio e hiperalerta a las señales ansiógenas del medio.

Sólo en un 5 % hay falta de receptividad a los estímulos afectivos del medio, con tendencia al aislamiento.

**16) Fracaso en lám. X.**

	<b>%</b>
	<b>Base:20</b>
presente	10
ausente	90

El 90 % de los sujetos posee un adecuado interés por el contacto frente a la estimulación afectiva del medio, lo que indicaría una buena disposición a establecer alianzas de ayuda.

Sólo un 10 % de los sujetos fracasó en la Lámina X, lo que indica que un bajo porcentaje manifiesta un severo desinterés por contactarse con la estimulación afectiva que provenga del medio ambiente. Dada su frecuencia de presentación, no se establece la presencia de este indicador en forma significativa.

**17) C % disminuído.**

	<b>%</b>
esperado	65
disminuído (menor al 10 %)	35

Un 65 % de los casos muestra una adecuada capacidad de respuesta a los estímulos afectivos de medio; este valor es considerado como significativo.

Un 35 % de los sujetos evaluados manifiesta una empobrecida capacidad para responder a los estímulos afectivos del medio.

**18) Alteración de la fórmula color.**

	<b>%</b>	<b>Prop.</b>
normal (FC:CF:C = 2:1:0).	55	11/20 = 0.55
alterada	45	9/20 = 0.45
ausencia de FC	11	1/9 = 0.11
aumento de CF	44	4/9 = 0.44
presencia de C pura	77	7/9 = 0.77

Un 55 % de los sujetos evaluados mostró una afectividad adaptativa y una buena capacidad para vincularse en forma madura.

Un 45 % muestra alteración de la formula color, de los cuales un 5 % presenta ausencia de FC, lo que indica un déficit de la afectividad adaptativa y de la capacidad para vincularse en forma madura; un 20 % muestra un vínculo inmaduro, muy inestable, sugestionable y lábil; mientras que en un 35 % hay incapacidad para postergar la descarga impulsiva la cual es emitida desconsiderando el contexto.

**19) Respuestas de C simbólico (mayor o igual a 1).**

	<b>%</b>
	<b>Base:20</b>
presente	5
ausente	95

En un 95% de los casos se presenta ausencia de respuestas de C simbólico, lo que indica un acceso a los afectos en forma inmediata.

Sólo en un 5 % de los casos evaluados presentó este signo, que indica dificultad para acceder a los afectos en forma inmediata, llegando a ellos a través de mecanismos tales como la disociación, la racionalización y el racionalismo.

## 20) Fc aumentada/ausente.

	% Base:20
esperado	85
aumentado (Fc mayor a cF y/o c)	5
ausente	10

En un 85% de los casos se presenta un Fc dentro de los parámetros esperados, lo que indica un manejo adecuado de las necesidades afectivo - sensoriales y la presencia de objetos gratificadores diferenciados.

En el 10% de los pacientes se aprecian dificultades para vivenciar las necesidades de contacto sensorio-motriz y de afecto.

Un 5 % de los casos evaluados se presenta aumentado este signo, lo que indica un aumento de las necesidades afectivo sensoriales, dificultad en la expresión y satisfacción de estas necesidades y presencia de objetos gratificadores poco diferenciados.

La presencia de Fc aumentada y Fc disminuída no es significativa.

## 21) C' aumentada

	% Base:20
esperado	70
aumentado a) C`F + C` mayor a FC` b) FC + CF + C menor a FC` + C`F + C`.	0 30

En un 70% de los casos se presenta un adecuado nivel de C' lo que indica estabilidad de los mecanismos de defensa.

Un 30 % de los sujetos evaluados muestra peligro de derrumbamiento defensivo, estados disfóricos incontrolables y predominio de tonalidad emocional melancólica.

La presencia del indicador C' aumentada, no es significativa.

## 22) K aumentada.

	% Base:20
esperado (FK mayor a KF+K)	90
aumentado (KF+K mayor a FK)	10

En un 90 % de los casos no se presentan niveles de ansiedad que

desorganicen el yo.

Un 10 % de los sujetos evaluados muestra fracaso en el mecanismo de intelectuación de la angustia y presencia de ansiedad desorganizadora del yo.

La presencia del indicador K aumentada no es significativo.

### 23) H % aumentado/disminuído.

	% Base:20
aumentado (mayor al 25 %)	35
esperado (entre 10 y 25 %)	35
disminuído (menor al 10 %)	30

El 35 % de los casos presenta un adecuado interés por los demás y una buena capacidad empática.

Un 35 % de los sujetos presentó un aumento de H %, lo que implica un excesivo interés en torno a los seres humanos, estereotípi del pensamiento y en algunos casos preocupaciones paranoides en el contacto (dependiendo de su calidad formal y localización).

Un 30 % mostró un H% disminuído, lo indica bajo interés por el entorno humano, dificultad para anticipar interacciones y baja capacidad para confirmar características de identidad propia y ajena.

Los indicadores H % aumentado y H % disminuído no son significativos.

### 24) (H) aumentado.

	% Base:20
esperado ( (H) menor a H )	45
aumentado ( (H) mayor a H )	55

Un 55 % presenta fantasías de seres humanos irreales, idealizados o devaluados, predominando interacciones infantiles y mágicas. Además indica dificultad para establecer vínculos en el plano de lo real y posible.

El 45 % de los casos muestra una buena capacidad para establecer vínculos maduros dentro del plano real.

La presencia del indicador (H) aumentada, es significativa.

### 25) Hd aumentado.

	% Base:20
esperado ( Hd menor a H )	60
aumentado ( Hd mayor a H )	40

El 60 % de los casos no presenta elevados niveles de angustia frente al contacto interpersonal.

Un 40 % de los casos evaluados presenta predominio de notificaciones parciales del cuerpo a partir de las cuales se organiza un esquema corporal incompleto; un excesivo interés por destacar aspectos parciales de otros seres humanos, y angustia ante el contacto interpersonal.

La presencia del indicador Hd aumentado, no es significativa.

### 26) Ausencia de M en lám. III en posición "a".

	% Base:20
M presente en lám. III	65
M ausente en lám. III	35

El 65 % de los casos no presenta dificultades importantes para adaptarse en el área social.

Un 35 % de la muestra expresa dificultades para percibir y realizar interacciones humanas complementarias, conflictos en el área interpersonal y dificultad en el área de adaptación social.

La presencia del indicador C` aumentada, no es significativa.

### 27) At aumentado (mayor al 20 %).

	% Base:20
esperado (menor a 20% )	100
aumentado (mayor a 20%)	0

Este signo no fue encontrado en la muestra evaluada.

### 28) Disminución de G en relación a M.

	% Base:20
esperado	100
aumentado (se altera la relación 2-3G:1M).	0

Este signo no fue encontrado en la muestra evaluada.

### 29) P aumentado/disminuído.

	% Base:20
esperado (entre 3 y 8 )	75
aumentado (mayor a 8 )	25
disminuído (menor a 3 )	0

Un 75 % de los casos presenta una adecuada participación en la modalidad perceptiva colectiva, siendo capaces de reconocer los estímulos más comunes del medio.

Un 25 % de la muestra de sujetos evaluados presenta un excesivo apego a los juicios convencionales. En protocolos disminuídos traducen un excesivo formalismo, falta de espontaneidad y flexibilidad del pensamiento y en la conducta social.

La presencia de indicadores P aumentado y P disminuído, no es significativa.

### 30) IR bajo.

	% Base:20
esperado (mayor a 3 ptos.)	75
bajo (menor o igual a 3 ptos.)	25

Un 75 % mostró adecuada capacidad para adaptarse a la realidad consensual.

Un 25 % de los sujetos presenta una grave pérdida de la capacidad de adaptación a la realidad normativa consensual.

La presencia de indicador IR bajo, no es significativa.



### 31) A % aumentado/disminuido

	<b>% Base:20</b>
esperado (entre 20 y 55%)	45
aumentado (mayor al 55 %)	55
disminuido (menor al 20 %)	0

Un 55% de los sujetos muestra reducción de la esfera de los intereses, un pensamiento pueril y estereotipado debido a una excesiva internalización de parámetros normativos del medio externo.

Un 45 % muestra una capacidad intelectual que le permite adaptarse al medio y reconocer las normas sociales.

La presencia de indicador A % aumentado es significativa.

La presencia de indicador A % disminuído no es significativa.

## II. FENÓMENOS ESPECIALES DEL ÁREA COGNITIVO-PERCEPTIVA.

### 1) Fluctuación de la conciencia de interpretación.

	% Base:20
disminuido/aumentado	45
esperado	55

El 55 % de los casos posee límites claros para diferenciar lo externo de lo interno.

Un 45 % de los sujetos de la muestra presenta inestabilidad en el establecimiento de límites con la realidad. Si se exagera el aumento, da cuenta de una actitud crítica, perfeccionista frente a la realidad externa e interna. Si predomina la disminución, hay una pérdida de límites del Yo que confunde lo real interno con lo real externo.

La presencia de indicador fluctuación de la conciencia de interpretación no es significativa.

### 2) Fracaso aumentado.

	% Base:20
aumentado(2 o más, excluyendolo en lám. IX)	0

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

### 3) Descripción de las láminas ( 4 o más).

	% Base:20
presente	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

#### 4) Alusiones a la simetría (más de 3).

	% Base:20
presente (más de 3)	30
ausente	70

El 70 % de los casos muestra seguridad emocional.

Un 30 % de los sujetos evaluados manifiesta índices de inestabilidad e inseguridad emocional y búsqueda de compensación de estos sentimientos en el ordenamiento de la realidad externa, presentando tendencias críticas por minuciosidad perceptiva.

La presencia de indicador alusiones a la simetría no es significativa.

#### 5) Simetría desigual.

	% Base:20
presente	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

#### 6) Ilusión de semejanza (3 o más).

	% Base:20
presente (3 o más)	10
ausente	90

El 90 % de los sujetos evaluados no manifiesta perplejidad ante los estímulos presentados.

En el 10 % de los casos los sujetos muestran perplejidad frente al estímulo, la que se expresa por medio de racionalizaciones que intentan compensar la inseguridad frente a lo nuevo.

La presencia de indicador Ilusión de semejanza no es significativa.

### 7) Secuencia (en 3 o más lam.).

	% Base:20
presente	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

### 8) Fusión figura fondo.

	% Base:20
presente	40
ausente	60

En el 60 % de los casos no muestra niveles de creatividad que sean relevantes.

El 40 % muestra creatividad y originalidad perceptiva.

La presencia de indicador fusión figura fondo no es significativa.

### 9) Percepción invertida.

	% Base:20
presente	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

### 10) Críticas.

	%	Prop.
ausente	70	14/20= 0.7
presente	30	6/20 = 0.3
Al sujeto.	17	1/6 = 0.17
Al objeto	83	5/6 = 0.83
Al examinador.	0	0/6 = 0.0
Al autor	0	0/6 = 0.0

En el 70 % de los casos se ha desarrollado un buen nivel de tolerancia a

las frustraciones del medio.

En el 30 % de los casos existe una actitud desconfiada y descalificatoria; de los cuales un 83 % (5/6) expresa exigencia de perfección en el medio externo, y un 17 % (1/6) evidencia conflictos que originan inseguridad en el propio rendimiento.

La presencia del indicador críticas no es significativa.

### 11) Respuesta "o".

	% Base:20
ausente	55
presente	45

El 55 % de los sujetos presenta una adecuada capacidad para simbolizar e integrar diversos aspectos de la realidad.

En el 45 % de los casos se observa inseguridad y meticulosidad, lo que dificulta la mantención de un sólo concepto en el campo de la atención.

La presencia de indicador respuesta "o" no es significativa.

### 12) Impotencia.

	% Base:20
presente	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

### 13) Perplejidad orgánica.

	% Base:20
presente (entre 2 y 3)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**14) Perseveración (entre 2 y 3).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (entre 2 y 3)	15
ausente	85

En el 85% de los sujetos evaluados se presenta flexibilidad de las representaciones mentales.

El 15% de los casos muestra elevada inercia de las representaciones mentales, las cuales tienden a imponerse por sí mismas en la conciencia.

La presencia de indicador perseveración no es significativa.

**15) Repeticiones (3 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (3 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**16) Frases Automáticas (3 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (3 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**17) Deficiencia de la Memoria (entre 2 y 3).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (entre 2 y 3)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.



## II) FENÓMENOS ESPECIALES DEL ÁREA DEL PENSAMIENTO.

### EJE I : ABSTRACCIÓN.

#### 1) Fabulación (entre 2 y 3).

	% Base:20
presente (entre 2 y 3)	50
ausente	50

El 50 % de los sujetos evaluados es capaz de hacer elaboraciones de la realidad en forma neutra.

El otro 50 % presenta aumento de la fantasías de atribución de intención que implica elementos paranoides e histriónico, tiñiendo con matices afectivos la elaboración de la realidad.

La presencia del indicador fabulación es significativa.

#### 2) Autorreferencias menores (entre 1 y 3).

	% Base:20
presente (entre 1 y 3)	40
ausente	60

El 60 % de los casos no justifica sus juicios personales, mientras el 40 % presenta rasgos de inseguridad y manifestaciones de pensamiento concreto.

La presencia del indicador autorreferencias menores no es significativa.

#### 3) Alorreferencias (2 o más).

	% Base:20
presente ( 2 o más)	10
ausente	90

El 90 % de los casos asume la responsabilidad de sus acciones, mientras que el 10 % manifiesta gran dependencia con los objetos externos necesitando incluirlos para compensar carencias personales.

La presencia del indicador alorreferencia no es significativa.

**4) Búsqueda de significados (1 o más).**

	% Base:20
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**5) Simbolización (Independiente del color dado).**

	% Base:20
presente (entre 2 y 3)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**6) Lenguaje pedante.**

	% Base:20
presente (entre 2 y 3)	20
ausente	80

El 80 % de los casos logra responsabilizarse de sus elaboraciones.

El 20 % de los casos expresa rasgos inseguros necesitando a otro que valide su elaboración.

La presencia del indicador Lenguaje pedante no es significativa.

**7) Confabulación grave (1 o más).**

	% Base:20
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**8) Lógica autista o peculiar (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**9) Autorreferencias mayores o delirantes (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**10) Lenguaje amanerado (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**11) Negación mayor (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**12) Neologismo (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

## EJE II : CONCRETISMO.

### 1) Combinación fabulada (1 o más).

	% Base:20
presente (1 o más)	35
ausente	65

Un 35 % de casos presenta alteración en la lógica relacional de los conceptos que provienen de diferentes géneros y especies, cuya relación no es posible, mientras que el 65 % no presenta esta alteración.

La presencia del indicador combinación fabulada no es significativa.

### 2) Concretización (1 o más).

	% Base:20
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

### 3) Tendencia a la contaminación (1 o más).

	% Base:20
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

### 4) T.L.E. (1 o más).

	% Base:20
presente (1 o más)	20
ausente	80

Un 20 % de los casos presenta severas dificultades para diferenciar lo propio de lo ajeno, por límites difusos, además de importantes alteraciones en la notificación y organización de su identidad corporal, mientras que un 80 % no presenta estas dificultades.

La presencia del indicador transgresión de límites espaciales no es significativa.

**5) Contaminación (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	30
ausente	70

Un 30 % de los casos presenta una grave perturbación del pensamiento con un funcionamiento en términos sincréticos y confusos, en tanto un 70 % no muestra evidencia de este tipo de perturbaciones.

La presencia del indicador contaminación no es significativa.

**6) Respuesta de posición (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	10
ausente	90

En un 10 % de los casos hay evidencias de la presencia de un racionalismo mórbido, en tanto que el 90 % no muestra esta deficiencia.

La presencia del indicador respuesta de posición no es significativa.

**7) Respuesta de N° (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	5
ausente	95

Un 95 % de los casos muestra un manejo de la realidad mediante la cuantificación de sus elementos y/o atribución de un significado simbólico asociado al concepto numérico, mientras que un 5 % de los evaluados no muestra este tipo de manejo.

### 3. FENÓMENOS ESPECIALES Y LÍNEAS TEMÁTICAS DEL ÁREA AFECTIVA.

#### 1) Shock al rojo (1 o más).

	% Base:20
presente (1 o más)	50
ausente	50

Un 50 % de los casos presenta un mal manejo de la agresividad, con ansiedad y represión frente a ella, en tanto que al 50 % restante muestra un buen manejo.

La presencia del indicador shock al rojo es significativa.

#### 2) Shock al gris (1 o más).

	% Base:20
presente (1 o más)	5
ausente	95

Un 5 % de los casos utiliza los mecanismos de negación o represión para el manejo de la angustia, mientras que un 95 % no utiliza estos mecanismos.

La presencia del indicador shock al gris no es significativa.

#### 3) Shock cromático (1 o más).

	% Base:20
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

#### 4) Shock al blanco (según N° de respuestas protocolo).

	% Base:20
presente (1 o más)	15
ausente	85

Un 15 % de los casos presenta angustia ante el significado genital de las relaciones heterosexuales, mientras que un 85 % no muestra angustia antes las relaciones heterosexuales. La presencia del signo shock al blanco no es significativa.



**5) Shock al vacío (1 o más).**

	% <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	25
ausente	75

El 25 % de los casos presenta conflictos con la maternidad y/o tendencias regresivas, en tanto que el 75 % no muestra este tipo de conflictos.

La presencia del signo shock al vacío no es significativa.

**6) Respuesta movimiento activo o pasivo (según N° de respuestas protocolo).**

	% <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**7) Color en lám. negras (1 o más).**

	% <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**8) Respuestas estáticas (2 o más).**

	% <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**9) Respuestas de sombra (2 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	5
ausente	95

Un 5 % de los casos presenta angustia debido a la incapacidad para configurar en forma clara la realidad externa y personal, bajo nivel de autoafirmación y vulnerabilidad al medio; todo esto indica una representación difusa de la identidad personal.

El 95 % no muestra este signo.

La presencia del signo respuestas de sombra no es significativa.

**10) Desvitalizaciones (2 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	45
ausente	55

Un 45 % de los casos presenta falta de vigor vital en la percepción del mundo y de sí mismos y conflictos con el manejo de la agresión.

El 55 % no presentó este signo.

La presencia del signo desvitalizaciones no es significativa.

**11) Respuestas de defecto (2 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	75
ausente	25

Un 75 % de los casos muestra un aumento en las tendencias auto y heterocríticas con respecto a sus características corporales y psicológicas de identidad, énfasis por advertir lo carencial y deficiente del mundo externo y de sí mismo, rechazo del esquema corporal y en planos inconscientes se ha vinculado a fantasías castratorias y culpa persecutoria.

Un 25 % no muestra este signo.

La presencia del signo respuesta de defecto es significativa.

**12) Vitalizaciones (2 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**13) Nominación de color (2 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	25
ausente	75

El 25 % de los casos muestra sensibilidad al impacto afectivo exterior, respondiendo a él con una afectividad pueril e infantil. Indica posible daño orgánico cerebral.

El 75 % de los casos no presentó este signo.

La presencia del signo nominación del color no es significativa

**14) Inmoderación temática (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**15) Ambitendencia (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**16) Color simbólico (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	0
ausente	100

Los sujetos de la muestra evaluada no presentaron este signo.

**17) Simbiosis (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	25
ausente	75

El 75% de los sujetos evaluados no presenta distorsiones graves en la configuración del sí mismo y de los otros, estableciendo límites adecuados entre lo interno y lo externo.

El 25 % de los casos muestra severas distorsiones en la configuración del sí mismo corporal y psicológico, conjuntamente con severas alteraciones en la notificación del mundo externo; alta necesidad de contacto estrecho con otros; pérdida de límites psicológicos y regresión o fijación a etapas dependientes.

La presencia del indicador union mayor o simbiosis no es significativa.

**18) Metamorfosis (2 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (2 o más)	5
ausente	95

El 5 % de los casos presencia vivencia de profunda transformación, tanto a nivel de conciencia e imagen personal y corporal.

El 95 % de los casos no muestra evidencias de experimentar estas vivencias.

La presencia del signo metamorfosis no es significativa.

**19) Respuesta especular (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	20
ausente	80

El 20% de los casos reconoce a un otro en la medida que es reflejo de lo propio y reafirma su imagen corporal a partir del reflejo que otros le dan, generando relaciones muy demandantes y exigentes; presentan además una autoestima lábil y vulnerable.

El 80% de los casos evaluados no presentó este signo.

La presencia del signo respuesta de reflejo no es significativa.

**20) Respuesta deteriorada (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	35
ausente	65

El 35 % de los casos presenta representaciones dañadas de sí mismo como del mundo que los rodea.

El 65% de los casos evaluados no presentó este signo.

La presencia del signo respuesta deteriorada no es significativa.

**21) Respuesta de ropa (1 o más).**

	<b>%</b> <b>Base:20</b>
presente (1 o más)	35
ausente	65

El 65% de los casos se presenta una buena capacidad para establecer límites personales, mientras que en el 35% de los sujetos evaluados se presenta debilidad del límites personal corporal o psicológico, lo cual es compensado por atributos externos para reforzar la división entre lo interno y lo externo.

La presencia del indicador respuesta de ropa no es significativa.

## FUNCIÓN DE IDENTIDAD.

A.- Límites. Sentido de propiedad y pertenencia. Delimitación de lo Propio y Ajeno.	% Base:20
T.L.E.	15
Unión mayor.	25
Respuesta especular.	20
Respuesta de metamorfosis.	5
Respuesta de vacío.	25
Respuesta de sombra.	5
Respuesta de ropa.	35

Estos signos evalúan fundamentalmente los niveles en que se delimita lo propio-ajeno y lo interno-externo (Paredes, Micheli, Vargas, 1986).

La presencia de los fenómenos de trasgresión de límites espaciales (TLE) y la unión mayor indican severas distorsiones en la configuración del si mismo corporal y psicológico, además de alteraciones en la notificación del mundo externo. Dichos fenómenos fueron encontrados en un 15 % de la muestra estudiada para la TLE, y en un 25 % para la unión mayor.

En el 20 % de los protocolos evaluados encontramos respuestas especulares, las que indican que estos sujetos reconocen a un otro en la medida que es reflejo de lo propio.

Sólo en un 5 % de los casos encontramos el fenómeno de metamorfosis, que informa de vivencias de profunda transformación tanto a nivel de conciencia e imagen personal y corporal.

Los indicadores anteriores evidencian una grave deficiencia en la formación del esquema corporal y psicológico.

Las respuestas de vacío y sombra, con un 25 y un 35 % respectivamente, aluden a sentimientos de no estar completo o de poseer una identidad difusa. en donde lo ajeno puede ser complemento que vacía o que borra.

El signo de ropa, encontrado en un 35 % de la muestra, enfatiza la menor dificultad para establecer límites, en donde la debilidad personal es compensada por atributos externos, los cuales consiguen reforzar la división entre lo propio y lo ajeno.



<b>B.- Imagen corporal. Determinación genérica.</b>	<b>%</b>
	<b>Base:20</b>
T.L.E.	20
Ambigüedad sexual.	20
Respuesta especular.	20
Respuesta de sombras.	0
Respuesta superficie blanda.	10
At. elevado	0
Hd elevado.	0
Respuesta superficie dura.	<b>75</b>

En esta área, las respuestas de trasgresión de límites espaciales y de ambigüedad sexual, ambas encontradas en un 20% de la muestra, manifiestan una imagen corporal construída con características poco claras e incluso contradictorias, base para la formación de un esquema corporal y espacial confuso.

En las respuestas especulares, encontradas en un 20% de los protocolos evaluados , la imagen corporal se reafirma a partir del reflejo que otros dan, estableciendo relaciones muy demandantes y exigentes.

Las respuestas de superficie blanda, presentes en un 10% de los casos, informa de sentimientos de debilidad y apertura a la intromisión del ambiente, aludiendo a dificultades de la autoafirmación y vulnerabilidad al medio.

Las respuestas de sombra, anatómicas y las de contenido humano parcial no fueron fenómenos encontrados en la muestra evaluada.

Las respuesta de superficie dura, encontrada en un 75 % de los sujetos evaluados, informa de un esquema corporal rígido y poco abierto al contacto y al intercambio.

<b>C.- Incorporación de experiencias afectivas con personas claves.</b>	<b>% Base:20</b>
Infantil I.	10
Oral agresiva.	<b>55</b>
Angustia de separación.	5
Angustia destructiva.	35
Angustia paranoídea.	<b>50</b>
Respuesta de vacío.	25
Sin H en III.	20
Sin M.	20
Aumento de (H).	<b>55</b>

Los signos propuestos en esta área son conducentes a plantear una peculiar organización yoica y superyoica como también el tipo de vínculo que se deriva de ellos (ob. cit.).

Las respuestas infantiles I y las orales agresivas, con un 10 y un 55 % respectivamente, denotan necesidades primarias de un nivel yoico muy inmaduro y poco diferenciado, que tiende a la vinculación envidiosa y voraz con objetos confusos (amados y odiados).

Las respuestas de angustia de separación, encontradas en un 5 %, aluden a vivencias de fragilidad personal, necesidad de dependencia, incapacidad para emitir juicios o desarrollar sentimientos propios.

El signo de angustia destructiva, en 35 % de la muestra, da cuenta de representaciones de experiencias con figuras altamente peligrosas, en que se enfatiza el poder destructivo potencial de los propios impulsos y ajenos, correspondiendo a fantasías de desintegración y muerte que amenazan desde el interior al yo.

En las respuestas de angustia de tipo paranoídeo con un 50 % de presencia en la muestra, el énfasis está puesto en la incorporación de experiencias afectivas con modelos poco gratificadores y poco contenedores, los que han sido integrados como hostiles y dañinos.

Informa también de una alta necesidad de proyectar los impulsos agresivos en el mundo externo que, desde afuera, amenazan al yo.

Las respuestas de vacío, presentes en un 25 %, incluyen vivencias en que las figuras claves han aniquilado aspectos personales, los cuales vinculados con cargas agresivas propias y ajenas determinan un esquema de sí mismo incompleto. La fantasía de poseer un hueco-herida corporal o psicológica habla también de vaciamiento defensivo de modelos y pobreza de objetos internos.

La ausencia de contenido humano en la lámina III, encontrada en un 20 %

de los casos, incide en la dificultad para percibir interacciones complementarias, y puede obedecer a temores fóbicos ante el contacto humano.

La ausencia de respuestas de movimiento humano, en 20 % de la muestra, alude a la dificultad de utilizar la actividad corporal, fundamento importante en la conciencia corporal, y a un refugio en lo estático, dado que la conquista del espacio a través del movimiento propio no se ha desarrollado o está detenida. Las experiencias con personas claves generan temor y no hay representaciones humanas en interacción.

El elevado porcentaje de contenido humano irreal, en 55 % de la muestra, propone la mantención de idealizaciones o bien descalificaciones de los modelos claves. Hay refugio en la fantasía, junto a rechazo y dificultad para centrarse en los seres humanos como tales.

<b>D.- Internalización de experiencias en las representaciones de sí y de los otros.</b>	<b>% Base:20</b>
Respuesta deteriorada.	35
Infantil I.	10
Oral agresiva.	<b>55</b>
Respuesta de vacío.	25
Respuesta de sombras.	0
Simetría desigual.	0
Respuesta superficie blanda.	15
Respuesta de defecto.	<b>75</b>
Respuesta superficie dura.	<b>75</b>
Infantil II.	15

En esta área, los signos propuestos informan de las características que definen tanto en lo psicológico como corporal la identidad personal y ajena (ob. cit.).

Las respuestad deterioradas, dadas por un 35 % de la muestra, sugieren representaciones dañadas, dando cuenta de sentimientos de desecho personal y pesimismo radical tanto en la autopercepción como en la visión del mundo.

Las respuestas infantil I y orales agresivas, en un 10 y 55 % respectivamente, aluden a representaciones del sí mismo primitivas, con defensas también primitivas en el control de los impulsos. Cualquier frustración, por mínima que sea, genera intensa rabia y la postergación o mentalización de los impulsos; justamente por la fuerza con que ellos son experienciados, invalida su control.

En las respuestas de vacío, que aparecen en el 25 % de los casos, hay

representaciones de una identidad incompleta o difusa.

Las respuestas de sombra y las de simetría desigual no fueron fenómenos encontrados en la muestra evaluada.

Las respuesta de superficie blanda, en 15 % de los protocolos evaluados, dan cuenta de representaciones débiles y poco seguras.

Las respuestas de defecto, encontradas en un 75 % de los protocolos revisados, sugieren tendencias críticas, énfasis por evaluar aspectos carenciales del mundo y de sí mismo , así como también alertan hacia representaciones defectuosas en lo físico y no aceptación del esquema corporal , ya sea por juicios sociales o culturales.

Las respuestas de superficie dura, encontradas en el 75 % de la muestra, dan cuenta de representaciones rígidas e inflexibles poco adaptables, absolutas. Lo relativo a lo casual pierde, y la seguridad inflexible de los juicios o sentimientos se mantiene como coraza o fortaleza defensiva.

Las respuestas infantiles II, presentes en un 15 % de los casos, dan cuenta de representaciones inmaduras e infantiles.

## RESUMEN DE SIGNOS RELEVANTES DETERMINADOS.

A continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos y que fueron analizados anteriormente, destacándose los signos presentes en forma relevante y los signos ausentes.

### I. Signos Clínicos Derivados de Elementos Formales.

#### 1. Signos significativos:

- R. disminuído. (entre 8-15).	75 %
- G % esperado (25 %-60 %).	50%
- D % aumentado (mayor al 70 %).	60%
- S % aumentado (mayor al 15 %).	75%
- Presencia de F- y/o Fs .	70%
- F % esperado (25 % a 60 %).	65%
- F + % ext. esperado	75%
- M disminuído	45%
- Ausencia de M.	30%
-M disminuído + Ausencia de M	75 %
- FM aumentado	90%
- RLC % esperado.	80%
- Alt. fórmula color	45%
- (H) aumentado ( (H) mayor a H ).	55%
- A % aumentado (mayor al 55 %).	55%

#### 2. Signos que no aparecieron:

- Dd %                      -DG aumentado
- At aumentado

### II. Signos Clínicos Derivados de los Fenómenos Especiales.

#### 1. Fenómenos especiales del área cognitivo perceptiva

11. Signos significativos: En esta área no aparecieron signos significativos.

#### 12. Signos que no aparecieron:

- Fracaso aumentado                      - Descripción de las láminas

- Simetría desigual.
- Percepción invertida.
- Perplejidad orgánica
- Frases Automáticas
- Secuencia (en 3 o más lám.).
- Impotencia.
- Repeticiones (3 o más).
- Deficiencia de la Memoria

## **2. Fenómenos Especiales del Area del Pensamiento.**

### **Eje I Abstracción**

**2.1 Signos significativos: En este eje no aparecieron signos significativos.**

#### **2.2 Signos que no aparecieron:**

- Búsqueda de significados
- Confabulación grave
- Autorref. mayores
- Lenguaje amanerado
- Simbolización
- Lógica autista o peculiar (1 o más).
- Neologismo
- Negación mayor

### **Eje II. Concretismo.**

**2.3 Signos significativos: En este eje no aparecieron signos significativos.**

#### **2.4 Signos que no aparecieron:**

- Concretización
- Tendencia a la contaminación

## **3. Fenómenos Especiales y Líneas Temáticas del Area Afectiva.**

#### **3.1 Signos significativos:**

- Shock al rojo (1 o más). **50%**
- Respuestas de defecto (2 o más). **75%**

#### **3.2 Signos que no aparecieron:**

- Shock cromático
- Color en lám. negras
- Vitalizaciones
- Inmoderación temática
- Color simbólico
- Respuesta movimiento activo o pasivo
- Respuestas estáticas
- Descripción de color
- Ambientencia



#### **4. Fenómenos especiales para la función de identidad.**

##### **4.1 Límites. Sentido de propiedad y pertenencia. Delimitación de lo Propio y Ajeno.**

**4.1.1 Signos significativos:** En esta area no aparecieron signos significativos.

##### **4.2 Imagen corporal. Determinación genérica.**

###### **4.2.1 Signos significativos:**

- Respuesta superficie dura. 75%

###### **4.2.2 Signos que no aparecieron:**

- Respuesta de sombras. - At. elevado .  
- Hd elevado.

##### **4.3 Incorporación de experiencias afectivas con personas claves.**

###### **4.3.1 Signos significativos:**

- Oral agresiva. 55%  
- Angustia paranoídea. 55%

###### **4.3.2 Signos que no aparecieron:**

- Infantil I. - Angustia destructiva.

##### **4.4 Internalización de experiencias en las representaciones de sí y de los otros.**

###### **4.4.1 Signos significativos:**

- Oral agresiva. 55%  
- Respuesta de defecto. 75%  
- Respuesta superficie dura. 75%

###### **4.4.2 Signos que no aparecieron:**

- Respuesta de sombras. - Simetría desigual.

## RESULTADOS B.P.R.S.

A continuación se presentan los resultados de los 20 pacientes de la muestra que fueron evaluados a través de la escala B.P.R.S.

<b>Paciente</b>	<b>Resultado</b>	<b>Paciente</b>	<b>Resultado</b>
<b>1.</b>	17	<b>2.</b>	17
<b>3.</b>	18	<b>4.</b>	19
<b>5.</b>	18	<b>6.</b>	19
<b>7.</b>	19	<b>8.</b>	17
<b>9.</b>	18	<b>10.</b>	17
<b>11.</b>	16	<b>12.</b>	19
<b>13.</b>	16	<b>14.</b>	19
<b>15.</b>	18	<b>16.</b>	16
<b>17.</b>	19	<b>18.</b>	19
<b>19.</b>	16	<b>20.</b>	20

**Promedio : 17, 85.**

**N : 20.**

En base a los datos obtenidos, es posible señalar que todos los pacientes evaluados cumplen con el criterio de muestreo establecido para la realización del presente estudio, referente a la ausencia de trastornos psiquiátricos graves, tales como psicosis, trastornos afectivos, epilepsia y deterioro psicoorgánico.

Todos los pacientes se sitúan dentro del rango que indica la presencia de algún trastorno psiquiátrico menor, lo cual no es un criterio excluyente para conformar parte de la muestra a estudiar.

## **RESULTADOS DE LA ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG).**

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG).

<b>Paciente</b>	<b>%</b>	<b>Paciente</b>	<b>%</b>
<b>1.</b>	100	<b>2.</b>	80
<b>3.</b>	70	<b>4.</b>	65
<b>5.</b>	80	<b>6.</b>	80
<b>7.</b>	80	<b>8.</b>	65
<b>9.</b>	80	<b>10.</b>	90
<b>11.</b>	90	<b>12.</b>	85
<b>13.</b>	90	<b>14.</b>	85
<b>15.</b>	85	<b>16.</b>	100
<b>17.</b>	90	<b>18.</b>	95
<b>19.</b>	95	<b>20.</b>	60

**Promedio : 83, 25 %.**

**N : 20.**

En base a los datos obtenidos, es posible señalar que el 20 % de los pacientes evaluados (4/20) se sitúa dentro del rango definido como sin síntomas. Un 35 % (7/20), posee la apreciación subjetiva de tener un buen rendimiento en todas las áreas, y no tener más preocupaciones que los problemas cotidianos.

Un 25 % (5/20) de los pacientes acusa la existencia de una ligera alteración de su funcionamiento constituyendo reacciones esperables frente a situaciones psicosociales estresantes.

El 15 % (3/20) considera que presenta algunas dificultades leves en la actividad social o laboral, pero en general funcionan bastante bien; mientras que un 5% (1/20) de los pacientes evaluados aprecia la existencia de dificultades moderadas en su funcionamiento general.

En base a estos resultados es posible señalar que los sujetos de la muestra aprecian que si bien pueden poseer ciertas dificultades en su adaptación global, consideran que éstas no son invalidantes.

## PERFIL PSICOLOGICO DE LOS PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HD.

En base a los objetivos planteados para el presente estudio acerca de la existencia de un perfil de personalidad característico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se someten a Hemodiálisis intermitente, se realiza a continuación el análisis e integración de los signos clínicos formales y de los signos clínicos derivados de fenómenos especiales, cuya presencia se consideró como significativa en los protocolos de los pacientes evaluados.

Los pacientes presentan una baja producción ideosociativa, lo que implica una reducción en la esfera de los intereses, enfrentamientos pasivos con la realidad, necesitando del estímulo de los demás para ser activos y productivos. Hay escasa motivación de logro y disminución de las expectativas frente a sus rendimientos.

El enfrentamiento de situaciones cotidianas se caracteriza por un enfoque predominantemente práctico, existiendo adecuada capacidad para captar los elementos más relevantes del entorno. Sin embargo se observan dificultades en la integración cognitiva, lo que impide una comprensión más completa y enriquecedora de los diversos aspectos que componen la realidad; se observa además un pensamiento pueril y estereotipado con producciones que no logran ser originales ni creativas.

Presentan déficit en la capacidad organizativa y planificadora por el predominio de las aptitudes práctico-concretas. De esta forma, hay dificultades tanto en la formulación de las tareas como en su ejecución.

El examen de la realidad se encuentra dentro de límites normales; sin embargo, en ocasiones se aprecian dificultades para percibir en forma neutra y objetiva, debido a que disminuye el control intelectual de la afectividad. Esta interferencia se debe a interferencias de tipo afectivo, no presentando características psicóticas, ya que no se debe a alteraciones del curso formal ni del contenido del pensamiento.

En el manejo de los impulsos se observan dificultades en el control y expresión adecuada de la agresividad, existiendo contenidos agresivos y ambivalencia respecto a la agresividad propia y ajena.

Se presentan importantes necesidades de gratificación y alta receptividad a los estímulos afectivos del medio. No obstante la incorporación de los otros significativos, que son fuente de gratificación emocional, se vivencia de manera persecutoria; de esta forma se muestran a los demás como impenetrables. A partir de esto, en las relaciones interpersonales predominan interacciones idealizadas, mágicas y altamente demandantes, en las que se presentan dificultades para establecer vínculos dentro del plano de lo real y posible.

Hay un escaso repertorio de conductas empáticas, que se expresa a través de la evitación de situaciones interpersonales, existiendo fantasías de vínculos inmaduros y elevadas demandas afectivas frente al ambiente.

A pesar de existir un énfasis por advertir los aspectos carenciales tanto del mundo como de sí mismo, y un aumento de las tendencias auto y heterocríticas de las características corporales y psicológicas de la identidad, se aprecia despreocupación y/o negación de los aspectos corporales dañados, aspecto que implica una negación de la situación vital en que estos pacientes se encuentran

La internalización de las normas sociales se realiza desde un ámbito racional y cognitivo, sin embargo conductualmente hay oposición a éstas.

La identidad de estos pacientes se caracteriza por la ausencia de dificultades significativas en la delimitación de lo propio y lo ajeno, no observándose índices significativos de inadecuada configuración del sí mismo corporal y psicológico. Sin embargo, se observa un esquema corporal rígido y poco abierto al intercambio.

Respecto al establecimiento de vínculos, se observan necesidades primarias poco claras e indiferenciadas, con representaciones de experiencias con figuras claves altamente peligrosas, que enfatizan el poder destructivo de los impulsos y amenazan desde el interior al yo, además de dificultades para centrarse en las relaciones interpersonales en forma realista e integrada, debido a la persistencia de representaciones personales infantiles e irreales.

## COMENTARIOS Y DISCUSION

Es de relevancia mencionar que a través del análisis de los signos Rorschach, en la muestra de pacientes evaluados no se evidenció la presencia de psicosis, daño orgánico cerebral u otra patología psiquiátrica, lo cual es concordante con los resultados entregados por la Entrevista Psiquiátrica Breve (B.P.R.S.).

Se ha encontrado que los pacientes de la muestra, dentro del marco de estar afectados por una enfermedad crónica, se caracterizan por presentar altos niveles intolerancia y oposicionismo, que se expresan a través del desacato de las indicaciones médicas y restricciones relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, principalmente las relacionadas con la dieta y la ingesta de líquidos. Es importante señalar que los pacientes no presentan ideación suicida a través de la prueba de Rorschach, pero el personal que los asiste y los propios pacientes refieren la existencia de conductas suicidas por omisión y latentes.

Lo anterior es posible de relacionar con los resultados obtenidos a través del test de Rorschach, donde se presentan dificultades importantes en el control y expresión de la agresividad, la cual tiende a manifestarse en forma impulsiva, lo cual es concordante con la fase descrita en la literatura como de enfado, donde en el marco de una enfermedad crónica se describe como característico que frente a la realidad que se torna intolerable y amenazante, posterior a una etapa inicial de negación, el paciente experimenta un sentimiento de rabia que proyecta hacia el exterior en forma de oposicionismo y críticas hacia el sistema del cual ha comenzado a depender para continuar con vida.

Por otra parte, se aprecian importantes necesidades de afecto y dependencia, estableciéndose un circuito en donde desde su necesidad de vínculo inmaduro, se vinculan con los otros a partir de expectativas idealizadas tanto de sí mismos como de los demás. Esto los torna altamente demandantes, y al no cumplirse las expectativas, genera sentimientos de ser poco valorados por otros significativos, elicitándose tanto percepciones persecutorias del medio como representaciones inflexibles y absolutas, lo que impide la apertura al intercambio en las relaciones interpersonales.

El circuito planteado repercute en un aumento de las respuestas defensivas de repliegue y en baja autoestima, que toma claras connotaciones de ir adquiriendo características autodestructivas, existiendo la presencia de angustia de muerte que impide la consolidación o trazado de un plan vital. De esta manera, se genera una pauta de establecimiento de vínculos que puede ser definida en términos del concepto de desesperanza aprendida.



Respecto a la imagen corporal, se espera que debido a la patología que afecta a los pacientes y el tratamiento al que se someten, se presenten evidencias de alteraciones en la percepción de la corporalidad. Sin embargo, en el test de Rorschach se aprecia olvido del cuerpo enfermo, situación que puede entenderse como una defensa, por medio de la negación, de los aspectos corporales dañados. Esto es concordante con los resultados obtenidos en la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (E.E.A.G.), donde se aprecia que los pacientes al evaluar en forma subjetiva su funcionamiento global, consideran que éste se encuentra dentro de niveles elevados y correspondientes a un rango óptimo de funcionamiento.

Desde la perspectiva evolutiva se espera que los pacientes evaluados se encuentren en un período de relativa autonomía, característico de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, por lo que se ubican en una fase caracterizada por importantes cambios sociales estrechamente ligados a la adquisición de nuevos roles en sus vidas.

Desde la visión de Erickson, se plantea la crisis del logro de la intimidad en contraposición al aislamiento. En los pacientes evaluados se aprecia que a pesar de las dificultades físicas producto de la enfermedad, el logro del establecimiento de relaciones con un otro significativo en términos del establecimiento de vínculos emocionales significativos, se desarrolla dentro del contexto de la dependencia y se suelen acompañar de sentimientos de ansiedad y temor debido a las limitaciones para realizarse plenamente en esta esfera, que incluye aspectos como la relación de pareja, sexualidad y procreación. No obstante, es importante mencionar que a través de la prueba de Rorschach no se encontraron indicadores significativos de alteración en la imagen corporal y/o determinación genérica.

No se logra una intimidad adulta, que corresponde a sujetos independientes y diferenciados, estableciéndose una diada infantil, con una relación asimétrica, en donde los pacientes no logran ser el continente de sus parejas por no ser capaces de dar apoyo y contención. A pesar de esto, los pacientes no están solos, ya que desde el punto de vista social, todos tienen algún tipo de soporte afectivo, ya sea por parte de sus parejas o de sus propias familias de origen.

En este marco se presentan dificultades en conciliar las restricciones impuestas por su condición física, con la posibilidad de concretar una opción vocacional que posibilite la independencia económica.

Dado las características de la HD, los pacientes han tenido que adaptarse a las limitaciones reales que impone este tratamiento, lo cual estrecha sus posibilidades afectivas, familiares, vocacionales y laborales tanto actuales como futuras.

A modo de comentario final, es posible señalar que la existencia de mayor

conocimiento respecto a la dinámica que se genera en los paciente afectados por una enfermedad crónica, en términos de los mecanismos adaptativos que utilizan para desenvolverse en su vida cotidiana y enfrentar las diversas etapas de su enfermedad, se considera beneficiosa en el sentido de que permite al equipo que trabaja con estos pacientes, una mayor comprensión de la situación vital de la persona y manejar los comportamientos destructivos que muchas veces éstos desarrollan como consecuencia de las dificultades para adaptarse a una nueva condición de vida impuesta.

Dentro de este contexto, se considera que el presente estudio constituye un aporte al conocimiento respecto del estilo de funcionamiento de los pacientes con IRC que se someten a HD, ya que se logró el objetivo planteado, en el sentido de realizar una descripción de las características de personalidad. Fue posible realizar un perfil psicológico de éstos pacientes, integrando el área de función de identidad, y pudiendo plantear hipótesis respecto a las dinámicas que subyacen a los comportamientos de los pacientes.

Esto es importante si se considera que la HD no es sólo un procedimiento que evita la muerte del paciente, si no que lo mantiene con una calidad de vida que si bien no es óptima, le permite mantenerse relativamente activo y asintomático por un cierto período de tiempo, considerándose fundamental el manejo realizado tanto por el equipo de salud como por las redes sociales del paciente, en el sentido de ayudarlo a que logre adaptarse a las limitaciones impuestas por su enfermedad y asuma un rol más activo frente a su tratamiento.

Se considera que para lograr ésto, es relevante el diagnosticar la etapa del duelo que enfrenta el paciente con IRC para poder apoyar en forma efectiva tanto a los pacientes como a sus familiares en torno al proceso de adaptación a la HD como en etapas posteriores.

Se plantea que es posible generalizar estos resultados a partir del concepto de cronicidad que está implícito en esta patología, ya que se ha descrito en la literatura respecto al tema, que independiente del nivel socioeconómico o educacional de los pacientes afectados por una enfermedad crónica, las etapas que corresponden al duelo son siempre las mismas, a pesar de que pueden variar en su duración y desarrollo.

## RESUMEN

El presente estudio es de carácter descriptivo exploratorio y tiene por objetivo el realizar un perfil psicológico de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que se someten a Hemodiálisis (HD).

Este trabajo se desarrolla en torno a los conceptos de enfermedad crónica y adultez, enfocado desde una perspectiva evolutiva.

La muestra fue seleccionada del Servicio de Nefrología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, siendo de carácter intencionado; conformándose por 20 sujetos (10 hombres y 10 mujeres), adultos jóvenes que padecen de IRC y se someten a HD intermitente por un período superior a 2 años.

El perfil de personalidad se realizó a través del test de Rorschach, por considerarse este instrumento como una de las pruebas proyectivas más importantes para el estudio del funcionamiento global de la personalidad, ya que permite explorar las distintas áreas que la componen.

Se utilizó el método fenomenológico clínico para la interpretación de los resultados, enfatizando los aspectos perceptuales de las respuestas. Los resultados se analizaron en base al esquema propuesto en el Manual de Rorschach Clínico (Paredes, Micheli y Vargas; 1995). Se agregó también el análisis de la función de Identidad propuesto por los autores Paredes, Micheli y Vargas (1987).

También se utilizaron las escalas E.E.A.G. y B.P.R.S. con el objetivo de cumplir los criterios de muestreo definidos para el presente estudio. La E.E.A.G. entrega información respecto al nivel de funcionamiento global de los sujetos evaluados en las áreas laboral y social; el B.P.R.S. informa respecto a la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos.

Los resultados indican que los pacientes evaluados no consideran que las limitaciones cotidianas impuestas por su enfermedad y tratamiento dificulten su funcionamiento global de modo significativo.

Respecto a la percepción del cuerpo, se aprecia la negación de los aspectos corporales dañados.

Existen dificultades en el control y expresión de la agresividad, la cual tiende a expresarse en forma impulsiva; esto coexiste con necesidades de afecto y dependencia, afectándose el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, lo cual genera

vínculos inmaduros y demandantes.

A pesar de las características de la H.D. y las restricciones cotidianas impone, se observa que estos pacientes han logrado adaptarse a la limitaciones reales que impone su enfermedad.

## ANEXO I

### DESCRIPCIÓN DE SIGNOS RORSCHACH PARA LA FUNCIÓN DE IDENTIDAD

#### Nivel I

##### **1. Transgresión de Límites Espaciales.**

Ruptura de la lógica espacial. Incapacidad del sujeto para localizar coherentemente la respuesta en el plano bidimensional de la lámina; obteniéndose respuestas precisas, pero con combinaciones imposibles o absurdas entre el arriba y el abajo, lo anterior y posterior, interior y exterior, etc.

##### **2. Unión Mayor o Simbiosis.**

Respuestas que describen la fusión o interdependencia simbiótica de dos organismos u objetos. También vistos "pegados" o interpenetrados.

##### **3. Metamorfosis.**

La respuesta posee una manifiesta connotación de transformación, cambio de un estado a otro, de evolución.

##### **4. Respuestas especulares.**

Respuestas en que el concepto emitido en la mitad de la lámina se refleja en el otro lado, ya sea por efecto del agua o de espejos.

##### **5. Respuesta ambigüedad sexual.**

En las respuestas de contenido humano el sujeto manifiesta una clara dificultad para decidir el sexo a que pertenecen; pudiendo, en la misma respuesta señalar ambos sexos.

##### **6. Infantil I.**

Respuestas que aluden a conceptos, necesidades, relaciones o actividades propias de las etapas fetales, o al parto.

##### **7. Orales agresivas.**

a) La respuesta alude directamente o por analogía a contenidos agresivos realizados por medio de acciones tales como comer, morder, masticar, succionar, digerir, etc.

b) Respuestas de "vampiros" o animales de connotación agresiva en que se enfatiza la presencia de "dientes".

##### **8. Respuestas deterioradas.**

Incluye las respuestas de color deteriorado y aquellas que, sin tener el color como determinante, posean un claro contenido de corrupción, podredumbre, putrefacción, suciedad o descomposición.

## **Nivel II**

### **9. Angustia Destructiva.**

a) Destructiva: la respuesta refiere conceptos de desintegración, despedazamiento, derrumbe. El fuego como agente de destrucción.

b) De muerte: conceptos vinculados a la temática de la muerte. "Crímenes" o "accidentes". Personas o animales vistos muertos.

### **10. Angustia Persecutoria.**

a) Persecutoria: connotación de acecho, ocultamiento, de ser perseguido, observado, daño potencial.

b) Opresora: aluden a encierro, opresión física ejercidos sobre algún objeto o persona. A dificultad de movimiento, de respirar, etc.

### **11. Angustia de Separación.**

La respuesta alude a la dificultad o temor para separarse, viatas en objetos u organismo. Énfasis en la soledad o separación.

### **12. Respuesta de Vacío.**

La respuesta requiere la pérdida de partes, en objetos u organismos, con énfasis en los temas de "vaciado" o "hueco".

### **13. Respuesta de Superficie Blanda.**

Respuestas cuyo contenido alude a la acentuada laxitud, permeabilidad o inconsistencia de los límites o superficies de organismos u objetos. Puede o no presentar determinante de textura.

### **14. Respuesta de "sombras".**

El sujeto describe en su respuesta la sombra de un objeto o ser vivo, que no aparece en la lámina.

### **15. Respuesta de simetría desigual.**

Respuesta en la que se menciona la desigualdad entre elementos de la lámina que presentan una relación de simetría.

### **16. Ausencia de contenido humano en lam. III.**

El sujeto no entrega respuestas de contenido humano, H o Hd, en la lámina III.

### **17. Ausencia de M.**

El sujeto no entrega respuestas de movimiento humano en todo el protocolo.



### **Nivel III**

**18. At Aumentado.**

Porcentaje de respuestas anatómicas mayor al 20% del total de las respuestas.

**19. (H) aumentado.**

Número de (H) mayor o igual al de H.

**20. Respuesta de ropa.**

La respuesta refiere directamente o destaca, la presencia de prendas de vestir o adornos.

**21. Hd aumentado.**

Número de Hd mayor o igual al de H.

**22. Respuesta superficie dura.**

Respuesta que posee como elemento central conceptos tales como organismos, metales u otros elementos cuya superficie o límite es duro, áspero, rígido o resistente. Puede o no presentar determinantes de textura (c).

**23. Respuestas de Defecto.**

El sujeto refiere explícitamente algún defecto en el percepto entregado, carencia de atributos o atributos vistos como deformes o exagerados.

**24. Respuesta Infantil II.**

Respuestas que aluden a conceptos, necesidades, relaciones o actividades propias de la infancia.

## ANEXO II

### FICHA DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE (BPRS)

Overall, Gorham, Rego.

Paciente:

Edad:

Nº de ficha :

Entrevistador:

Fecha:

1. **PREOCUPACIONES SOMÁTICAS:**(P) Preocupación sobre el estado de salud física actual. Valorar el grado de salud física tal como percibida como un problema por el propio paciente, tanto si se considera que sus quejas tienen una base real como si no. Valorar cantidad de molestias corporales, intensidad e importancia que le da el paciente.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
2. **ANSIEDAD:** (P) Miedo y excesivas preocupaciones acerca del presente o del futuro. Valorar sólo tomando como base lo que manifiesta el paciente acerca de sus experiencias subjetivas. No deducir la ansiedad de posibles síntomas, quejas somáticas o de mecanismos neuróticos de defensa.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
3. **RETRAIMIENTO AFECTIVO:** (O) Falta o deficiencia en la relación con el médico durante la entrevista. valorar solamente el grado en que el paciente da la impresión de fallar en el contacto afectivo con otras personas durante la situación de entrevista.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
4. **DESORGANIZACIÓN DEL PENSAMIENTO:** (P) Grado de confusión , disgregación o incoherencia de los procesos mentales. Valorar y clasificar tomando como base e indicación la producción verbal del enfermo; no valorar tomando como base la impresión subjetiva del paciente acerca de su propio nivel de funcionamiento.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
5. **SENTIMIENTOS DE CULPA:** (P) Excesiva preocupación o remordimiento por su conducta pasada y que es relatado con afectividad concordante y apropiada. Valorar tomando en cuenta las expresiones verbales de culpa del paciente. No deducir simplemente basándose en depresión, ansiedad o mecanismos neuróticos de defensa.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.

6. **TENSION: (O)** Se incluyen aquí las manifestaciones físicas y motoras de tensión, "nerviosismo" y aumento general de el nivel de actividad. La tensión y agitación deberían valorarse tomando en cuenta solamente los signos físicos de aumento de actividad y conducta motora y sin considerar las experiencias subjetivas de tensión expresadas por el paciente.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
7. **ESTEREOTÍPIAS Y AMANERAMIENTOS: (O)** Conducta motora poco usual, la clase de conducta que hace que ciertos enfermos mentales resalten y no pasen desapercibidos entre un grupo de personas normales. Valorar sólo la anormalidad, lo insólito y rareza de esta conducta o movimiento; no clasificar aquí el simple incremento de la actividad motora.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
8. **IDEAS DE SUPERIORIDAD: (P)** Sobreestimación exagerada de si mismo. Seguridad de poseer habilidades o poderes inusuales. No basarse en la conducta del paciente durante la entrevista, sino en lo que él afirma acerca de si mismo.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
9. **ANIMO DEPRESIVO: (P)** Desaliento, desánimo, tristeza, desesperanza. Evaluar grado de disminución del ánimo sin inferirlo de la inhibición física o de las quejas somáticas.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
10. **HOSTILIDAD: (P)** Irritabilidad, depresión, agresividad hacia otras personas fuera de la situación de entrevista. No deducir la hostilidad de defensas neuróticas, ansiedad u otros. Basarse en las verbalizaciones del paciente al respecto.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
11. **DESCONFIANZA, AUTORREFERENCIAS: (P)** Ideas delirantes o de otro tipo de que quisieran hacerle daño, discriminarlo o rechazarlo, en el pasado o en el presente. Ideas vigentes actualmente.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.
12. **ACTIVIDAD ALUCINATORIA:(P)** Percepciones sin estímulo externo correspondiente, que refiere el paciente como ocurridas durante la última semana y que sean evidentemente distintas al pensamiento o imaginarias en personas normales.  
1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.

13. INHIBICIÓN MOTORA: (O) Disminución del nivel de energía que se evidencia en lentitud de movimientos y de lenguaje. Disminución del tono corporal e inhibición psicomotora en general. Clasificar basándose en la observación de la conducta (cuantitativa); no enjuiciar fundándose en la impresión subjetiva que tiene el paciente de su propio nivel de energía.

1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.

14. FALTA DE COLABORACIÓN: (O) Muestras de resistencia, enemistad, falta de amabilidad, resentimientos y falta de diligencia para colaborar con el médico, durante la entrevista.

1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.

15. CONTENIDOS ANORMALES DEL PENSAMIENTO : (P) Contenidos raros, extraños, estrambóticos. Valorar según grado de extrañeza o rareza y no la cuantía de desorganización de los procesos mentales.

1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.

16. APLANAMIENTO AFECTIVO: (P) Disminución de la emocionalidad, falta aparente de sensibilidad normal o compromiso afectivo, indiferencia y apatía.

1 Ausente. 2 Muy leve. 3 Leve. 4 Moderado. 5 Moderadamente severo. 6 Severo. 7 Muy severo.

(O) Los ítems se evalúan por lo observado en el paciente. No inferir de lo que el paciente refiere.

(P) Los ítems se evalúan por lo expresado o referido por el paciente.

## ANEXO III

### Escala de evaluación de la actividad Global (EEAG).

- 100-91** Actividad satisfactoria en un amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 90-81** Síntomas ausentes o mínimos, buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.
- 80-71** Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales; sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar.
- 70-61** Algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60-51** Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.
- 50-41** Síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar.
- 40-31** Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.
- 30-21** La conducta está considerablemente influenciada por ideas delirantes o alucinaciones, o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio, o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.
- 20-11** Peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima o alteración importante de la comunicación.
- 10-1** Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0** Información inadecuada.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum. N° 372, Vol. 87. 1993.  
Munsksgaard. Copenhagen. Dinamarca..
- 2.- Alessandri, Ana María.(1993): **"Test de Rorschach y Diagnóstico de la Personalidad"**.  
Santiago, Chile. Editorial Universitaria.
- 3.- Allport, G. W. (1966): **"La Personalidad : Su Configuración y Desarrollo"**.  
Editorial Herder. Barcelona, España.
- 4.- Alvarez, M.; Taboada, M.(1994 ): **"Características del Test de Rorschach en Anorexia Nerviosa: Hacia un perfil de personalidad"**.  
Memoria para obtener el título de Psicólogo. U. de Chile.
- 5.- Andreucci, P.; Messina, L. ( 1989 ): **"Psicometría proyectiva en desórdenes de pánico: Desarrollo de una tipología de personalidad"**.  
Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología. U. de Chile.
- 6.- Aracena, M.( 1967 ). : **"Introducción al Estudio del Test de Rorschach"**.  
Santiago de Chile. Editorial Andrés Bello.
- 7.- Bear, Bruce (1980 ). : **"Fear of death and Fear of life"**.  
Archive of General Psychiatry. Vol 21, Pág 373-380.
- 8.- Cacciuttolo, Roxana.(1993 ): **"Psicometría Proyectiva en Senescentes"**.  
Memoria para optar al Título de Psicólogo, U. de Chile.
- 9.- Carretero, M; Palacios, J; Marchesi, A. (1986 ): **"Psicología Evolutiva"**. Tomo 3;  
Adolescencia, madurez y senectud.  
Alianza editorial, S.A.Madrid España.
- 10.- Collins, James.(1978 ) : **"Emotional Problems of Dialysis and Transplante Patients"**.  
Editorial Virgil Snirmow Associates. Washington D.C., E.E.U.U.
- 11.- Condrau, G. (1975 ) : **"El Paciente Agonizante, Un reto para el médico"**.  
Revista Hexágono Roche 2, No 5. Pág. 12-23.
- 12.- De Nour, A. ; Kaplan. (1970) : **"The influence of patients personality on adjustment to chronic dialysis"**.  
Journal of Nervous Mental Disorders. No. 162; Pág 323-33.



- 13.- De Nour, A. ; Kaplan. (1980): **"Quality of life of dialysis and transplanted patients"**.  
Revista Nephron 25, No 3; pág. 117-120.
- 14.- Erickson, E. (1963) : **"Infancia y Sociedad"**.  
Edición revisada. Ed. Norton, Nueva York, E.E.U.U.
- 15.- Gabbard, Glen O.(1990) : **"Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice"**.  
(Chapter 2) Ed. American Psychiatry Press, E.E.U.U.
- 16.- Gomberoff, L y Olivos, P.(1993 ) : **"Manual de Psiquiatría"**.  
Publicaciones técnicas Mediterráneo Ltda. 1986.  
Reimpresión por Arancibia Hermanos y Cía. Ltda.  
Santiago, Chile.
- 17.- Gomberoff y Jiménez. (1982): **"Psiquiatría"**.  
Capítulo 45 "La muerte en la relación médico- paciente"  
Ediciones Malcom, Santiagode Chile.
- 18.- Kaplan, H.; Sadork, B. (1989): **"Tratado de Psiquiatría"**. Capítulo 1.  
Salvat Editores S.A. Barcelona, España.
- 19.- Hernández, R.; Fernández, C. ; Baptista, P. (1991): **"Metodología de la Investigación"**.  
Editorial Mc Graw-Hill, México.
- 20.- Kübler-Ross, Elisabeth. (1978): **"On Death and Dying"**.  
Macmillan Publishing Co, Inc. New York, E.E.U.U.  
Thirteenth Printing: 13<sup>th</sup> ed.
- 21.- Levy, Norman M.D. (1978 ) : **"Sex and intimacy for dialysis and transplanted patients"**.  
Edited by Virgil Snirmow Associated. Washington D.C.,  
E.E.U.U.
- 22.- Lipowski, Z. (1969) : **"Psychosocial aspect of disease"**.  
Ann. Intern. Med. 71, 1197-1206.
- 23.- Lipowski, Z. (1975): **"Pysical Illnes, the patient and his enviroment: Psychosocial Foundation of medice"**. I, 3-42.
- 24.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994) ; **DSM-IV**.  
Publicado por la American Psychiatric Association de Washington.  
Editorial Masson; S.A. Barcelona, España.

- 25.- Mc Kinney, JP; Fitzgerald, H.; Strommen, E. (1982): "**Psicología del Desarrollo**".  
Edad adolescente.  
Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., México.
- 26.- Mc Van, Barbara. (1987): "**Paciente terminal y muerte**".  
Ediciones Doyma. Barcelona, España. .
- 27.- Muñoz, Stgna. (1994): "**El psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes sometidos a HDC intermitente**".  
Revista del Servicio de Sanidad de Fuerzas Policiales .45 (2): 125-129.  
Barcelona, España.
- 28.- Muranaski, B.J. (1980): "**Dialysis Patients**".  
Psychosomatic Med. 42 (3): 372-376. E.E.U.U..
- 29.- Osberg, James. (1982): "**Intellectual Functionamy in sexual failure and Chronic Dialysis**".  
Journal of Chronic Disorders. Vol 35, Pág 445-457. E.E.U.U..
- 30.- Orozco, René. (1988): "**Nefrología e Hipertensión Arterial**".  
Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile .
- 31.- Papalia, D; Olds, S. (1990): "**Desarrollo Humano**".  
Ed. Mc Graw-Hill, Interamericana S.A. 4ª Edición.  
México.
- 32.- Paredes, A; Dittborn, J. (1982): "**Nuevos aportes al diagnóstico de los cuadros orgánicos cerebrales través del test de Rorschach**".  
Rev. Psiquiatría Clínica, XIX, Santiago de Chile .
- 33.- Paredes, A; Micheli, C.G., Vargas,R. (1987 ): "**El Exámen de la Función de Identidad a la Prueba de Rorschach**".  
Rev. de psiquiatría clínica Vól. XXIV  
Santiago de Chile.
- 34.- Paredes, A; Micheli, C.G. (1991): "**La Anorexia Nerviosa y el Exámen de la Función de Identidad al Rorschach**".  
Revista de Terapia Psicológica, año IX, N° 16,  
Santiago de Chile.
- 35.- Paredes, A.; Micheli, C.G.; Vargas,R..(1995. ): "**Manual de Rorschach Clínico**".  
Revista de Psiquiatría Clínica. Suplemento especial;  
Santiago de Chile.

- 36.- Passalacqua, A.; Gravenhorst, M.C. (1988): **"Los Fenómenos Especiales en Rorschach"**.  
Centro Editor Argentino, Psiquiatría.
- 37.- Pérez Marchant, Raquel.(1985) : **"Experiencia Educativa en pacientes sometidos a Hemodiálisis Crónica"**.  
Proyecto de Título; Programa de Post Título  
"Enfermería en Nefrología".  
Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 38.- Pinto,C; Puga O. (1985): **"Evaluación de la estructura de personalidad de un grupo de padres con hijos esquizofrénicos a través del test de Rorschach"**.  
Tesis para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile .
- 39.- Rhodes,L.D. (1981): **"Social climate perception and depretion of patients and staff in a chronic hemodialysis"**.  
Journal of Nervous and Mental Disorders. 169 (3). Pag. 169-175.
- 40.- Rorschach, Hermann (1987): **"Psicodiagnóstico: Aplicación del Psicodiagnóstico . Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach"**.  
Editorial Paidós. México.
- 41.- Segura, C.; Valdivia , C. (1994) : **"Estudio Exploratorio-Comparativo-Descriptivo a través del test de Rorschach de las características de Personalidad en adolescentes diabéticos insulino-dependientes"**.  
Memoria para optar al título de Psicólogo. U. de Chile.
- 42.- Uriarte López, Alfonso (1979): **"Manual de hemodiálisis"**.  
Editorial Terravenal, México.
- 43.- Vázquez, Ofelia. (1980): **"Rorschach para rorschistas"**.  
Ed. Belgrano. Buenos Aires, Argentina.
- 44.- Vial U., Salvador. (1990): **"Temas de Nefrología"**.  
Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

- 45.- Visintini, Paola (1995): **"Descripción de la Personalidad de un grupo de jóvenes adictos a la pasta base de cocaína desde el test de Rorschach"**.  
Memoria para optar al título de Psicólogo. U. de Chile.
- 46.- Wall, W.D. (1980) : **"Educación Constructiva para Grupos Especiales"**.  
Voluntad Editores, UNESCO.  
Impreso en Colombia por Industria Continental Gráfica Ltda.
- 47.- Wauter, J.P. (1980) : **"La psicología de enfermo en diálisis crónica"**.  
Folice Psychopractica. Ed. Roche, Suiza.
- 48.- Weigle, C. (1988): **"Cómo interpretar el Test de Rorschach. Su articulación con el psicoanálisis"**.  
Artigas Suárez Ediciones; Buenos Aires, Argentina.
- 49.- Wulliemier,F. (1977): **"La asistencia psíquica a cancerosos"**.  
Hexágono "Roche" 4 N° 7, 15-20.