



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TEST DE RELACIONES OBJETALES (TRO)

¿Una herramienta que da voz a
los resultados obtenidos por el BDI-II?

Autora: Elena Rodríguez-Ventosa Herrera

Tutora profesional: Belén Charro Baena

Tutora metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid
Mayo de 2019

Elena
Rodríguez-Ventosa
Herrera

**TEST DE RELACIONES OBJETALES (TRO): ¿Una herramienta que da voz a
los resultados obtenidos por el BDI-II?**



ÍNDICE

Las técnicas proyectivas desde su aparición	5
El Test de Relaciones Objetales (T.R.O.)	8
Problemas de validez y fiabilidad	9
Usos del T.R.O. en la actualidad	12
Objetivos	13
Método	14
Diseño	14
Participantes	15
Procedimiento	15
Instrumentos de evaluación	16
Resultados	18
Discusión	30
Referencias	34

Resumen

Objetivo: El objetivo principal del presente estudio consistió en analizar de qué forma las aportaciones del Test de Relaciones Objetales (T.R.O.) pueden clarificar y complementar los resultados cuantitativos de un test psicométrico como el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) para mejorar la comprensión que tenga un sujeto de su evaluación y para profundizar en el proceso de psicodiagnóstico. *Método:* Estudio fue llevado a cabo a través de una metodología mixta, es decir, cuantitativa y cualitativa. La muestra estuvo compuesta por 60 estudiantes universitarios de la Comunidad de Madrid que fueran mayores de edad. Se les administró el Inventario de Depresión de Beck II (B.D.I.-II) y el Test de Relaciones Objetales (T.R.O.) de Phillipson. Para el análisis de los discursos se diseñó un sistema de evaluación basado en los criterios para la depresión propuestos por Grassano (1984). Tras el análisis de los discursos en el programa NVivo v11, los datos se contrastaron con los obtenidos del B.D.I.-II a través del análisis de datos cuantitativo. *Resultados:* No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de ambos test en función del sexo o del nivel de depresión que presentaran los sujetos. Las personas que presentaron niveles más altos de depresión no presentaron puntuaciones más altas en las categorías para la depresión en el T.R.O. Las personas con niveles de depresión mínimos sí obtuvieron puntuaciones en los criterios para la depresión del T.R.O. *Conclusiones:* Los resultados arrojan luz sobre la dificultad de sistematizar los métodos de evaluación de las técnicas proyectivas.

Palabras clave: Test de Relaciones Objetales (T.R.O.), Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), técnicas proyectivas, metodología cualitativa, depresión

Abstract

Objective: The core object of the present study was to analyse the way in which the Object Relations Technique (O.R.T.) can help understand and complement the quantitative results of a psychometric test, such as the Beck Depression Inventory II (B.D.I.-II) in order to enhance the understanding of the person who is being diagnosed and to dive deeper into the psychodiagnostic process. *Method:* The study was carried out through a mixed methodology: qualitative and quantitative. The sample was consisted of 60 participants of legal age who were studying at different universities located in Madrid. They were administered the Beck Depression Inventory II (B.D.I.-II) and the Object Relations Technique (O.R.T.) by Phillipson. In order to analyze the narratives an evaluation system was designed based on the depression criteria suggested by Grassano (1984). Once the narratives were analyzed through the NVivo v11 program, data was compared with the B.D.I.-II results through qualitative analysis. *Results:* No differences were found in the results depending on the sex or the level of depression of the participants. Those who presented higher levels of depression did not get higher marks in the O.R.T. depression categories. Subjects with the lowest levels of depression also got several criteria in the O.R.T. depression categories. *Conclusions:* The results of the present study shed light on the difficulty of systematization of clinical assessment measures of projective techniques.

Keywords: Object Relations Technique (O.R.T.), Beck Depression Inventory (B.D.I.), projective techniques, qualitative methodology, depression

Las técnicas proyectivas desde su aparición

Históricamente, las técnicas proyectivas han funcionado como test clínicos populares y herramientas de evaluación en el ámbito de la salud mental (Piotrowski, 2017). A lo largo de los años estas técnicas han gozado de bastante protagonismo en la evaluación de poblaciones adultas, infantiles y adolescentes (Cashel, 2002). También han sido usadas por psicólogos educativos (Hutton, Dubes y Muir, 1992; Miller y Nickerson, 2007) e incluso en el ámbito forense (Hamel, Gallagher y Soares, 2001). Además, es interesante señalar que algunas herramientas proyectivas como el Test de Rorschach o el Test de Apercepción Temática (T.A.T.) han sido utilizados como métodos de evaluación por parte de psicólogos clínicos simpatizantes con la orientación conductual (Piotrowski y Keller, 1984).

A pesar de esto, las técnicas proyectivas han sido objeto de crítica desde los años 40 por falta de validez en sí mismas. En las dos últimas décadas, sin embargo, lo que se ha criticado ha sido su falta de fiabilidad psicométrica (Piotrowski, 2015a). Por lo tanto, por una parte, esta forma de evaluación es considerada por muchos psicólogos clínicos una aproximación bastante negligente, a excepción del Test de Rorschach (Piotrowski, 2017). Por otra parte, varias revisiones recientes de la literatura aseguran que las técnicas proyectivas han sido señaladas de forma injusta por parte de una minoría, ya que siguen siendo valoradas positivamente y utilizadas ampliamente en el ámbito clínico (Piotrowski, 2015a).

Algunos autores como Piotrowski (2015b) han encontrado evidencias de que las técnicas proyectivas han caído en desuso tanto en el ámbito de la Psicología clínica como en la formación que se imparte en las universidades estadounidenses. A su vez, añade que la evaluación a través de métodos proyectivos florece en otros países del resto del mundo tanto en el ámbito clínico como en el académico (Piotrowski, 2015c). De hecho, Piotrowski (2017) ha encontrado que el proceso de evaluación clínico tiene como eje central la administración de test proyectivos en algunos países de Latinoamérica como Brasil y Bolivia. Sin embargo, en Europa, a pesar de ser la cuna de la tradición psicoanalítica, estos métodos de evaluación no se tienen tan en cuenta. Probablemente esto tenga que ver con el Informe Task Force de la División 12 de la APA del año 2000 en el que se recomienda que la enseñanza de métodos proyectivos en la evaluación quede excluida del currículo de la carrera de Psicología Clínica (Lilienfeld et al., 2000).

Hay autores que han percibido una clara división entre el ámbito académico y el ámbito clínico a la hora de considerar el uso de estas técnicas en la evaluación psicológica. Han encontrado que las actitudes por parte del ámbito académico son negativas, mientras que en el ámbito clínico son todo lo contrario (Hardwood et al., 2011). Siguiendo la línea de las actitudes positivas en el ámbito clínico, varios autores han encontrado que el conocimiento de los test proyectivos es una competencia clínica que se requiere en varios programas de doctorado

acreditados por la APA (Belter y Piotrowski, 2001; Cashel, 2002; Handler y Smith, 2013). Sin embargo, a pesar de que las actitudes en el ámbito clínico hacia el uso de las técnicas proyectivas sean positivas, Neukrug et al. (2013) han encontrado que su uso en este ámbito ha decaído notoriamente, y se espera que la enseñanza de estas técnicas siga disminuyendo en el futuro (Belter y Piotrowski, 2001; Cashel, 2002; Handler y Smith, 2013).

Los motivos por los que las técnicas proyectivas han caído en desuso son varios. En primer lugar, el hecho de que en las facultades de Psicología cada vez se promueva menos su enseñanza provoca que los futuros profesionales que se dediquen a la clínica no estén formados en estas técnicas. Esto conlleva que no conozcan la forma en que pueden contribuir a la evaluación ni a la mejoría clínica de los pacientes (Piotrowski, 2017). Además, este hecho está estrechamente relacionado con la jubilación del profesorado que promovía su estudio, porque era quien conocía los beneficios de su uso en el ámbito clínico profesional. La conclusión que se puede extraer es que, a causa de estos cambios en el currículo del Grado en Psicología, el aprendizaje del uso de las técnicas proyectivas sólo será accesible a través de programas de formación extracurriculares (Piotrowski, 2015c).

Otro de los motivos ya ha sido mencionado anteriormente: la falta de fiabilidad psicométrica. En la actualidad los recursos clínicos y sanitarios ya no usan amplias baterías de test que incluyen técnicas proyectivas, sino que abogan por el uso de técnicas estandarizadas basadas en la evidencia científica (Bornstein, 2016; Piotrowski, 2015b).

Por último, otro de los motivos predominantes del desuso de estas técnicas es que suelen ser de administración individual y requieren la inversión de una gran cantidad de tiempo para su aplicación, análisis e interpretación. Por lo tanto, ahora se apuesta por instrumentos de evaluación más breves o incluso versiones abreviadas de los mismos, como los test de personalidad abreviados y las escalas breves centradas en la sintomatología (Piotrowski, 2015c).

Sin embargo, y en contra de lo que algunas opiniones citadas anteriormente, destaca el interés de muchos estudiantes de Psicología por aprender sobre técnicas proyectivas, que se sigue manteniendo (Piotrowski, 2015b).

En cuanto al uso real de las técnicas proyectivas en la práctica clínica actual, Piotrowski (2015c) ha encontrado que, a pesar de que su popularidad haya disminuido, queda un número importante de profesionales que las emplean. Esto se debe a que siguen suscitando interés por su valor clínico (Basu, 2014). De hecho, según la revisión de Piotrowski (2015a), su uso se extiende al trabajo con poblaciones de todas las edades en muchos países del mundo durante los últimos 20 años. El mismo autor en su revisión encuentra que otros autores consideran que las únicas técnicas proyectivas que se han seguido usando con asiduidad como herramientas diagnósticas son el Test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática y el Test de la Figura Humana. De

hecho, para mantenerlos en el panorama clínico, se han llevado a cabo adaptaciones “creativas” de estos test para así poder encontrarles nuevos usos.

Sin embargo, los investigadores no encuentran un resultado definitivo en cuanto al uso real que se hace de estas técnicas. Por un lado, algunos autores como Ready y Veague (2014) afirman que ningún método proyectivo se encuentra en el ranking de los 10 test de evaluación más populares. Por otro lado, hay autores como Piotrowski (2015a) que encuentran que al menos un test proyectivo se encuentra en el ranking de los 5 test más usados en la práctica de los estudios que se revisaron en esa investigación. Es posible que en este caso la elección de dichos estudios esté sesgada.

Se encuentren en los ránquines o no, lo que sí se puede afirmar es que los test proyectivos son percibidos por muchos como una herramienta diagnóstica, como un indicador del progreso de la terapia y como un complemento para el resto de las herramientas de evaluación (Basu, 2014). Otros autores consideran que las técnicas proyectivas son útiles en la evaluación psicológica porque facilitan el acceso a partes del psiquismo que no son accesibles a través de técnicas de autorregistro, como la comprensión de disfunciones psicológicas como los traumas (Finn, 2007; Martin, 2016). De hecho, los resultados obtenidos de técnicas de neuroimagen concluyen que las técnicas proyectivas, en concreto el Test de Rorschach, permiten la identificación de factores determinantes de los comportamientos disfuncionales y de emociones que no se detectan a través de las técnicas de autorregistro (Martin y Frackowiak, 2017).

El desuso de estas técnicas provocaría, por lo tanto, el sacrificio de información relevante que sólo es accesible a través de ellas y que es crítica para favorecer un tratamiento exitoso. Además, ofrece a los pacientes la posibilidad de darse cuenta de aspectos centrales de sus problemas desde una perspectiva nueva y distinta que les permita producir cambios vitales (Martin y Frackowiak, 2017).

A la vista de los argumentos a favor y en contra del uso y de la enseñanza de las técnicas proyectivas, algunos autores se aventuran a hacer predicciones sobre el futuro de estas técnicas. Piotrowski (2015c), basándose en la actitud de los profesionales de la clínica, considera que en Estados Unidos no se va a promover la enseñanza de estas técnicas en el ámbito académico. Sin embargo, sí que van a seguir formando parte de las herramientas de evaluación, al menos en una minoría de las instituciones dedicadas a la salud mental. En cuanto a las actitudes hacia estas técnicas, considera que serán positivas, por lo que se seguirán utilizando para la evaluación proyectiva en muchos países a nivel mundial. No obstante, el número de profesionales que defiendan el uso de las técnicas proyectivas irá disminuyendo de forma gradual, aunque no llegará a extinguirse.

Piotrowski (2017) propone una estrategia para promover la supervivencia de los métodos de evaluación proyectivos que consiste en diseñar estudios que enfatizan su valor clínico y su utilidad tanto en el proceso de evaluación como en el curso del tratamiento y en los resultados terapéuticos. Si esto se consigue los resultados apoyarían la validez ecológica de estas técnicas.

El Test de Relaciones Objetales (T.R.O.)

Dentro de las técnicas proyectivas se encuentra el Test de Relaciones Objetales (T.R.O.), en el que se basa esta investigación. Fue creado en el año 1955 por Herbert Phillipson al darse cuenta de que otras técnicas proyectivas como el Test de Rorschach eran demasiado abstractas como para acceder a las percepciones y proyecciones de los sujetos sobre las personas. El T.R.O. fue diseñado inspirándose en el modelo operativo del Test de Apercepción Temática (T.A.T.). Es decir, en las láminas se proporciona una presentación pictórica de una situación psicosocial a partir de la cual el sujeto al que se le administra genera una historia, la cual es analizada e interpretada por el profesional (Shaw, 2002). Sin embargo, Phillipson consideraba que el T.A.T. era tan concreto que no dejaba espacio para proyectar a personas en su totalidad, sino sólo aspectos aislados de las personas. Por eso decidió tomar lo mejor de ambas técnicas, es decir, usar figuras humanas en sus láminas, como en el T.A.T., pero con mayor plasticidad perceptiva a través de estímulos menos concretos, como en el Test de Rorschach. Al emplear figuras humanas con diferentes grados de concreción, sin incluir movimiento o facciones, consigue combinar el movimiento interno de lo humano con el estatismo que poseen los entes externos (Shaw, 2002).

En cuanto a la estructura de este test, se trata de tres series de cuatro láminas con figuras y una lámina en blanco. Las series reciben los nombres de A, B y C. En las láminas se presentan situaciones relacionales de una, dos y tres personas, y también una situación grupal. En las láminas existe variabilidad en cuanto al contenido y al contexto de realidad (Phillipson, 1955; Shaw, 2002).

En las láminas de la serie A no se presenta mucho contenido de realidad aparte de las figuras humanas. Se diseñaron así con el objetivo de generar un clima emocional que provoque que afloren las necesidades de dependencia con sus respectivas ansiedades. En las láminas de la serie B se puede apreciar mayor nivel de profundidad, lo que busca elicitarse ansiedades que tengan relación con el control. En las láminas de la serie C la forma en que se ha dibujado a las personas provoca la sensación de que hay más vida, lo cual se acrecienta con el uso del color. El objetivo que persigue esta serie es provocar al sujeto, ya que el color puede aumentar la amenaza o los apoyos en función de la participación emocional del sujeto. La lámina en blanco se incluye con el objetivo de rebajar la tensión y que el sujeto pueda proyectar sobre ella la fantasía inconsciente

que lo domine en ese momento o su relación transferencial con el psicólogo. También cabe la posibilidad de que el sujeto proyecte sus problemas actuales y cómo los resolvería (Shaw, 2002).

Estas láminas eran consideradas por Phillipson como los “espejos” para poder proyectar sobre ellas las relaciones objetales del mundo interno (Knafo, 2010). Además, a diferencia del Test de Rorschach o del T.A.T., el T.R.O. proporciona una ventaja considerable por el hecho de que su fundamentación teórica se basa en la Teoría de las Relaciones Objetales de Klein y Fairbairn. Por lo tanto, permite estudiar la personalidad en base a la teoría kleiniana (Siquier de Ocampo y García Arzeno, 2007).

Ofrece una serie de ventajas respecto a su antecesor, el T.A.T. de H. Murray. Además de todo lo referente al material, se trata de una técnica de estimulación verbal, gracias a las láminas, y de producción verbal por los relatos que se generan a partir de las láminas (Siquier de Ocampo y García Arzeno, 2007).

Problemas de validez y fiabilidad

La idea del T.R.O. surgió cuando Phillipson advirtió que el Test de Rorschach poseía una apertura perceptual tal que otorgaba un “espacio” óptimo para la proyección, pero debido a que el nivel de abstracción de los estímulos era muy elevado no permitía el acceso suficiente a las percepciones de personas, por lo tanto, dificultaba su proyección. A diferencia del Rorschach, el T.A.T., introducía estímulos de figuras humanas y narrativas. Fue aquí cuando Phillipson se dio cuenta de que se podían proyectar los modelos relacionales de cada sujeto sobre figuras humanas que funcionaban como estímulos perceptuales, por lo tanto, decidió coger lo mejor de ambas técnicas, usando figuras humanas como en el T.A.T., pero manteniendo cierto nivel de ambigüedad estimular, como en el Rorschach (Knafo, 2010).

A pesar de todas las ventajas que presenta el T.R.O. con respecto a sus antecesores es importante ahondar en las dificultades que ha tenido para recibir apoyo en el ámbito clínico. Herbert Phillipson ideó este test en el Instituto Tavistock en 1955, y quince años más tarde, en 1970, el instituto retiró su apoyo a dicha técnica, lo cual provocó que cayera en el olvido (Knafo, 2010). Probablemente esto se debió a los problemas que presentaba a la hora de aplicar y corregir el test. La gran limitación de este test en su origen era la alta permisividad interpretativa. Esto se debe a que, a pesar de estar fundamentado en una teoría sólida como es la de las Relaciones Objetales, es una herramienta con niveles de flexibilidad y adaptabilidad considerablemente elevados. Esta teoría trata de explicar los rasgos y conflictos predominantes en el psiquismo de una persona en función de sus necesidades de imponer sus relaciones interpersonales inconscientes sobre otras personas y objetos del mundo exterior, las cuales surgen en base a las

primeras experiencias tempranas (Shaw, 2002). Otra limitación de este instrumento es que, al tratarse de un método proyectivo, tiene una inadecuada fundamentación teórica (Shaw, 2002). Sin embargo, según Lewin (1935), sólo es posible comprender la personalidad si se la observa en relación con el campo en que opera, del cual forman parte los factores sociales. Esto es así porque el ser humano nace en relación con otros, y desde ahí construye la estructura y el significado de todos sus campos. A la hora de observar las láminas para generar un discurso, el sujeto prestará atención de forma selectiva a elementos que para él sean relevantes por su historia, y eso lo hará desde el campo psicológico, en el que se guarda el registro de los demás campos de su vida.

Años más tarde de la creación del T.R.O. Enter Martin Shaw (1984), un estudioso de la percepción, desarrolló un profundo interés por el test. A pesar de que ya había sido descatalogado a causa de las limitaciones previamente comentadas, se propuso como reto personal devolverle la buena reputación que llegó a tener en sus inicios para así poder volver a usarlo en el ámbito clínico. En el año 1984 dio una charla en el Instituto Tavistock sobre el papel de la percepción visual inconsciente a través del T.R.O. En 2002 elaboró un nuevo manual para el T.R.O. donde sistematizaba el proceso de evaluación. Esto significó que este test por fin obtuvo un sistema de evaluación que era exhaustivo y relativamente objetivo, lo cual permitiría un análisis de las láminas en función de una serie de criterios con fundamento teórico para su uso en el ámbito clínico (Knafo, 2010).

La cuestión de la validez y la fiabilidad representa un debate que ha acompañado a los test proyectivos desde siempre, y que sigue sin resolverse en la actualidad. La gran pregunta que surge en este debate es si aquello que se proyecta es siempre suficiente para poder formular una hipótesis sobre la personalidad subyacente de la persona, o si más bien se trata de una fantasía de los psicólogos más entusiastas (Basu, 2014). Existen dos posiciones enfrentadas a este respecto capitaneadas por aquellos que defienden el uso y la validez de las técnicas proyectivas frente a aquellos que opinan que son una pérdida de tiempo:

Por un lado, los que critican el uso de las técnicas proyectivas consideran que sus predicciones no corroboran el diagnóstico clínico ni apoyan los resultados de otros cuestionarios que cuentan con evidencia empírica (Lilienfeld, 2000; Spangler, 1992).

Por otro lado, los que están a favor del uso de estas técnicas, consideran que aquellos que las critican no tienen en cuenta la naturaleza especial de la validez que las caracteriza (Basu, 2014). De hecho, según Winter et al. (1998), la baja correlación existente entre los test proyectivos y otros test psicométricos representa un artefacto debido a la diferencia existente en las instrucciones que se proporcionan a la persona evaluada. De hecho, Koppitz (1982) resalta que si un test proyectivo realmente resalta los procesos inconscientes se espera que los resultados no

concuerdan con las medidas de auto-registro. Por lo tanto, los test psicométricos deberían complementarse con otros test que accedan a lo implícito o a ciertos aspectos inaccesibles de la personalidad (McGrath y Carroll, 2012).

En respuesta a las críticas, algunos psicólogos han intentado desarrollar alternativas para poder salvar algunos aspectos criticados de las técnicas proyectivas. Por ejemplo, hay investigadores que han desarrollado test semi-proyectivos que se centran en constructos más reducidos, pero que no miden la personalidad en su totalidad, como el Rorschach o el TAT. Estos test están mejor estandarizados, pero su principal defecto reside en que elicitan información más superficial y comportamental que motivacional. Otros autores han intentado desarrollar técnicas de evaluación cuantitativas para test como el Rorschach o el T.A.T., sin embargo, la tendencia general se mantiene en el uso de métodos de evaluación cualitativa. En cuanto a esto, algunos autores consideran que estos esfuerzos por sistematizar los test proyectivos destruyen el valor esencial que los caracteriza. Esto se debe a que estos test han sido creados para proporcionar información cualitativamente rica y compleja sobre la personalidad de las personas evaluadas (Basu, 2014).

Otros autores como McGrath y Carroll (2012) consideran que el problema de la validez y la fiabilidad es una cuestión semántica, por los problemas que puede acarrear el término “test proyectivos”. Si hablamos de “test”, es necesario sistematizar los estímulos y cuantificar las respuestas en base a unas normas. Si, por el contrario, la proyección se usa como una técnica, será considerada como una forma de derivar o abstraer información de las respuestas a estímulos específicos en base a propuestas psicoanalíticas.

Por lo tanto, si se adopta la perspectiva de la técnica proyectiva, en vez de la del test proyectivo, la visión que se tiene sobre la validez y la fiabilidad se modificará. Esto se debe a que, si la proyección se usa como una técnica para abstraer dinámicas individuales de una serie de respuestas, somos más sensibles a la variabilidad de los humanos a la hora de reaccionar o experimentar. Estaremos menos seguros con respecto al etiquetaje diagnóstico, pero ganaremos en validez y en fiabilidad. Al centrarnos en la diversidad, el análisis que se llevará a cabo será cualitativo, realizado a partir de la observación y de la interpretación de las respuestas. La idea es, por tanto, centrarse más en el proceso (tendencias cognitivas) que en lo diagnóstico y lo estático, valores que puede aportar un test psicométrico como el B.D.I.-II (Basu, 2014).

Teniendo en cuenta, por tanto, que la metodología a emplear con este tipo de test es de naturaleza cualitativa, establecer la misma forma de validez para todos los test proyectivos puede no ser útil. Por lo tanto, es necesario asegurarse de escoger las medidas de triangulación que se adecúen a aquello que se está midiendo con la presentación de los estímulos (Basu, 2014).

En cuanto a la fiabilidad, en la metodología cualitativa se garantiza a través de un entrenamiento similar a los diferentes evaluadores a la hora de codificar los aspectos a tener en cuenta. Sin embargo, es necesario recordar que no es una medida exacta, porque se pueden dar múltiples respuestas para las que no han sido entrenados de forma específica, y esa es una limitación con la que cuentan los estudios cualitativos que incluyen una triangulación inter-evaluadores (Seale, 1999). De hecho, las revisiones internacionales sobre técnicas proyectivas exigen que los métodos utilizados estén debidamente validados y que los autores hayan verificado la fiabilidad inter-evaluadores de las codificaciones (Andronikof, 2013).

Usos del T.R.O. en la actualidad

A pesar de que la literatura sobre el T.R.O. como herramienta diagnóstica es bastante escasa y se publica en revistas cuya distribución internacional es bastante limitada, todavía se encuentran aplicaciones interesantes de dicho test tanto en investigación como en tratamiento (Knafo, 2010).

Por ejemplo, en la investigación de Grava, Ceroni, Rucci y Scudellari (2006), donde se quería evaluar de forma profunda la estructura de personalidad de la muestra y su actitud ante el suicidio, se usaron el Test de Rorschach y el T.R.O. junto con una entrevista clínica centrada en la evaluación del suicidio. En concreto, el T.R.O. fue utilizado para evaluar los sentimientos de desesperanza y de impotencia de la muestra.

En otras investigaciones, el T.R.O. se usó como método proyectivo previo y posterior a la intervención para elicitar temas que reflejaran las relaciones objetales, aspectos del self y el funcionamiento defensivo de la muestra (Hingley, 1995; Mahmood, 1990). En un estudio de caso, el T.R.O. se empleó como herramienta pre y post tratamiento y permitió el reconocimiento del enfado tras la terapia, la evaluación del nivel de pasividad y dependencia y la capacidad del sujeto para estar en la posición depresiva descrita por Melanie Klein, en la que se puede distinguir lo bueno y lo malo dentro de un mismo sujeto (Hingley, 2001).

En la investigación de Hingley (1995), el T.R.O. y el D.A.S. se usaron tanto antes como después de la terapia para reflejar los cambios en las variables de la depresión relevantes para las perspectivas psicodinámica y cognitiva. El T.R.O. se utilizó para elicitar las respuestas características en diferentes tipos de situaciones interpersonales, aportando indicadores de las defensas subyacentes. En el momento previo a la terapia el T.R.O. arrojó resultados relacionados con temas de abandono, tragedia y duelo, y posterior a la terapia se encontraron respuestas

esperanzadoras en cuanto al futuro, además de resignación en cuanto a los asuntos que no se podían solucionar.

A partir de estas investigaciones puede inferirse que el T.R.O. ha sido utilizado para aportar información complementaria sobre aspectos muy específicos de las variables que se están midiendo en cada estudio, sin embargo, no se ha propuesto su uso como una herramienta complementaria para dar voz a los resultados que se obtengan de un test psicométrico, a diferencia del Test de Rorschach. Por ejemplo, en la investigación de Hartmann et al. (2003), este test se usa junto con el B.D.I. para ampliar los datos que el segundo proporciona sobre la depresión, y así poder atender a los pacientes con mayor conocimiento de cada caso individual, y explicarles lo que les ocurre a partir de los resultados obtenidos del Test de Rorschach. Además, añaden que el Test de Rorschach representa un gran apoyo a la hora de proporcionar información en pacientes con depresión sobre las áreas cognitiva, de percepción social, afectiva y de afrontamiento que el B.D.I. no recoge. Por su parte, Alfonseca Guerra y Fernández Olazábal (2016) utilizaron el Test de Rorschach para aportar información de la esfera afectiva en mujeres con un diagnóstico de trastorno depresivo.

Objetivos

Teniendo en cuenta estas consideraciones y el poco protagonismo que se ha dado al T.R.O. como herramienta complementaria a otros test psicométricos, el objetivo principal del trabajo consiste en analizar cómo las aportaciones del Test de Relaciones Objetales (T.R.O.) pueden clarificar y complementar los resultados cuantitativos de un test psicométrico como el Inventario de Depresión de Beck II (B.D.I.-II) para mejorar la comprensión que tenga un sujeto de su evaluación y para profundizar en el proceso de psicodiagnóstico. Para ello, y basándonos en los resultados obtenidos por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003), tendremos en cuenta que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los niveles de depresión encontrados [$F(1.59) = 0.92$, n.s.] para el grupo de estudiantes universitarios. Sin embargo, Sanz, Navarro y Vázquez (2003) encontraron que las mujeres de 18-29 años presentaban niveles de depresión mayores a los varones de la misma edad en población general ($M = 9.40$ frente a $M = 7.20$). La hipótesis se basará en el primer estudio mencionado dado que las características de la muestra son las mismas que las del presente estudio, es decir, estudiantes universitarios. En cuanto a la forma de evaluar el T.R.O. para poder encontrar indicadores depresivos en las descripciones de las láminas, este trabajo propone una adaptación de los métodos de evaluación basada en los criterios para la depresión en el T.R.O. descritos por Grassano (1984).

Las hipótesis que se derivan del objetivo principal son las siguientes:

1. Las personas que puntúen más alto en el B.D.I.-II obtendrán un número mayor de indicadores de depresión en el T.R.O. que las que obtengan puntuaciones más bajas.
2. No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión en función del sexo medido por el B.D.I.-II, por lo tanto, no existirán diferencias en el número de indicadores de depresión en el T.R.O. en función del sexo.
3. Las personas que obtengan como resultado “ausencia de depresión” o “depresión mínima” en el B.D.I.-II, no obtendrán indicadores depresivos en el T.R.O.

En cuanto a los beneficios de esta investigación, los sujetos a los que se les administre no salen directamente beneficiados; sin embargo, y como se ha comentado en el apartado anterior, en caso de que se cumpla el objetivo propuesto, este estudio aportará evidencias de los beneficios del uso de una técnica proyectiva como el T.R.O. en combinación con la aplicación de instrumentos psicométricos validados para facilitar la comprensión de los resultados por parte de los sujetos evaluados a partir de las evidencias reflejadas en sus propios discursos. Como ya se ha comentado con anterioridad, este test ha caído en desuso, por lo que esta investigación podría contribuir a la propuesta de Piotrowski (2017) para promover la supervivencia de algunos métodos de evaluación proyectivos, haciendo hincapié en su valor clínico.

Método

Diseño

Se trata de un estudio ex post facto que adoptó una metodología mixta, es decir, tanto cuantitativa como cualitativa. Los datos cuantitativos se obtuvieron tanto a partir de los resultados del Inventario para la Depresión de Beck II (B.D.I.-II) (Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003) como de los datos operativizados del análisis de las historias proporcionadas en la aplicación del Test de Relaciones Objetales (T.R.O.) de Herbert Phillipson (1955). Para poder llevar a cabo la operativización, las historias generadas a partir del T.R.O. fueron codificadas a través del programa de análisis de datos cualitativos NVivo v11.

La parte cualitativa de la investigación consistió en dar significado a aquellos datos operativizados previamente y su comparación con los otros datos cuantitativos obtenidos del B.D.I.-II.

Participantes

La muestra estuvo formada por estudiantes universitarios de diferentes carreras y universidades de la Comunidad de Madrid. Los criterios de inclusión fueron, por tanto, estar cursando en el momento de la evaluación algún grado o posgrado en una universidad de la Comunidad de Madrid y tener cumplida la mayoría de edad, además de que no se les hubiese administrado previamente en algún momento el T.R.O. El criterio de exclusión fue no cumplir con los requisitos precedentes.

Para la selección de la muestra se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve con un total de 60 sujetos. El método de selección de los sujetos y la administración de los test se llevó a cabo de manera presencial. La participación de los sujetos fue voluntaria. La muestra estuvo compuesta por un total de 33 mujeres y 27 hombres.

Procedimiento

La forma de proceder consistió en ir a distintas universidades de la Comunidad de Madrid, previo consenso con docentes de los distintos centros, para así tener un fácil acceso a la muestra que se prestase voluntaria y disponer de un espacio tranquilo donde poder administrar los test a los sujetos.

En cuanto al orden de administración de los test, el BDI-II se administró en primer lugar y, acto seguido, el T.R.O.

Para favorecer la participación de los sujetos, se les ofreció la posibilidad de enviarles este trabajo una vez estuviera finalizado para que pudieran consultarlo en caso de que fuera de su interés, y a su vez se aclaró que no se les proporcionaría la interpretación personal de las pruebas aplicadas.

Antes de comenzar con la administración de los test, se entregó a los participantes un consentimiento informado donde se detallaba el tratamiento de confidencialidad de los datos que proporcionarían con sus respuestas, así como se les informó de la necesidad de grabar sus relatos en formato audio para facilitar su posterior análisis. Asimismo, se explicó a los participantes que, al tratarse de un test proyectivo, estarían aportando más información de la que proporcionaban conscientemente. También se incluyó una breve explicación de la finalidad de este trabajo, además de su utilidad y de los beneficios que conlleva.

Dado que la administración de los test se realizó de forma presencial, y, por lo tanto, hubo un contacto directo entre los sujetos y los investigadores, su privacidad personal fue garantizada mediante un sistema de cifrado a la hora de emparejar ambos test para que no pudieran ser identificados. En ningún momento se registró el nombre de la persona junto con sus resultados, sino que se anotó en una lista con el registro de los participantes, que fue custodiada en la Universidad Pontificia Comillas.

Instrumentos de evaluación

Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II)

El primer instrumento que se administró fue el Inventario para la Depresión de Beck II (B.D.I.-II), que es la segunda versión que diseñaron Beck y sus colegas de su Inventario para la Depresión. El BDI-II ha sido traducido al español y validado en población general por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). En su estudio, en cuanto a la fiabilidad del instrumento, los autores encontraron un alfa de Cronbach de .87. También encontraron una buena consistencia interna, dado que los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de cada ítem y de los ítems con la puntuación total fueron todos estadísticamente significativos. Se han extraído dos factores de este test: el primer factor viene definido por los ítems de sentimientos de culpa, sentimientos de fracaso, tristeza, autocríticas, insatisfacción con uno mismo, llanto, sentimientos de castigo, irritabilidad y pensamientos de suicidio, los cuales podrían considerarse de naturaleza cognitiva y afectiva, por lo tanto, la dimensión que representan es Cognitivo-Afectiva. El segundo factor se compone de los ítems de pérdida de energía, cansancio-fatiga, pérdida de interés en el sexo, pérdida de placer, pérdida de interés y dificultad de concentración, los cuales representan la dimensión Somática.

Cada ítem se responde en una escala de 0 a 3, excepto dos ítems, el 16 y el 18, que permiten siete opciones de respuesta. La puntuación en el test puede oscilar entre 0 y 63 puntos, y se han establecido los siguientes puntos de corte para asignar a los sujetos en cuatro grupos distintos: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada, 29-63, depresión grave (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos y EFPA, 2018).

Además del hecho de estar validado en población general, otro motivo por el cual se ha escogido este test para esta investigación es que es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010) y porque las puntuaciones permiten discriminar claramente entre personas con un trastorno depresivo mayor y personas sin depresión.

Test de Relaciones Objetales (T.R.O.)

El segundo instrumento que se administró fue el Test de Relaciones Objetales (T.R.O.), diseñado por Herbert Phillipson en el año 1955. Es un test proyectivo que consta de 13 láminas que se dividen en tres series que reciben los nombres de A, B y C en las que se emplean figuras humanas para representar situaciones típicas de relación de objeto con el objetivo de que la persona a la que se le administra pueda proyectar sus relaciones objetales inconscientes sobre ellas.

Es un instrumento de alta saturación proyectiva sin validez ni fiabilidad estadísticamente demostradas en población española. La utilidad de este instrumento es exclusivamente clínica, por lo tanto, con este estudio se podrían aportar evidencias para contribuir a su uso aplicándolo junto con una prueba psicométrica ya validada y fiable. De esta manera, se facilitará la comprensión de los resultados del test psicométrico a través de los resultados cualitativos obtenidos a partir de las historias del T.R.O.

Hasta la fecha no se han aportado datos normativos sobre el T.R.O. en muestras considerablemente amplias, más allá de las evaluaciones que llevó a cabo el propio Phillipson cuando lo creó, que se basan en el sistema de corrección creado específicamente para el test y que consiste de la identificación o no de ciertos elementos en cada lámina. Tampoco existen datos normativos en muestras españolas. Por lo tanto, no existe un análisis de datos cuantitativo, y los datos a los que se puede acceder no son extrapolables a ninguna población.

Análisis de datos

Los datos que se obtuvieron a partir del BDI-II y los datos cuantitativos del T.R.O. se analizaron a través del programa IBM SPSS Statistics 25.0 (2017).

Para el análisis cualitativo de los discursos que surgieron a partir de las láminas del T.R.O. se usó el programa NVivo v11. Se realizó una evaluación interjueces para aportar fiabilidad a la codificación de los criterios o nodos que se extrajeron de las historias a partir de la literatura y de las hipótesis con la colaboración de un juez externo.

Resultados

Análisis de datos cualitativos desde NVivo

Para la obtención de los resultados de los análisis cualitativos de los discursos con el programa NVivo v11 se extrajeron categorías basadas en los criterios para la depresión en el T.R.O. descritos por Grassano (1984) y se incluyeron algunas categorías previas de las propuestas por Phillipson, como el contexto de realidad o el contenido de realidad. Se fueron añadiendo categorías de 3ª y 4ª generación que no se consideraron depresivas, pero que estaban incluidas en los discursos y por ese motivo fueron recogidas igualmente en la codificación. Las categorías depresivas descritas por Grassano (1984) aparecen sombreadas en la tabla para facilitar su distinción con respecto al resto de las categorías. Todas categorías mencionadas quedan representadas en la Tabla 1.

Tabla 1
Categorías NVivo

1ª Generación	2ª Generación	3ª Generación	4ª Generación
1. ESTRUCTURA DE LA HISTORIA	1.1 Consigna	1.1.1 Se sigue	
			1.1.2 No se sigue
			1.2.1 Felicidad- infelicidad
			1.2.2 Soledad- exclusión
	1.2 Temas		1.2.3 Desesperanza
			1.2.4 Moral
			1.2.5 Neutro
			1.2.6 Política
			1.2.7 Tensión-miedo- suspense
			1.2.8 Clandestinidad
			1.2.9 Enfermedad
			1.2.10 Despedida
			1.2.11 Preocupación
			1.2.12 Muerte- entierro-asesinato
			1.2.13 Manifestación
			1.2.14 Religión
			1.2.15 Secuestro- privación de libertad
			1.2.16 Competición
			1.2.17 Huida
		1.2.18 Morriña- tristeza	
		1.2.19 Bullying	

		1.2.20 Celebración-alegría	
		1.2.21 Sexo	
		1.2.22 Admiración	
		1.2.23 Salud-médico	
		1.2.24 Emotivo	
		1.2.25 Discusión-pelea	
		1.2.26 Ataque	
		1.2.27 Paz	
		1.2.28 Perdido	
		1.2.29 Incendio-catástrofe-accidente	
		1.2.30 Abuso	
		1.2.31 Cariño-afecto	
		1.2.32 Cambio	
		1.2.33 Decepción	
	1.3 Explicación del conflicto	1.3.1 Explicación depresiva	
		1.3.2 Explicación congruente	
		1.3.3 Explicación alternativa	
		1.3.4 Negación maníaca del conflicto	
		1.3.5 Ausencia de conflicto	
	2.1 Estereotipia		
	2.2 Bloqueo-retardo		
	2.3 Contenido de realidad	2.3.1 Congruente	
		2.3.2 Incongruente	
		2.3.3 No se menciona	
	2.4 Contexto de realidad	2.4.1 Congruente	
		2.4.2 Incongruente	
		2.4.3 No se menciona	
	3.1 Grado de humanización	3.1.1 Humanos	
		3.1.2 No humanos	
	3.2 Número de personas	3.2.1 Congruente	
		3.2.2 Incongruente	3.2.2.1 Añade
			3.2.2.2 Omite
		3.2.3 No se menciona	
	4.1 Fracaso en la comunicación		
	4.2 Idealización de la relación		
2. PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN			
3. GENTE INCLUIDA EN LA HISTORIA			
			4.3.1.1 Profesor-alumno
			4.3.1.2 Familiar

4. RELACIONES ENTRE PERSONAJES	4.3 Descripción del vínculo	4.3.1 Sí	4.3.1.3 Autoridad- subordinados	
			4.3.1.4 Seres queridos	
			4.3.1.5 Padre/madre- hijo/hija	
			4.3.1.6 Equipo	
			4.3.1.7 Compañeros- amigos	
			4.3.1.8 Pareja	
			4.3.1.9 Cura- feligreses	
			4.3.1.10 Asesino-víctima	
			4.3.1.11 Ganador- competidores- perdedores	
			4.3.1.12 Enemigos	
			4.3.1.13 Secta	
			4.3.1.14 Público- competidores	
			4.3.1.15 Yo-yo de pequeño	
			4.3.2 No	
		4.4 Clima emocional	4.4.1 Se describe	
	4.4.2 Se omite			

Distribución de las puntuaciones en el B.D.I.-II

Tras la suma de los ítems del B.D.I.-II las puntuaciones totales de los sujetos se distribuyeron entre los valores 1 y 39 (siendo 0 la puntuación mínima y 63 la puntuación máxima que se podía alcanzar en el test), con una media total igual a 12.53 y una desviación típica igual a 7.92.

En cuanto a los niveles de depresión, el 58.33% ($n = 35$) de la muestra no presentó niveles de depresión o estos eran mínimos, el 28.33% ($n = 17$) presentó niveles leves de depresión, el 8.33% ($n = 5$) presentó niveles de depresión moderada y el 5.0% ($n = 3$) presentó niveles severos de depresión.

Diferencias demográficas y distribución de las puntuaciones en función del sexo y de los rangos cuantitativos de depresión en el B.D.I.-II

En la Tabla 2 se recogen las medias y desviaciones típicas de la puntuación total de los ítems del BDI-II para la muestra de estudiantes universitarios dividida en función del sexo. No se observaron diferencias significativas en los niveles de depresión en función del sexo ($t(58) = -1.61, p = .13$). También se presenta la distribución de los estudiantes universitarios en función de las categorías de gravedad de la sintomatología depresiva que presenten (mínima, leve, moderada o severa) propuestas por Beck, Steer y Brown (1996), con sus correspondientes porcentajes, medias y desviaciones típicas. De la misma forma, se recogen los porcentajes obtenidos por mujeres y por hombres en las distintas categorías de gravedad de la sintomatología depresiva. Se observó estas categorías no dependían del sexo, dado que no se observaron diferencias significativas entre mujeres y hombres en las diferentes categorías ($\chi^2(3) = 3.19, p = .36$).

Tabla 2

Distribución de la muestra de estudiantes universitarios en función de las características demográficas y de las categorías de gravedad de la sintomatología depresiva

		Categorías de gravedad de la sintomatología depresiva											
						Sin depresión /depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa	
						0-13		14-19		20-28		29-63	
		<i>N</i>	%	\bar{x}	<i>D.T.</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo	Hombres	27	45%	10.74	6.01	18	51.43%	7	41.18%	2	40.0%	0	0%
	Mujeres	33	55%	14.00	9.02	17	48.57%	10	58.82%	3	60.0%	3	100%
Muestra Total		60	100%	12.53	7.92	35	58.33%	17	28.33%	5	8.33%	3	5.0%

Distribución de las puntuaciones en el T.R.O. en función del sexo

En la Tabla 3 se recogen las medias obtenidas por hombres y por mujeres en el T.R.O., que se calcularon estableciendo un sistema de puntuación para los diferentes nodos depresivos, de manera que al obtener varios nodos se sumaban entre sí para obtener una puntuación total de depresión en el T.R.O., de la cual se obtuvieron las medias para ambos sexos. Se observaron diferencias significativas en función del sexo, obteniendo las mujeres una puntuación mayor que los hombres en los indicadores depresivos. Sin embargo, estas diferencias fueron mínimas, dado que el tamaño del efecto fue muy reducido ($t = -.35, p = .03, d = .09$).

Tabla 3

Diferencia de medias en las puntuaciones obtenidas en el T.R.O. en función del sexo

	Puntuación T.R.O.	
	\bar{x}	D.T.
Hombres	13.15	5.04
Mujeres	13.76	8.21

Cruce de datos cualitativos y cuantitativos

Para posibilitar el análisis conjunto de datos cuantitativos y cualitativos con el objetivo de contrastar la información obtenida a través del B.D.I.-II y del T.R.O. se obtuvo una matriz de datos dividida en función de las categorías codificadas en los discursos analizados a través del programa NVivo v11, convirtiendo los datos cualitativos en cuantitativos para poder compararlos con los resultados obtenidos con el B.D.I.-II y cuantificar los niveles de depresión obtenidos en el T.R.O. Dicha matriz se cruzó con aquella obtenida de los resultados del B.D.I.-II, dando como resultado una matriz cruzada que incluía las puntuaciones obtenidas en ambos instrumentos de evaluación. Esto posibilitó el análisis de la información obtenida en los discursos del T.R.O. en función del sexo de los sujetos y del nivel de depresión que presentarían en el B.D.I.-II (mínimo, leve, moderado y severo).

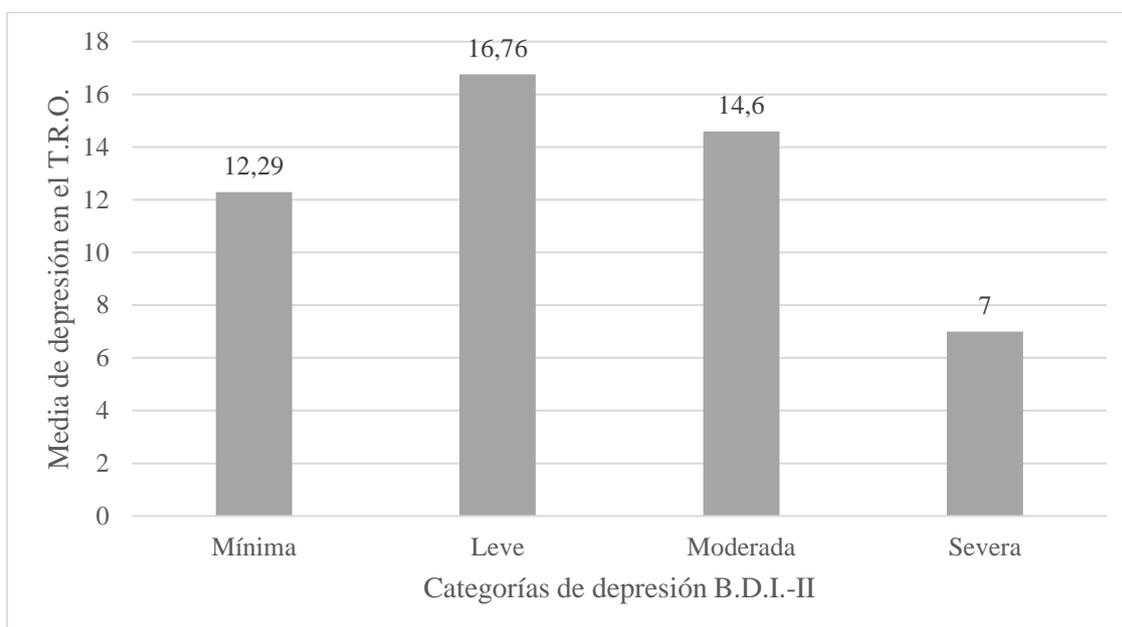
Para comprobar si los resultados de depresión obtenidos en el BDI-II, concretamente las diferentes categorías de gravedad de la sintomatología depresiva en las que puntuaban los sujetos se correspondían con las puntuaciones de depresión que los sujetos obtuvieron en el T.R.O., se procedió a realizar un ANOVA unifactorial una vez que se comprobaron los supuestos de normalidad y de homogeneidad de varianzas. Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones totales obtenidas en los nodos depresivos del TRO en función de las cuatro categorías de gravedad de la sintomatología depresiva propuestas por el BDI-II ($F(59,3) = 2.78$, $p = .05$, $\text{Eta}^2 = .13$).

Sin embargo, a pesar de que los resultados del ANOVA unifactorial fueran significativos, los contrastes *post-hoc* (Scheffe) revelaron que las puntuaciones en los niveles de depresión ordenadas de menor a mayor no se distribuían de forma lógica en función de categorías de gravedad de la sintomatología depresiva propuestas por el B.D.I.-II (mínima, leve, moderada y severa) como era esperable basándonos en la primera hipótesis de este trabajo. Conviene resaltar que los sujetos que obtuvieron una puntuación correspondiente con la depresión severa en el B.D.I.-II obtuvieron las puntuaciones más bajas en los indicadores de depresión del T.R.O., y aquellos que obtuvieron una puntuación correspondiente con la depresión leve en el B.D.I.-II fueron los que puntuaron más alto en el T.R.O. Además, aquellos sujetos que obtuvieron una

puntuación correspondiente con la depresión mínima en el BDI-II obtuvieron puntuaciones más altas en el T.R.O. que aquellos con depresión severa. Los sujetos con depresión moderada de acuerdo con los criterios del B.D.I.-II obtuvieron puntuaciones más bajas en el T.R.O. que aquellos con depresión leve, y más altas que aquellos con depresión severa y mínima. En la Figura 1 se puede observar la distribución de las puntuaciones de depresión obtenidas en el T.R.O. en función de las categorías de gravedad de la sintomatología depresiva obtenidas en el B.D.I.-II.

Figura 1

Distribución de las puntuaciones de depresión obtenidas en el T.R.O. en función de las categorías de gravedad de la sintomatología depresiva obtenidas en el B.D.I.-II



Para reforzar los resultados encontrados, se realizaron los análisis pertinentes para dividir las puntuaciones obtenidas en el T.R.O. en cuatro grupos para facilitar su comparación con las categorías de gravedad de la sintomatología depresiva, estableciendo igualmente niveles mínimos, leves, moderados y graves de depresión, cuyas puntuaciones se definieron separando los grupos de la misma forma que en el B.D.I.-II, repartiendo las puntuaciones en función de la cantidad de nodos obtenidos en cada discurso, de forma que aquellos con depresión mínima obtuvieron una puntuación de 0 a 8, aquellos con depresión leve obtuvieron una puntuación de 9 a 12, aquellos con depresión moderada obtuvieron una puntuación de 13 a 17 y aquellos con depresión severa obtuvieron una puntuación de 18 a 37, siendo la máxima puntuación 109. Es muy poco probable obtener la puntuación máxima, dado que eso implicaría obtener todos los indicadores de depresión en las 12 láminas.

De forma congruente con los análisis realizados previamente estos resultados no fueron significativos ($\chi^2 = 11.01, p = .28, C.C.=.39$), y la distribución de las puntuaciones de los cuatro grupos de depresión de ambos instrumentos no es la que se esperaba encontrar basándonos en las hipótesis del presente trabajo. En la Tabla 4 se recogen los porcentajes obtenidos por los cuatro grupos de depresión del T.R.O. en las distintas categorías para la depresión propuestas en el B.D.I.-II.

Tabla 4

Distribución de las puntuaciones en los niveles de depresión del B.D.I.-II y del T.R.O.

	Depresión mínima B.D.I.-II		Depresión leve B.D.I.-II		Depresión moderada B.D.I.-II		Depresión severa B.D.I.-II	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión mínima T.R.O.	11	31.43%	5	29.41%	1	20%	2	66.66%
Depresión leve T.R.O.	9	25.71%	2	11.76%	0	0%	1	33.33%
Depresión moderada T.R.O.	9	25.71%	3	17.65%	3	60%	0	0%
Depresión severa T.R.O.	6	17.14%	7	41.18%	1	20%	0	0%

Dado que los análisis de carácter cuantitativo que se llevaron a cabo no resultaron significativos ni permitieron dar respuesta a las hipótesis planteadas, se llevó a cabo un análisis cualitativo de los discursos de aquellos sujetos que obtuvieron puntuaciones severas de depresión en el T.R.O. De esta forma, se buscó obtener unos resultados distintos analizando los discursos y contrastándolos con las evidencias que aportó la literatura. Para facilitar la comprensión de los análisis cualitativos y localizar el origen de los fragmentos que se citarán a continuación, enumeramos los discursos de los sujetos que obtuvieron una puntuación severa en el T.R.O. Los 14 sujetos que obtuvieron niveles de depresión severos en el T.R.O. fueron: 3, 4, 10, 12, 13, 14, 20, 21, 27, 32, 34, 45, 54, 57.

En la Tabla 5 se muestra un resumen de la frecuencia con que se encontraron en los discursos de los sujetos fragmentos en los que se han identificado los nodos depresivos propuestos por Grassano (1984), y también su correspondiente nivel de depresión en el T.R.O. De las puntuaciones totales obtenidas se calcularon las medias y las desviaciones típicas de la frecuencia de aparición de los diferentes nodos en cada nivel de depresión del T.R.O. para facilitar la comparación entre los distintos niveles.

Tabla 5

Descripción del número de discursos del T.R.O. que obtuvieron puntuaciones en los nodos depresivos propuestos por Grassano y su división en los diferentes niveles de depresión del T.R.O.

Nodos depresivos (Grassano, 1984)	Número de discursos y frecuencia de aparición		Media y DT encontradas en los distintos niveles de depresión del T.R.O.							
			Mínima		Leve		Moderada		Severa	
	Discursos	Citas	\bar{x}	<i>D.T.</i>	\bar{x}	<i>D.T.</i>	\bar{x}	<i>D.T.</i>	\bar{x}	<i>D.T.</i>
1.1 Consigna										
1.1.2 No se sigue	45	214	1.26	1.45	2.33	2.64	5.57	3.72	5.50	3.63
1.2 Temas										
1.2.1 Felicidad- infelicidad	12	21	.16	.38	.42	.90	.47	.64	.43	.76
1.2.2 Soledad- exclusión	54	93	1.16	.83	1.50	.91	1.73	.88	1.93	1.07
1.2.3 Desesperanza	12	17	.21	.42	0	0	.07	.26	.86	1.17
1.2.4 Moral	24	42	.32	.58	.33	.49	.67	.98	1.57	1.40
1.3 Explicación del conflicto										
1.3.1 Explicación depresiva	18	36	.26	.65	.17	.40	.40	.63	1.64	1.91
2.1 Estereotipia	13	59	.11	.46	.33	1.16	1.47	3.09	2.21	3.04
2.2 Bloqueo-retardo	33	67	.68	.75	.33	.89	1.33	1.29	2.14	2.18
4.1 Fracaso en la comunicación	1	1	.05	.23	0	0	0	0	0	0
4.2 Idealización de la relación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

El análisis cualitativo de los discursos se ha dividido según los nodos de depresión encontrados por Grassano (1984) para facilitar su comprensión. Dado que las categorías encontradas se dividen en cuatro nodos principales, se irán describiendo desde el nodo de primera generación hasta el de 4ª generación para evidenciar su origen.

El primero nodo descrito es el de *Estructura de la historia*, que incluye el seguimiento o no de la consigna, los temas mencionados y la explicación del conflicto. Con respecto a la **consigna**, se considera que es seguida cuando el sujeto elabora el discurso a partir de la lámina

incluyendo aspectos como la forma en que se le ha ocurrido la historia, de qué personas se trata, qué les ocurre en el presente y qué ocurrirá después (Phillipson, 1955). Grassano (1984) consideró que no seguir la consigna conforma un indicador depresivo sobre todo en casos en que la persona tiene dificultades para diferenciar entre el momento pasado y el presente. Esto se debe sobre todo a que en los sujetos depresivos el pasado adquiere un peso considerable sobre el presente, de forma que las conductas o sentimientos negativos del pasado suelen ser las responsables de causar el momento actual de dolor descrito en la lámina. *“Vale, esto puede ser un chico que está mirando a través de una puerta un recuerdo que puede tener de su pasado cuando vio a su padre siendo infiel con una mujer. Y está recordándolo porque no consigue olvidarlo”* (Lámina B3, Sujeto 32).

La autora argumenta también que los sujetos depresivos tienen dificultades para diferenciar entre pasado, presente y futuro. De hecho, estos sujetos no suelen elaborar un discurso en el que exista un futuro, prácticamente es omitido en muchos casos por encontrarse los personajes paralizados en situaciones de soledad. *“Se ve un edificio y una pareja debajo de un árbol, como hablando, imaginando cosas, mirando al edificio, recordando algo de ese lugar, o simplemente ahí por coincidencia. Ahí están, simplemente, están hablando”* (Lámina B2, Sujeto 20).

Sin embargo, es importante mencionar que también ha habido sujetos en cuyos relatos se han identificado escenas en las que los personajes estaban aparentemente dominados por el pasado, pero que consiguen salir de él. *“Este soy yo en el año 2015. Estudiaba teleco pero tuve una crisis de ansiedad y me encontraba fatal, porque mentía a mi madre, fumaba muchos porros (confidencial). Tuve una crisis de ansiedad horrible y fue lo que me hizo madurar como persona. Aquí veo la zona oscura, como el pasado, que me han vuelto, pero yo saliendo de él, aunque todavía estoy oscuro, pero voy hacia la luz. Y al final esa luz en mi caso ha sido Jesús, y encontré la salvación en él. No es broma”* (Lámina A1, Sujeto 57).

El siguiente subnodo es el de **temas mencionados en la historia**. Con respecto al tema felicidad-infelicidad, Grassano (1984) considera que las personas con depresión interpretan algunos símbolos de las láminas poniendo el foco en temas de felicidad e infelicidad. Se basa en la percepción de las láminas que, al estar en blanco y negro, permiten relacionar lo negro con temas negativos y lo blanco con la esperanza y lo positivo. *“(…) Y el final de esto lo veo como que ya cuando la anciana enferme o ya cuando sea su hora, la casa volverá como a estar llena de las personas, de los hijos, de los nietos, a todos los que crió, y morirá como feliz, digamos, pero aun así con el sentimiento este de ‘joder, sola ahora’”* (Lámina C2, Sujeto 45).

Resulta interesante comentar que varios sujetos, tanto con depresión como sin depresión, han relacionado la Lámina en blanco (13) con temas de felicidad, lo cual puede deberse precisamente a la consideración de Grassano (1984) en la que lo blanco se relaciona con temáticas

de carácter positivo. *“Vale. Es que yo aquí veo pues una infinidad de posibilidades que puedan pasar... al fin y al cabo una página en blanco es eso: tú puedes decidir qué pintar, qué historia contar, y qué crear desde el minuto uno, por así decirlo. Y veo como lleno de vida, felicidad, lleno de miles de posibilidades básicamente (...)”* (Lámina 13, Sujeto 32).

“Veo algo blanco, veo como... no sé. Imagino como una playa, con el sol, todo perfecto. Una playa a solas, sin ninguna casa, sin nada, todo estaba un poco salvaje, con el agua cristalina, y todo perfecto. Y en este caso a dos chavales pasándose bien, a dos chicos de 14 y 13 años, jugando al fútbol y divirtiéndose” (Lámina 13, Sujeto 50).

Otro tema identificado como depresivo sería el de soledad-exclusión, y lo relaciona con las separaciones, tanto afectivas como físicas, entendido en términos de distancia entre los personajes. *“Hombre, esto es un niño, ¿no? Parece más un chavalín que le han dejado un poquito a parte, le han marginado un poquito sus amigos o sus compañeros, y está solito”* (Lámina BG, Sujeto 27).

Los resultados del análisis reflejan que las láminas en las que los sujetos perciben más soledad o exclusión son la A1 y la BG. Basándonos en los criterios de Phillipson (1955) sobre el contexto de realidad esta interpretación tendría bastante sentido y sería congruente para ambas láminas. Esto se debe a que la serie A suele apelar a las necesidades primitivas de dependencia y a ansiedades primarias, como la de separación. *“Veo un señor que está solo, podría estar en una calle. No sé me ocurre muy bien qué podría estar haciendo. Podría sentirse solo, abandonado, podría incluso suicidarse, pero me parece un poco...”* (Lámina A1, Sujeto 21).

Respecto a la serie B, en estas láminas los sujetos suelen proyectar relaciones fantaseadas con objetos que resultan amenazantes, lo cual se puede ver de forma explícita en los discursos en que se describen situaciones de *bullying* o acoso. *“Esto simboliza a la perfección la depresión y el excluir a la gente, madre mía. Me recuerda esto también a una película, la típica de bullying, de cosas así... Es los dos como en dos grupos. El chaval podría venir como de otro sitio, a un colegio nuevo, a una situación nueva, no necesariamente a un colegio. Y los típicos grupos ya formados, que son los que están al otro lado, le están como imposibilitando un poco el integrarse”* (Lámina BG, Sujeto 45). De hecho, Phillipson comenta de la lámina BG en concreto que suscita sentimientos de inseguridad y de soledad en las que el grupo suele abandonar al sujeto, o, de forma inversa, el sujeto trata de excluirse a sí mismo en un intento por protegerse del resto. A este respecto, se han encontrado fragmentos en los que algunos personajes disfrutaban de la soledad, aunque esto también podría ser considerado como una defensa contra el sentimiento de soledad o exclusión. *“Es como una construcción, de ruinas de algún tipo. Luego hay unas personas hablando y otra persona como disfrutando de su soledad, que está ahí, mirando el paisaje, sin nadie a su alrededor, como que se aleja del grupo para tomar perspectiva de lo que*

está viendo. Igual es como alguien que ha ido a visitar una ciudad y mientras todos, yo qué sé, el típico guía que te cuenta ahí todo, pues tú te vas y miras la cosa desde otra perspectiva” (Lámina BG, Sujeto 20).

El tema de la desesperanza es relacionado por Grassano (1984) con la inviabilidad de impedir que los personajes fracasen, que se vean arruinados o que pierdan a otros objetos que son importantes para ellos. *“La Revolución Industrial en Inglaterra. Este hombre trabaja en una fábrica y trae así el dinero para mantener a su familia. Le está prometiendo a su mujer, que lleva corsé, de ahí lo de Inglaterra, que va a volver y que van a tener un futuro juntos, pero tanto él como ella saben que no. Este es el niño como llorando la despedida de su padre” (Lámina B3, Sujeto 57).*

“Vale. Pues... se me ha ocurrido porque esta foto me hace pensar en soledad. Entonces, la historia va de un señor que estaba casado y no tiene hijos, y acaba de perder a su mujer y ya no sabe qué hacer. Y la historia acaba con él sentado como en un sofá solo porque nunca tuvo hijos y nunca... o sea, se centraba sólo en su mujer y la ha perdido” (Lámina A1, Sujeto 34).

El último tema considerado como depresivo sería el de la moral, que Grassano (1984) relaciona con temas de culpa o castigo. *“Podrían ser dos personas enviadas por otra, que arrinconan al otro con el que están hablando, porque ha hecho algo malo. Igual para acabar con él o para detenerle... se me ocurre que van a raptarle o a matarle o algo así. El otro claramente no puede hacer nada porque está solo” (Lámina A3, Sujeto 21).*

Otro subnodo de la estructura de la historia sería la explicación depresiva del conflicto, la cual es descrita por Grassano (1984) como una explicación en la que predomina un estado de ánimo central negativo, centrado en la tristeza, la preocupación o la desesperación, y en la que no se termina de argumentar de forma concluyente cómo se ha generado el conflicto. Lo que caracteriza a los personajes de este tipo de conflicto es que suelen permanecer inmóviles ante él, sin reaccionar o intentar resolverlo para alcanzar una situación mejor. *“(…) su propia sombra hace que mientras él camine, pues camina detrás de él, como que le influye como si fuese su pasado más o menos, y bueno, he llegado a esa conclusión, pues no sé, o sea, un poco viendo la figura que hay y un poco también pensando en mí y en parte en el pasado que siempre me influye en todo lo que hago, pues me he imaginado que esto que hay en negro este borrón en negro que hay es como todo lo que tengo detrás que me pesa al final en mi futuro. ¿Y qué ocurriría después? pues que esa persona, esa sombra, va subiendo, o sea, va aumentando de nivel y cómo que al final lo que hace es que borra su figura y hay ciertas partes que están borradas, como que ese pasado le influye tanto que al final la persona se ahoga en su propia... en su propia sombra” (Lámina A1, Sujeto 10).*

El siguiente nodo es el de la *Percepción de la Situación*, que está compuesto por la estereotipia, el bloqueo, el contenido de realidad y el contexto de realidad. Respecto a la **estereotipia**, Grassano (1984) la describe como la repetición de temas, de estados de ánimo o de problemáticas y finales de las historias en los relatos de las diferentes láminas, incluso cuando las situaciones no comparten parecido entre sí. Para ejemplificar la estereotipia se han seleccionado tres fragmentos distintos del mismo sujeto correspondientes a distintas láminas para evidenciar la reiteración de temas en distintas láminas. Estos temas aparecen subrayados y en negrita para facilitar su identificación:

*“Es que estas imágenes están muy oscuras. Si tuviesen más luz podría pensar que estás tú en tu cama durmiendo y que de repente aparece tu padre o tu madre por la puerta y simplemente eso, pero como está tan oscuro pues **puedo pensar que viene a matarme alguien.** Esa sombra ahí... ese cuarto no me produce mucha tranquilidad, la verdad. O una pesadilla de un niño o algo así”* (Lámina B1, Sujeto 20).

*“Esto es que hace poco vi la serie de Ted Bundy y me recuerda una escena del crimen por esto rojo y cómo al **asesino que acaba de matar** o al policía mirando la escena, que probablemente ahí habrá una persona muerta, y él viéndolo”* (Lámina C2, Sujeto 20).

*“La imagen es luminosa, por lo que tampoco tendría mucho sentido que fuese un rojo por el color del atardecer. Así que, o a esa familia le gusta tener pintura roja por el suelo o **han matado a alguien.** Y luego hay un trapo encima de la silla, pero es un trapo normal, y ahí estamos. Una cocina normal, con luz”* (Lámina C1, Sujeto 20).

El siguiente subnodo a comentar es el **bloqueo-retardo**, que se refiere a la lentitud de los procesos perceptivos y asociativos y que se expresa a través de un número de respuestas pobres o de un bloqueo entendido como la imposibilidad de desarrollar la idea que la persona tiene en mente, o la ausencia de una idea. También se evidencia en la lentitud a la hora de empezar a describir la lámina, pero en este trabajo sólo se han recogido las evidencias escritas, por lo que consideraremos exclusivamente los primeros factores mencionados (Grassano, 1984). *“(…) estaba también un poco así, hay ventanas por ahí, también hay una cocina y está la mesa también y siempre la mesa está como... puesta ¿no?, cómo que hay sitio para todo el mundo, y... y no sé cómo seguiría la historia, o eso, es un poco el entorno... que me... que me espera, es que no sé si ahí puedo seguir la historia porque no... yo veo eso, no sé, me recuerda pues eso, a un sitio donde yo he estado, y que es para mí como... una segunda casa y que me gusta ir mucho, y todo eso, entonces... eso es lo que me recuerda, no... no sé cómo avanzar la historia porque no... no lo sé, no... no lo sé, o sea... sí que me puedo imaginar, o sea, esta silla... mi abuelo siempre se sentaba también en un... como en el centro de la mesa, para mesa tiene como... 2 y 2, y 1 y 1”* (Lámina C1, Sujeto 10).

El último nodo del presente estudio es el que describe las *Relaciones entre los personajes*, y está formado por el fracaso en la comunicación, la idealización de la relación, la descripción del vínculo y el clima emocional. El **fracaso en la comunicación** es descrito como una situación en la que los personajes no logran comprenderse o comunicar lo que desearían a otro sujeto. Además, no se explicita el motivo por el cual existe este fracaso en la comunicación, o se responsabiliza a alguien ajeno al conflicto. *“Veo a dos personas. La de la izquierda parece una mujer y la de la derecha a un hombre. Parece que tienen dificultades de comunicación, son próximas, pero como que tienen problemas en estos momentos. No me ha recordado nada específico, pero también es lo primero que me ha venido. En el futuro creo que estas personas van a superar este problema. O sea, es como una pequeña discusión, creo”* (Lámina A2, Sujeto 59). Como se puede observar en la Tabla 5, sólo ha habido un sujeto que ha puntuado en este nodo, y no pertenece al grupo de sujetos con depresión severa. Finalmente, respecto a la **idealización de la relación** ocurre algo similar, ya que no ha habido sujetos que puntúen en ese nodo.

Discusión

El objetivo principal del presente estudio consistía en analizar la forma en que la información que se obtiene del Test de Relaciones Objetales (T.R.O.) puede clarificar y complementar los resultados de un test psicométrico como el Inventario de Depresión de Beck II (B.D.I.-II) para facilitar la comprensión por parte del sujeto de su evaluación y para ayudar a profundizar en el proceso psicodiagnóstico a profesionales de la salud mental. Para ello, se creó un sistema de evaluación del T.R.O. con el que se pudieran encontrar indicadores concretos de depresión, y se construyó a través de la sistematización de los indicadores de depresión en el T.R.O. descritos por Grassano (1984). Además, se incluyeron aspectos relevantes del método de evaluación diseñado por el propio Phillipson como el contenido de realidad, el contexto de realidad, su concepto de grado de humanización de los personajes y número de personas incluidas en la lámina. Como es habitual en la metodología cualitativa, las categorías diseñadas en base a la literatura fueron adquiriendo nuevas subcategorías en función de las comunalidades encontradas en los discursos.

Para facilitar la discusión de las diferentes hipótesis, se procede a su análisis de manera individual a continuación:

La hipótesis 1 proponía que las personas que obtuvieran puntuaciones más altas en el BDI-II obtendrían un mayor número de indicadores de depresión en el T.R.O. Los resultados encontrados en el presente trabajo no favorecen los supuestos de esta hipótesis. Las personas que presentaron depresión severa en el B.D.I.-II fueron las que obtuvieron las puntuaciones más bajas

en los indicadores de depresión del T.R.O. Sin embargo, no se observó una tendencia inversa en los resultados de ambos test, es decir, que los que obtuvieron puntuaciones más altas en el B.D.I.-II no obtuvieron puntuaciones más bajas en el T.R.O., ni los que obtuvieron puntuaciones más altas en el primer test obtuvieron puntuaciones más bajas en el segundo test. Estos resultados indican que no se pudo establecer una relación lineal entre los resultados de ambos test. De esta forma se puede concluir que la primera hipótesis se rechaza. Los resultados encontrados pueden deberse a varios factores:

En primer lugar, y en contra de la opinión de algunos autores como Muñiz y Fernández-Hermida (2010) que consideran que el B.D.I.-II es un instrumento que permite discriminar claramente entre personas que presentan un trastorno depresivo mayor y personas sin depresión, existen autores que consideran que no es recomendable su uso exclusivo como instrumento diagnóstico. Hacer este uso del test implicaría la no distinción entre síntoma, síndrome y trastorno, dado que este test sirve para identificar los síntomas típicos de la depresión y evaluar la intensidad con que se presentan, pero no para diagnosticar (Sanz, Navarro y Vázquez, 2013). El B.D.I.-II concentra sus preguntas sobre la sintomatología depresiva en las dos últimas semanas, lo cual no es suficiente para diagnosticar una depresión, dado que para ello es necesario tener en cuenta otros criterios como la duración y la gravedad de los síntomas, el curso del trastorno y las consecuencias del mismo en la vida del sujeto (APA, 2014; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

En segundo lugar, los resultados en contra de la confirmación de la hipótesis también pueden deberse a que el sistema de evaluación de la depresión que se ha diseñado para el T.R.O. a partir de los criterios de Grassano (1984) no sea adecuado para evaluar la depresión en los sujetos. A pesar de que este test presente una ventaja considerable con respecto al B.D.I.-II, que es que no evalúa la sintomatología presente en las dos últimas semanas, sino que permite proyectar las relaciones objetivas de la persona a lo largo de toda su vida, es posible que el hecho de identificar los indicadores de depresión no sea suficiente para poder diagnosticar el trastorno.

Teniendo en cuenta estas premisas, parece evidente que una limitación con la que cuenta este estudio es no haber incluido un criterio externo de evaluación de la depresión, como podría haber sido el juicio de un experto. La inclusión de este juicio externo habría permitido discriminar cuáles son los sujetos que presentan un trastorno depresivo mayor y cuáles no, lo cual habría posibilitado el aporte de evidencias de cuál de los dos instrumentos de medida es más adecuado para medir la depresión, o si ambos son útiles. Lamentablemente y por motivos de falta de tiempo no fue posible incluir este criterio externo en el estudio.

La hipótesis 2 proponía que no existían diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión en función del sexo medido por el BDI-II, y que, por lo tanto, tampoco existirían diferencias significativas en el número de indicadores de depresión en el T.R.O. en

función del sexo. Los resultados del presente estudio coinciden con aquellos encontrados por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003), dado que no se han encontrado diferencias en el nivel de depresión medido por el BDI-II en función del sexo. Sin embargo, basándonos en los resultados encontrados en el T.R.O. no se puede confirmar la hipótesis de forma total, dado que sí se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los niveles de depresión medidos a través del instrumento basado en los supuestos de Grassano (1984), a pesar de que estas diferencias sean mínimas.

La hipótesis 3 proponía que las personas que obtuvieran como resultado en el B.D.I.-II ausencia de depresión o depresión mínima no obtendrían indicadores depresivos en el T.R.O. Los resultados no favorecen las premisas de esta hipótesis dado que los sujetos que obtuvieron una depresión mínima o ausencia de depresión en el B.D.I.-II obtuvieron la tercera puntuación más alta en los indicadores de depresión del T.R.O., por debajo de aquellos que obtuvieron en el B.D.I.-II puntuaciones correspondientes con el nivel leve y moderado, y por encima de los que presentaban depresión severa. En vista de estos resultados se podría conjeturar que esta hipótesis no se cumple dado que los sujetos podrían haber manipulado sus respuestas en el B.D.I.-II. Esto podría deberse a que es muy sencillo saber qué respuestas son las que suman para obtener una puntuación más alta en depresión. Sin embargo, esto no se pudo comprobar en el estudio dado que no se tuvo en cuenta a la hora de plantearlo. Para futuras investigaciones sería interesante añadir alguna pregunta que tratara de evaluar si las personas han contestado de forma sincera al cuestionario o si se han visto influidas por la necesidad de obtener un resultado que no concluyera que podrían presentar depresión debido al estigma existente con esta y otras enfermedades mentales (Busby Grant, Bruce y Butterham, 2015).

El hecho de que ninguna de las hipótesis propuestas se haya aceptado no es sorprendente si tenemos en cuenta la descripción que Koppitz (1982) hizo de los test proyectivos. Él consideraba que si este tipo de test realmente consiguiera extraer información de los procesos inconscientes de los sujetos a los que se les administra, cabría esperar que los resultados no concordasen con las medidas de autorregistro, como es el B.D.I.-II, porque se contestan teniendo en cuenta los contenidos del psiquismo a los que los sujetos pueden acceder de forma consciente. Por lo tanto, podría resultar erróneo el objetivo de encontrar aspectos idénticos en ambos test, al menos usando el sistema de evaluación de la depresión en el T.R.O. propuesto en este estudio.

Respecto al análisis cualitativo de los discursos, se encontraron fragmentos de los discursos que se correspondían con las categorías de depresión basadas en el trabajo de Grassano (1984) para todos los indicadores de depresión, excepto para **la idealización de la relación**, y sólo se encontró un fragmento para el fracaso en la comunicación. El resto de los indicadores contaron con numerosos ejemplos que se ajustan a la descripción que hizo Grassano. Sin embargo,

cabe destacar que esta descripción trataba de describir los indicadores de depresión en los discursos elaborados a partir de las láminas del T.R.O. desde una perspectiva psicoanalítica, por lo que se permitía cierta interpretación de los discursos. En este estudio, al haber tratado de sistematizar esta descripción, se perdió todo el peso interpretativo y se trató de analizar exclusivamente lo que aparecía en los discursos de forma explícita, obviando información que podría estar explícita con la intención de ser lo más objetivo posible.

En la línea de Basu (2014), parece que, a pesar de que muchos autores han intentado desarrollar técnicas de evaluación cuantitativas para otros test proyectivos, la tendencia general sigue siendo favorable a mantener el uso de metodología de evaluación puramente cualitativa. Probablemente, si los discursos que se generaron a partir de la visualización de las láminas del T.R.O. no hubieran sido analizados de una forma tan sistematizada, sino más bien a partir de un análisis puramente cualitativo, se podría haber comprobado si el T.R.O. realmente es una herramienta que puede dar voz a los resultados obtenidos por el BDI-II. La recomendación para futuros investigadores sería que se centraran en el proceso, es decir, en las tendencias cognitivas, más que en la etiqueta diagnóstica, como indicó Basu (2014).

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, el tamaño y la homogeneidad de la muestra. Debido al gran coste temporal que implica recoger los discursos, transcribirlos y analizarlos, se ha reducido el tamaño de la muestra a 60 sujetos. Además, la muestra no era homogénea en cuanto al sexo, aunque se asumieron varianzas iguales, y esto permitió hacer comparaciones entre ambos grupos. Si se hubiera contado con una muestra mayor habría sido posible establecer una comparación más equiparada entre ambos test. Por ejemplo, para responder a la hipótesis 1 habría sido muy favorable contar con un número mayor de sujetos que obtuvieran puntuaciones severas en el B.D.I., ya que eso habría posibilitado la obtención de resultados significativos resultantes de la comparación.

Además, el hecho de que los test se administraran en una población normal (no clínica) dificultó que se hallaran sujetos más repartidos en los distintos niveles de depresión. Este puede haber sido uno de los motivos por los cuales haya habido muy pocos casos de depresión severa y por los que la mayoría de los sujetos presentara niveles mínimos de depresión. De cara a futuras investigaciones que sigan la misma línea, sería interesante ampliar la muestra para salvar estas limitaciones que posteriormente dificultan la obtención de resultados significativos.

En segundo lugar, el hecho de que se haya escogido metodología cualitativa para el análisis de algunos datos dificulta el trazo de conclusiones sobre los resultados obtenidos. Esto se debe a que la metodología cualitativa trabaja sin hipótesis, y es descriptiva de la muestra con la que se trabaja, lo cual dificulta la extrapolación de los resultados a otras poblaciones.

Los resultados del presente estudio evidencian la necesidad de seguir investigando sobre las técnicas proyectivas y su uso en la práctica clínica actual. A pesar de que las hipótesis no se hayan podido confirmar, es importante tener en cuenta la información tan rica que se ha extraído de los discursos, y las futuras investigaciones podrían ir destinadas a darle un uso práctico a dicha información. Si se deseara continuar con la línea de este trabajo, sería necesario contar con una muestra más amplia y heterogénea en términos de sexo, también incluir un evaluador externo que aportase en alguna medida imparcialidad a la hora de comparar el B.D.I.-II y el T.R.O. y, por último, revisar el sistema de evaluación para la depresión en el T.R.O. por si fuera necesario modificar algunos aspectos o incluir nuevas categorías que aporten más información sobre los sujetos.

Referencias

Alfonseca Guerra, M. y Fernández Olazábal, P. (2016). Estudio de la afectividad en mujeres con trastornos depresivos a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. *Humanidades Médicas*, 16(2), 195-214.

American Psychiatric Association, APA (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing: Washington, DC.

Andronikof, A. (2013). Le Rorschach et les techniques projectives. *EMC - Psychiatrie*, 5(3), 1-12. [https://doi.org/10.1016/s0246-1072\(08\)40929-x](https://doi.org/10.1016/s0246-1072(08)40929-x)

Basu, J. (2014). Psychologist's ambivalence toward ambiguity: Relocating the projective test debate for multiple interpretative hypotheses. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 21(1), 25-36.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Belter, R. W. y Piotrowski, C. (2001). Current status of doctoral-level training in psychological testing. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 717-726.

Bornstein, R. F. (2016). Evidence-based psychological assessment. *Journal of Personality assessment*, 99(4), 435-445.

Busby Grant, J., Bruce, C. P., y Batterham, P. J. (2015). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 247-254.

Cashel, M. L. (2002). Child and adolescent psychological assessment: current clinical practices and the impact of managed care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(5), 446-453.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos y EFPA (2018). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Finn, S. E. (2007). *In our clients' shoes: Theory and techniques of Therapeutic Assessment*. Mahwah, NJ: Earlbaum.

Grassano, E. (1984). *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Grava, G., Ceroni, G. B., Rucci, P. y Scudellari, P. (2006). Suicidal Behaviors and Personality Structure. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36(5), 569-577.

Hamel, M., Gallagher, S. y Soares, C. (2001). The Rorschach: Here we go again. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 1(3), 79-88.

Handler, L. y Smith, J. D. (2013). Education and training in psychological assessment. En J. R. Graham, J. A. Naglieri, e I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology* (211-238). Hoboken, Nueva Jersey: Wiley.

Hartmann, E., Wang, C. E., Berg, M. y Sæther, L. (2003). Depression and Vulnerability as assessed by the Rorschach Method. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 242-255.

Harwood, T. M., Beutler, L. E. y Groth-Marnat, G. (2011). *Integrative assessment of adult personality*. Nueva York: Guilford Press.

Hingley, S. M. (1995). Cognition, Emotion and Defence: Processes and Mechanisms of Change in a Brief Psychotherapy for Depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2(2), 122-133.

Hingley, S. M. (2001). Psychodynamic theory and narcissistically related personality problems: Support from case study research. *British Journal of Medical Psychology*, 74(1), 57-72.

- Hutton, J. B., Dubes, R. y Muir, S. (1992). Assessment practices of school psychologists: Ten years later. *School Psychology Review*, 21(1), 271-284.
- Knafo, D. S. y Feiner, K. (2006). *Unconscious fantasies and the relational world*. Hillsdale, Nueva Jersey: Analytic Press.
- Knafo, D. S. (2010). The O.R.T. (The Object Relations Technique): A Reintroduction. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2), 182-189.
- Koppitz, E. M. (1982). Personality assessment in the schools. En Reynolds, C. R., y Gutkin, T. B. (Eds.), *The Handbook of School Psychology* (pp. 273-95). New York: Wiley.
- Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*. Nueva York: McGrawHill Book Co.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M. y Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1(2), 27-66.
- Martin, E. H. (septiembre, 2016). Foundations of Therapeutic Assessment and the important role of projective techniques. En E. T. Kato Okino (Presidencia), *VIII Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos*. Conferencia llevada a cabo en el congreso de ASBRo, Florianópolis, SC.
- Martin, H. y Frackowiak, M. (2017). The Value of Projective/Performance-based Techniques in Therapeutic Assessment. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 24(2), 91-95.
- McGrath, R. E. y Carroll, E. J. (2012). The current status of "projective" "tests". In H. Cooper, et al. (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics*, (pp. 329-348). Washington, DC: APA
- Miller, D. N. y Nickerson, A. B. (2007). Projective techniques and the school-based assessment of childhood internalizing disorders. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 14(1), 48-58.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Neukrug, E., Peterson, C. H., Bonner, M. y Lomas, G. (2013). A national survey of assessment instruments taught by counselor educators. *Counselor Education & Supervision*, 52(3), 207-221.
- Phillipson, H. (1955). *The Object Relations Technique (Plates and Manual)*. London: Tavistock.

- Piotrowski, C. y Keller, J. W. (1984). Attitudes toward clinical assessment by members of the AABT. *Psychological Reports*, 55(3), 831-838.
- Piotrowski, C. (2015a). Projective Techniques Worldwide: A Review of Applied Settings 1995-2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3), 9-19.
- Piotrowski, C. (2015b). Clinical Instruction on Projective Techniques in the USA: A Review of Academic Training Settings 1995-2014. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 22(2), 83-92.
- Piotrowski, C. (2015c). On the Decline of Projective Techniques in Professional Psychology Training. *North American Journal of Psychology*, 17(2), 259-266.
- Piotrowski, C. (2017). The Linchpin on the Future of Projective Techniques: The Precarious Status of Personality Assessment in the (overcrowded) Professional Psychology Curriculum. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 24(2), 71-72.
- Ready, R. E. y Veague, H. B. (2014). Training in psychological assessment: Current practices of clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 278-282.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Seale, C. (1999). Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 5(4), 465-478.
- Shaw, E. M. (2002). *The object relations technique: Assessing the individual (Plates and Manual)*. New York: Manhasset.
- Siquier de Ocampo, M. L. y García Arzeno, M. E. (2007). El Test de relaciones objetales de Herbert Phillipson. En M. L. Siquier de Ocampo, M. E. García Arzeno, E. Grassano y colab. (Eds.), *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico* (pp. 115-167). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Spangler, W. D. (1992). Validity of questionnaire and TAT measures of need for achievement: Two meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 140-154.