



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Contribuciones del Test de Rorschach al diagnóstico de
la esquizofrenia en población adulta**

Autora: Ileana Ríos Guaita
Director: Alberto Ruiz Comeras

Madrid
2025-2026

Índice

Resumen	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
1.1. El constructo de la esquizofrenia: de la superficie sintomática a la profundidad del psiquismo.....	5
1.1.1 Conceptualización clínica, fenomenológica y neuropsicológica.....	5
1.1.2 El marco teórico psicoanalítico sobre la etiología y dinámica psíquica...	6
1.2. La técnica de evaluación: el Test de Rorschach	7
1.2.1. Las técnicas proyectivas como puente hacia la subjetividad.....	7
1.2.2. Hermann Rorschach y el surgimiento de la prueba.....	7
1.2.3. La dispersión metodológica: las cinco escuelas de Estados Unidos	7
1.2.4. El Sistema Comprehensivo de Exner (SC) y la evolución al R-PAS.....	8
1.3. Puntos de encuentro entre la esquizofrenia y el Test de Rorschach.....	8
1.4. Objetivos del trabajo.....	10
2. Metodología.....	11
2.1. Criterios de inclusión.....	13
2.2. Criterios de exclusión	13
3. Resultados.....	14
3.1. Resultados sobre propiedades psicométricas y simulación	14
3.2. Resultados sobre el trastorno del pensamiento, la percepción y el diagnóstico diferencial	16
3.3. Resultados sobre mecanismos psicoanalíticos, angustia y relaciones objetales	18
3.4. Resultados sobre la correlación empírica con la sintomatología clínica.....	19
3.5. Resultados sobre factores metodológicos y aplicabilidad	21
4. Discusión	22
4.1. La escisión psíquica y el colapso de la prueba de realidad: convergencias teórico-empíricas	23
4.2. Especificidad diagnóstica y el trastorno formal del pensamiento	25
4.3. El aplanamiento afectivo frente a la angustia desregulada: tensiones en la medición de la retracción libidinal	26
4.4. El deterioro de las relaciones objetales y el déficit empático.....	27
4.5. La arquitectura de las defensas yoicas y la resistencia a la simulación.....	28
4.6. Desafíos metodológicos y tensiones clínico-éticas en la evaluación	29
5. Conclusiones.....	30
6. Referencias	33
7. Anexo.....	37

Resumen

La esquizofrenia implica una desestructuración profunda de la identidad y del *self*, inaprensible mediante los cuestionarios de autoinforme tradicionales debido a la falta de autoobservación del paciente. El objetivo de este trabajo es analizar empíricamente las contribuciones del Test de Rorschach al diagnóstico de la esquizofrenia en población adulta, examinando sus indicadores estructurales bajo los sistemas SC y R-PAS. Los resultados indican que el test evalúa con gran precisión el colapso de la prueba de realidad y la escisión psíquica mediante indicadores como la calidad formal distorsionada (FQ-) y el Compuesto de Pensamiento y Percepción (TP-Comp). Asimismo, la prueba resulta fundamental para el diagnóstico diferencial frente al autismo o los trastornos disociativos y demuestra una sólida invulnerabilidad empírica frente a la simulación consciente. La evidencia disponible, sin embargo, advierte sobre ciertos retos metodológicos, especialmente el tamaño reducido de algunas muestras clínicas y la tensión existente entre el rigor estadístico cuantitativo y la riqueza interpretativa de la evaluación proyectiva. Se concluye que el Rorschach trasciende la simple suma matemática de marcadores diagnósticos, consolidándose como una herramienta clínica indispensable para comprender de manera integral el sufrimiento y el fragmentado mundo interno del paciente esquizofrénico.

Palabras clave: Test de Rorschach, esquizofrenia, evaluación proyectiva, diagnóstico diferencial, prueba de realidad, escisión psíquica.

Abstract

Schizophrenia involves a profound destructuring of identity and the *self*, which is inaccessible through traditional self-report questionnaires due to the patient's lack of insight and self-observation. The objective of this study is to empirically analyze the contributions of the Rorschach Test to the diagnosis of schizophrenia in the adult population, examining its structural indicators under the CS (Comprehensive System) and R-PAS systems. The results indicate that the test evaluates with great precision the collapse of reality testing and psychic splitting through indicators such as distorted formal quality (FQ-) and the Thought and Perception Composite (TP-Comp). Likewise, the test is essential for differential diagnosis against autism or dissociative disorders, and demonstrates a solid empirical invulnerability against conscious malingering. The available evidence, however, warns about certain methodological challenges, especially the small size of some clinical samples and the existing tension between quantitative statistical rigor and the interpretive richness of projective assessment. It is concluded that the Rorschach transcends the simple mathematical sum of diagnostic markers, consolidating itself as an indispensable clinical tool to comprehensively understand the suffering and the fragmented internal world of the schizophrenic patient.

Keywords: Rorschach Test, schizophrenia, projective assessment, differential diagnosis, reality testing, psychic splitting.

1. Introducción

La elección de este asunto proviene de una motivación muy específica. Me interesó especialmente el Test de Rorschach y las técnicas proyectivas en la asignatura de Evaluación Psicológica II. Seleccionarlo para el TFG me brinda la posibilidad de continuar mi investigación en detalle acerca de una herramienta que despertó mi interés debido a su habilidad para ayudarnos a entender el funcionamiento psíquico más allá de los síntomas. Asimismo, la elección de enfocarme en la esquizofrenia tiene una relación directa con las prácticas curriculares que realicé en el cuarto año, cuando visitaba semanalmente el Centro San Juan de Dios en Ciempozuelos. Tuve la oportunidad de tratar, conocer y forjar una bonita amistad con Alfonso, un paciente de edad avanzada que había sido diagnosticado con esquizofrenia, entre otras cosas. Lo que Alfonso propuso y su forma de percibir y sentir la realidad me cautivaron profundamente e hicieron que quisiera saber más entender mejor ese mundo que él cree ver y reflexionar sobre cómo la evaluación psicológica puede ayudarnos a entender su manera de organizar la experiencia.

1.1. El constructo de la esquizofrenia: de la superficie sintomática a la profundidad del psiquismo

Para comprender la magnitud de esta patología, es fundamental realizar un recorrido que parta desde la concepción fenomenológica y clínica más general, hasta llegar a la particularidad de la dinámica intrapsíquica que propone el psicoanálisis.

1.1.1 Conceptualización clínica, fenomenológica y neuropsicológica

La esquizofrenia es, sin lugar a duda, uno de los trastornos mentales más graves y complejos a los que se enfrenta la psicología clínica. En las últimas décadas, la fenomenología psiquiátrica ha advertido que reducir la esquizofrenia a un mero inventario de síntomas positivos (delirios, alucinaciones) y negativos (abulia, anhedonia) empobrece la comprensión del trastorno. En realidad, nos encontramos ante una patología que afecta de manera nuclear a la experiencia del self (sí mismo) y a la forma en que el individuo percibe, procesa y dota de significado a la realidad (Sass y Feyaerts, 2024).

La esquizofrenia supone una pérdida trágica de la "evidencia natural" del mundo compartido. Tal como señalan Sass y Feyaerts (2024), se produce un fenómeno de "hiperreflexividad", donde los procesos automáticos y tácitos de la conciencia se vuelven

explícitos y mecánicos, generando una profunda alienación. Esta desconexión altera la propia experiencia de la identidad. Lysaker *et al.* (2008) ilustran cómo la experiencia interna en la esquizofrenia puede vivirse como un estado de vacío total, o por el contrario, como una "cacofonía" ensordecedora de facetas del yo que hablan al mismo tiempo, lo que genera un nivel de angustia paralizante. A menudo, la abulia y la falta de motivación no son simples déficits neurológicos, sino conductas altamente motivadas y dirigidas a un objetivo: "rendirse" es la última defensa para proteger los frágiles restos del espíritu y del yo ante el terror de sufrir un nuevo quiebre psíquico (Lysaker *et al.*, 2008).

A nivel neuropsicológico, esta desestructuración encuentra un correlato en severas fallas en el procesamiento de la información. El cerebro esquizofrénico presenta anomalías en el control ejecutivo, la atención y la memoria de trabajo, funciones íntimamente ligadas a los circuitos del lóbulo frontal y subcorticales (Selma Sánchez, 2008). Esta incapacidad para filtrar estímulos y automatizar respuestas (procesamiento en paralelo) inunda al paciente, provocando la desorganización del pensamiento y la percepción fragmentada que caracteriza a la enfermedad.

1.1.2 El marco teórico psicoanalítico sobre la etiología y dinámica psíquica

Para el psicoanálisis, comprender la esquizofrenia exige un esfuerzo por ir más allá de lo biológico, buscando examinar cómo se estructura o colapsa la experiencia interna desde las etapas más tempranas del desarrollo. Desde la óptica analítica, se entiende que existen severos conflictos vinculados al periodo preverbal y a patrones de relación tempranos que impiden la consolidación de un yo unificado (Willick, 2001).

A diferencia de la neurosis, donde opera el mecanismo de la represión (lo que permite mantener el contacto con la realidad, aunque de forma conflictiva), en la psicosis esquizofrénica el yo sufre un mecanismo de escisión. Las fronteras entre el mundo interno y el externo se borran. Cuando el paciente esquizofrénico enfrenta niveles intolerables de angustia persecutoria, su frágil yo no puede integrar las experiencias amorosas y hostiles. Prevalecen entonces defensas primarias como la proyección masiva, mediante la cual el sujeto expulsa hacia el exterior aquellos impulsos destructivos que no puede contener, atribuyéndoselos al entorno (Vives Gomila, 1985). Es esta dinámica de proyección y escisión la que da origen a la ideación paranoide, a la agresividad latente o manifiesta y a la dolorosa desconexión con la realidad compartida que tantos pacientes experimentan en su día a día.

1.2. La técnica de evaluación: el Test de Rorschach

1.2.1. Las técnicas proyectivas como puente hacia la subjetividad

Para acceder a un funcionamiento psíquico tan complejo, opaco y multideterminado como el de la esquizofrenia, los cuestionarios de autoinforme tradicionales resultan completamente insuficientes. Estos instrumentos están sujetos a la deseabilidad social y requieren que el paciente posea un nivel de *insight* (conciencia de enfermedad) y de autoobservación del que habitualmente carece (Selma Sánchez, 2015).

Es aquí donde las técnicas proyectivas demuestran su incalculable valor clínico. Estos instrumentos presentan estímulos visuales ambiguos o poco estructurados, obligando al sujeto a realizar un esfuerzo activo por organizar la información y dotarla de significado (Elías, 2015). Al no existir una respuesta "correcta", el paciente no puede enmascarar su verdadera estructura de personalidad. Proyecta, inevitablemente, sus procesos de simbolización, su nivel de integración yoica, su angustia y sus estilos de afrontamiento.

1.2.2. Hermann Rorschach y el surgimiento de la prueba

La historia de esta técnica comienza en 1921, año en el que el psiquiatra suizo Hermann Rorschach publicó su revolucionaria monografía *Psychodiagnostik* (Mondal y Kumar, 2020; Selma Sánchez, 2015). Rorschach diseñó un conjunto de diez láminas con manchas de tinta simétricas bajo la premisa fundamental de que el acto de percibir no es pasivo, sino una integración activa entre la sensación visual y la memoria. A través de la simple consigna "¿qué podría ser esto?", la prueba demanda del sujeto un complejo proceso de apercepción. Rorschach descubrió que los pacientes psiquiátricos, en particular los esquizofrénicos, fracasaban a la hora de organizar estos estímulos de manera convencional, brindando una ventana directa a la fragmentación de su psiquismo.

1.2.3. La dispersión metodológica: las cinco escuelas de Estados Unidos

Tras la prematura muerte de Rorschach, el test experimentó una enorme popularidad mundial a partir de la década de 1930, pero su desarrollo se fragmentó. En Estados Unidos, surgieron cinco escuelas principales de pensamiento que elaboraron sistemas propios para la administración, codificación e interpretación, lideradas por Samuel Beck, Marguerite Hertz, Bruno Klopfer, Zygmunt Piotrowski y David Rapaport (Selma Sánchez, 2015). Esta falta de consenso generó lo que muchos denominaron una

"Torre de Babel" diagnóstica, provocando duras críticas en las décadas posteriores por la aparente falta de garantías de científicidad, fiabilidad y validez de la prueba (Selma Sánchez, 2015).

1.2.4. El Sistema Comprehensivo de Exner (SC) y la evolución al R-PAS

Para resolver esta crisis metodológica, el psicólogo John E. Exner Jr. emprendió a finales de los años 60 un esfuerzo monumental. Sometió los postulados de las cinco escuelas a una rigurosa comprobación empírica, integrando aquellos que demostraban validez y descartando los demás. El resultado fue la publicación en 1974 del Sistema Comprehensivo (SC), un modelo que dotó al Rorschach de un rigor psicométrico, estadístico y normativo sin precedentes (Selma Sánchez, 2015).

Con el paso de los años y el avance de la ciencia, el SC evidenció la necesidad de adaptarse a poblaciones internacionales y corregir ciertas limitaciones métricas de la teoría clásica de los tests. Esta necesidad impulsó la reciente evolución hacia modelos más refinados empíricamente, destacando el Rorschach Performance Assessment System (R-PAS), liderado por investigadores como Meyer, Erdberg y Shaffer. Esta evolución internacional busca fortalecer la estandarización normativa transcultural y asegurar que las variables clínicas tengan una resistencia clínica innegable y una sólida validez basada en la evidencia (Campo, 2017).

1.3. Puntos de encuentro entre la esquizofrenia y el Test de Rorschach

El Rorschach actúa como un "escáner" del funcionamiento del yo frente al caos. Durante la prueba, la desestructuración psicótica no se puede camuflar voluntariamente. Siguiendo la revisión presentada por Elías (2015), la actividad en el test se agrupa en la "tríada cognitiva": procesamiento (cómo se incorpora la información), mediación (cómo se traduce cotejándola con la realidad convencional) e ideación (cómo se conceptualiza). Es en la mediación y en la ideación donde la esquizofrenia muestra sus alteraciones más devastadoras.

Para operativizar empíricamente estas disfunciones, Exner propuso originalmente el Índice de Esquizofrenia (SCZI). Sin embargo, con el avance de la investigación para reducir los falsos positivos y afinar el diagnóstico diferencial, el SCZI evolucionó hacia el PTI (Perceptual Thinking Index o Índice de Trastorno de Percepción-Pensamiento) (Selma Sánchez, 2008). El PTI es un indicador fundamental porque evalúa

simultáneamente el colapso del contacto con la realidad (mediación) y el grado de desorganización formal del pensamiento (ideación) a través de estrictos criterios basados en la calidad formal y los códigos especiales. De igual forma, en la reciente actualización del R-PAS, estas mismas dimensiones de desorganización y pérdida de contacto con la realidad se agrupan en el TP-Comp o Compuesto de Pensamiento y Percepción.

A continuación, se detalla una tabla con los indicadores estructurales y proyectivos más relevantes del Rorschach en el diagnóstico de la esquizofrenia:

Nombre del indicador	Criterios de codificación	Interpretación
XA% y WDA%	Proporción de respuestas con calidad formal adecuada en el total del protocolo (XA%) y en las áreas de detalle usual y global (WDA%).	Mediación y prueba de realidad: evalúan la capacidad del yo para mantener el contacto con el mundo compartido. Su disminución dramática (<0.70) indica que el paciente es incapaz de percibir el entorno de manera convencional, reflejando un fallo grave en la adaptación (Elías, 2015; Selma Sánchez, 2008).
X-%	Porcentaje de respuestas con calidad formal distorsionada (forma negativa o "mal vista").	Deterioro perceptivo severo: valores altos (>0.29) son una señal inequívoca de pérdida del juicio de realidad. El sujeto impone su mundo interno a la mancha, evidenciando percepciones idiosincrásicas, delirantes y un quiebre en la automonitorización (Elías, 2015; Selma Sánchez, 2008).
Códigos especiales críticos (WSum6)	Ponderación de verbalizaciones desviadas y lógica inapropiada (INCOM, FABCOM, ALOG, CONTAM).	Trastorno del pensamiento y escisión: la presencia de contaminaciones (CONTAM) es patognomónica de la esquizofrenia. Refleja la escisión del yo y la fusión letal entre realidad y fantasía, donde el sujeto pierde las fronteras lógicas entre conceptos incompatibles (Selma Sánchez, 2008; Vives Gomila, 1985).

<p>Movimiento humano distorsionado (M-)</p>	<p>Respuestas de acción humana acompañadas de calidad formal negativa.</p>	<p>Déficit de empatía y relaciones objetales dañadas: indica un deterioro masivo en la capacidad de mentalización y en las relaciones interpersonales. El sujeto proyecta vínculos persecutorios, hostiles o disociados, evidenciando una grave patología paranoide o esquizoide (Vives Gomila, 1985; Selma Sánchez, 2008).</p>
<p>Sombreado difuso (Y) y color acromático (C')</p>	<p>Uso perceptivo del claroscuro (Y) y de los colores blanco, gris o negro (C').</p>	<p>Angustia desregulada y parálisis afectiva: estos determinantes actúan como correlatos directos del sufrimiento psíquico. Representan un yo abrumado, con sentimientos de profunda indefensión, vacío emocional y terror ante la desintegración inminente de la identidad (Selma Sánchez, 2008).</p>
<p>Textura (T) ausente o alterada</p>	<p>Ausencia (T=0) o distorsión del uso del sombreado como experiencia táctil.</p>	<p>Frialdad y Aislamiento Afectivo: En la esquizofrenia es común la ausencia de T. Clínicamente, representa una renuncia a la necesidad de contacto emocional, un aislamiento masivo y la incapacidad para establecer vínculos cálidos y empáticos (Selma Sánchez, 2008).</p>

1.4. Objetivos del trabajo

La literatura científica que relaciona el Test de Rorschach con la esquizofrenia señala que ciertos fenómenos en el protocolo pueden reflejar profundas alteraciones en la organización del pensamiento y en la vinculación con la realidad. Elementos como las verbalizaciones desviadas y los fenómenos especiales son claves para captar la escisión del yo y han sido ampliamente descritos en la población con psicosis (Vives Gomila, 1985). Asimismo, se han documentado diferencias significativas en los procesos cognitivos entre pacientes y sujetos control que se manifiestan claramente en la forma de responder al test, ofreciéndonos una información inestimable tanto para la comprensión empática del caso como para afinar el diagnóstico diferencial con otros trastornos (Elías, 2015).

A su vez, desde una mirada psicobiológica de la personalidad, el Rorschach nos permite articular los hallazgos sobre el estilo de respuesta y el funcionamiento general del sujeto con hipótesis clínicas vivas sobre su regulación afectiva, su control de impulsos y su sentido de la realidad (Selma Sánchez, 2016).

Con toda esta base y recogiendo tanto mis inquietudes teóricas como la profunda experiencia personal vivida en mis prácticas, este Trabajo de Fin de Grado se propone:

- Realizar una revisión bibliográfica de las investigaciones publicadas entre los años 2010 y 2025 que se ocupen del empleo del Test de Rorschach en la población adulta diagnosticada con esquizofrenia, dando así respuesta al propio título de este Trabajo de Fin de Grado: «Contribuciones del Test de Rorschach al diagnóstico de la esquizofrenia en población adulta». Esta revisión se enfocará especialmente en analizar los indicadores más pertinentes de la prueba, los descubrimientos recientes sobre los procesos cognitivos implicados y su utilidad en el diagnóstico diferencial.
- Dar respuesta a dos cuestiones fundamentales para la práctica clínica y la comprensión del paciente: ¿Qué indicadores del Rorschach han demostrado empíricamente ser más relevantes en la esquizofrenia? y ¿cuánto ayuda realmente este test al diagnóstico diferencial y a entender cómo funciona la psiquis y el mundo interno de los adultos que sufren psicosis?

2. Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se llevó a cabo una revisión de la literatura científica centrada en el uso del Test de Rorschach en la evaluación de adultos con diagnóstico de esquizofrenia. La finalidad de la búsqueda fue localizar investigaciones empíricas recientes que permitieran analizar los indicadores clínicamente relevantes del Rorschach, su relación con procesos cognitivos, perceptivos y del pensamiento y su posible utilidad en el diagnóstico diferencial dentro de los trastornos psicóticos.

La búsqueda bibliográfica se realizó principalmente en la base de datos PsycINFO, a través del acceso proporcionado por la Biblioteca de la Universidad Pontificia Comillas, por tratarse de una de las bases de datos más especializadas en Psicología.

Se introdujeron los términos de búsqueda "esquizofrenia" o "schizophrenia" y "Rorschach" en una primera etapa, lo que resultó en 2.010 resultados. Para restringir la búsqueda a investigaciones que usaran sistemas de codificación más concretos del test, se llevó a cabo una segunda búsqueda con la combinación "esquizofrenia" o "schizophrenia" y "Exner System" o "Rorschach Comprehensive System", obteniendo 988 resultados.

Posteriormente, se aplicó un filtro para que solo se consideraran artículos publicados entre enero de 2015 y diciembre de 2025. Esto redujo la lista a 306 artículos. Luego, se seleccionó la opción "texto completo disponible", lo que dejó un total de 241 resultados. Además, se limitó la búsqueda a artículos publicados en español, inglés y portugués. Esto se hizo para asegurar que se pudieran entender bien todos los textos revisados.

A partir de estos 241 artículos, se realizó una revisión inicial de los títulos, lo que permitió descartar aquellos trabajos que no guardaban relación directa con los objetivos del estudio. Posteriormente se revisaron los resúmenes (abstracts) de los artículos potencialmente relevantes. Finalmente, tras la lectura más detallada de los textos completos disponibles, se seleccionaron once artículos que cumplían los criterios establecidos para la revisión. El resto de los artículos fueron excluidos principalmente porque no se pudo acceder al texto completo, al tratarse de publicaciones de acceso restringido o de pago, o porque no abordaban de forma específica la relación entre el Test de Rorschach y la esquizofrenia en población adulta.

Se tomó la decisión de extender el periodo de búsqueda al incluir investigaciones publicadas entre enero del 2010 y diciembre del 2014, ya que para llevar a cabo una revisión más robusta, la cantidad de artículos obtenidos era todavía relativamente pequeña. Se realizaron 668 hallazgos en una primera búsqueda de PsycINFO con estos criterios de tiempo. Después de filtrar por tipo de fuente (artículos de revistas, tesis y publicaciones académicas), el total de registros disminuyó a 638. Por último, al elegir solo los registros que tienen acceso completo al texto, se obtuvieron 337 resultados.

Se siguió el mismo procedimiento de revisión gradual (título, resumen y lectura integral del texto) con estos artículos; se eligieron seis artículos más que satisfacían los criterios establecidos y ayudaban a expandir la base empírica de la investigación.

Así, el corpus final de la revisión se conformó con dieciséis artículos, que representan los cimientos sobre los cuales se desarrolla el análisis y la discusión que se muestran en este estudio.

2.1. Criterios de inclusión

Para seleccionar los artículos que formarían parte de la revisión se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios publicados entre 2010 y 2025.
- Investigaciones en español, inglés o portugués.
- Artículos con acceso al texto completo disponible.
- Estudios que utilizaran el Test de Rorschach como instrumento de evaluación psicológica.
- Investigaciones centradas en población adulta con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos psicóticos relacionados.
- Publicaciones académicas como artículos de revista científica o tesis.
- Artículos con SC de Exner, aceptándose también con la evolución que da el R-PAS.

2.2. Criterios de exclusión

Se eliminaron los artículos que no satisfacían los criterios mencionados antes. Se rechazaron específicamente trabajos por las siguientes razones:

- Artículos cuyo contenido principal no se vinculaba ni con la esquizofrenia ni con el Test de Rorschach.
- Investigaciones enfocadas en otras poblaciones clínicas, como los trastornos de personalidad, del estado anímico o del desarrollo, que no se refieren específicamente a la esquizofrenia.
- Estudios llevados a cabo con niños o adolescentes, cuando la meta no era extrapolarse a adultos.
- Se trataba de publicaciones a las que no se podía acceder al texto completo, lo cual imposibilitaba el análisis apropiado de los resultados y la metodología.
- Trabajos que hacían referencia al Rorschach solamente de manera teórica o tangencial, sin proporcionar información empírica significativa para los propósitos de la revisión.

3. Resultados

En este apartado se exponen de manera detallada los resultados obtenidos de los dieciséis artículos seleccionados para esta revisión bibliográfica. Con el propósito de facilitar la lectura y presentar la información de una forma ordenada y coherente con los objetivos de este trabajo, la exposición de los estudios se ha estructurado en cinco bloques temáticos. En cada uno de ellos se presentan de forma descriptiva e individualizada la metodología, la muestra y los datos concretos que aporta cada investigación, ciñéndose estrictamente a los hallazgos reportados por sus autores.

3.1. Resultados sobre propiedades psicométricas y simulación

El estudio de Sahly *et al.* (2011) se centró en analizar la fiabilidad entre interjueces de las variables del Sistema Comprensivo (SC) a nivel de protocolo. Para ello, los autores compilaron una muestra internacional excepcionalmente amplia compuesta por 489 protocolos procedentes de diversos países, entre ellos Japón, Estados Unidos, Portugal, Perú, Argentina e Israel. En total, el estudio incluyó 948 casos codificados por dos jueces y 45 casos codificados por tres jueces. Para medir el acuerdo, los investigadores emplearon el coeficiente estadístico multivariado Iota, el cual permite corregir el nivel de acuerdo por azar. Los resultados del análisis indicaron que, de las 147 variables estructurales analizadas, el 78,9 % (116 variables) alcanzaron niveles de acuerdo calificados como excelentes (superiores a .75). El 17 % de las variables mostraron un acuerdo bueno (entre .60 y .74), un 2,72 % un acuerdo justo y únicamente un 1,36 % de las variables reflejaron un acuerdo pobre (inferior a .40). Variables clínicas fundamentales para la interpretación, como la proporción de forma pura (Form%), la experiencia accesible (EA) y las respuestas de movimiento (M), obtuvieron coeficientes de fiabilidad excelentes.

En el ámbito de la validación entre pruebas, Pessotto y Primi (2018) llevaron a cabo una investigación para evaluar la validez convergente entre el Test de Rorschach, codificado mediante el *Rorschach Performance Assessment System* (R-PAS) y el Test de Wartegg. La muestra estuvo constituida por 40 sujetos con edades comprendidas entre los 21 y los 70 años (media de 40 años), de los cuales 36 eran hombres y 4 mujeres. La muestra se dividió en dos grupos pareados: 20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 20 sujetos sin historial de patología psiquiátrica. A través de un análisis de clústeres jerárquicos, los autores agruparon las variables de ambos instrumentos para observar

similitudes en las habilidades latentes evaluadas. Los resultados revelaron la formación de siete clústeres significativos. Se encontraron agrupaciones consistentes entre ambos instrumentos en variables relativas a la calidad formal (FQu, FQ-), el movimiento humano y animal (M, FM) y los contenidos humanos, animales, anatomía y arte. Estos resultados indicaron que las variables de ambos test miden trazos subyacentes similares en cuanto a la percepción y la proyección.

Posteriormente, Pessotto y Primi (2021) publicaron un segundo trabajo utilizando la misma muestra de 40 sujetos para estudiar la validez incremental de ambas pruebas de forma conjunta. El objetivo era verificar cuánto añade una medida a la predicción de un criterio clínico por encima de lo que predice la otra. Mediante un análisis de regresión logística jerárquica, los investigadores agruparon las variables en tres grandes categorías: calidad formal, movimiento y contenido. Los resultados arrojaron índices predictivos muy altos para identificar la pertenencia al grupo clínico (pacientes con esquizofrenia). Específicamente, la combinación de las variables de calidad formal de ambos instrumentos alcanzó una capacidad predictiva del 75 % de los casos; las variables de movimiento lograron un 98 % de predicción correcta; y, finalmente, la integración de los contenidos de ambos test logró predecir correctamente el 100 % de los casos.

Por su parte, Villemor-Amaral y Cardoso (2012) investigaron la validez convergente del tipo de vivencia (EB) comparando el Test de Rorschach (bajo el Sistema Comprehensivo) con el Test de Zulliger. Su estudio se basó en el análisis de 51 protocolos. Los autores se centraron en la relación entre las respuestas de movimiento humano (M) y la suma ponderada de color (WSumC), que conforman el índice EB. Los resultados obtenidos mostraron una correlación estadísticamente fuerte en lo que respecta al determinante de movimiento humano ($r = .59$). No obstante, los investigadores identificaron correlaciones mucho más moderadas y débiles en las respuestas de color. Los autores explican en sus resultados que la lámina III del Rorschach produce comúnmente respuestas M, al igual que la lámina III del Zulliger, lo que explica la convergencia; sin embargo, la menor cantidad de manchas cromáticas en el Zulliger dificulta la equiparación del color, señalando la necesidad de establecer nuevas proporciones y ajustes normativos al evaluar el tipo de vivencia mediante este último test.

El estudio de Guimarães Neto, Villemor-Amaral y Vieira (2021) abordó el fenómeno de la simulación (*malingering*) en el Rorschach evaluado mediante el R-PAS.

La muestra estuvo conformada por 75 participantes: un grupo clínico de 35 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y un grupo de 40 individuos sanos sin antecedentes psiquiátricos. Al grupo de sujetos sanos se le entregó un texto informativo sobre los síntomas típicos de la esquizofrenia y se les instruyó explícitamente para que intentaran fingir la enfermedad durante la evaluación, simulando estar en un contexto forense. Los resultados evidenciaron que los simuladores lograron elevar significativamente el índice de complejidad (Complexity), presentando una media de 70,57 frente a la media de 41,09 de los pacientes reales. Asimismo, los simuladores aumentaron el porcentaje de contenidos críticos (CritCont%), recurriendo a imágenes dramáticas, de sangre o morbosas. Sin embargo, los resultados demostraron que los individuos sanos fracasaron en su intento de replicar la verdadera distorsión perceptiva. Los simuladores mantuvieron tasas elevadas de calidad formal ordinaria (FQo) y no lograron producir los niveles de calidad formal distorsionada (FQ-) característicos de los pacientes. Tampoco pudieron emular los códigos cognitivos severos (como WSumCog y PEC), confirmando empíricamente la resistencia de la prueba ante la manipulación consciente de la percepción.

3.2. Resultados sobre el trastorno del pensamiento, la percepción y el diagnóstico diferencial

El trabajo de Vieira y Villemor-Amaral (2022) consistió en una nota técnica destinada a rectificar y actualizar los datos de un artículo previo sobre las evidencias de validez del R-PAS en el diagnóstico de la esquizofrenia. Los autores analizaron una muestra de 70 sujetos divididos equitativamente en 35 pacientes clínicos y 35 sujetos de control pareados. Tras aplicar las correcciones estadísticas pertinentes mediante la prueba *t* de *Student*, los resultados indicaron que el grupo de control alcanzó una media superior y estadísticamente significativa en las respuestas de calidad formal ordinaria (FQo) en comparación con los pacientes. En contrapartida, el grupo de pacientes con esquizofrenia mostró elevaciones estadísticamente significativas en el índice de disfunción yoica (EII-3) y en el compuesto de pensamiento y percepción (TP-Comp). Asimismo, el grupo clínico presentó una media de 6,03 en calidad formal distorsionada (FQ-), frente a la media de 0,89 del grupo control. También se observaron diferencias significativas en códigos de pensamiento peculiar (PEC) y verbalizaciones desviadas, reflejando el deterioro cognitivo inherente a la muestra clínica.

La investigación de Jo, Lee, Lee y Joo (2024) exploró las diferencias estructurales entre dos subtipos de esquizofrenia: la esquizofrenia kraepeliniana (caracterizada por un deterioro severo y crónico en el autocuidado y la dependencia) y la esquizofrenia definida según los criterios convencionales del DSM. Evaluaron a 175 sujetos en total, distribuidos en 38 pacientes Kraepelinianos, 50 pacientes tipo DSM y 87 controles sanos, utilizando el Rorschach (SC) y el inventario MMPI-II. Los resultados mostraron que, si bien ambos grupos clínicos presentaban diferencias significativas respecto a los controles sanos, el grupo Kraepeliniano destacaba por un nivel de desorganización cognitiva mucho más profundo. En concreto, el análisis estadístico reveló que los pacientes del subtipo Kraepeliniano produjeron un número significativamente mayor de verbalizaciones desviadas de nivel 2 (DV2) y mostraron elevaciones importantes en la suma ponderada de los seis códigos especiales (WSum6). Los resultados apoyan la capacidad de estos indicadores del Rorschach para detectar diferencias sutiles pero clínicamente profundas en la estructura del pensamiento entre distintas formas de presentación de la esquizofrenia.

Kishimoto *et al.* (2016) se plantearon evaluar la utilidad del Test de Rorschach (SC) para establecer un diagnóstico diferencial entre adultos jóvenes con esquizofrenia y pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Su muestra estuvo conformada por 40 sujetos (20 pacientes con esquizofrenia y 20 pacientes con TEA de alto funcionamiento), pareados por edad, género y coeficiente intelectual (evaluado con el WAIS-III). Los resultados indicaron que, aunque ambos grupos presentaban dificultades en la interacción social, sus perfiles en el Rorschach eran notablemente distintos en el área de la mediación cognitiva. Los datos revelaron que los pacientes con esquizofrenia presentaban una proporción de calidad formal negativa (FQ-) estadísticamente mayor ($p = 0.04$) que los pacientes con TEA. Mientras que los sujetos con autismo mantuvieron un contacto con la realidad más convencional, los sujetos con esquizofrenia mostraron una alteración severa en su capacidad para percibir los contornos de las manchas de forma precisa, evidenciando una perturbación perceptiva primaria.

Faria, Prado, Souza, Martins y Ferreira (2019) diseñaron un estudio para investigar el uso del Rorschach en el diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia de tipo paranoide y el Trastorno Disociativo de Identidad (TDI). Su muestra estuvo compuesta por 10 pacientes adultos (5 hombres y 5 mujeres) con diagnóstico crónico de esquizofrenia paranoide, todos ellos bajo tratamiento psiquiátrico en una institución

especializada. Los autores administraron el Rorschach junto con una entrevista clínica y una escala de experiencias disociativas (DES). Los resultados detallados de los protocolos mostraron que los pacientes esquizofrénicos presentaban un conjunto de indicadores muy específicos: un escaso número de respuestas de buena calidad formal, un elevado número de respuestas globales confabulatorias, marcada ideación autorreferencial, presencia de neologismos y una disminución drástica de las respuestas populares (P). Los autores concluyeron que la presencia conjunta de estos indicadores estructurales de pérdida de la realidad permite discriminar fiablemente la esquizofrenia de los fenómenos puramente disociativos del TDI.

3.3. Resultados sobre mecanismos psicoanalíticos, angustia y relaciones objetales

El extenso trabajo doctoral de González Vega (2015) consistió en un estudio exploratorio sobre la respuesta humana en el Test de Rorschach. La muestra principal estuvo formada por 62 pacientes adultos (51 hombres y 11 mujeres) diagnosticados de esquizofrenia paranoide, todos ellos ingresados en una unidad hospitalaria específica para el tratamiento de psicosis refractarias (resistentes al tratamiento farmacológico). Como grupo de contraste, utilizó una muestra de 30 pacientes ingresados con diagnósticos psiquiátricos no paranoides. La evaluación incluyó el Rorschach (SC), el WAIS-III y escalas clínicas como HoNOS y PANSS. Mediante análisis discriminantes, los resultados mostraron que el grupo de esquizofrénicos paranoides se diferenciaba significativamente en la presencia de respuestas de sombreado difuso puro (Y) y color acromático (C'). Los resultados exponen que estas variables son el correlato directo de un estado de angustia desregulada, dolor psíquico paralizante y un profundo desvalimiento ante la experiencia de fragmentación corporal.

En cuanto al área de las relaciones objetales, los resultados obtenidos por González Vega (2015) revelaron una disminución significativa del número total de respuestas de movimiento humano (M) en los pacientes paranoides, además de una frecuente aparición de respuestas de movimiento humano sin forma (Msin). Al evaluar la variable de representación humana (HRV), los datos mostraron una clara predominancia de representaciones humanas pobres (PHR) por encima de las representaciones humanas buenas (GHR). Las figuras proyectadas aparecían frecuentemente mutiladas, deformes o con movimiento agresivo. Estos hallazgos indican empíricamente un déficit severo en las

habilidades empáticas de los sujetos y una percepción del entorno interpersonal como amenazante y persecutorio, confirmando la utilidad de estas variables para mapear el daño en la representación de los objetos internos.

El estudio cualitativo de Schmidt y Paul (2021) se centró en explorar las convergencias entre las producciones al Test de Rorschach y la técnica del ensueño dirigido, enmarcada en la psicoterapia simbólica. Los investigadores trabajaron con una muestra de seis pacientes con edades comprendidas entre los 21 y los 30 años, previamente diagnosticados con estructura de personalidad psicótica, neurótica u organización borderline (dos casos por cada estructura clínica). El diseño de la investigación consistió en administrar el Rorschach y, posteriormente, proponer el símbolo de la "escalera" mediante el ensueño dirigido, registrando todas las verbalizaciones e imágenes reportadas.

En los resultados correspondientes a los pacientes con diagnóstico de psicosis, las respuestas al Rorschach evidenciaron de forma constante un detallismo incoherente, una pérdida total de la estructura global (falla en la *Gestalt*), respuestas sexuales crudas y el fenómeno especial característico de la contaminación (fusión irracional de dos conceptos en una misma área). Por su parte, la producción imaginativa durante el ensueño dirigido reveló una profunda inestabilidad de la imagen, disparidad de representaciones en secuencias cortas, escenificaciones complejas pero incoherentes y una divergencia afectiva entre la imagen descrita y la vivencia experimentada. Los autores exponen en sus resultados que la correlación entre el fallo en la calidad formal del Rorschach y la incoherencia de la imagen en el ensueño refleja directamente el mecanismo psicoanalítico de la escisión psicótica y la desestructuración de la función integradora del yo.

3.4. Resultados sobre la correlación empírica con la sintomatología clínica

Mondal y Kumar (2021) desarrollaron una investigación de tipo correlacional con el propósito de examinar la relación estadística entre las variables del Test de Rorschach (SC) y la psicopatología explícita evaluada mediante escalas psiquiátricas. Su muestra estuvo integrada por 100 pacientes adultos diagnosticados con esquizofrenia (65 hombres y 35 mujeres) en tratamiento ambulatorio. Los autores emplearon la Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) y la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) de Andreasen. Los resultados estadísticos demostraron correlaciones empíricas muy significativas. En primer lugar, hallaron que la sintomatología positiva

severa (caracterizada por delirios y alucinaciones) correlacionaba de forma sólida con puntajes elevados en los códigos especiales críticos (WSum6, incluyendo fabulaciones y combinaciones incongruentes) y con una mayor proporción de uso del espacio en blanco (S%).

Por otra parte, los resultados de Mondal y Kumar (2021) evidenciaron que la sintomatología negativa (caracterizada por el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia) se veía fielmente reflejada en una constricción general del protocolo de Rorschach. En concreto, los pacientes con altos puntajes en la escala SANS mostraron un número total de respuestas (R) muy bajo, un uso excesivo de respuestas de forma pura (elevado Lambda) y una carencia casi absoluta de respuestas cromáticas (ausencia de respuestas C). Los datos documentan empíricamente cómo la retracción emocional frente al entorno se traduce en la incapacidad del paciente para integrar el color de las láminas.

Porcelli y Mihura (2010) investigaron la evaluación de la constricción emocional profunda a través de la Escala de Alexitimia del Rorschach (RAS). La muestra analizada incluyó a 219 sujetos adultos divididos en dos grupos distintos: un grupo de pacientes psiquiátricos ambulatorios (127 sujetos) y un grupo de pacientes médicos con enfermedad inflamatoria intestinal (92 sujetos). Mediante análisis de regresión, los investigadores evaluaron cómo las variables del Sistema Comprensivo predecían los puntajes obtenidos en el autoinforme TAS-20. Los resultados indicaron que el incremento en el porcentaje de forma pura (Form%), la disminución de las respuestas populares (P) y las elevaciones en el Índice de Déficit de Afrontamiento (CDI) constituían los predictores más exactos de la alexitimia. Los autores exponen que el predominio de la forma pura indica un empobrecimiento afectivo generalizado, evidenciando la presencia de un pensamiento estrictamente operatorio y concreto que bloquea el procesamiento de las emociones, un estado que se solapa frecuentemente con los síntomas negativos de los cuadros psicóticos crónicos.

En un documento de trabajo, Vishwakarma, Dwivedi y Kumar (2016) analizaron la relación existente entre la inteligencia emocional y los índices especiales del Rorschach propuestos por Exner. Su muestra clínica estuvo constituida por 30 pacientes de sexo masculino diagnosticados con esquizofrenia. Se les administró el Rorschach bajo el Sistema Comprensivo y la Escala Multidimensional de Autoinforme de Inteligencia Emocional (MSREIS-R). Al cruzar los datos de ambas herramientas, los resultados

hallaron una relación inversa y estadísticamente significativa entre la capacidad de los pacientes para procesar y manejar las emociones y los índices de gravedad estructural del Rorschach. Específicamente, los pacientes con puntajes más bajos en inteligencia emocional presentaban elevaciones marcadas en el Índice de Depresión (DEPI), la Constelación Suicida (S-CON) y el Índice de Déficit de Afrontamiento (CDI), lo que indica que las severas deficiencias en la adaptación social del paciente psicótico están íntimamente ligadas a su deterioro en la modulación y comprensión de los afectos propios y ajenos.

3.5. Resultados sobre factores metodológicos y aplicabilidad

El equipo de investigación de Rosenbaum, Andersen, Knudsen y Lorentzen (2012) llevó a cabo un riguroso estudio longitudinal con el objetivo de evaluar si los marcadores del Rorschach cambiaban a lo largo del tiempo en respuesta al tratamiento. La muestra estuvo formada por 34 pacientes (28 hombres y 6 mujeres) que se encontraban atravesando su primer episodio de esquizofrenia. Los pacientes fueron evaluados en el momento de su ingreso hospitalario y readministrados dos años después. En ambas ocasiones se aplicó el Rorschach (SC), la escala de síndromes PANSS y la escala de funcionamiento global GAF. Los resultados clínicos evidenciaron que, tras dos años de tratamiento, los pacientes presentaron mejoras significativas en sus síntomas clínicos y en su nivel de adaptación social según las escalas psiquiátricas.

Sin embargo, los resultados derivados de los protocolos de Rorschach fueron sumamente reveladores desde el punto de vista metodológico. Los autores encontraron que los índices estructurales profundos, como el Índice de Trastorno de Percepción-Pensamiento (PTI), la calidad formal distorsionada (X-%) y la suma de códigos especiales críticos (WSum6), se mantuvieron altamente estables a lo largo del tiempo. Las variaciones en las puntuaciones del Rorschach entre el primer y el segundo año no mostraron cambios estadísticamente significativos. Los datos reportados sugieren que estas variables del Rorschach miden rasgos cristalizados y profundos de la vulnerabilidad psicótica, pero señalan la limitación del instrumento para ser utilizado como medida única de la sensibilidad al cambio sintomático agudo o a la remisión a corto plazo.

Yalof y Rosenstein (2014) expusieron en su trabajo las complejas implicaciones clínicas derivadas de la readministración de la prueba. Su estudio se estructuró a través del análisis de caso de una paciente adulta a la que se le administró el Rorschach (SC).

En la primera administración, la paciente proporcionó únicamente 13 respuestas, configurando un protocolo breve que, según los criterios de validez de Exner, exigía obligatoriamente una readministración bajo la consigna explícita de solicitar más respuestas. Los autores analizaron la secuencia de las respuestas en la segunda administración desde una perspectiva psicoanalítica centrada en las funciones del superyó. Los resultados del análisis mostraron que la directiva externa de dar más respuestas movilizó intensas ansiedades persecutorias en la paciente, activando dinámicas de enjuiciamiento y autocrítica. El contenido de las respuestas en la segunda fase incluyó imaginería de daño, hostilidad proyectada y angustia que no estaba presente inicialmente. Los autores exponen que la readministración no es un mero ajuste estadístico, sino una intervención que altera la ecología de la prueba y que exige imperativamente una lectura cuidadosa del fenómeno transferencial para no malinterpretar la agresión reactiva del paciente como un rasgo de deterioro basal.

Para finalizar, Schwartz (2014) publicó una extensa revisión teórica en la que analiza el libro *The Rorschach Inkblot Test: An interpretive guide for clinicians* de J. P. Choca, reflexionando sobre la evolución de las guías interpretativas y los sistemas de codificación de la prueba a lo largo de las décadas. En su exposición de resultados teóricos, el autor pone de manifiesto la tensión latente que existe en la actualidad entre el creciente énfasis en el rigor estadístico-cuantitativo (ejemplificado por la transición hacia el R-PAS y la estandarización normativa internacional) y la necesidad de mantener la riqueza fenomenológica de la evaluación. El autor advierte en sus conclusiones que los sistemas basados exclusivamente en la suma de marcadores aislados corren el riesgo de llevar a interpretaciones mecanicistas. Exponen que el enfoque más robusto metodológicamente es la utilización de perfiles psicológicos integrados, asegurando que el afán por la precisión matemática no sacrifique la comprensión profunda de la experiencia subjetiva, el lenguaje y el sufrimiento humano que el paciente transmite al enfrentarse a las manchas de tinta.

4. Discusión

La conceptualización de la esquizofrenia ha transitado históricamente desde su descripción nosológica inicial como *dementia praecox* hasta su comprensión contemporánea como un trastorno que afecta de manera nuclear a la experiencia del sí mismo (*self*) y a la forma en que el individuo percibe, procesa y dota de significado a la

realidad. Como se expuso en el marco teórico, la psiquiatría y la fenomenología clínica advierten que reducir este trastorno a un inventario de síntomas descriptivos positivos y negativos limita severamente la comprensión de la patología. La esquizofrenia supone una pérdida de la evidencia natural del mundo compartido, generando una hiperreflexividad donde los procesos automáticos de la conciencia se vuelven explícitos y mecánicos, lo cual desemboca en una profunda desestructuración de la identidad (Sass y Feyaerts, 2024).

En este contexto de fragmentación psíquica, los instrumentos de evaluación tradicionales basados en el autoinforme resultan frecuentemente insuficientes, al estar sujetos a la deseabilidad social y requerir un nivel de introspección (*insight*) del que el paciente habitualmente carece. A partir de esta premisa, el presente trabajo se propuso analizar las contribuciones del Test de Rorschach al diagnóstico de la esquizofrenia en población adulta, contrastando la comprensión metapsicológica del psicoanálisis con la evidencia empírica más reciente. A continuación, se discuten los resultados obtenidos, examinando la articulación entre los indicadores estructurales de la prueba y la dinámica sintomatológica, e identificando las contradicciones y limitaciones metodológicas que subyacen a la investigación actual.

4.1. La escisión psíquica y el colapso de la prueba de realidad: convergencias teórico-empíricas

Desde el marco del psicoanálisis, tomando como referencia el análisis freudiano clásico del Caso Schreber, se postula que en la psicosis opera un mecanismo de rechazo (*Verwerfung*) que provoca una retirada masiva de la investidura libidinal del mundo exterior. Esta conceptualización teórica de la escisión del yo (*Spaltung*) y la consecuente pérdida del juicio de realidad encuentran un respaldo empírico sumamente consistente en los resultados contemporáneos del Rorschach.

La literatura sugiere que los algoritmos de codificación actuales captan este declive cognitivo con alta precisión. Los hallazgos de Vieira y Villemor-Amaral (2022) confirman que los pacientes adultos con esquizofrenia presentan elevaciones estadísticamente significativas en el Índice de Disfunción Yoica (EII-3) y en el Compuesto de Pensamiento y Percepción (TP-Comp). La alteración drástica de la calidad formal distorsionada (FQ-) documentada en dicho estudio actúa como la materialización empírica de la incapacidad del paciente para ajustar su percepción con la realidad

convencional. Durante la evaluación, la lámina deja de ser un estímulo visual estructurante para convertirse en un lienzo donde el sujeto impone su mundo interno fragmentado, fallando sistemáticamente en la prueba de realidad.

Esta correspondencia entre la metapsicología y la psicometría se ve enriquecida en el análisis cualitativo desarrollado por Schmidt y Paul (2021). Al comparar las producciones en el Rorschach con la técnica del ensueño dirigido, estos autores evidenciaron que, en los pacientes con estructura psicótica, la imposibilidad de conformar una buena *Gestalt* correlaciona de manera directa con imágenes internas inestables y discordantes. Fenómenos patognomónicos documentados en los protocolos, como el detallismo incoherente o la contaminación (CONTAM), no constituyen simples errores de clasificación visual. Evidencian lo que en la literatura clásica, tal como fue descrito por Rapaport en 1945, se denomina pensamiento autista; un estado en el cual desaparecen las fronteras lógicas y convencionales, permitiendo la fusión irracional de conceptos incompatibles, visibilizando la escisión psíquica en la estructuración del lenguaje.

A pesar de la solidez de esta convergencia teórica, el análisis de la literatura revela asunciones metodológicas que generan tensión empírica. Un ejemplo paradigmático se observa en investigaciones cuantitativas como la de Jo *et al.* (2024), donde se intenta diferenciar subtipos de esquizofrenia (kraepeliniana frente a la sintomatología del DSM) basándose estrictamente en la gravedad numérica de los códigos cognitivos severos (WSum6 y DV2). Estos modelos asumen de forma lineal que un mayor deterioro cognitivo manifiesto en la prueba equivale invariablemente a una mayor desestructuración patológica. Sin embargo, la clínica psicodinámica advierte sistemáticamente que un paciente paranoide con un delirio altamente encapsulado puede presentar un protocolo muy constreñido, con una excelente calidad formal (alta FQo) y escasez de códigos desviados. El individuo paranoide emplea la rigidez y la hipervigilancia como mecanismos defensivos, según describe Weiner en 1966 para no fragmentarse ante el examinador. Por consiguiente, asumir la equivalencia directa entre desorganización manifiesta y gravedad estructural constituye un sesgo metodológico que incrementa significativamente el riesgo de falsos negativos en diagnósticos paranoides encubiertos. Abordar la esquizofrenia exclusivamente como un constructo estadístico homogéneo tiende a invisibilizar los complejos esfuerzos defensivos del yo.

4.2. Especificidad diagnóstica y el trastorno formal del pensamiento

El impacto de las técnicas proyectivas en el diagnóstico diferencial emerge como una de las áreas con mayor respaldo en la literatura revisada, aunque no exenta de vulnerabilidades. Kishimoto *et al.* (2016) aportan evidencia empírica crucial sobre la eficacia del Rorschach para distinguir entre adultos jóvenes con esquizofrenia y pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Los resultados de su investigación indican que, si bien el aislamiento social y las dificultades interpersonales constituyen un factor común en ambas condiciones, los perfiles estructurales difieren radicalmente en el área de la mediación cognitiva. Mientras que la población con autismo tiende a mantener un contacto con la realidad más convencional y anclado en la forma, la proporción de calidad formal negativa (FQ-) resulta significativamente superior en la esquizofrenia. Esto ratifica que el aislamiento esquizofrénico trasciende el déficit de habilidades sociales o la rigidez cognitiva, constituyéndose como una fractura primaria y severa en el procesamiento de la información y la percepción.

De forma complementaria, Faria *et al.* (2019) examinan la utilidad del Rorschach en el diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia de tipo paranoide y el Trastorno Disociativo de Identidad (TDI). En la práctica psiquiátrica habitual, la fenomenología de ambos trastornos puede solaparse debido a la presencia clínica de alucinaciones auditivas. No obstante, los resultados demuestran que el automatismo mental (concepto propuesto históricamente por Clérambault, 1995) propio de las psicosis crónicas deja huellas estructurales exclusivas en el test, tales como ideación autorreferencial, un elevado número de respuestas globales confabulatorias (DW) y una caída drástica de las respuestas populares (P). El paciente disociativo conserva la capacidad de identificar las convenciones sociales básicas, una función que el paciente esquizofrénico pierde progresivamente.

A pesar de la relevancia teórica de estos hallazgos, es ineludible señalar una limitación metodológica central que afecta a la generalización de la evidencia anterior: la disparidad en los tamaños muestrales. Mientras que los estudios centrados en la fiabilidad interjueces de la prueba (Sahly *et al.*, 2011) o en la diferenciación estadística de síntomas (Jo *et al.*, 2024) se fundamentan en muestras macro-poblacionales sumamente robustas (N=489 y N=175, respectivamente), las investigaciones que extraen perfiles de diagnóstico diferencial adolecen de muestras excesivamente reducidas. El estudio de

Faria *et al.* (2019) fundamenta sus conclusiones definitorias sobre el TDI y la esquizofrenia en apenas 10 protocolos clínicos. Desde el paradigma de la práctica basada en la evidencia, generalizar perfiles diagnósticos y establecer relaciones concluyentes a partir de un tamaño muestral tan limitado resulta metodológicamente arriesgado, lo cual debilita la posición de validez del instrumento frente a la comunidad científica internacional.

4.3. El aplanamiento afectivo frente a la angustia desregulada: tensiones en la medición de la retracción libidinal

La interrelación entre la sintomatología clínica de la esquizofrenia y los marcadores de afectividad en el Rorschach constituye uno de los campos de mayor debate. Los modelos psiquiátricos definen los síntomas negativos por la abulia, la apatía y el aplanamiento afectivo. En términos analíticos, esto refleja la incapacidad del yo para investir libidinalmente los objetos del mundo exterior.

Los resultados presentados por Mondal y Kumar (2021) corroboran esta hipótesis de manera robusta, demostrando que los pacientes con puntuaciones elevadas en la escala de síntomas negativos (SANS) generan protocolos extremadamente constreñidos. Estos registros se caracterizan por un bajo número total de respuestas (R) y, de manera reveladora, por una ausencia casi absoluta de determinantes de color (C). Dado que la integración del estímulo cromático exige receptividad frente a las cargas emocionales, su anulación total refleja la barrera defensiva de aislamiento autístico que define las etapas residuales o deficitarias de la enfermedad.

Este mecanismo concuerda con las aportaciones de Porcelli y Mihura (2010) relativas a la evaluación de la alexitimia. Su investigación demuestra que el incremento sostenido del porcentaje de forma pura (Form%) actúa como un predictor altamente fiable del empobrecimiento emocional. El psiquismo, incapaz de gestionar la intensidad abrumadora de la angustia psicótica, recurre a un pensamiento operatorio, desvitalizado y concreto como mecanismo extremo de preservación.

Por el contrario, la esquizofrenia no se define únicamente por el vacío afectivo, sino por la irrupción de un sufrimiento incontrolable. El estudio exploratorio de González Vega (2015) centrado en pacientes esquizofrénicos paranoides revela el alto valor discriminativo del sombreado difuso (Y) y el color acromático (C'). A nivel interpretativo,

la emergencia reiterada del determinante "Y" constituye el correlato empírico del desvalimiento, reflejando la vivencia de un cuerpo que se desintegra y la percepción de un entorno que amenaza constantemente con la aniquilación.

En este cruce de variables afectivas surge una tensión metodológica significativa relacionada con la intercambiabilidad de los instrumentos proyectivos. Villemor-Amaral y Cardoso (2012) analizaron la validez convergente del tipo de vivencia (EB) entre el Rorschach y el Test de Zulliger. Sus resultados indicaron que, aunque la producción de movimiento humano (M) presentaba una fuerte correlación entre ambas pruebas, las respuestas de color mostraban una equivalencia estadística muy débil. Esta discrepancia subraya que la menor complejidad cromática del Zulliger fracasa en suscitar el mismo grado de reactividad emocional que las láminas del Rorschach. En consecuencia, la utilización de pruebas proyectivas análogas o reducidas en la investigación de la esquizofrenia puede alterar artificialmente la medición de los síntomas negativos y del embotamiento afectivo, comprometiendo la validez de constructo e invalidando la comparación directa entre distintos ensayos clínicos.

4.4. El deterioro de las relaciones objetales y el déficit empático

Existe un consenso claro en la literatura revisada respecto a la idoneidad de evaluar las relaciones de objeto a través de las respuestas de movimiento humano (M) para comprender el deterioro interpersonal propio del espectro esquizofrénico. La capacidad para la empatía requiere ineludiblemente reconocer al "otro" como una entidad diferenciada, con un mundo interno propio. En las descompensaciones psicóticas, la regresión hacia estadios de narcisismo primario borra drásticamente estas fronteras.

La evidencia empírica aportada por González Vega (2015) constata que la población con esquizofrenia paranoide no solo produce significativamente menos respuestas de tipo "M", lo que de por sí indica un déficit en la ideación y mentalización. Además, cuando el contenido humano aparece proyectado, existe una predominancia sistemática de las representaciones humanas pobres (PHR) en detrimento de las buenas (GHR). La proyección recurrente de figuras mutiladas, fragmentadas, fusionadas o involucradas en dinámicas de agresión y en movimiento agresivo (AG) revela una falla profunda en la representación interna de los objetos. Esta evidencia sugiere que el paciente percibe cualquier interacción social como un peligro de intrusión persecutoria.

En un modelo explicativo similar, Vishwakarma *et al.* (2016) demuestran que los bajos niveles de inteligencia emocional reportados por pacientes con esquizofrenia guardan una correlación inversa y estadísticamente significativa con los índices de gravedad estructural del Rorschach, tales como el Índice de Déficit de Afrontamiento (CDI) y la Constelación Suicida (S-CON). Los datos ratifican que la grave perturbación de la función sintética del yo imposibilita la modulación y comprensión de los afectos. En el ámbito clínico, esta evidencia empírica fundamenta la necesidad de establecer encuadres terapéuticos que respeten estrictamente una distancia óptima de intervención, advirtiendo sobre el riesgo de desencadenar ansiedades masivas mediante aproximaciones excesivamente intrusivas o directivas.

4.5. La arquitectura de las defensas yoicas y la resistencia a la simulación

En el contexto de la evaluación clínica diferencial y, de manera muy específica, en el entorno pericial forense, la revisión documental resalta una fortaleza inobjetable de la técnica: su invulnerabilidad comprobada frente a la simulación (*malingering*). El diseño de investigación de Guimarães Neto *et al.* (2021) documenta empíricamente cómo individuos sin patología previa, instruidos deliberadamente para fingir la sintomatología de la esquizofrenia, fracasan sistemáticamente al intentar replicar el perfil estructural de la patología en el test.

Los resultados exponen que los simuladores exhiben una fuerte tendencia a exagerar de forma voluntaria variables vinculadas al esfuerzo y al dramatismo morboso, elevando drásticamente el Índice de Complejidad (*Complexity*) y los contenidos críticos, como la sangre o la anatomía, para aparentar gravedad. Sin embargo, dichos sujetos no logran suprimir la precisión automática de su propio aparato perceptivo, manteniendo intactas altas tasas de calidad formal ordinaria (FQo). Fracasan por completo en generar los niveles de distorsión perceptiva (FQ-) y de desviación cognitiva (WSumCog, PEC) característicos de los verdaderos pacientes.

Este hallazgo empírico resulta plenamente coherente con los principios psicoanalíticos relacionados con las funciones autónomas del yo, descritas por Beres en 1956. La capacidad para organizar la percepción y establecer una prueba de realidad eficiente no constituye un proceso que el sujeto pueda suspender a su entera voluntad. Un individuo estructurado en torno al mecanismo de la represión y a la lógica del proceso secundario carece de los recursos psíquicos para alucinar distorsiones o articular

contaminaciones genuinas de manera deliberada. Esta inmunidad confirma que el Rorschach trasciende las limitaciones del autoinforme, erigiéndose como un registro estructural inmanipulable.

4.6. Desafíos metodológicos y tensiones clínico-éticas en la evaluación

A pesar de la solidez de los hallazgos previamente expuestos, el análisis crítico de la literatura exige señalar la existencia de importantes sesgos, limitaciones metodológicas y dilemas éticos que atraviesan la aplicabilidad contemporánea del Test de Rorschach en pacientes con patología mental grave.

El primer gran desafío documentado se refiere a la limitada sensibilidad de los índices estructurales profundos frente a la remisión terapéutica a corto plazo. El diseño longitudinal implementado por Rosenbaum *et al.* (2012) evaluó a pacientes tras experimentar su primer episodio psicótico. Los datos reportaron que, tras dos años de tratamiento, los participantes exhibían mejoras clínicas altamente significativas en su adaptación conductual y en las escalas psiquiátricas normativas (PANSS, GAF). No obstante, los indicadores centrales del Rorschach, tales como el Índice de Trastorno de Percepción-Pensamiento (PTI) y los códigos especiales críticos, se mantenían inalterables, sin reflejar variaciones estadísticas de significancia. Esta estabilidad pone de manifiesto una divergencia epistemológica fundamental: el Rorschach evalúa dimensiones cristalizadas de la personalidad (rasgos de vulnerabilidad yoica) y no fluctuaciones adaptativas u observacionales transitorias (estados sintomáticos). En términos de aplicabilidad, esto constituye una limitación relevante; utilizar el Rorschach como métrica aislada para tasar la eficacia de intervenciones psicofarmacológicas o psicosociales a corto plazo puede derivar en falsos negativos sobre el progreso del paciente, induciendo pronósticos clínicos injustificadamente deterministas.

En segundo lugar, se advierte una contradicción evidente entre las exigencias de estandarización psicométrica y la realidad fenomenológica de la transferencia clínica. La normativa del Sistema Comprehensivo estipula que los protocolos breves, inferiores a catorce respuestas, deben ser invalidados, obligando al clínico a realizar una readministración bajo la consigna explícita de "dar más respuestas". Yalof y Rosenstein (2014) analizan, mediante un pormenorizado estudio de caso, los efectos profundamente perjudiciales de este procedimiento estandarizado. Para un paciente con esquizofrenia de curso paranoide, cuya relación con el mundo exterior se rige por la suspicacia, la orden

directiva de la readministración moviliza intensas ansiedades superyoicas. El sujeto vivencia la instrucción como un ataque, un enjuiciamiento de su insuficiencia o una desaprobación persecutoria. Como consecuencia directa, los contenidos proyectados en el re-test suelen incorporar elevados niveles de hostilidad reactiva, un aumento de la angustia paralizante (sombreados) y un drástico colapso de la calidad formal. El sesgo metodológico en este caso se observa con claridad, ya que el sistema de evaluación cuantitativa ignora la reactividad de la transferencia, asumiendo el deterioro observado en la segunda administración como indicativo del nivel basal de desorganización psicótica. En realidad, se trata de un artefacto defensivo desencadenado por el propio encuadre intrusivo de la prueba.

Por último, la literatura revisada constata la creciente tensión conceptual entre el rigor estadístico y el valor clínico interpretativo. Tal como argumenta Schwartz (2014) en su revisión teórica, el tránsito hacia modelos hiper-cuantitativos como el R-PAS obedece a la imperiosa y legítima necesidad de asegurar la validez interjueces de la prueba en la comunidad científica internacional (respaldada por estudios de amplio alcance como los de Sahly *et al.*, 2011). Sin embargo, la confianza exclusiva en la modelización matemática conlleva el grave riesgo de reducir la profunda complejidad de la desestructuración esquizofrénica a un mero algoritmo diagnóstico o a una sumatoria de códigos (tales como el TP-Comp o el EII-3). Si el análisis se restringe exclusivamente al cálculo de medias y proporciones, la evaluación psicológica amenaza con despojarse de su dimensión clínica primordial, ignorando la narrativa subjetiva, las singularidades del lenguaje y la inefable experiencia de sufrimiento que el paciente adulto proyecta sobre las láminas.

5. Conclusiones

La evidencia revisada a lo largo del presente trabajo permite extraer conclusiones sólidas respecto a los objetivos planteados. En relación con el propósito general, la revisión bibliográfica de las investigaciones publicadas entre los años 2010 y 2025 confirma que las contribuciones del Test de Rorschach al diagnóstico de la esquizofrenia en población adulta mantienen una vigencia y relevancia clínica fundamental. Lejos de constituir una herramienta en desuso, los hallazgos demuestran que el Rorschach, respaldado por sistemas de codificación contemporáneos como el Sistema Comprensivo y el R-PAS, opera como un instrumento dinámico capaz de cartografiar

con alta precisión los procesos psíquicos implicados en la psicosis y la desestructuración de la experiencia subjetiva.

Para dar respuesta a la primera de las cuestiones fundamentales planteadas sobre qué indicadores del Rorschach han demostrado empíricamente ser más relevantes en la esquizofrenia, la literatura señala que la patología imprime una huella estructural inconfundible en la prueba. En lo que respecta al colapso de la prueba de realidad, la calidad formal distorsionada y los índices compuestos de gravedad, como el EII-3 y el TP-Comp, emergen como los marcadores más consistentes. Estos evidencian el fracaso del paciente al intentar ajustar su percepción al mundo compartido, imponiendo su realidad interna sobre el estímulo visual.

Por otra parte, en cuanto al trastorno formal del pensamiento, los códigos especiales severos, como las verbalizaciones desviadas, la lógica inadecuada y “de manera particular” las contaminaciones, materializan empíricamente la escisión del yo, revelando cómo el sujeto pierde las fronteras lógicas entre los conceptos.

Finalmente, respecto a la afectividad y las relaciones objetales, la dramática constricción de las respuestas cromáticas refleja fielmente la sintomatología negativa y el aislamiento autístico, mientras que la irrupción del sombreado difuso o el color acromático actúa como un correlato directo de la angustia desregulada y el desvalimiento paralizante. Asimismo, la predominancia de representaciones humanas pobres constata el severo déficit empático y el terror que suscita el contacto interpersonal.

En relación con la segunda cuestión sobre cuánto ayuda realmente este test al diagnóstico diferencial y a entender cómo funciona la psique y el mundo interno de los adultos que sufren psicosis, los resultados indican que su utilidad clínica es de inmenso valor. A nivel diagnóstico, el Rorschach logra trascender la superficie fenomenológica de los síntomas. Mientras que el aislamiento social o la ideación anómala pueden presentarse en múltiples cuadros clínicos, el test permite distinguir con precisión la desestructuración perceptiva esquizofrénica de la rigidez propia del trastorno del espectro autista, así como diferenciarla de los fenómenos del trastorno disociativo de identidad mediante el análisis de las respuestas confabulatorias y la caída drástica de las respuestas populares.

Sumado a ello, la demostrada resistencia del instrumento frente a la simulación consciente confirma que se trata de un registro genuino de la estructura psíquica, ya que

un individuo sano fracasa al intentar fingir la escisión psicótica debido a que su aparato mental le impide alucinar distorsiones formales de manera voluntaria.

De forma transversal, los resultados indican que el mayor aporte del Test de Rorschach radica en su dimensión clínica para la comprensión del mundo interno. La evaluación proyectiva permite constatar que la desconexión esquizofrénica no constituye un mero déficit en el procesamiento de la información, sino el drama de una psique que lucha por sobrevivir al colapso de su entorno. Al facilitar el acceso a la alucinación refleja y a la proyección simbólica, la prueba evidencia que el aplanamiento afectivo opera como una barrera defensiva erigida contra un terror insoportable de aniquilación y que el desorden del pensamiento representa el andamiaje ilusorio con el cual el paciente intenta sostener una existencia fragmentada.

A modo de conclusión general, la evidencia analizada sostiene que el Test de Rorschach es una herramienta de primer orden y de alta relevancia para el psicodiagnóstico de la esquizofrenia, logrando tender un puente indispensable entre el rigor estadístico y la escucha psicoanalítica profunda. No obstante, se concluye también que resulta imperativo promover más investigación en este campo. De cara a investigaciones futuras, resulta prioritario desarrollar diseños metodológicos que superen la limitación de las muestras reducidas en la investigación cualitativa, así como impulsar estudios longitudinales que afinen la sensibilidad de la prueba ante el cambio terapéutico a corto plazo. Igualmente, es necesario integrar el análisis de la transferencia clínica dentro de los métodos de administración estandarizada, con el fin de evitar que los protocolos rígidos de readministración desencadenen efectos adversos o invisibilicen el sufrimiento reactivo del paciente.

En definitiva, la literatura subraya que detrás de cada porcentaje de calidad formal distorsionada, de cada espacio en blanco y de cada mancha de color ignorada, subyace un sujeto asediado por la angustia. La técnica y la modelización estadística deben constituir una brújula clínica irrenunciable, pero la meta fundamental de la evaluación psicológica no debe restringirse a la codificación de un protocolo exacto, sino a la comprensión integral del paciente, devolviéndole el sentido y la dignidad que la patología intenta arrebatarse.

6. Referencias

- Campo, V. (2017). El “diagnóstico” y el Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (30), 8–19. <https://rorschachspain.org/wp-content/uploads/2022/01/REVISTA-30-SERYMP-2017.pdf>
- Elías, D. (2015). Comparación de los procesos cognitivos entre pacientes y no pacientes, manifiestos en respuestas al Rorschach (SC). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(1), 79–92. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339641097005>
- Faria, M. A. de, Prado, E. B. A. de, Souza, W. C. de, Martins, V. F. y Ferreira, V. M. (2019). A utilização do Método de Rorschach no diagnóstico diferencial da esquizofrenia e transtorno dissociativo de identidade. *Ciências do Comportamento*, 35, e35. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/NJtYnRHpWWJ9hVDMWXhBn7v>
- González Vega, C. (2015). Estudio exploratorio a través del test de Rorschach de la respuesta humana en una muestra de pacientes esquizofrénicos paranoides ingresados en una unidad para el tratamiento de las psicosis refractarias [Tesis doctoral, Universidad de Deusto]. Repositorio Institucional de la Universidad de Deusto. <https://deustoteka.deusto.es/items/3e441372-a9b2-43f6-9810-0f46e352ffc4>
- Guimarães Neto, A. C., Villemor-Amaral, A. E. de y Vieira, P. G. (2021). Simulação de esquizofrenia no teste de Rorschach (R-PAS). *Avaliação Psicológica*, 20(2), 171–181. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8041261>
- Jo, Y. T., Lee, J. S., Lee, M. J. y Joo, Y. H. (2024). Revisiting Rorschach test and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II patterns in Kraepelinian vs. DSM-wise schizophrenia: How they differ and what it means for diagnosis. *Science Progress*, 107(3). <https://doi.org/10.1177/00368504241266366>
- Kishimoto, T., Yamamuro, K., Iida, J., Ota, T., Tanaka, S., Kyo, M., Kimoto, S. y Kishimoto, T. (2016). Distinctive Rorschach profiles of young adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Neuropsychiatric Disease and*

- Treatment, 12, 2403–2410. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5036560/pdf/ndt-12-2403.pdf>
- Lysaker, P. H. (2008). Schizophrenia and alterations in self-experience: A comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn077>
- Mondal, A. y Kumar, M. (2020). Rorschach inkblot test: An overview on current status. *International Journal of Indian Psychology*, 8(4), 595–611. <https://ijip.in/wp-content/uploads/2020/11/18.01.075.20200804.pdf>
- Mondal, A. y Kumar, M. (2021). Rorschach inkblot test and psychopathology among patients suffering from schizophrenia: A correlational study. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 74–83. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_74_20
- Pessotto, F. y Primi, R. (2018). Evidências de validade convergente para o teste de Wartegg. *Psico*, 49(1), 73–80. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.1.26935>
- Pessotto, F. y Primi, R. (2021). Incremental validity between the Wartegg and Rorschach tests (R-PAS). *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 31, e3106. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3106>
- Porcelli, P. y Mihura, J. L. (2010). Assessment of alexithymia with the Rorschach Comprehensive System: The Rorschach Alexithymia Scale (RAS). *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 128–136. <https://doi.org/10.1080/00223890903508146>
- Rosenbaum, B., Andersen, P. B., Knudsen, P. B. y Lorentzen, P. (2012). Rorschach and first-episode schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 79–85. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.595500>
- Sahly, J., Shaffer, T. W., Erdberg, P. y O’Toole, S. (2011). Rorschach intercoder reliability for protocol-level Comprehensive System variables in an international sample. *Journal of Personality Assessment*, 93(6), 592–596. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.608761>

- Sass, L. y Feyaerts, J. (2024). Schizophrenia, the very idea: On self-disorder, hyperreflexivity, and the diagnostic concept. *Schizophrenia Research*, 267, 473–486. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.022>
- Schmidt, A. y Paul, J. (2021). Convergencias entre el Rorschach y la psicoterapia simbólica en pacientes de estructura neurótica, psicótica y trastorno borderline. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 68(2), 59–75. <https://www.aacademica.org/000-012/704.pdf>
- Selma Sánchez, H. (2008). Rorschach y esquizofrenia: Una perspectiva neuropsicológica. Itinerario. <https://itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Rorschachyesquizofreniaunaperspectivaneuropsicologica.htm>
- Selma Sánchez, H. (2015). Aportes a la fiabilidad y validez del test de Rorschach: Teoría de respuesta al ítem, neurociencias y psicopatología [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. https://gredos.usal.es/bitstream/10366/129688/1/DPETP_SelmaS%C3%A1nchezH_TestRorschach.pdf
- Selma Sánchez, H. (2016). Rorschach y psicobiología de la personalidad. *Universitas Psychologica*, 15(1), 15–39. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64746477004.pdf>
- Vieira, P. G. y Villemor-Amaral, A. E. de (2022). Nota técnica referente ao artigo “Evidências de validade do Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) no diagnóstico da esquizofrenia” [Nota técnica]. *Avaliação Psicológica*, 21(1), 124–126. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v21n1/14.pdf>
- Villemor-Amaral, A. E. de y Cardoso, L. M. (2012). Validade convergente do tipo de vivência (EB) no teste de Zulliger/SC. *Psico*, 43(1), 109–115. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5163201>
- Vishwakarma, P., Dwivedi, S. y Kumar, R. (2016). Emotional intelligence, Exner’s special indices on Rorschach in schizophrenia. Institute of Mental Health & Hospital. https://www.researchgate.net/publication/373990418_Emotional_Intelligence_Exner's_Special_Indices_on_Rorschach_in_Schizophrenia

- Vives Gomila, M. (1985). El test de Rorschach en el diagnóstico diferencial de pacientes esquizofrénicos. *Quaderns de Psicologia*, 9(1). <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v9-n1-vives>
- Willick, M. S. (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 56(1), 73–92. <https://doi.org/10.1177/00030651010490012001>
- Yalof, J. y Rosenstein, D. (2014). Psychoanalytic interpretation of superego functioning following CS readministration procedures: Case illustration. *Journal of Personality Assessment*, 96(2), 192–203. https://www.researchgate.net/publication/257073012_Psychoanalytic_Interpretation_of_Superego_Functioning_Following_CS_Readministration_Procedures_Case_Illustration

7. Anexo

Nº	TÍTULO	AÑO	AUTOR/ES	MUESTRA	SEXO DE LA MUESTRA	TÉCNICAS	CONCLUSIONES
1	Revisiting Rorschach test and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II patterns in Kraepelinian vs. DSM-wise Schizophrenia...	2024	Jo, Y. T., Lee, J. S., Lee, M. J., y Joo, Y. H.	175 sujetos (88 clínicos, 87 control)	Ambos sexos	Rorschach (SC), MMPI-II	Detecta el deterioro del pensamiento profundo, diferenciando con éxito subtipos de esquizofrenia.
2	Nota Técnica referente ao artigo “Evidências de Validade do Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) no diagnóstico da esquizofrenia”	2022	Vieira, P. G., y Villemor-Amaral, A. E. de	70 sujetos (35 clínicos, 35 control)	Ambos sexos	Rorschach (R-PAS)	Los pacientes con esquizofrenia muestran mayor distorsión formal (FQ-) y deterioro cognitivo (EII-3).
3	Convergencias entre el Rorschach y la psicoterapia simbólica en pacientes de estructura neurótica, psicótica y trastorno borderline	2021	Schmidt, A., y Paul, J.	6 pacientes	Ambos sexos	Rorschach, Ensueño Dirigido	El test capta empíricamente la escisión psicótica mediante el detallismo incoherente y la contaminación.
4	Incremental Validity between the Wartegg and Rorschach tests (R-PAS)	2021	Pessotto, F., y Primi, R.	40 sujetos (20 clínicos, 20 control)	36 hombres, 4 mujeres	Rorschach (R-PAS), Test de Wartegg	Excelente capacidad predictiva conjunta de ambos instrumentos para diagnosticar psicosis.
5	Simulação de Esquizofrenia no Teste de Rorschach (R-PAS)	2021	Guimarães Neto, A. C., Villemor-Amaral, A. E. de, y Vieira, P. G.	75 sujetos (40 simuladores, 35 clínicos)	Ambos sexos	Rorschach (R-PAS), MIS, IOP-29	Prueba altamente resistente a la simulación; los individuos sanos fracasan al fingir distorsión perceptiva.
6	Rorschach inkblot test and psychopathology among patients suffering from schizophrenia: A correlational study	2021	Mondal, A., y Kumar, M.	100 pacientes	65 hombres, 35 mujeres	Rorschach (SC), SAPS, SANS	Fuerte correlación empírica entre los marcadores del test y la sintomatología positiva y negativa.
7	A utilização do Método de Rorschach no diagnóstico diferencial da Esquizofrenia e Transtorno Dissociativo de Identidade	2019	Faria, M. A. de, Prado, E. B. A. de, Souza, W. C. de, Martins, V. F., y Ferreira, V. M.	10 pacientes esquizofrénicos	5 hombres, 5 mujeres	Rorschach, Entrevista clínica	El Rorschach es eficaz para el diagnóstico diferencial y la detección de elementos dissociativos.
8	Evidências de validade convergente para o teste de Wartegg	2018	Pessotto, F., y Primi, R.	40 sujetos (20 clínicos, 20 control)	36 hombres, 4 mujeres	Rorschach (R-PAS), Test de Wartegg	Existen agrupaciones significativas de variables que indican validez convergente entre ambas pruebas.

9	Distinctive Rorschach profiles of young adults with schizophrenia and autism spectrum disorder	2016	Kishimoto, T., <i>et al.</i>	40 sujetos (20 clínicos, 20 control TEA)	Ambos sexos	Rorschach (SC), WAIS-III, PANSS, GAF	Diferencia claramente los perfiles TEA de la esquizofrenia (mayor calidad formal negativa FQ- en psicosis).
10	Estudio exploratorio a través del test de Rorschach de la respuesta humana en una muestra de pacientes esquizofrénicos paranoides...	2015	González Vega, C.	62 pacientes	51 hombres, 11 mujeres	Rorschach (SC), WAIS-III, HoNOS, PANSS	Discrimina el subtipo paranoide y evidencia el déficit empático mediante representaciones humanas pobres (PHR).
11	Psychoanalytic Interpretation of Superego Functioning Following CS Readministration Procedures: Case Illustration	2014	Yalof, J., y Rosenstein, D.	1 paciente (Caso clínico)	Mujer	Rorschach (SC)	La readministración moviliza ansiedades persecutorias del superyó que exigen lectura psicoanalítica.
12	Book Review: The Rorschach Inkblot Test: An interpretive guide for clinicians	2014	Schwartz, A. L.	N/A (Revisión teórica)	N/A	Rorschach (Varios sistemas)	Advierte sobre el riesgo de sacrificar la riqueza clínica experiencial por el mero rigor estadístico.
13	Validade Convergente do Tipo de Vivência (EB) no Teste de Zulliger/SC	2012	Villemor-Amaral, A. E. de, y Cardoso, L. M.	51 protocolos	Ambos sexos	Rorschach (SC), Test de Zulliger (SC)	Correlación fuerte en respuestas de movimiento (M); requiere ajustes normativos para evaluar el color.
14	Rorschach and first-episode schizophrenia	2012	Rosenbaum, B., Andersen, P. B., Knudsen, P. B., y Lorentzen, P.	34 pacientes (primer episodio)	Ambos sexos	Rorschach (SC), PANSS, GAF	Los índices estructurales profundos (como el PTI) se mantienen estables pese a las mejorías clínicas a corto plazo.
15	Rorschach Inter-coder Reliability for Protocol-Level Comprehensive System Variables in an International Sample	2011	Sahly, J., Shaffer, T. W., Erdberg, P., y O'Toole, S.	489 protocolos	Ambos sexos	Rorschach (SC)	Excelente fiabilidad interjueces a nivel de protocolo global, ratificando su solidez psicométrica.
16	Assessment of Alexithymia With the Rorschach Comprehensive System: The Rorschach Alexithymia Scale (RAS)	2010	Porcelli, P., y Mihura, J. L.	219 sujetos (127 clínicos, 92 médicos)	Ambos sexos	Rorschach (SC), TAS-20	La escala RAS muestra excelente precisión para evaluar alexitimia y constricción afectiva profunda.