PRUEBAS PROYECTIVAS

Técnicas proyectivas

Las técnicas proyectivas deben su nombre al término proyección, introducido por Freud en 1894 y que, nuevamente, elabora en 1896 en su obra Las Neuropsicosis de Defensa, obra donde se acuña el concepto de proyección como mecanismo de defensa.

Desde entonces se define este concepto como el mecanismo a través del cual se atribuye a otros (personas u objetos) sentimientos y emociones internas, reprimidas, que de ser concientizadas crearía angustia, por lo que se extroyecta hacia otra persona, quedando liberado el sujeto del estado de tensión que tales emociones le producirían.

Más tarde, en su obra Tótem y Tabú, Freud amplia nuevamente su concepto de proyección, a condiciones no patológicas. En esta oportunidad considera la proyección como un mecanismo por el cual percepciones internas, provocadas por procesos ideacionales y emocionales conscientes, son proyectadas en el mundo exterior.

A pesar del nuevo sentido que adquiere el término proyección, el concepto sigue siendo utilizado por muchos autores como mecanismo de defensa para liberar angustia, adjudicando a otras personas, aspectos indeseables de uno mismo.

A pesar de la fecha en que Freud introduce el término proyección, no es hasta 1939 en que las técnicas que hoy día son denominadas como proyectivas reciben ese nombre. El psicólogo norteamericano L. K. Frank (1939) es quien elige el término de técnicas proyectivas para aquellas pruebas cuyo estímulo es ambiguo o de poca estructuración y da libertad de respuesta al sujeto sin que la persona sea del todo consciente del objetivo que se persigue con dicha evaluación; lo que permite, de este modo, que a través de la respuesta, se pongan de manifiesto, o se proyecten al exterior, los estilos básicos de personalidad del sujeto y los estados transitorios por los que atraviesa. Es importante resaltar que Frank utiliza el término "proyección" en el sentido amplio del concepto dado por Freud.

Para la fecha en que Frank denomina a este tipo de pruebas como proyectivas ya eran conocidas algunas técnicas cuyas características se ajustaban a dicha descripción, como son:

PRUEBAS PROYECTIVAS

□□Técnica de asociación de palabras de Jung, que aparece en 1905.

□□Test de las manchas de tinta de Hermann Rorschach, en 1921.

□□Test de apercepción temática, el conocido TAT de Murria, de 1938.

Rapaport (1959) afirma que cuando se utiliza el concepto de proyección, hablando de tests proyectivos, se habla en realidad de exteriorización y no de mecanismo de defensa, expresa que lo que se entiende por proyección es lo que Frank formuló al decir: "Cada individuo tiene un mundo privado que está estructurado de acuerdo con los principios organizativos de su personalidad y los tests proyectivos estudian estos principios organizativos, induciendo al sujeto a ponerlos de manifiesto utilizando un material no estructurado, que el sujeto incorpora a su mundo privado".

Las técnicas proyectivas parten del presupuesto de que:

□□Existe una estructura básica y estable de personalidad. Tal estructura está integrada por ciertas dimensiones o rasgos que se encuentran organizados en forma idiosincrásica. Las respuestas de los sujetos a estas técnicas permiten explorar esa estructura.

□□Facilitan alcanzar distintos niveles de profundidad en el análisis de la estructura de la personalidad.

□□Permiten establecer una relación entre el producto de la ejecución en las pruebas y lo inobservable de la estructura de la personalidad. El análisis de la estructura de la personalidad obtenida de esta forma permitirá la predicción del comportamiento.

□□Toda respuesta ante el material proyectivo no es casual, sino que es significativa y será entendida como un signo de la personalidad del sujeto.

□□Cuanto más ambiguos sean los estímulos de una técnica proyectiva, tanto más reflejarán las respuestas del sujeto, la personalidad del mismo.

PRUEBAS PROYECTIVAS

El análisis al que son sometidas las respuestas de los sujetos a las técnicas proyectivas tiene que ser fundamentalmente cualitativo y global.

Las técnicas proyectivas tienen algunos problemas sin resolver como:
La ausencia de un marco teórico homogéneo. El psicoanálisis ha sido el marco teórico de mayor influencia en el uso de estas técnicas.

Ausencia de tipificación de las consignas de aplicación, de los procedimientos de calificación, corrección e interpretación.

Necesidad de formación intensa y extensa para trabajar el proceso de interpretación de las mismas.

Jamás los tests proyectivos pueden ser utilizados como medios únicos para el diagnóstico. La información que ofrecen estas técnicas son hipótesis de trabajo que deben ser corroboradas por otros tests cuantificables como son las pruebas de inteligencia y de personalidad y, por supuesto, por la entrevista al paciente y personas cercanas a él. Un rasgo de personalidad obtenido en cualquier test será tenido en cuenta si tiene consistencia estadística, es decir si se halla presente en varios tests.
Las técnicas proyectivas se clasifican en:

Estructurales: son aquellas técnicas que presentan al sujeto un material visual, de escasa estructuración y él debe estructurar, ese material, diciendo "qué es lo que ve" por ejemplo el Rorschach.

Temáticas: son técnicas que presentan, al sujeto, el material visual con distintos grados de estructuración de contenido humano o para humano y el sujeto debe narrar una historia estructurando de ese modo el contenido de dicho material. Ejemplo de técnica temática es el TAT de Murray.

Constructivas: son técnicas en que se entrega al sujeto material de construcción, él debe organizarlo y construir algo de acuerdo a la consigna dada, ejemplo el Test de la Casa Aberastury.

PRUEBAS PROYECTIVAS

Expresivas: técnicas en las cuales se da al sujeto la consigna verbal o escrita de dibujar una/s figura/s. Ejemplo son el test de la figura humana, y el test de la familia.

Asociativas: técnicas en que se da al sujeto una consigna, verbal o escrita. El sujeto debe expresar, de forma verbal o escrita, sus asociaciones frente a palabras, frases o cuentos, ejemplo de ello son las frases incompletas de Rotter.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Las investigaciones sobre la personalidad han estimulado el desarrollo de una variedad de pruebas, escalas de registro y cuestionarios que se dirigen a la medición de las diferencias en la personalidad. Estos instrumentos pueden ser medios fáciles para entender la conducta. Piense en cuánto tiempo le lleva conocer a una persona; en muchas situaciones, los psicólogos no tienen ese tiempo.

Las pruebas de personalidad y otros métodos de evaluación se emplean en los ambientes clínicos para realizar diagnósticos, decidir si se requiere tratamiento y planear el tratamiento que se va a utilizar. Las pruebas de personalidad también se pueden utilizar para seleccionar empleados y un tercer uso sería en la investigación psicológica, donde las pruebas se pueden utilizar como variables dependientes o independientes. Por ejemplo, como una variable independiente, las calificaciones en una prueba que mide la ansiedad (es decir, el sentimiento de tensión y preocupación que las personas experimentan antes de un examen) se. Pueden utilizar para dividir a las personas en grupos, de acuerdo con la preocupación que sienten por los exámenes. Los investigadores estudian si los estudiantes que probaron ser más ansiosos se comportan de manera distinta que los menos ansiosos en una situación experimental. Un uso menos común de las pruebas de personalidad es como variable dependiente para medir el efecto de algún tratamiento experimental. Un grupo de sujetos tal vez vea una película de guerra que muestra escenas de batalla violentas, en tanto que el otro ve una película sobre la naturaleza. Así, una prueba de personalidad se puede utilizar para determinar qué grupo obtuvo la calificación más alta en agresividad.

Inventarios De Personalidad. El éxito de las pruebas de inteligencia para predecir el logro futuro llevó a los investigadores a tratar de desarrollar formas parecidas para medir la personalidad. Pero ésta no es algo que se pueda medir por medio de una calificación

total que es alta, media o baja. Las medidas parecidas a las de las pruebas que se emplean en la evaluación de la personalidad intentan indicar las clases de características que se combinan para formar la personalidad de un individuo.

En lugar de poner a prueba el conocimiento general o las habilidades específicas, los inventarios de personalidad hacen preguntas a las personas sobre sí mismas. Estas preguntas pueden tener varias formas. Al someterse a una prueba así, quizá tenga que decidir si cada una de una serie de afirmaciones es precisa para una auto descripción o tal vez se le pida que conteste a una serie de preguntas de falso-verdadero sobre sí mismo y el mundo. Varios inventarios requieren que la persona que responde, califique un grupo de afirmaciones en una escala basada en lo bien que refleja sus características. Los inventarios modernos de la personalidad producen varias calificaciones, cada una de las cuales debe representar un aspecto distinto de la personalidad.

Desde su introducción en 1943, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) ha sido una de las pruebas psicológicas que más se utilizan. Una revisión, que se titula MMPI-2, se publicó en 1989 y consiste en 567 reactivos. Al desarrollar el MMPI-2, se actualizó la redacción de muchos de los reactivos del MMPI original; además de que se eliminaron, cambiaron y agregaron otros reactivos.

La estandarización del MMPI-2 fue superior a la del MIVIPI original debido al tamaño más grande de las muestras normativas nuevas, la representación geográfica y el equilibrio racial. A pesar que todavía queda mucho por hacer en el análisis del MMPI-2, parece ser una revisión exitosa y se debe emplear con tanta frecuencia como el MMPI original (Graham, 1990).

El MMPI-2 incluye 10 escalas que se relacionan con diferentes grupos de trastornos clínicos (por lo general se hace referencia a las escalas por las abreviaturas entre paréntesis): Hipocondriasis (Hs), depresión (D), histeria (Hi), desviación psicopática (Dp), masculinidad-feminidad (Mf), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Es), hipomanía (Ma) e introversión social (Is). Además de estas escalas clínicas estándar, existen numerosas escalas especiales; por ejemplo, la escala de Enojo de 16 reactivos refleja irritabilidad, impaciencia, mal humor e impetuosidad Las personas que en ocasiones sienten deseos de blasfemar o aventar objetos tal vez obtengan altas

calificaciones en esta escala (Butcher, 1990). Las calificaciones en las escalas del MMPI-2 se pueden comparar con aquellas del grupo de estandarización normal y con las muestras de casos clínicos con diagnósticos confiables.

Además de las escalas clínicas, el MMPI-2 también incluye varias escalas de validez o control. Estas se diseñaron para evaluar las actitudes al realizar una prueba, y las desviaciones en las respuestas que pueden distorsionar la imagen presentada sólo por las calificaciones de las escalas clínicas. Las calificaciones elevadas en estas escalas pueden indicar perfiles de escalas clínicas invalidadas. Las escalas de validez consideran la tendencia de las personas a crear una impresión favorable y consiste en reactivos que manejan las debilidades menores que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. Las personas que obtienen calificaciones elevadas en L (o Mentira) aparecen como imposiblemente buenas y virtuosas. La escala F (o puntaje de validez) se diseñó para detectar las formas desviadas o atípicas de responder a los reactivos de las pruebas. Las calificaciones elevadas en esta escala indican que las personas se describen a sí mismas como que tienen varias características raras y poco aceptables. En tanto que la escala F se incluyó para reflejar el descuido y la confusión de la gente al presentar el MMPI, también se considera un buen indicador de la psicopatología.

La escala K (o puntaje de actitud defensiva) es más sutil que las escalas L y F y cubre varias áreas de contenido en las cuales una persona puede negar los problemas (por ejemplo, suspicacia, preocupación). Su creación se basó en la observación de que algunas personas abiertas y francas pueden obtener calificaciones elevadas en las escalas clínicas, en tanto que otras que están a la defensiva pueden obtener calificaciones bajas. La escala K se diseñó para reducir estos factores de desviación. Las personas que obtienen calificaciones K altas están a la defensiva; presentan una tendencia a responder "Falso" en reactivos como "Me siento mal cuando los demás me critican". Las correcciones K se realizan en varias escalas clínicas con el objeto de comparar las calificaciones que obtuvieron personas que difieren en estas tendencias.

Además de las escalas L, F y K, que formaban parte del MNIPI original, el MMPI-2 tiene tres escalas de validez nuevas. La escala Fb se creó para reflejar la tendencia de un sujeto a responder los últimos reactivos de la prueba de manera distinta a aquéllos que se presentan antes. La escala VRIN ofrece un indicio de las tendencias del sujeto para

responder en forma inconsistente a los reactivos del IMIMIPI-2. Las inconsistencias se pueden presentar cuando los sujetos no leen el contenido de los reactivos y, en vez de ello, responden en forma aleatoria o casi aleatoria. La escala TRIN se desarrolló para identificar a los sujetos que responden en forma indiscriminada al dar sobre todo, respuestas verdaderas (conformidad) o sobre todo respuestas falsas (inconformidad) sin tomar en cuenta el significado de la afirmación del reactivo.

La tabla 4-7 describe las escalas clínicas y de validez del MMVIPI-2. La aplicación principal del MMVIPI-2 es decidir cómo clasificar un caso determinado. En general, mientras mayor sea la cantidad y la magnitud de las calificaciones desviadas en el MMPI-2, es más probable que el individuo presente un trastorno severo. Al tomar las decisiones de diagnóstico, el usuario del MMPI-2 debe interpretar no sólo las calificaciones de las escalas del individuo, sino también el patrón de esas calificaciones en el perfil de una persona en particular. Por ejemplo, la persona que realiza la evaluación no puede suponer que una calificación elevada en tal escala de la esquizofrenia indica la presencia de ésta. Otros grupos psicóticos pueden mostrar altas calificaciones en esta escala v, con frecuencia, los esquizofrénicos obtienen calificaciones más altas en otras escalas que no son la Sc.

Tabla 4-7

El MMP1-2: escalas clínicas y de validez

Se proporciona el nombre, la abreviatura y el número de cada escala. (Los trabajadores clínicos por lo regular se refieren a las escalas clínicas" por número, más que por nombre o abreviatura.) Se ofrecen las interpretaciones para las calificaciones elevadas en las escalas.

Escalas clínicas

BOMBRE Y ABREVIATURA	NÚMERO DE LA ESCALA	INTERPRETACIÓN DE LAS CALIFICACIONES ELEVADAS
Hipocondriasis (Hs).	1	Preocupación corporal; pesimista
Depresión (D)	2	Deprimido; falta de confianza en sí mismo

Histeria (Hi)	3	Síntomas físicos que tienen una motivación psicológica; falta de introspección
Desviación psicopática (Dp)	4	Tendencias antisociales: impulsivo
Masculinidad-feminidad (Mf)	5	Conflicto del rol sexual
Paranoia (Pa)	6	Suspicacia; resentimiento
Psicastenia (Pt)	7	Ansiedad; inseguridad
Esquizofrenia (Es)	8	Pensamiento extraño; retraimiento
Hipomanía (Ma)	9	Actividad psicomotriz excesiva; objetivos irreales
Introversión Social (Is)	0	Ansiedad social; timidez
Escalas de validez		
Escala L	-	Necesidad de dar una impresión favorable irreal
Escala F	-	Trastorno psicológico severo
Escala K	-	Actitud defensiva; inhibición
Escala Fb	-	Falta de atención a algunos reactivos
Escala VRIN	-	Respuestas inconsistentes
Escala TRIN	-	Tendencias de conformidad e inconformidad

Escalas De Registro. Existen muchas otras técnicas de evaluación de la personalidad. La escala de registro es una de las más respetadas v versátiles. Las escalas de registro les presentan a las personas que responden la prueba una pregunta que centra la atención en un concepto, una persona o una situación y les pide que elijan entre varias opciones. En algunos aspectos, la escala de registro es similar a las pruebas de opción múltiple, pero sus opciones representan grados de una característica en particular.

Un ejemplo de un reactivo de una escala de registro es "¿Hasta qué grado es tímido?" Tal vez se pida a las personas que coloquen este reactivo en una escala que va desde "En absoluto" hasta "En extremo". Pueden hacer esto en forma gráfica, al colocar una marca en el punto que considere apropiado de esa escala continua. Las escalas de

registro se pueden utilizar para evaluar la conducta de otras personas, así como la propia. Por ejemplo, un maestro puede emplear las escalas de registro para calificar a sus estudiantes. En este caso, el registro anterior puede ser, "¿hasta qué grado es tímido este estudiante?" Un ejemplo del uso de las escalas de registro en el trabajo clínico, es la evaluación de la capacidad de los niños para prestar atención a lo que sucede a su alrededor y ejercer el control de sí mismos. El grado en el cual los niños poseen está capacidad es un indicador de su desarrollo personal. Muchos problemas clínicos en los niños se relacionan con la incapacidad para retrasar la respuesta hasta el momento deseado, planear actividades o participar en una conducta socialmente apropiada. Kendall y Wilcox (1978) desarrollaron una serie de escalas de registro para evaluar el autocontrol que tienen los niños. Su medida, la Escala de Registro de Conducta para Niños, es confiable y se puede emplear en una variedad de ambientes por parte de observadores sin capacitación, tales como los padres.

La Escala de Registro de Conducta para Niños presenta 33 preguntas, cada una de las cuales se responde con una escala de 7 puntos (1 = siempre. 7 = nunca). Los siguientes son algunos reactivos representativos de la escala.

- ¿El niño permanece sentado?
- ¿El niño interrumpe los juegos?
- ¿El niño piensa antes de actuar?
- ¿El niño toma las pertenencias de los demás?

- ¿El niño se distrae con facilidad de su trabajo o sus labores?

Otro tipo de escala de registro, la escala visual análoga (VAS) se utiliza en, ambientes clínicos y de investigación para medir una variedad de fenómenos subjetivos, como el dolor, la ansiedad y el deseo de consumir productos como los cigarros. En un estudio determinado se pueden emplear una o varias VAS. Una VAS proporciona una estrategia de medición conveniente, fácil y de administración rápida. Sin embargo, la aplicabilidad de estas escalas, se limita por la habilidad del sujeto para comprender de manera conceptual el método en sí; es decir, para ofrecer una representación de una percepción personal de un concepto abstracto como una unidad lineal. La figura 4-5 muestra ejemplos de diferentes tipos de escalas visuales análogas que miden el dolor y la ansiedad.

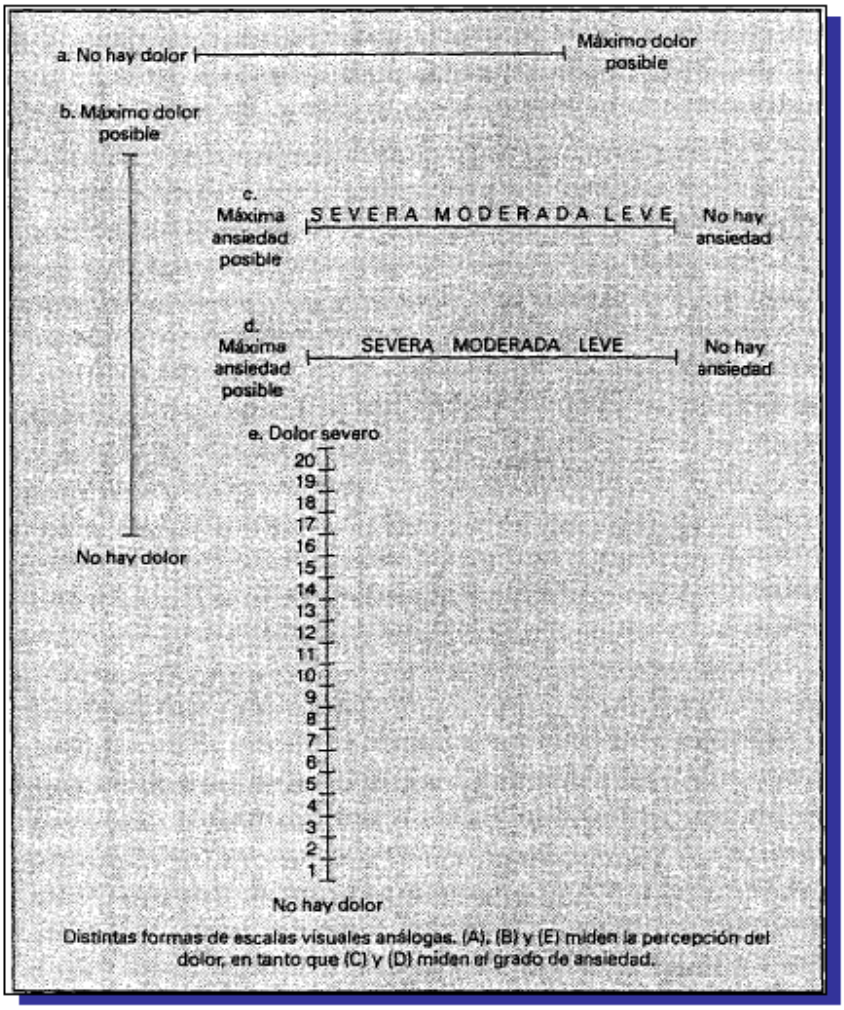

Figura 4—5 Distintas formas de escalas visuales análogas. (a), (b) y (e) miden la percepción del dolor, en tanto que (c) y (d) evalúan el grado de ansiedad.

Las escalas de registro, al igual que os cuestionarios de autorreportes, no son inmunes a la inexactitud. Un factor de desviación posible, el efecto halo, resulta cuando un individuo califica a una persona de manera más favorable de lo que realmente es en una característica específica porque la persona que califica tiene generalmente una reacción que favorece a la otra. Otros problemas metodológicos incluyen la tendencia a querer decir sólo cosas agradables sobre uno mismo o alguien más, y la tendencia a emplear la calificación media de las escalas. La investigación ha demostrado que muchos de estos problemas se pueden reducir por medio de la redacción cuidadosa de los reactivos, las instrucciones para quien califica, el uso de muy pocos conceptos y escalas ambiguas y, en algunos casos, una capacitación para la elaboración de registros (Anastasi, 1988).

PRUEBAS PROYECTIVAS

Técnicas Proyectivas. Un grupo de especialistas en evaluación cree que mientras más libertad tenga la gente para elegir sus respuestas, se pueden obtener descripciones y clasificaciones más significativas. Ya que los inventarios de personalidad no permiten mucha libertad de elección, algunos psicólogos clínicos prefieren utilizar técnicas proyectivas, en las cuales a la persona se le muestra un estímulo ambiguo y se le pregunta qué piensa sobre éste. Algunos clínicos creen que las técnicas proyectivas son muy sensibles a las dimensiones inconscientes de la personalidad. Los mecanismos de defensa, los impulsos latentes y las ansiedades se infieren partir de os datos que se recopilan en las situaciones proyectivas.

Las manchas de tinta de Rorschach, que desarrolló el psiquiatra suizo Hermann Rorschach (1884-1922), consisten en 10 tarjetas, la mitad a colores y la mitad en blanco y negro (véase la figura 4-6). La prueba se aplica mostrando las tarjetas, una a la vez, y pidiendo a la persona que describa lo que ve en éstas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Después que la persona respondió a las manchas de tinta en forma de asociación libre, el examinador hace preguntas sobre las respuestas en particular (";Qué le dio esa impresión?" "¿Qué o hace parecer un?"). Además de registrar lo que se dice en relación con las manchas de tinca, el examinador también anota los ademanes, gestos y actitudes de la persona.

Rorschach desarrolló la prueba de las manchas de tinta como parte de un esfuerzo experimental por relacionar la percepción con la personalidad. Creía que las respuestas de la gente con respecto de las manchas de tinta, podían servir como claves para conocer los rasgos básicos de la personalidad. Sin embargo, los descubrimientos negativos de la investigación, provocan que muchos usuarios de las técnicas proyectivas duden sobre la validez de las manchas de tinta de Rorschach como indicadores perceptuales de la personalidad (Anastasi, 1988). Sin embargo, aun cuando las manchas de tinta no sean útiles para este propósito, la prueba se puede emplear para analizar la conducta social de las personas y el contenido de sus producciones verbales. Los intentos por obtener ayuda del examinador y el uso de respuestas verbales estereotipadas, son ejemplos de los tipos de conducta que se pueden observar en la situación Rorschach (Aronow y Reznikoff, 1983).

PRUEBAS PROYECTIVAS

También se han realizado varios intentos por desarrollar un sistema de calificación Rorschach que parezca más psicométrico. Exner y sus colegas realizaron un esfuerzo ambicioso por proporcionar un sistema uniforme para interpretar la prueba Rorschach (Wiener-Levy y Exner, 1981). Las investigaciones realizadas hasta ahora sugieren que el uso del sistema permite comparar los descubrimientos de distintos investigadores.

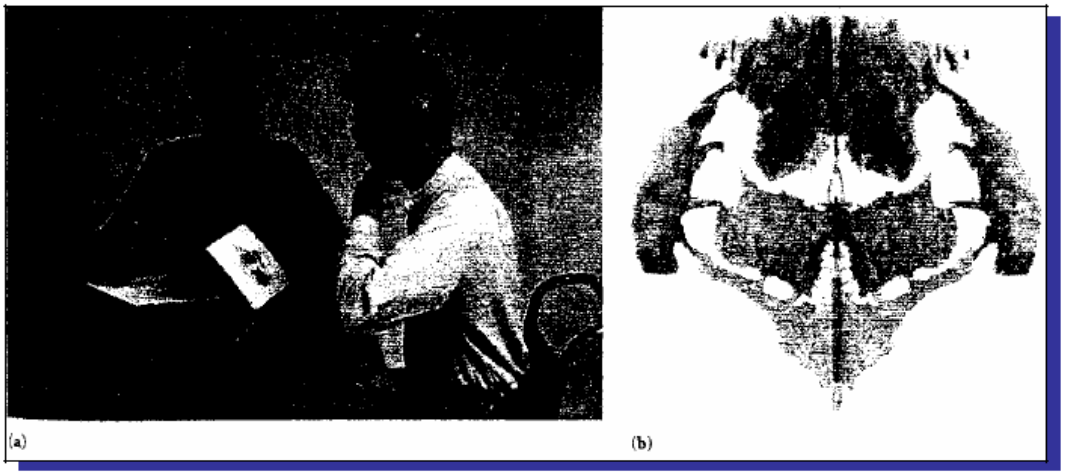

Figura 4—6a Mientras el paciente responde sobre la lámina de *Rorschach,* el clínico registra tanto las respuestas verbales como la conducta.

Figura 4—6b Esta mancha de tinta, similar a las que se utilizan en la prueba de Rorschach, produjo una variedad de respuestas, que incluyen: 1. "En el centro, parece un túnel o canal largo." 2. "En este lado, veo a un anciano gruñón que frunce el entrecejo y tiene la nariz grande. No me gusta." 3. "Ahí en el centro hay una cabeza de camello; no tiene cuerpo, sólo cabeza."

Al igual que la prueba de Rorschach, la Prueba de Apercepción Temática (TAT) emplea estímulos ambiguos a los cuales las personas pueden responder de manera libre. El TAT utiliza imágenes que muestran a personas que participan en una variedad de actividades; por tanto, es menos ambigua que las manchas de tinta de Rorschach. La prueba total consiste en 30 tarjetas con imágenes y una en blanco, aunque en la mayoría de las situaciones de prueba no se emplean todas las tarjetas. Estas se presentan una a la vez y se pide al cliente que forme una historia que describa la escena en cada ilustración, los eventos que llevaron a esa escena y los eventos que se producirán a partir de ésta. También se pide al cliente que describa los pensamientos y sentimientos de las personas en la historia. Mientras el diente ve la tarjeta y relata la historia, el clínico no sólo registra la historia en sí, sino que anota la conducta como las pausas, las expresiones faciales y los cambios en el tono de la voz.

Henry A. Murray (1893-1988), autor del TAT (Murray, 1936), describió la imagen en la figura 4-7 (Tarjeta 12-F) como el retrato de una mujer joven, con una extraña mujer anciana gesticulando en el fondo. A continuación presentamos una historia sobre la imagen que relató una mujer de 37 años a quien se diagnosticó como esquizofrénica paranoide y deprimida. ¿Cómo se puede interpretar su historia? Observe la dis-torsión perceptual que cambió la relación común entre madre e hija por una entre padre e hijo. (Las preguntas del examinador se indican entre paréntesis.)

> Es un anciano que está detrás de un hombre joven pensando o sabe lo que este hombre joven debería hacer, lo que tiene frente a él. Está muy cansado [el anciano] y el hombre joven tiene mucho más... no puedo explicarlo. El hombre joven no ha tenido la experiencia ni ha pasado por tanto como el anciano. Eso es todo lo que pienso por ahora. (¿Relación?) No hay ninguna relación. Aunque dije padre e hijo, ¿o no? (¿Están relacionados?) No. (¿Qué sucede?) Ambos se concentran en la vida. (¿Explique?) Bueno, el anciano, como ya dije, se concentra en lo que el hombre joven tiene frente a él (?) Cualquier cosa que elija. (¿Por qué situaciones pasó el anciano?) Parece que ha sufrido. (¿Explique?) Sufrimiento de la vida. (?) Trabajar de manera ardua. (¿Algo más?) No. (?) Bueno, pienso en otras cosas. El problema que tuvo. (?) Problemas familiares. (¡Historia!) Vivían en un lugar apartado y solitario, trabajaban y existían. No mucho qué hacer y se cansaron, eso es todo.
>
> —Schafer, 1948, pp. 188-189

Figura 4—7 Las tarjetas de la Prueba de Apercepción Temática son más estructuradas que los estímulos de Rorschach, sin embargo, también producen muchas respuestas diferentes. Esta tarjeta dio lugar a las dos historias tan diferentes que se presentan en el texto.

Aquí presentamos la respuesta a la misma tarjeta por parte de una mujer casada de 27 años de edad, a quien probablemente se diagnosticaría un trastorno de ansiedad. ¿Cómo se puede comparar con la primera respuesta?

> [Sacude la cabeza, pasa saliva.] La anciana debe ser la madre o la abuela de la joven. La mujer joven tiene el rostro fuerte. Tiene mucho carácter. La anciana tiene una expresión de astucia en el rostro o alrededor de la boca. Si no fuera por esa expresión en el rostro, quizá trataría de interpretarla. No me puedo imaginar por qué se ve de esa forma. Parece que la anciana trabajó muy duro toda su vida. (?) No sé, no puedo imaginarlo. Si esta anciana tuviera una expresión diferente en el rostro. Digamos, de preocupación... (?) Entonces diría que abriga muchas ambiciones para la chica. Tal vez desearía que la chica hiciera algo que ella siempre quiso hacer Quizá sus ambiciones se realizarían en esta mujer.
>
> Schafer, 1948, p. 258

La interpretación clínica de una historia del TAT, por lo general, empieza con un esfuerzo por determinar el personaje con el cual parece identificarse la persona. Se presta

atención a variables como la conducta de la persona en la situación de prueba, las características de sus expresiones, la forma como se relatan las historias, el tono emocional de las historias y las necesidades conscientes e inconscientes que revela el contenido de la historia.

Mientras que Rorschach consideró su prueba como una labor perceptual experimental, Murray consideró el TAT como una prueba del inconsciente. Los usuarios más contemporáneos de las técnicas proyectivas como éstas, las consideran como métodos para medir los procesos inconscientes, énfasis que se deriva en gran parte de la influencia de la teoría psicoanalítica. Algunos psicoterapeutas emplean las respuestas del TAT como claves hacia áreas problemáticas ocultas que requieren exploración profunda.
Además de las pruebas de Rorschach y la TAT, se utilizan muchos tipos de actividades como estímulos proyectivos. Por ejemplo, en una prueba de asociación de palabras, se presenta una lista de palabras, una a la vez, y se pide al cliente que responda con la primera palabra o idea que se le ocurra. Los clínicos se interesan más por el tiempo que se lleva una persona en responder y en lo poco comunes que son las asociaciones. La técnica de frases incompletas es una extensión lógica de las asociaciones de palabras. En ésta se presenta al sujeto una serie de enunciados incompletos y se le pide que los complete. Los métodos de frases incompletas se analizan pomo regular en términos de las actitudes, conflictos y motivos que se reflejan en éstas. Los siguientes son inicios típicos de estas frases.

- Me preocupo por_____
- Mi madre_____
- Lo que me hace enojar es_____
- Mi mayor rencor es_____

Otros métodos proyectivos que se utilizan con frecuencia incluyen pedir a las personas que dibujen retratos de sí mismas y de los demás, que pinten con los dedos o que relaten historias. Estas estrategias se utilizan como medios para aumentar el conocimiento sobre la fantasía, sus determinantes y sus correlaciones conductuales. En ocasiones, su aplicación clínica se basa más en la utilidad teórica que en la validez que se demuestra de manera objetiva. Los investigadores que se preocupan por la evaluación de los instrumentos clínicos siguen estudiando estas técnicas.