

LA DEPRESIÓN Y EL FACTOR KINESTÉSICO

(Depression and the movement factor)

Huberto Bogaert García*

RESUMEN

En este artículo, investigamos la asociación entre la respuesta de movimiento humano (K) en el test Rorschach y el progreso del tratamiento, utilizando una muestra de pacientes depresivos, con el propósito de establecer un índice objetivo que permita pronosticar la eficacia de la psicoterapia analítica.

PALABRAS CLAVES

Depresión, respuesta de movimiento humano, psicoterapia analítica.

ABSTRACT

In this paper we investigate the association between human movement response (K) in the Rorschach test and the treatment's progress, using a sample of depressed patients, with the purpose of establishing an objective index that allows us to predict the effectiveness of analytical psychotherapy.

KEY WORDS

Depression, human movement response, analytical psychotherapy.

* Área de Ciencias de la Salud, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC, República Dominicana
E-mail: hubertobogaert@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, los trastornos depresivos son en la actualidad la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial, y se espera que en el año 2020 ocupen el segundo lugar, después de las cardiopatías. Representantes de la OMS sostienen que 121 millones de personas padecen de depresión en el mundo; y el “Journal of the American Medical Association” estimó hace unos años que el costo anual de la depresión en los Estados Unidos era de 48,000 millones de dólares al año (Hornstein, 2006: 13-17). Un estudio de la OIT revela que, en Alemania, la incapacidad laboral determinada por la depresión es dos veces y media mayor que la provocada por cualquier otra enfermedad. En el Reino Unido, uno de cada 20 británicos en edad de trabajar padece depresión; y en los Estados Unidos, el gasto más elevado que tienen los empleadores en el área de la salud mental corresponde a los trastornos depresivos (Gabriel y Lūmatainen, 2000).

En la República Dominicana, se realizó un estudio en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini durante el período 1977-1982. A juicio de los investigadores, las depresiones constituían uno de los primeros motivos de la consulta psiquiátrica; y, de todos los pacientes con trastornos depresivos, la mayor proporción correspondió a la llamada depresión neurótica (43%) y luego a la depresión psicótica (Mella et al., 1983: 335).

Las condiciones en que vive el hombre contemporáneo favorecen el lugar que ocupan los trastornos del humor en las estadísticas de la salud pública internacional. Los acontecimientos económicos y políticos provocan traumas que afectan los proyectos personales y colectivos. Además, aunque ya no nos afecte tanto la represión provocada por el peso de los valores tradicionales, el desarrollo de la sociedad capitalista y de la cultura *light* ha debilitado los lazos sociales y familiares, provocando el desamparo del individuo. En una sociedad donde el ideal consiste en ser el primero, la búsqueda de éxito y de reconocimiento convierte el anonimato personal en un motivo de vergüenza.

En este estudio, vamos a considerar la distimia. Nos vamos a limitar a casos de depresión que, desde la perspectiva psicodinámica, caen dentro de

la categoría de la neurosis depresiva, sin que esto signifique que compartimos el enfoque dicotómico según el cual la depresión neurótica es puramente reactiva y la depresión psicótica es exclusivamente endógena.

La depresión mayor es un trastorno unipolar en el que los períodos de aflicción suelen alternar con períodos de estabilidad, mientras que la distimia es una depresión crónica, constante y de bajo nivel, que puede durar varios años seguidos. La distimia se caracteriza por un humor deprimido que se mantiene durante la mayor parte del día y que conlleva la disminución o la pérdida de interés por las actividades cotidianas. La gravedad de los síntomas es menor que en el trastorno depresivo mayor. La distimia presenta un curso crónico de más de dos años de síntomas persistentes o intermitentes, una sintomatología leve y un inicio insidioso en la infancia o en la adolescencia.

En la investigación clínica con el test de Rorschach, trabajamos con un grupo de pacientes distímicos no medicados. Al conformar la muestra, nos dejamos orientar por las diferencias sintomáticas, dando así preferencia a un criterio nosográfico de clasificación.

1. INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON EL TEST DE RORSCHACH

Cuando la terapia de la neurosis depresiva consiste en un tratamiento farmacológico que se acompaña solo con una psicoterapia de apoyo, el paciente conserva sin resolver sus conflictos profundos. Conviene reconocer que hay personas que, como afirma Hornstein, “*dado sus beneficios secundarios, o sus modalidades transferenciales, o su carencia de vida fantasmática, o sus limitaciones para simbolizar, o sus monopolísticas actuaciones o somatizaciones, no estarían en condiciones de beneficiarse de un análisis estándar*” (2006: 176).

El psicoanálisis clásico no es la terapia de elección para toda depresión. Un tratamiento farmacológico acompañado de una psicoterapia analítica puede ser una buena opción para numerosos casos. Sin embargo, queda por saber cuáles son esos casos para los que la psicoterapia analítica es la mejor elección.

El objetivo de esta investigación clínica con el test de Rorschach es establecer un índice psicológico objetivo que permita al profesional de la salud mental determinar cuáles pacientes distímicos pueden beneficiarse más con una psicoterapia analítica. Incluso cuando creemos que, en sentido general, esta psicoterapia es una buena opción, conviene disponer de un índice científicamente validado que permita pronosticar cuáles pacientes con trastornos del estado de ánimo pueden beneficiarse más con la psicoterapia analítica.

La pregunta de la cual parte esta investigación es la siguiente: ¿Es la respuesta de movimiento humano un indicador del progreso del tratamiento que los pacientes distímicos pueden obtener con la psicoterapia analítica? Esta interrogante nos condujo a la siguiente hipótesis: Existe una asociación significativa entre la respuesta de movimiento humano (K)¹ y el progreso del tratamiento psicoterapéutico.

Con el propósito de comprobar la hipótesis, se hizo un estudio comparativo que respondió a un diseño factorial (2x2). La investigación se realizó con pacientes que acudieron a nuestra consulta privada. Cada paciente fue sometido a una entrevista inicial, a un test de Rorschach y a una psicoterapia analítica. El test fue corregido a ciegas —sin identificar los casos— por dos psicólogos independientes, después de finalizados los tratamientos.

La muestra² estuvo compuesta por 82 pacientes distímicos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 65 años. El grupo de pacientes distímicos contó con 22 sujetos masculinos y 60 femeninos, los cuales tenían un nivel educativo correspondiente a bachiller, técnico o profesional universitario. En cuanto al estado civil, los sujetos fueron clasificados como solteros (49%) y casados (51%). El estatus socioeconómico correspondía a clase media y alta. Todos los pacientes fueron tratados con psicoterapia analítica, y ninguno fue medicado durante el tratamiento.

Las principales variables consideradas en la investigación³ fueron la respuesta de movimiento humano y el progreso del tratamiento psicoterapéutico.

¹ Solo se consideraron las K+, es decir, las K de buena calidad.

² Ver anexo 1.

³ Ver anexo 2 con respecto a las diferentes variables, su distribución y sus relaciones.

La respuesta de movimiento humano en el test de Rorschach (K) consiste en la atribución de una acción, postura o expresión humana —o similar a la humana— a una figura humana o antropomórfica entera. La respuesta de movimiento humano es una respuesta de forma, lograda bajo el efecto de un engrama kinestésico. No se trata de un movimiento simplemente visto. Debe sentirse el movimiento; debe haber una identificación. Lo que se ve en movimiento debe repercutir en el sujeto.

En la investigación, la variable independiente fue la respuesta de movimiento humano. Se obtuvo el número de respuestas kinestésicas correspondiente a cada sujeto de la muestra; y se utilizó una escala ordinal con rangos de 0 a 5. Luego, con los puntajes de esta escala, y a partir de la mediana (1), se dicotomizó la variable y se dividieron los sujetos en dos grupos. Aquellos que estaban por encima de la mediana conformaron el grupo de alta K; y los que estaban en la mediana, o por debajo de ella, conformaron el grupo de baja K.

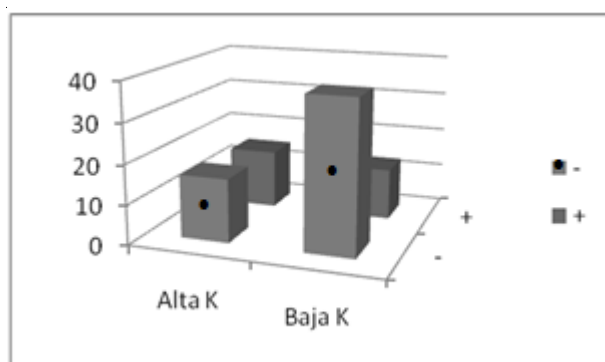
El progreso del tratamiento, como variable dependiente, fue definido operacionalmente como el puntaje obtenido en una escala ordinal con rangos de 1 a 3. Con los puntajes de esa escala, y a partir de la mediana, se dicotomizó la variable; y se dividieron los sujetos en dos grupos. Aquellos que estaban por encima de la mediana (1) conformaron el grupo de mayor progreso del tratamiento; y los que estaban en la mediana, o por debajo de ella, conformaron el grupo de menor progreso del tratamiento.

Los resultados de la investigación, los cuales aparecen representados a continuación, confirman la hipótesis.

Asociación entre la respuesta de movimiento humano (k) y el progreso del tratamiento: Pacientes distimicos

Progreso del tratamiento	Alta K	Baja K	Total
-	16	38	54
+	15	13	28
Total	31	51	82

	X2	P	Significatividad	Probabilidad de error
X2	4.495	0.034	Muy significativa	Probabilidad del 1/100 ó menos
Corregida	4.474	0.034	Muy significativa	Probabilidad del 1/100 ó menos
Gl	1			



Se encontró que, en el grupo de alta K, la cantidad de pacientes que había logrado mayor progreso del tratamiento era aproximadamente igual a la de pacientes con menor progreso en el mismo. Sin embargo, en el grupo de baja K, la mayoría de los pacientes lograron menor progreso.

En esta investigación clínica con el test de Rorschach, se comprobó que existe una asociación significativa entre la respuesta kinestésica y el progreso del tratamiento entre los pacientes distímicos. Los resultados obtenidos confirman que la respuesta de movimiento humano (K) es un índice psicológico objetivo del pronóstico del tratamiento psicoterapéutico.

La respuesta de movimiento humano indica la capacidad que tiene el sujeto para situarse en el espacio transicional (Chabert, 1983). El sujeto que produce respuestas kinestésicas en número suficiente, recurre a lo imaginario para liberarse de las contingencias concretas. En el pensamiento, predomina la interiorización. Las kinestesis indican la capacidad que tiene el sujeto

para recurrir a la fantasía, a un factor lúdico, a un juego interiorizado que reintroduce el proceso primario en el pensamiento sin descuidar el sentido de la realidad.

La respuesta kinestésica de buena calidad es un índice fiable de la capacidad de crear, fantasear y pensar originalmente. Es una creación que tiene su origen en ese deseo inconsciente que, al no poder traducirse en actos motores, actualiza engramas kinestésicos (Bohm, 1971: 49). La respuesta de movimiento humano implica una regresión. Los actos motores son obstaculizados; y el deseo inconsciente, al no poder liberarse a través de la motricidad, se proyecta por vía de la percepción.

Rapaport, Gill y Schafer conceden importancia al vacío de la lámina y al desequilibrio correlativo. De ese desequilibrio surge una angustia; y la respuesta kinestésica es un esfuerzo destinado a superar esa angustia, mediante la producción de una forma en movimiento (1968: 355-361). Mélon también considera que la capacidad de producir esta respuesta se relaciona con la facultad de superar la angustia ante el vacío, suscitada por la ausencia del objeto (1976: 85). Mélon y Lekeuche, siguiendo a Roland Kuhn, estiman que la sensibilidad al blanco es una de las condiciones que hacen posible la producción de respuestas de movimiento humano. Los autores consideran que esa sensibilidad se correlaciona con la preocupación por la falta y el vacío (1989: 201-202). Las pulsiones se actualizan en la respuesta kinestésica, gracias a este. Es el blanco —el vacío que separa las partes de la mancha— lo que, en la lámina, posibilita e induce ese devenir de la forma que es la respuesta kinestésica. La experiencia de la respuesta de movimiento humano presupone ese momento de vértigo durante el cual la representación aún no ha sido articulada en la apercepción. El vacío de la lámina suscita la pulsión de muerte y reclama toda una creación.

La madre suficientemente buena, que ni frustra ni gratifica en exceso, preserva un espacio transicional en el que el *infans* puede experimentar la soledad —el vacío—, y superarla gracias al juego y al lenguaje. En ese espacio transicional es donde nace la capacidad de crear y la aptitud para producir respuestas kinestésicas. En el juego de la bobina descrito por Freud, la ida y la vuelta rítmicas se corresponden con los dos tipos de respuesta kinestésica, las K de extensión y las K de flexión.

2. EL FACTOR KINESTÉSICO EN LA DEPRESIÓN

La experiencia común en la depresión es la sensación cuasifísica de aniquilamiento; es decir, la dificultad para experimentar el movimiento interno y externo. Los tiempos propios de la vida psíquica —desear, proyectar, entre otros— parecen haber sido congelados en una inmovilidad subjetiva.

Fédida (2003) diferencia la depresión y la “depresividad” o “capacidad depresiva”, la cual aparece con el descubrimiento del sentido y con la constitución del sí mismo. Desde la primera infancia, la vida psíquica se caracteriza por una capacidad depresiva que permite la apertura y el cierre del contacto con los demás, haciendo posible la regulación rítmica de las excitaciones.

El trastorno depresivo es ese fracaso de la capacidad depresiva que surge cuando la naturaleza pulsional del ser humano no puede otorgarse la movilidad necesaria. La creatividad del niño se desarrolla normalmente en conexión con el duelo de sus ascendientes próximos amados, lo que estimula la capacidad de experimentar el contacto consigo mismo y desarrolla el sentido de autonomía. Esta capacidad se relaciona con la experiencia de la pérdida y con la transformación de la vivencia interior que resulta de la misma. El juego de la bobina (*fort-da*), observado por Freud, que consiste en hacer desaparecer y reaparecer el objeto, permite al niño interiorizar la ausencia del otro y desarrollar la creatividad simbólica e imaginaria. Descubrir la ausencia y el retorno de la presencia confiere libertad y capacidad creativa.

La depresividad pertenece a la vida psíquica y se relaciona —según Fédida— con esa función alucinatoria del fantasma que interviene en el momento en que el seno, en tanto objeto alimentario de autoconservación, se pierde. La capacidad depresiva crea un “espacio” diferente al órgano (2003: 51-52). La depresividad induce una restitución fantasmática del objeto perdido; mientras que, en la depresión, la pérdida de la vida fantasmática provoca un vacío interior.

Según Mélon, el primer afecto psíquicamente ligable es el dolor. Se trata de un afecto relacionado con la pérdida. Ese primer afecto es psíquicamente ligable, porque está vinculado a una percepción visual que es generadora de una huella mnémica. Los afectos más primitivos del dolor están asociados a sentidos —cenestesia, olfato, tacto— diferentes al de la vista y pertenecientes a la esfera preescópica del contacto (1984: 91). Geberovich considera, por

el contrario, que el dolor se relaciona con la ausencia, y no con la pérdida. El dolor es el efecto traumático de una ausencia; y, por esa razón, no es ligable. Los afectos ligables van a surgir gracias a la pérdida y a la constitución del objeto (1990: 156). Geberovich cree que la significación dolorosa de la ausencia funda, retroactivamente, el registro del contacto. El dolor es el primer signo o inscripción de la ausencia, que hace posible el contacto (1990: 156-157). Es un articulador entre la necesidad y el deseo, entre la ausencia y la pérdida, entre el trauma y la fantasmaticización. El dolor es el límite entre lo biológico y esa primera dimensión de lo psíquico, de lo erógeno, que es el registro del contacto. El espacio transicional se constituye allí donde se produjo la pérdida. Es en ese espacio virtual, entre el afuera y el adentro, donde surge la creatividad.

El descubrimiento de la capacidad depresiva, así como de la fantasmática transferencial que se escenifica en la situación psicoterapéutica, no es más que el descubrimiento del movimiento. Mientras la depresión es una fijación masiva, la capacidad depresiva y la fantasmática transferencial son manifestaciones del movimiento. En ese sentido, la situación analítica es correlativa a una reanimación que restituye al fantasma su poder transferencial, su movilidad. Como señala Neyraut, la transferencia radica en el movimiento que transfiere y repite un modo de relación...” (1974: 205).

En el niño, el trabajo del duelo conlleva una movilidad que se refleja en el test de Rorschach mediante el desarrollo de las respuestas kinestésicas (Fédida, 2003: 96). Lo que le plantea un problema al sujeto es la banalización de la muerte. El duelo implica la movilización del mundo; y, por esa razón, el trabajo del duelo es un objetivo de la psicoterapia. La violencia que obstaculiza el duelo ocurre cuando la muerte golpea brutalmente a aquel que no la esperaba. La negación de la muerte priva al pensamiento de un reconocimiento doloroso. Por eso la depresión, al congelar e inmovilizar al sujeto, lo defiende y lo protege, con la condición de que se convierta —por identificación— en el muerto olvidado (Fédida, 2003: 97-98). El estado depresivo es un defecto de la depresividad y un refugio en la inmovilidad psíquica y corporal. La depresividad comporta la percepción endosíquica de los movimientos internos —afectos y representaciones—, lo que supone la adquisición de un tiempo rítmico y kinestésico. La psicoterapia analítica restituye al depresivo su capacidad depresiva.

Creemos conveniente designar la depresividad o capacidad depresiva tematizada por Fédida con el término “factor kinestésico”, libre de connotaciones psicopatológicas. De ese modo, vinculamos esta capacidad con la respuesta kinestésica del test de Rorschach, que el mismo Fédida sugiere como un índice objetivo de la movilidad del trabajo del duelo. Sin embargo, aunque podemos asociar el factor kinestésico con la respuesta de movimiento humano (K), estos conceptos no son equivalentes, ya que las personas que no dan respuestas K en el test de Rorschach no por eso dejan de tener cierta capacidad depresiva.

El factor kinestésico es un potencial humano, presente tanto en los sujetos normales como en los pacientes distímicos y depresivos, a pesar de que en los pacientes con trastorno del humor se encuentre afectado o disminuido. Si la depresión puede considerarse como el resultado patológico de un duelo atascado, de un trabajo de duelo impedido u obstaculizado, no es menos cierto que incluso en la depresión hay un potencial de recuperación y de movimiento que se actualiza en la demanda clínica y en la transferencia. Ese potencial de recuperación y de movimiento es el que se asocia con la respuesta K.

El factor kinestésico es el potencial de recuperación del paciente depresivo, potencial que depende del registro del contacto, en el que va a ocurrir ese contacto silencioso que se convertirá en una figura analizable en la transferencia (Mélon y Lekeuche, 1989). Sin transferencia no puede haber psicoterapia analítica; y, como demostramos en una investigación previa (Bogaert, 1999), existe una asociación positiva significativa entre la transferencia y la respuesta de movimiento humano (K). El neurótico depresivo conserva la capacidad de entrar en contacto y de entablar una comunicación. A pesar de que experimenta un vacío interior, permanece aún vinculado con la imagen que le gustaría representar (Vergote, 1976: 104).

CONCLUSIÓN

Los trastornos del humor constituyen el problema de salud mental de más relevancia en todo el mundo. Aun cuando los tratamientos farmacológicos han demostrado una eficacia creciente, se acepta que la psicoterapia constituye un recurso fundamental o un aspecto esencial de todo tratamiento riguroso de estos trastornos.

Considerando la conveniencia de contar con psicoterapias cuya eficacia pueda ser pronosticada en el marco de las condiciones sociales y culturales de la República Dominicana, el valor de la investigación clínica con el test de Rorschach que hemos realizado radica en que proporciona un índice psicométrico objetivo para la evaluación del pronóstico de la psicoterapia analítica con los pacientes que padecen distimia. Además, este estudio incentiva una consideración integral, biosicosocial, de los pacientes con trastornos del humor, con frecuencia analizados desde perspectivas reduccionistas y excluyentes que pretenden negar la complejidad del problema de la depresión, en un momento en que dicho problema en el mundo occidental alcanza una proporción que nos permite hablar de una verdadera epidemia.

Lo que sería interesante investigar en el futuro, con pacientes dominicanos que padecen trastornos del humor, es si durante la psicoterapia analítica aumenta significativamente el número de respuestas de movimiento humano (K); si los pacientes, al avanzar en su tratamiento, incrementan la producción de K. Conocemos una investigación realizada por Piotrowski y Schreiber (1952: 283-305) en la que se comprobó una asociación positiva significativa entre el incremento del número de respuestas K y el progreso del tratamiento. La exploración fue realizada con un grupo de 13 pacientes psiconeuróticos sometidos a una psicoterapia intensiva y profunda de orientación analítica. El aumento de las K en el grupo analizado fue —según los autores— la expresión numérica del restablecimiento de la imaginación creativa, así como de una toma de conciencia mayor acerca de la naturaleza de las relaciones interpersonales entre el paciente y su entorno.

Sería de mucho interés poder realizar una investigación semejante con pacientes depresivos en la República Dominicana.

ANEXOS

ANEXO 1

En esta primera tabla, se encuentran los siguientes datos : los pacientes (P) , el progreso del tratamiento (PT) , la edad, el sexo, el nivel educativo (EDU), el estado civil (EC), el estatus socioeconómico (ES) y la respuesta de movimiento humano (K).

TABLA I

P	P.T.	Edad	Sexo	Edu	EC	ES	K
1	2	18	F	T	S	MA	2
2	3	32	F	T	C	A	2
3	1	28	M	B	C	M	2
4	2	53	F	T	C	MA	0
5	2	45	M	PU	C	MA	1
6	2	20	F	T	S	MA	1
7	1	51	M	B	C	A	4
8	1	37	F	PU	C	MA	1
9	1	21	F	T	S	A	2
10	1	40	F	B	C	MA	0
11	2	18	M	B	S	A	0
12	1	21	F	T	S	A	0
13	1	40	M	B	C	MA	2
14	1	30	F	B	C	M	1
15	3	38	F	T	C	A	0
16	2	27	M	PU	S	MA	3
17	1	23	F	T	S	MA	0
18	2	34	F	B	C	MA	1
19	1	19	M	T	S	M	1
20	1	36	F	B	C	M	2
21	1	23	F	B	S	M	0
22	1	53	M	PU	C	MA	1
23	2	60	F	B	C	MA	0

P	P.T.	Edad	Sexo	Edu	EC	ES	K
24	2	65	F	B	C	MA	2
25	1	30	F	B	C	A	2
26	2	24	F	PU	S	M	3
27	1	28	F	B	C	MA	2
28	1	31	M	PU	S	MA	0
29	1	34	F	T	C	MA	0
30	1	53	F	T	C	M	0
31	2	27	M	T	C	MA	4
32	1	35	F	B	C	M	0
33	2	24	F	PU	S	AA	2
34	1	31	M	B	C	MA	1
35	1	18	F	B	S	A	0
36	1	59	F	T	S	M	4
37	1	18	M	T	S	MA	0
38	1	65	F	PU	S	M	0
39	3	26	F	PU	S	M	2
40	2	29	F	B	C	A	2
41	1	60	M	B	C	M	1
42	1	18	F	B	S	MA	0
43	1	39	F	B	C	MA	1
44	2	62	F	B	C	A	0
45	1	54	M	PU	S	M	0
46	1	41	F	PU	S	MA	1
47	1	42	F	T	S	MA	1
48	1	31	M	PU	C	AA	0
49	2	45	F	T	S	AA	5
50	1	35	F	T	C	M	2
51	1	50	F	PU	C	A	0
52	2	45	M	PU	S	MA	2
53	1	31	F	B	C	MA	1

P	P.T.	Edad	Sexo	Edu	EC	ES	K
54	2	35	F	PU	C	MA	3
55	2	42	F	T	S	M	2
56	2	36	F	T	S	AA	0
57	1	48	M	T	S	M	0
58	1	45	F	B	S	A	0
59	1	50	F	T	S	MA	1
60	1	33	F	B	C	MA	3
61	1	43	F	PU	C	A	1
62	1	50	F	B	C	AA	0
63	1	48	F	B	C	A	4
64	1	32	F	PU	C	A	0
65	1	36	M	B	C	MA	0
66	2	44	F	T	S	M	2
67	2	41	F	T	S	AA	1
68	2	48	F	PU	S	M	0
69	1	42	M	T	S	MA	1
70	1	45	F	T	S	AA	1
71	1	50	F	PU	C	AA	2
72	1	46	F	T	S	AA	1
73	1	43	F	PU	S	AA	2
74	1	47	F	T	S	A	3
75	2	41	F	B	C	MA	0
76	1	45	F	T	C	A	0
77	1	47	F	T	S	M	1
78	1	47	F	PU	S	MA	3
79	2	43	M	PU	C	MA	1
80	2	45	F	PU	S	MA	0
81	1	41	M	P	S	A	2
82	1	50	M	PU	S	A	1

ANEXO 2

TABLA II
Distribución de la Edad
Según la K

K EDAD	Abundante		Escasa		Total	
	f	%	f	%	f	%
18-30			21	41	21	26
31-40			20	39	20	24
41-50	20	65	10	20	30	37
51-65	11	35			11	13
TOTAL	31	38	51	62	82	100

Tabla III
Distribución de la Educación
Según la K

K EDUCACIÓN	Abundante		Escasa		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bachiller	10	32	18	35	28	34
Técnico	12	39	18	35	30	37
Profesional Universitario	9	29	15	29	24	29
TOTAL	31	38	51	62	82	100

Tabla IV
Distribución del Sexo
Según la K

K SEXO	Abundante		Escasa		Total	
	f	%	f	%	f	%
Masculino	7	23	15	29	22	27
Femenino	24	77	36	71	60	73
TOTAL	31	38	51	62	82	100

Tabla V
Distribución del Estado Civil
Según la K

K ESTADO CIVIL	Abundante		Escasa		Total	
	f	%	f	%	f	%
Soltero	16	51	24	47	40	49
Casado	15	48	27	53	42	51
TOTAL	31	38	51	62	82	100

Tabla VI
Distribución del Estatus Socioeconómico
Según la K

K ESTATUS	Abundante		Escasa		Total	
	f	%	f	%	f	%
Medio	7	23	12	24	19	23
Medio Alto	12	39	22	43	34	41
Alto	8	26	11	22	19	23
Alto Alto	4	13	6	12	10	12
TOTAL	31	38	51	62	82	100

BIBLIOGRAFÍA

- Bogaert, H. 1999. *La transferencia. Una investigación clínica con el test de Rorschach*. Editora Búho, Santo Domingo.
- Bohm, E. 1971. *Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Ediciones Morata, Madrid.
- Chabert, C. 1983. *Le Rorschach en Clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Bordas, Paris.
- Fédida, P. 2003. *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*. Odile Jacob, Paris.
- Gabriel, P. y Lämatainen, M.-R. 2000. *Mental Health in the Workplace: introduction*. OIT, Ginebra.
- Geberovich, F. 1990. *Contact et transfert. Le Contact*. Editado por J. Schotte, De Boeck-Wesmael, Bruxelles.
- Hornstein, L. 2006. *Las depresiones. Afectos y humores del vivir*. Paidós, Buenos Aires.
- Mella, C., Martínez, A., Uribe, A. y Quiñones, M. 1983. “El diagnóstico de depresión”. *Revista Médica Dominicana*, vol. 43, n.º 4. pp. 332-337.
- Mélon, J. 1976. *Figures du moi. Szondi, Rorschach et Freud*, Tesis doctoral no publicada, Université de Liege, Liege.
- Mélon, J. 1984. “Analyse du destin, psychanalyse et psychiatrie”. *Cahiers des Archives Szondi*, n.º 7.
- Mélon, J. y Lekeuche, Ph. 1989. *Dialectique des pulsions*. Académia, Louvain-la-Neuve.
- Neyraut, M. 1974. *Le transfert. Etude psychanalytique*, P.U.F., Paris.
- Piotrowski, Z. y Schreiber, M. 1952. *Détection par le Rorschach des modifications de la personnalité pendant et après une psychothérapie intensive orientée psychanalytiquement*, en *Specialized techniques in psychotherapy*, editado por G. Bychowski y J. L. Despert, Basic Books, New York.
- Rapaport, D., Gill, M. y Schafer, R. 1968. *Diagnostic Psychological testing*. Editado por Robert R. Holt, University of London Press, London.

Huberto Bogaert García: La depresión y el factor kinestésico

Vergote, A. 1976. “Névrose dépressive”. *Topique*, n.º 17. pp. 97-126.

Recibido: 19/12/2011

Aprobado: 24/02/2012