



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Mecanismos de Defensa y Perfil de Discapacidad en pacientes con el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de Personalidad comparados con pacientes con Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de personalidad

PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Dr. Ricardo Escudero Monteverde

Asesor teórico:

Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez

Jefe de Servicios de Hospitalización y Atención Psiquiátrica Continua

Asesor metodológico:

Ing. José Francisco Cortés Sotres

Jefe del departamento de Apoyo Académico a los Alumnos de Posgrado

México, D.F. Julio de 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Agradecimientos -----	4
Lista de tablas y figuras -----	5
Resumen -----	6
<u>MARCO TEÓRICO</u> -----	7
• Los Mecanismos de Defensa y sus Antecedentes -----	7
• Instrumentos de Medición para los Mecanismos de Defensa -----	13
• Implicaciones de los Mecanismos de Defensa en la Psiquiatría Actual -----	15
○ Los Mecanismos de Defensa y los Trastornos de Personalidad -----	15
○ Los Mecanismos de Defensa y la Psicoterapia -----	17
○ Los Mecanismo de Defensa y la Formación de la Personalidad -----	17
○ Los Mecanismos de Defensa y la Implicación en la Salud -----	19
• El Trastorno Límite de Personalidad: Definición del Problema de Investigación y los Mecanismos de Defensa-----	21
• Mecanismos de Defensa y Depresión -----	24
• DSM-5: Trastornos de Personalidad y Mecanismos de Defensa -----	25
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN</u> -----	28
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u> -----	30
<u>OBJETIVOS</u> -----	30
<u>HIPÓTESIS</u> -----	31
<u>METODOLOGÍA</u> -----	32
• Diseño del estudio -----	32
• Población en estudio: proceso de selección -----	32
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación -----	32
• Tamaño de la muestra -----	34
• Variables -----	35
• Escalas e instrumentos de evaluación -----	36
• Procedimientos -----	39
• Plan de Análisis Estadístico -----	40
<u>IMPLICACIONES ÉTICAS</u> -----	40
<u>RESULTADOS</u> -----	41
<u>DISCUSIÓN</u> -----	52
<u>CONCLUSIONES</u> -----	58
<u>REFERENCIAS</u> -----	59
Anexos -----	63

A mis padres por su apoyo y cariño incondicional, y a Melissa por su inigualable compañía y melodía en el proceso.

AGRADECIMIENTOS

Un gran agradecimiento a todos los que contribuyeron al desarrollo del presente trabajo. Una mención especial para mis tutores, el Ing. José Francisco Cortés Sotres, por su genuino interés, participación y paciencia, y el Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez por ser parte importante de mi aprendizaje a lo largo de estos años.

A la doctora Paulina Vázquez Jaime y los doctores Pérez Buenabad, Vélez García y Vegas Rodríguez por su invaluable colaboración.

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

<u>Tabla 1.</u> Jerarquías defensivas de Freud.....	8
<u>Tabla 2.</u> Niveles de defensa y mecanismos de defensa individuales.....	9
<u>Tabla 3.</u> Los factores defensivos de la versión de 88 ítems del DSQ.....	14
<u>Tabla 4.</u> Variables.....	35
<u>Tabla 5.</u> DSQ- 88 ítems.....	36
<u>Tabla 6.</u> Distribución de la edad por sexo y grupos.....	41
<u>Tabla 7.</u> Distribución del estado civil por sexo y grupos	41
<u>Tabla 8.</u> Distribución de la ocupación por sexo y grupos.....	42
<u>Tabla 9.</u> Distribución de la escolaridad por grupos.....	42
<u>Tabla 10.</u> Distribución de la población por área de clínica y grupos.....	43
<u>Tabla 11.</u> Distribución de la población según especificadores de recurrencia y curso de la depresión.....	43
<u>Tabla 12.</u> Distribución de la población por especificadores de síntomas ansiosos y melancólicos de la depresión.....	44
<u>Tabla 13.</u> Distribución de la población por medicamentos y grupos de investigación.....	44
<u>Tabla 14.</u> Distribución de la población por Riesgo Suicida y grupos.....	45
<u>Tabla 15.</u> Distribución de los niveles adaptativos de Mecanismos de Defensa por grupos.....	45
<u>Tabla 16.</u> Distribución de los dominios de Discapacidad por grupos.....	47
<u>Tabla 17.</u> Correlaciones de Pearson entre Dominios de Discapacidad y Niveles adaptativos de los Mecanismos de Defensa. Muestra Total (n=97).....	48
<u>Tabla 18.</u> Distribución Dimensional de los Trastornos de la Personalidad y TLP.....	49
<u>Tabla 19.</u> Distribución Categórica de los Trastornos de la Personalidad por grupos.....	50
<u>Tabla 20.</u> Correlaciones positivas reportadas en la investigación.....	57

RESUMEN

Introducción. Para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es ineludible la intervención de los mecanismos de defensa en su psicopatología. Se estima una prevalencia de TLP del 1.6% a 5.9%; un padecimiento con alta comorbilidad psiquiátrica. Los mecanismos de defensa primitivos se han asociado a: trastornos de la personalidad, ideación e intento suicida recurrente, autolesiones, síntomas y exacerbaciones de episodios depresivos y abuso de sustancias. Se proponen como predictores de mejoría en psicoterapia y esenciales para la formación de redes de apoyo social, las relaciones interpersonales, la satisfacción por el trabajo, la salud mental y la percepción subjetiva de calidad de vida.

Objetivos. Comparar el uso de mecanismos de defensa y los perfiles de discapacidad en pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con TLP y pacientes con Episodio Depresivo Mayor sin TLP.

Metodología. Se hizo un muestreo de 97 sujetos deprimidos, los cuales se dividieron en dos grupos. 1) Grupo control (n=21): Episodio depresivo mayor sin TLP (depresión/sin TLP); y 2) Grupo de investigación (n=76): Episodio depresivo mayor con TLP (depresión/con TLP). Se les aplicó la SCID-II y la M.I.N.I.; en aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio se les entregó el Defensive Style Questionnaire-88 ítems y consecutivamente el WHO-DAS 2.0 para valorar su perfil de discapacidad.

Resultados. Los pacientes con depresión/TLP puntuaron significativamente más alto en el Nivel de acción mal adaptativa ($F=44.71$, $p<0.001$) y el Nivel de imagen distorsión ($F=15.02$, $p<0.001$). Los pacientes con depresión/TLP puntuaron significativamente más alto en discapacidad en los dominios de “Comprensión y Comunicación” ($F=17.38$, $p<0.001$) y “Relacionarse con otras personas” ($F=15.12$, $p<0.001$). El Nivel de acción mal adaptativa se correlacionó significativamente con la presencia de discapacidad en todos los dominios de evaluación. El Nivel de imagen distorsión se correlacionó significativamente con discapacidad en: la “Comprensión y Comunicación”, la “Capacidad para moverse en su alrededor o entorno”, el “Cuidado Personal” y “Relacionarse con otras personas”. El Nivel de autosacrificio se correlacionó significativamente con discapacidad en “Relacionarse con otras personas”. El Nivel Adaptativo de Mecanismos de Defensa tuvo una correlación negativa (aunque no estadísticamente significativa) con discapacidad en: la “Comprensión y Comunicación”, la “Capacidad para moverse en su alrededor o entorno”, las “Actividades de la vida diaria” y la “Participación en sociedad”. En un análisis dimensional de síntomas de los trastornos de personalidad, el grupo de depresión/TLP puntuaron significativamente más alto para la comorbilidad con síntomas de personalidad: Depresiva ($F=54.58$, $p<0.001$), Pasivo-agresiva ($F=49.09$, $p<0.001$), Paranoide ($F=40.86$, $p<0.001$), Narcisista ($F=30.58$, $p<0.001$), Dependiente ($F=23.40$, $p<0.001$) y Esquizotípica ($F=23.30$, $p<0.001$). En un análisis categórico de los trastornos de personalidad, el grupo de pacientes con depresión/TLP puntuaron significativamente más alto en la comorbilidad con trastorno de personalidad: Depresivo ($F=26.30$, $p<0.001$), Pasivo-agresivo ($F=24.81$, $p<0.001$), Narcisista ($F=24.81$, $p<0.001$), Paranoide ($F=21.23$, $p<0.001$), y Esquizotípico ($F=17.26$, $p<0.001$).

Conclusiones. Los pacientes con depresión/TLP se correlacionaron con altos perfiles de discapacidad y mayor uso de mecanismos de defensa mal adaptativos comparados con los pacientes en depresión/sin TLP.

MARCO TEÓRICO

LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y SUS ANTECEDENTES

Según George Vaillant, los mecanismos de defensa son un concepto postulado por Sigmund Freud que pueden ser entendidos tanto como piezas en la génesis de la psicopatología así como caminos potenciales en el desarrollo del Yo. Freud identificó cinco de las propiedades más importantes que tienen los mecanismos de defensa: (1) son un medio para manejar el instinto y el afecto, (2) son inconscientes, (3) son discretos y evasivos, (4) son dinámicos y reversibles, y (5) pueden ser tanto adaptativos como patológicos. Según Malone, et al. (2013), los mecanismos de defensa son un esfuerzo inconsciente o automático por mantener la estabilidad psicológica ante estresores internos o externos, a través de la modificación de como la realidad es percibida. Según Perry et al. (2005), Anna Freud sostenía que cada uno de los individuos usa un repertorio de mecanismos de defensa característicos (dependiendo de los motivos o conflictos activos en el momento) a través de los cuales la ansiedad, resultante de conflictos entre el *Ello* y el *Superyó*, se alivia.

Como mencionan algunos autores (Perry, et al. 2005; y Malone, et al. 2013), las defensas afectan la adaptación pero, a pesar de que cada defensa es adaptativa en situaciones específicas, existen niveles de jerarquía en los cuales se tiene mayor adaptabilidad en una más amplia gama de circunstancias o experiencias. Las defensas se clasifican jerárquicamente por su nivel de madurez; mecanismos inmaduros están relacionados con dificultad para regular, expresar y entender experiencias emocionales y mecanismos maduros permite una mejor modulación del estrés mientras mantienen al sujeto apegado con la realidad. Defensas mayormente adaptativas están ligadas con mejores relaciones personales, satisfacción por el trabajo, salud mental y bienestar subjetivo, mientras que el uso de defensas no adaptativas se relacionan con lo opuesto. Cuando las defensas son menos adaptativas protegen al individuo de ser consciente del estresor, la ansiedad y los conflictos asociados a cambio de estrechar la visión completa de sus experiencias, de perder la sensación de elegir con libertad y de tener la flexibilidad para maximizar mejores resultados. Sin embargo, parece ser que es un continuum de adaptación, las defensas de bajo nivel progresan en una secuencia hacia los de alto nivel a lo largo de la vida.

Como comenta Vaillant (1992), en un inicio Sigmund Freud, al llegar a 1915, había identificado muchos de los mecanismos de defensa. Para él los mecanismos de negación, distorsión y proyección fueron las defensas psicóticas; sublimación, altruismo, humor y supresión, los mecanismos maduros; y entre los dos grupos estaban los mecanismos neuróticos: escisión, hipocondriasis, agresión pasiva, fantasía, disociación, represión, aislamiento, anulación, desplazamiento y formación reactiva. Las discusiones de Freud sobre mecanismos de defensa fueron hechas en forma de anécdotas clínicas y no en una estructura taxonómica. (Tabla 1)

Freud dejó como legado el inicio de la *Psicología del Yo*. Él enfatizó que el Yo hace uso de varios procesos para llegar a cabo sus tareas, y una de ellas es evitar el daño, la ansiedad y el displacer. Posteriormente nuevos contribuidores a la *Psicología del Yo* han tratado de reorganizar la jerarquía existente entre mecanismos de defensa desde los patológicos a los menos patológicos. Surge así la necesidad de un consenso validado que sustente este conocimiento, sin un conceso jamás se llegaría a una definición del Yo como

ahora se conoce. Es claro también que solo definiendo y entendiendo los mecanismos de defensa no se va a concebir toda la complejidad del compartimiento humano.

Tabla1.

JERARQUÍAS DEFENSIVAS DE FREUD		
PSICÓTICAS	NEUROTICAS	MADURAS
Negación	Escisión	Sublimación
Distorsión	Hipocondriasis	Altruismo
Proyección	Agresión Pasiva	Humor
	Fantasía	Supresión
	Disociación	
	Represión	
	Anulación	
	Desplazamiento	
	Formación Reactiva	
	Aislamiento	

Vaillant (1992) mencionó que uno de los grandes obstáculos para la aceptación clínica de los mecanismos de defensa fue la falta de una nomenclatura universal. En 1977 para la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association 1980) se propuso la integración de un Eje VI psicodinámico donde se incluyeran los mecanismos de defensa; pero para entonces no era claro elaborar una lista común de los mecanismos de defensa, ya sea basada en definiciones consensuadas o en las implicaciones patológicas de las defensas. Para 1980 entonces no se incluyó el apartado de mecanismos de defensa en el DSM-III. Desde 1977 se había iniciado entonces un paso importante en construir un consenso de mecanismos de defensa y varios trabajos se elaboraron para llegar a los 18 mecanismos de defensa que formarían el Glosario del DSM-III-R en 1987. Asimismo William Meissner en 1980 provee una lista de 23 defensas para la Tercera Edición del *Comprehensive Textbook of Psychiatry* de Kaplan, Freedman y Sadock; además de que otras listas han sido elaboradas como el Glosario de Defensas de Vaillant, *Perry's Defense Mechanisms Rating Scale* (1990) y *Ego Defense Mechanisms Manual* de Jacobs, et al.

En el DSM-IV-TR (2002) se propusieron los siguientes “Niveles de defensa y mecanismos de defensa individuales” según el grado de funcionalidad:

Tabla 2.

Nivel de Defensa	Defensas
7 -Nivel adaptativo elevado	Afiliaión. Altruismo. Anticipación. Autoafirmación. Autoobservación. Sentido del humor. Sublimación. Supresión.
6 -Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos)	Abstención. Aislamiento afectivo. Desplazamiento. Disociación. Formación reactiva. Intelectualización Represión.
5 -Nivel menor de distorsión de imágenes	Devaluación. Idealización. Omnipotencia.
4 -Nivel de encubrimiento	Negación. Proyección. Racionalización
3 -Nivel mayor de distorsión de imágenes	Fantasía autística. Identificación proyectiva. Polarización de la propia imagen o de la de los demás.
2 -Nivel de acción	Agresión pasiva. Comportamiento impulsivo (acting out). Quejas y rechazo de ayuda. Retirada apática
1 -Nivel de desequilibrio defensivo	Distorsión psicótica. Negación psicótica. Proyección delirante.

A continuación se colocará un listado de los mecanismos de defensa extraídos del DSM-IV-TR y de la décima edición de la Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan y Sadock:

Defensas Maduras:

1. Afiliaión: acudir a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas sin tratar de atribuirlos a los demás.
2. Altruismo: servicio a los demás, indirecto pero constructivo e instintivamente gratificante. A diferencia del autosacrificio, el individuo obtiene una gratificación bien de tipo acumulativa, bien por la respuesta de los demás.

- 3. Anticipación:** planificación realista de una malestar interior futuro, experimentando reacciones emocionales antes de que se produzca o bien adelantando sus consecuencias, posibles acontecimientos futuros y considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas.
- 4. Ascetismo:** eliminación de los afectos que producen placer que provienen directamente de las experiencias. Pretende eliminar todos los placeres “básicos” percibidos conscientemente y la gratificación procede de la renuncia.
- 5. Autoafirmación:** expresar directamente los sentimientos o pensamientos de forma no coercitiva ni manipuladora.
- 6. Autoobservación:** reflexionar sobre los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos, y actuando de acuerdo con ellos.
- 7. Humor:** hacer hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes. Es una expresión manifiesta de los sentimientos sin malestar o inmovilización personal y sin un efecto desagradable en los demás.
- 8. Sublimación:** canalizar sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos o censurables en comportamientos socialmente aceptables o valiosos. Permite canalizar los instintos en lugar de condenarlos o desviarlos. Se reconocen los sentimientos y se modifican o dirigen hacia una persona u objetivo relativamente significativos, de manera que se obtiene una modesta satisfacción del instinto.
- 9. Supresión:** Decisión consciente o semiconsciente de posponer intencionadamente la atención en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que producen malestar.

Defensas Neuróticas:

- 10. Anulación:** emplear palabras o comportamientos con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones.
- 11. Aislamiento:** dividir o separar las ideas de los sentimientos originalmente asociados a ellas. El individuo se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos.
- 12. Control:** intentar gestionar o regular acontecimientos u objetos del entorno para minimizar la ansiedad y resolver los conflictos interiores.
- 13. Desplazamiento:** reconocer o generalizar un sentimiento o una respuesta sobre un objeto hacia otro habitualmente menos importante. Desplazar la catexis de una emoción o pulsión de una idea u objeto a otro que se parezca al original en algún aspecto o cualidad permitiendo la representación simbólica que provoque menor catexis o evoqué menos angustia.
- 14. Disociación:** alteración temporal, aunque drástica, de las funciones de integración del carácter, la conciencia, la memoria, la percepción de uno mismo o del entorno, o el comportamiento sensorial/motor.
- 15. Externalización:** tender a percibir en el mundo externo y en los objetos exteriores elementos de la propia personalidad, entre ellos los impulsos instintivos, los conflictos, las maneras, las actitudes y los modos de pensar. Externalización es un término más general que la proyección.
- 16. Formación reactiva:** Sustituir los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros directamente opuestos o contrarios. Este mecanismo de defensa suele actuar en simultaneidad con la represión.
- 17. Inhibición:** limitar o renunciar conscientemente a algunas funciones del yo.

- 18. Intelectualización:** usar de modo excesivo los procesos intelectuales para evitar una expresión o experiencia afectiva. Generalizar o implicarse en pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar. Centrarse de forma excesiva en lo inanimado para evitar la intimidad y expresar sentimiento internos, y se centran en detalles irrelevantes para evitar percibir el todo. Estrechamente aliada a la racionalización.
- 19. Racionalización:** ofrecer explicaciones racionales en un intento de justificar actitudes, creencias o una conducta que de otro modo sería inaceptable y encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.
- 20. Represión:** Expulsar de la conciencia u ocultar cognoscitivamente los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas. La represión primaria domina las ideas o sentimientos antes de que alcancen el consciente, y la represión secundaria excluye del conocimiento lo que una vez fue consciente. La percepción consciente de los instintos y los sentimientos está bloqueada en la represión.
- 21. Sexualización:** dotar un objeto o función con un significado sexual que anteriormente haya tenido o poseído en un grado menor para prevenir ansiedades asociadas a impulsos prohibidos o a sus derivados.

Defensas Inmaduras:

- 22. Agresión pasiva:** mostrar agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva mediante la pasividad, el masoquismo y volviéndose contra el Yo. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos. Los mecanismos de agresividad pasiva suelen emerger como respuesta a las demandas de ejecución o cumplimiento independientes, o bien a la falta de gratificación de deseos dependientes, aunque también son una forma de respuesta adaptativa en individuos que ocupan cargos subordinados y que no tienen otro modo de expresar su autoafirmación más abiertamente.
- 23. Aislamiento social/ Retirada apática:** ausencia de relaciones con el objeto.
- 24. Bloqueos:** inhibición temporal o transitoria del pensamiento. Los afectos y los impulsos también pueden verse implicados. Se asemeja a la represión pero difiere en que la tensión o ansiedad emerge no cuando aparece el impulso, el afecto o el pensamiento sino el momento en el que son inhibidos.
- 25. Comportamiento impulsivo (acting out):** enfrentarse a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo a través de la acción más que a través de reflexiones o sentimientos. Expresar un deseo o impulso inconsciente mediante la acción para evitar ser consciente de un afecto acompañante. La fantasía inconsciente es exteriorizada impulsivamente en la conducta. El concepto de acting-out defensivo no es sinónimo de mal comportamiento, ya que puede probarse que se relaciona con conflictos emocionales internos.
- 26. Devaluación:** atribuir cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás.
- 27. Fantasía esquizoide/autística:** complacerse en el refugio autista y fantasías excesivas para obtener gratificación de ellas al sustituir la búsqueda de relaciones interpersonales íntimas, la acción más eficaz o la resolución de los problemas. La persona no cree del todo en sus fantasías y no se empeña de exteriorizarlas.

- 28. Hipocondría:** exageración o sobrevaloración de una enfermedad con la finalidad de evasión y represión. El reproche que surge por el sufrimiento, la soledad o los impulsos agresivos inaceptables hacia los demás se transforma en una autorreproche y queja de dolor, en una enfermedad somática y en neurastenia. La internalizaciones hipocondriacas son ajenas al Yo y la persona afectada experimenta disforia y un sentimiento de aflicción.
- 29. Idealización:** atribuir cualidades exageradamente positivas a los demás.
- 30. Identificación proyectiva:** atribuir incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. A diferencia de la proyección simple, en este caso el individuo no repudia totalmente lo que proyecta. Al contrario, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas. No es raro que el individuo atribuya sus propios sentimientos a otros, haciendo que sea difícil esclarecer quién hizo algo a quién en primer lugar.
- 31. Introyección:** internalización de las cualidades de un objeto. Puede anular la distinción entre el sujeto y el objeto. Sirve para evitar el dolor del conocimiento de la separación o amenaza de una pérdida, para evitar la ansiedad cuando las características agresivas del objeto temido son internalizadas.
- 32. Negación:** evitar el conocimiento de algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas negando los datos de los sentidos. Se puede utilizar tanto en estados normales como patológicos.
- 33. Negación psicótica:** se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.
- 34. Omnipotencia:** pensar o actuar como si se dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás. Reorganización exagerada de la realidad externa para acomodarla a las necesidades interiores y utilizando sentimientos continuos de superioridad o derechos delirantes.
- 35. Proyección:** atribuir incorrectamente a los demás o fuera del Yo sentimientos, impulsos o pensamientos propios que resultan inaceptables.
- 36. Proyección delirante:** ideas delirantes claras sobre la realidad exterior e incluye tanto la percepción de los propios sentimientos como la actuación subsiguiente a partir de la percepción.
- 37. Polarización/ Escisión:** se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo viéndose a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin conseguir integrar en imágenes cohesionadas las cualidades positivas o negativas de cada uno. Al no poder experimentar simultáneamente afectos ambivalentes, el individuo excluye de su conciencia emocional una visión y unas expectativas equilibradas de sí mismo y de los demás. A menudo, el individuo idealiza y devalúa alternativamente a la misma persona o a sí mismo: otorga cualidades exclusivamente amorosas, poderosas, útiles, nutritivas y bondadosas o exclusivamente malas, odiosas, coléricas, destructivas, repelentes o inútiles.
- 38. Quejas y rechazo de ayuda:** se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante quejas o demandas de ayuda que esconden sentimientos encubiertos de hostilidad o resentimiento hacia los demás y que luego se expresan en forma de rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda. Las quejas o demandas pueden hacer referencia a síntomas físicos o psicológicos.

- 39. Regresión:** intento de retornar a una fase de funcionamiento libidinal anterior para evitar la tensión y el conflicto evocados en el nivel presente del desarrollo. Refleja la tendencia básica a ganar gratificación instintiva en un periodo menos desarrollado. Puede ser un mecanismo normal en moderación al intentar relajarse, dormir y llegar a un orgasmo, se considera también parte esencial del proceso creativo.
- 40. Somatización:** convertir las derivaciones psíquicas en síntomas corporales y tender a reaccionar con manifestaciones somáticas, más que manifestaciones psíquicas.

En el DSM-IV-TR se utiliza el término “mecanismos de defensa” como equitativo al término “estrategias de afrontamiento”; pero Folkman y Lazarus (1984) definen estrategias de afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, para manejar demandas externas y/o internas específicas que disminuyen o exceden los recursos de la persona. Estos esfuerzos están orientados a la demanda y no según las características de la persona. Se diferencian de los comportamientos adaptativos automatizados, ya que las estrategias de afrontamiento requieren un esfuerzo y movilización por parte de la persona; y se limita solo a situaciones externas de estrés psicológico. El manejo de las demandas puede incluir: minimizar, evitar, tolerar y aceptar la condición, así como intentos por mejorar el entorno.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA LOS MECANISMOS DE DEFENSA

J. C. Perry y colaboradores (2005) hablan en el *Textbook of Personality Disorders* sobre los métodos de evaluación de los mecanismos de defensa y la evolución que han llevado. Vaillant en 1976 y Haan junto con colaboradores en 1973, usaron entrevistas psiquiátricas junto con pruebas psicológicas, cuestionarios y reportes autobiográficos para medir los mecanismos de defensa; pero Vaillant comentó que la objetividad y la validez de las mediciones se limitaban por el indispensable juicio utilizado por el evaluador. Por otra parte, el DSQ (Defense Style Questionnaire) es un instrumento autoaplicable de los mecanismos de defensa que originalmente fue elaborado por Bond, Gardner, Christian y Siegel en 1983. Ellos inicialmente escogieron en la literatura una gran lista de los mecanismos de defensa y designaron ítems que reflejaban un comportamiento sugerente de esos mecanismos de defensa. Después de evaluarse la validez de las preguntas por expertos, se creó una versión final del DSQ de Bond y colegas. El cuestionario está designado para evaluar el derivado consciente de los mecanismos de defensa, a lo que ellos denominaron *Estilo Defensivo*. Fue designado para evaluar las manifestaciones del estilo característico del sujeto para manejar conflictos, basado en la capacidad de la persona de visualizar su conducta en la distancia. Es la medición autoaplicable más utilizada en la investigación de las defensas en trastornos de personalidad.

Muris y colaboradores comentan por otra parte que Andrews, Pollock y Stewart en 1989 en sus estudios modificaron la versión original del DSQ; ellos etiquetaron solo 72 de los ítems que iban de acuerdo con el glosario de mecanismos de defensa desarrollado por el DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987). Ellos separaron los ítems en tres factores: factor 1 - describe defensas inmaduras: proyección, agresión pasiva, acting out, aislamiento, devaluación, fantasía autística, negación, disociación, escisión, racionalización, somatización y desplazamiento; factor 2 – representa a las defensas neuróticas, altruismo, idealización, anulación y formación reactiva; y factor 3 – consideradas las defensas maduras, sublimación, humor, anticipación y supresión. Andrews y colaboradores en 1989 elaboraron una versión corta del DSQ del DSM-III-R; se

seleccionaron 36 ítems, con énfasis en defensas inmaduras y maduras, dejando solo 5 ítems para valorar defensas neuróticas.

J. C. Perry y colaboradores (2005) explican que actualmente el DSQ tiene una versión de 88 ítems que evalúa 25 defensas y otra corta de 40 ítems que evalúa solo 20 defensas, y han sido traducidas en muchos idiomas incluidos francés, español, italiano, portugués, alemán, japonés, chino, entre otros. Las respuestas son analizadas en 4 factores: 1) nivel de acción mal adaptativa, 2) nivel de imagen- distorsión, 3) nivel de auto sacrificio, y 4) nivel adaptativo. Según estudios de Bond, et al. (1983) son considerados representativos del tipo de mecanismo de defensa aquellos pacientes que puntúan en los factores 1,2 y 3 por arriba del 0.5 de la desviación estándar y en el factor 4 por debajo del 0.5 de la desviación estándar. Otros métodos de medición no autoaplicables son el VLVM (*Vaillant's Life Vignette Method*), la DMRS (*Defense Mechanisms Rating Scales*) y la DFS (*Defensive Functioning Scale*) del DSM-IV-TR. Los Factores de la versión de 88 ítems del DSQ son:

Tabla 3.

FACTOR	Tipo de Defensa
Factor 1 – Nivel de acción mal adaptativa	Agresión Pasiva
	Acting Out
	Somatización
	Queja/ Rechazo de ayuda
	Retirada Social
	Regresión
	Consumo
Factor 2 – Nivel de imagen distorsión	Omnipotencia
	Negación
	Idealización Primitiva
	Proyección
	Escisión
	Fantasía Autística
	Identificación Proyectiva
Factor 3 – Nivel de autosacrificio	Abstención
	Aislamiento afectivo
	Desplazamiento
	Inhibición
	Formación Reactiva
Facto 4 – Nivel Adaptativo	Supresión
	Sublimación
	Humor
	Afiliación
	Anticipación
	Pseudoaltruismo

IMPLICACIONES DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA EN LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

1) LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

En la entrevista clínica de los trastornos de personalidad nos encontramos constantemente con los mecanismos de defensa de cada individuo y sus correlatos conductuales. Se sugiere que los mecanismos de bajo nivel son más utilizados por individuos con trastornos de personalidad. Bleichmar y Lieberman (1997) en su texto manifiestan que Otto Kernberg en su libro “La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico” (1977) propone una clasificación de tres niveles (superior, intermedio e inferior) de los trastornos del carácter o caracteropatías basada en la teoría de las relaciones objetales: 1) En el nivel superior las relaciones objetales de los sujetos predominantemente son estables, hay un *Superyo* punitivo y sádico, y el mecanismo de defensa predominante es la represión; se incluyen personalidades histéricas, obsesivas-compulsivas y depresivas. 2) En el nivel intermedio las relaciones objetales internalizadas son estables pero ambivalentes y conflictivas, un *Superyo* parcialmente integrado, con disminución de la capacidad de sentir culpa, utilizan mecanismos de defensa mixtos, tanto primitivos (proyección y formación reactiva) como otros más desarrollados (represión); se incluyen personalidades sadomasoquistas, infantiles, algunas narcisistas y ciertas desviaciones sexuales. 3) En el nivel inferior, característico de los pacientes con patología límite, con relaciones objetales pobremente integradas, perciben objetos puramente buenos o enteramente malos y generan gran ansiedad y depresión cuando estos objetos no se mantienen de esa forma, recurren a mecanismos de defensa primitivos (escisión, identificación proyectiva, negación, omnipotencia e idealización primitiva), la capacidad de sentir culpa está muy disminuida y el pensamiento primario infiltra los procesos cognitivos; se incluyen trastornos narcisistas, límites, personalidades caóticas e impulsivas, personalidades “como si”, de tipo infantil y psicóticos (con notoria pérdida del sentido de la realidad y difusión de los límites del Yo).

J. C. Perry y colaboradores (2005) señalan que las diferentes estructuras de personalidad son asociadas con diferentes niveles defensivos dominantes, además las defensas operan diferente en individuos con identidad consolidada comparado con aquellos que no la tienen. Diferentes estudios han encontrado que cualquier diagnóstico de trastornos de la personalidad está asociado a un nivel defensivo bajo/primitivo de manera significativa. Ellos mencionan que Blais y sus compañeros en 1996 encontraron que los diagnósticos de trastornos de personalidad del DSM se correlacionan significativamente con el nivel menor de distorsión de imágenes, nivel de encubrimiento, nivel mayor de distorsión de imágenes y nivel de acción. Perry en 2001 encontró que en promedio los pacientes con trastorno de la personalidad puntuaban en niveles bajos de defensa, todos debajo del umbral neurótico. De acuerdo con Vaillant (1976), los pacientes con trastorno de personalidad 49.3% de los mecanismos de defensa pertenecían a niveles primitivos (nivel 1-4), 40.8% a niveles neuróticos y 9.9% al nivel adaptativo (nivel 7). También comentan que en estudios de Lingardi et al. (1999), se encontraron que los pacientes con Clúster B de personalidad se asociaban al nivel de defensa de acción mientras que los del Clúster C a niveles medios. En estudios en paciente con trastorno de personalidad límite, antisocial y esquizotípica, y trastorno bipolar tipo II de Perry (1988, 1990,1996) y, Perry y Cooper (1989) se encontraron lo siguiente: 1) los niveles defensivos de acción y mayor de distorsión de imágenes predecían síntomas de autodestrucción, como ideación suicida recurrente, intentos suicidas y autolesiones (cortes), síntomas y exacerbaciones de

episodios depresivos; 2) los niveles de acción y encubrimiento predecía abuso de etanol y otras drogas, síntomas antisociales y conductas de riesgo intencionadas; 3) el nivel menor de distorsión de imágenes predecía síntomas distímicos; y 4) niveles defensivos obsesivos o neuróticos jugaban un papel protector contra síntomas impulsivos y depresivos. Blais y colaboradores en 1996 hablan sobre la necesidad de la inclusión de la Escala de Funcionamiento Defensivo en el DSM-IV. La importancia radica en que el nivel de funcionamiento defensivo está relacionado con: 1) ajuste psicológico en el adulto, 2) presencia de patología del eje II y 3) salud física. Ellos encontraron que los pacientes con diagnóstico del DSM para cada trastorno de personalidad se correlacionan de forma significativa con varios niveles primitivos de defensa.

Se ha mencionado (Perry, et al, 2005) que estudios de Vaillant y Drake en 1985 encontraron que aquellos pacientes con cualquier diagnóstico del Eje II, 66% utilizaban en su mayoría mecanismos inmaduros como: proyección, fantasía, hipocondriasis, agresión pasiva, acting-out, disociación y negación. El uso de mecanismos maduros como humor, sublimación y supresión se correlacionan de forma negativa con la presencia de algún trastorno de personalidad. Se encontraron las siguientes correlaciones según el trastorno de personalidad presente: 1) Paranoide – proyección 100%, acting-out 75%; 2) Esquizoide – fantasía autística 33%; 3) Antisocial – acting-out 75%, disociación/negación 63%; 4) Narcisista – disociación/negación 83%, acting-out 61%, proyección 39%; 5) Dependiente – disociación/negación 56%; 6) Pasivo-agresivo – agresión pasiva 64%, disociación/negación 43%; y 7) Evitativo – agresión pasiva 25%, disociación/negación 25%. Perry y Cooper (1986) encontraron que pacientes con patología límite de personalidad se asociaban con nivel de defensa de distorsión de imágenes mayor (escisión e identificación proyectiva) y nivel de acción (acting-out, somatización y agresión pasiva); paciente con patología antisocial se asociaban con nivel de distorsión de imágenes menor (omnipotencia, idealización y devaluación) y nivel de encubrimiento (negación, proyección y racionalización); y pacientes con trastorno bipolar tipo II se asociaban con niveles defensivos altos y obsesivos (aislamiento afectivo, intelectualización y abstención).

Utilizando el DSQ-40, una investigación realizada en mexicanos por Benítez, Chávez-León, Ontiveros, Yunes y Náfate (2010) concluye lo siguiente: 1) los estilos defensivos de tipo Neurótico son más altos en los pacientes con funcionamiento límite y psicótico comparados con grupos controles; 2) los estilos Inmaduros/Primitivos son más altos en los pacientes con funcionamiento límite comparado con los grupos psicótico y control; 3) el grupo control utiliza niveles más altos de **Sublimación, Humor, Anticipación** y **Supresión** comparado con grupo límite; y reportó más alto el uso de **Humor** y **Supresión** comparado con los de estructura psicótica; 4) el grupo límite puntúa más alto en **Anulación, Aislamiento, Racionalización, Proyección, Agresión Pasiva, Acting-out, Fantasías Autística, Escisión** y **Somatización** comparado con el grupo control; 5) el grupo límite reporta niveles más altos de **Supresión, Agresión Pasiva** y **Somatización** comparado con el grupo psicótico; 6) el grupo psicótico tiene niveles más altos en **Sublimación, Anticipación** y **Formación Reactiva** comparado con el grupo límite; 7) el grupo psicótico tiene niveles más altos en **Anulación, Desplazamiento, Proyección** y **Fantasía Autística** comparado con el grupo control; 8) todos los trastornos de personalidad clúster A, B y C se correlacionan positivamente con estilos defensivos primitivos y neuróticos, y de forma negativa con estilos defensivos maduros.

2) LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y LA PSICOTERAPIA

Perry y colegas (2005) en su texto comentan sobre múltiples hallazgos relacionados con los mecanismos de defensa y su importancia en psicoterapia. Comentan que Drapeau e investigadores en el 2003 encontraron que al ir disminuyendo el “*distress*” con la psicoterapia, disminuía también la cantidad de mecanismos de defensa utilizados por el paciente; los paciente se valían menos de mecanismos de defensa correspondiente al nivel menor de distorsión de imágenes y utilizaban más defensas neuróticas, mostrando mayor confianza para el manejo de afectos inaceptables. En estudios longitudinales de 6 meses ninguno de los promedio totales habían llegado al nivel neurótico pero si demostraban mejorías de 0.4-0.82 puntos del promedio; ellos explican que estudios de tratamiento a corto plazo demostraban solo un cambio modesto en los mecanismos de defensa al igual que los síntomas y el funcionamiento global de los pacientes. Según lo que comentan, la psicoterapia por periodos prolongados tiene un efecto retardado, ya que en algunos pacientes, después de 4 años de psicoterapia (180 sesiones), mostraron una mejoría de 0.45 del promedio de los mecanismos de defensa. Al darse seguimiento a 10 años, después de la psicoterapia, se encontró mejoría en el funcionamiento global, con un nivel defensivo de tipo neurótico (con un promedio de 5.80). Comentan que Hersoug y colegas en el 2002, en estudios de psicoterapia breve (media de 38 sesiones), encontraron que la mejoría de los síntomas se veía en las primeras sesiones pero que los cambios en el funcionamiento defensivo fueron notables hasta la segunda fase de tratamiento. Ellos hablan también de un estudio de Perry y Bond (2004) donde se examinaron cambios con el DSQ en una media de 4.4 años de seguimiento después de una media de 3.0 años de psicoterapia, en una muestra donde el 75% tenía un trastorno de personalidad; encontraron que aquellos con mecanismos de defensa maladaptativos y de autosacrificio (neuróticos) mostraban mejorías en un 0.80 y 0.67, respectivamente, con una mejoría en promedio de 0.43.

3) LOS MECANISMO DE DEFENSA Y LA FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Zeigler-Hill y colaboradores en el 2008 encontraron que había una asociación entre los estilos defensivos e inestabilidad en la autoestima, aun cuando se controlaban factores importantes como el neuroticismo y el narcisismo. Pacientes con mecanismo de defensa inmaduros se correlacionaron con inestabilidad en la autoestima y lo opuesto sucedió con aquellos que usaban mecanismos de defensa maduros. Consideran que los mecanismos de defensa inmaduros están ligados a inestabilidad en la autoestima debido a la incapacidad de proteger al individuo de información/estímulos que provienen del entorno que se forma en el inconsistente junto con la creación del auto-concepto. Proponen que esta falla en la función de estabilidad se debe a la distorsión de la realidad y las percepciones simplistas que se forman de ellos mismos y del entorno. Sugieren que las defensas maduras, y su carencia de distorsión de la realidad, es necesario para proteger a los individuos y ayudar a preservar un auto-concepto positivo en aquellos con autoestima estable, aquellos con autoestima baja pero con defensas intermedias y maduras pueden estabilizar la autoestima de forma moderada ante estresores. En estudios de Davidson et al (2004) investigaron la asociación entre los patrones de mecanismos de defensa y el perfil de comportamiento adaptativo. Encontraron que las personas que utilizan defensas maduras muestran comportamientos más adaptativos: son generalmente menos hostiles y menos deprimidos; consideran que las defensas maduras están relacionadas con la

capacidad para ser empáticos, estar conscientes de las perspectivas de otros durante los conflictos y desempeñarse bien en tareas instrumentadas como entrevistas de trabajo.

Cramer en 1995 y en 1997, propone una relación entre identidad, mecanismos de defensa y autoestima. El desarrollo de la identidad se describe a través de cuatro diferentes estados (Identidad difusa, embargada, suspendida y alcanzada), los cuales estarán definidos en base a dos dimensiones: 1) la concepción y el compromiso con metas ocupacionales y valores/ ideales; y 2) el experimentar conflictos, búsquedas o crisis para tratar de establecer dichas metas y valores. La **Identidad Difusa** es aquella que aún no se ha hecho un compromiso pero que puede o no haber tenido una crisis en algún momento. La **Identidad Embargada** es la que ha hecho un compromiso pero no ha experimentado una crisis personal. La **Identidad Suspendida** es la que pasa por un momento de crisis pero sin haber hecho un compromiso. La **Identidad Alcanzada** es la que única que ha experimentado una crisis y ha hecho un compromiso personal. Todos ellos son estados por los que pasa la identidad del sujeto, con diferentes características individuales, teniendo como objetivo el llegar a un nivel de resolución de la incertidumbre y la consolidación de autoimágenes en una personalidad sólida. La formación de la identidad va acompañada de un sentido de valores, opiniones y metas que el propio individuo ha escogido para sí mismo, que son significativos para su sociedad y que proveen un nicho en esa sociedad. El tener una identidad da un sentido de autonomía y un sentido de relación a una sociedad o grupo. Entonces en cada estado, por el trascurre la formación de la identidad, se experimentan ciertos niveles de ansiedad, autoestima, razones morales, control de lo externo, introversión/extraversión, neuroticismo, consciencia y estilos cognitivos. Es entonces que el tipo de mecanismos de defensa utilizados juegan un papel importante al regular la ansiedad, ya que aquellas identidades experimentando crisis del desarrollo (Difusa y Suspendida) necesitarán el uso de más mecanismos de defensa para afrontar la ansiedad asociada a la crisis. Por otro lado, Cramer comenta que el autoestima está más en relación con el nivel de compromiso y no con el estado de crisis; aquellas identidades Alcanzadas y Embargadas experimentan mayores niveles de autoestima y menor uso de mecanismos de defensa. El uso de mecanismos de defensa aumenta cuando la autoestima disminuye. Él encuentra entonces que los individuos que permanecen en etapas tempranas del desarrollo de identidad en la adultez, también son inmaduros en otras áreas de su personalidad. Él asocia el uso de defensas primitivas (negación y proyección) con el descontrol, la rebeldía, cambios de humor, la falta de independencia, autodesarrollo, productividad, generosidad, acercamiento y disponibilidad interpersonal, conformidad, moralismo y autosatisfacción.

Muris y colega, comentan que en psiquiatría, los mecanismos de defensa moldean los síntomas psicopatológicos, mas sin embargo también se sabe que el factor de neuroticismo de la personalidad forma parte importante en la variabilidad de los síntomas psiquiátricos. Muris, et al. (1996) evaluaron sujetos con el DSQ-36 ítems, y controlaron el neuroticismo con la escala de Eysenk Personality Questionnaire y los síntomas psiquiátricos con la SCL90-R (Symptom Checklist 90 items- Revised). Ellos encontraron que los mecanismos inmaduros como proyección, devaluación, acting out y somatización se relacionan positivamente con neuroticismo y síntomas psiquiátricos. Encontraron que los mecanismos de defensa declaran la mayor parte de la varianza de los síntomas psiquiátricos aun cuando se controló el factor de neuroticismo de la personalidad. Asimismo proponen que los mecanismos de defensa son predictores de la mejoría en la terapia conductual.

4) LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y LA IMPLICACIÓN EN LA SALUD

Malone y colegas en el 2013, explican que algunas investigaciones sugieren que los mecanismos de defensa también juegan un papel importante en el estado físico de los individuos. Ante estos hallazgos se sugiere que la red de apoyo es un factor importante y se ha ligado empíricamente con salud física y las características de personalidad. En un estudio longitudinal, Vaillant (2000) encontró que la madurez en el funcionamiento defensivo a la edad media (antes de los 47 años) predecía bajos niveles de capacidad física autoreportados de forma subjetiva a la edad de 65 años. Malone et al., proponen que el tipo de defensas utilizados en la edad media está asociado de forma objetiva con el pronóstico de salud general en las personas. Comentan que el uso de mecanismos de defensa mal adaptativos pueden llevar a dificultades en la vida emocional y ambiental; afectando las relaciones personales, la satisfacción por el trabajo, la salud mental, la percepción subjetiva de calidad en el estado general. No se conoce con exactitud la manera que el tipo de defensas afectan el estado de salud física. Se sugiere que las redes de apoyo social, que se forman a lo largo de las experiencias del sujeto, pudieran ser un factor importante ligado tanto con la salud física y el funcionamiento de la personalidad. Sugieren que el tipo de mecanismos de defensa en la adultez podrían permitir a cada individuo a forma relaciones fuertes que proveen un escenario para un envejecimiento más saludable en la séptima y octava década de la vida. Sugieren que aquellos pacientes que utilizan estilos de defensa inmaduros cursan con estilos de vida menos saludables, con menores niveles de calidad de vida y mayor severidad percibida en sus síntomas. Nuestra personalidad dirige nuestras conductas y la elección de los contextos sociales, que pueden ser positivos o negativos desde el punto de vista de salud.

Ungerer, et al. (1997) hablaron sobre los mecanismos de defensa y su rol en la adaptación personal. Comentan que las defensas son una forma de entender los mecanismos de afrontamiento y adaptación en todas las personas. Analizaron muestras de parejas que estaban experimentando una transición en sus vidas, la transición hacia la paternidad, considerando este como un evento estresante de sus vidas y evaluando el grado de satisfacción marital como un índice de adaptación. Ellos encontraron que el grado de satisfacción estaba estrechamente relacionado con el funcionamiento defensivo. Encontraron que las mediciones del DSQ fueron las únicas variables que ellos midieron, como predictores significativos en la satisfacción ante el cambio. Encontraron además que los sujetos tienden a utilizar solo un grupo limitado de defensas cuando lidian con un evento estresante específico de sus vidas, y que no utilizan todas las defensas en una extensión equitativa. Además encontraron diferencias de género, los hombres utilizando más defensas como negación y racionalización, y las mujeres fantasía, escisión, agresión pasiva y devaluación.

Hyphantis y colegas, en el 2011, utilizaron el *Life Style Index* (LSI) para valorar los mecanismos de defensa y compararlos con otras dimensiones como estrés psicológico y hostilidad. Compararon tres grupos diferentes: controles sanos, pacientes no psiquiátricos y pacientes psiquiátricos. Los resultados demostraron que el estrés psicológico está relacionado con el uso incrementado de todas las defensas; con excepción de la Negación, la cual se asoció negativamente con el estrés psicológico. La Regresión está constantemente relacionada con estrés psicológico, y se relaciona mayormente a los pacientes psiquiátricos que a otros sujetos. La Compensación y la Formación Reactiva están relacionadas con sintomatología depresiva. En el grupo de pacientes no

psiquiátricos, la Represión se encontró que incrementaba la dimensión de estrés psicológico y la disfunción social relacionados con malestar físico. En controles sanos y pacientes psiquiátricos, la Proyección jugó el papel de mayor relación con el grado de disfunción. Aquellos sujetos que reportaron introversión de la hostilidad, mostraban altos niveles de Negación. Aquellos que reportaron dirigir su hostilidad hacia otros, presentaron altos niveles de Proyección, mientras que la Negación y la Formación Reactiva no fueron suficientes para relacionarse significativamente con la Hostilidad Extrovertida. Han encontrado que la valoración empírica de los mecanismos de defensa puede contribuir de manera significativa en el estudio de factores que mediaran o moderaran el curso o pronóstico de trastornos médicos o psiquiátricos.

Sarno y colegas en el 2010, buscaron la relación entre autolesiones, síntomas psiquiátricos y mecanismos de defensa. Hacen una diferencia entre sujetos con autolesiones (episódicas y recurrentes) y sujetos sin autolesiones pero considerando además las severidad y la variedad de los síntomas psiquiátricos. El 20.6% de los participantes reportaron autolesiones al menos 1 vez en su vida. Aquellos sujetos con autolesiones recurrente (≥ 5 ocasiones), reportaron niveles significativamente más altos de todos los síntomas psiquiátricos y mayores mecanismos de defensa maladaptativos (proyección, acting out, disociación, anulación, represión, fantasía autística y conversión) en comparación con individuos sin autolesiones, no hubo una asociación entre el tipo de autolesión a algún clúster de síntomas específicos. Encontraron diferencias entre sujetos con autolesiones recurrentes y autolesiones episódicas. Aquellos con autolesiones recurrentes, presentaron mayores niveles de mecanismos inmaduros y mayor variedad de síntomas psiquiátricos, pero no hubo diferencias significativas entre la severidad de los síntomas. Brody et al (2011) encontraron que las autolesiones se relacionaron con el uso de mecanismos de defensa inmaduros pero no con el uso de sustancias o uso reciente de etanol.

Gana y K'Delant analizaron en el 2010 los efectos del temperamento, el carácter y los mecanismos de defensa en el duelo, en una muestra de sujetos en la tercera edad. El objetivo era determinar aquellos factores que influyen en el grupo de sujetos con duelo prolongado y aquellos con duelo no prolongado. Se encontró que el tiempo desde la pérdida, los estilos de defensa inmaduros, la perseverancia (como rasgo de personalidad) y la edad de la persona en duelo, predice de forma positiva la severidad del duelo; mientras que la buena cooperación (dimensión del carácter) y la edad del fallecido, predicen de forma negativa la severidad del duelo. La cercanía con el fallecido fue un predictor positivo de duelo prolongado. La autodirección y la autotrascendencia se relacionaron de forma positiva con la severidad del duelo, ya que se explica que al haber alto niveles de estos dos y bajos niveles de cooperación se puede llegar a un grado de carácter "fanático".

Taunay y colegas en el 2013, buscaron en una muestra la relación entre temperamentos afectivos, los mecanismos de defensa y la severidad de presentación de síntomas somáticos. Encontraron que los sujetos con temperamentos depresivos, disfórico y ciclotímicos, y aquellos con desplazamiento, somatización y agresión pasiva como mecanismos de defensa predominantes, se presentaron con alta severidad de los síntomas somáticos. Aquellos participantes con temperamentos disfóricos y aquellos con desplazamiento están mayormente predispuestos a presentar síntomas corporales, aun después de controlar la edad, el género, el nivel de educación y los síntomas depresivos.

Se encontró que el desplazamiento fue un factor aún más potente para presentar síntomas corporales, en comparación con el tipo de temperamento.

Zoccali, et al. (2006), realizaron un estudio buscando una relación entre el enojo, los mecanismos de defensa y la presencia de Síndrome de Intestino Irritable (SII), en una muestra no psiquiátrica. Parten de la observación de que el SII está relacionado comúnmente con factores afectivos, que pueden propiciar o mantener la persistencia de esta patología. Encontraron que los rasgos de personalidad, como la disposición del enojo y los mecanismos de defensa, juegan solo un papel marginal en la aparición del SII; pero consideran que hay una red multifactorial, incluyendo otros aspectos psicológicos y psicosociales que contribuyen a la patogénesis o expresión de patología médica no psiquiátrica.

Costa y Brody en el 2013, estudiaron la asociación entre mecanismos de defensa inmaduros y conductas potencialmente dañinas como el consumo de comida chatarra, el uso de alcohol y el uso de la televisión. Consideran ellos que estas conductas podrían ser la traducción de mecanismos para evitar la auto consciencia de las emociones y la predisposición a psicopatología. Encontraron una relación positiva entre el uso de mecanismos de defensa inmaduros y la importancia que el sujeto le da a la comida chatarra, al alcohol y la televisión. Encontraron además que la preferencia por las relaciones sexuales pene-vagina, se relacionó mayormente con mecanismos de defensa maduros, mientras que la preferencia de relaciones sexuales sin coito se relacionó con mecanismos inmaduros. Consideran que esta relación tiene que ver con sujetos que tienen peores habilidades emocionales autorregulatorias. Ya anteriormente ellos mismos en el 2008 habían hecho una investigación sobre la relación entre la habilidad de tener un orgasmo vaginal y la madurez psicosexual, tomando en cuenta la madurez de los mecanismos de defensa psicológicos. Encontraron que aquellas mujeres con capacidad para el orgasmo vaginal (provocado únicamente por las relaciones pene-vagina) se asociaron con menos uso de defensas inmaduras. El orgasmo vaginal se asoció con menor somatización, disociación, desplazamiento, fantasía autística, devaluación y aislamiento del afecto. El orgasmo por estimulación clitoral y la combinación de orgasmo con estimulación clitoral y coital, se asociaron a uso de algunas defensas inmaduras. Ante mayor masturbación y menos orgasmo vaginal se relacionaron con uso de defensas inmaduras. Comentan que estos resultados tienen implicaciones para la calidad de vida, el diagnóstico psiquiátrico y el manejo con terapia para la sexualidad.

EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA

Glen O. Gabbard (2000), en su texto, hace una recopilación de lo que fue la evolución del término y la definición del Trastorno Límite de Personalidad. A continuación mencionaré un breve resumen al respecto. A finales de la década de 1930 y durante la década de 1940 se intentaba definir por primera vez el término límite o fronterizo, ya que describía una condición patológica específica; una condición que se creía que tenía tanto características neuróticas como psicóticas. Robert Knight en 1953 caracteriza al trastorno límite de personalidad como un grupo de pacientes con deficiencias principalmente en el funcionamiento del Yo, con incapacidad para planificar acorde a la realidad, con incapacidad para defenderse ante impulsos primitivos y con predominancia de pensamiento en proceso primario sobre el pensamiento en proceso secundario. Grinker y

colaboradores en 1968 describieron cuatro subgrupos de paciente con características limítrofes que iban desde el borde psicótico hasta el borde neurótico. Sin embargo, ellos puntualizaron cuatro características principales sin importar el subgrupo: 1) enojo como el afecto más importante o el único afecto, 2) defectos en las relaciones interpersonales, 3) ausencia de una identidad del *Self* coherente, y 4) depresión prevalente. Otto Kernberg, en 1967 y 1975, utilizó un abordaje a esta patología haciendo una combinación de la Psicología de *Yo* y de las relaciones objetales. Él utilizó el término *Organización Inferior* o *Estructura Límite de Personalidad* para referirse a la presencia de cuatro características principales: (1) difusión de identidad o debilidad del *Yo*: falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos y falta de desarrollo de canales sublimatorios; (2) defensas primitivas de: proyección, identificación proyectiva, idealización primitiva, escisión, omnipotencia, devaluación, y negación; (3) desplazamiento hacia pensamiento en proceso primario; y (4) relaciones objetales patológicas internalizadas. Otto Kernberg vio como mecanismo de defensa principal en estos pacientes la escisión. Bleichmar y Lieberman (1997) mencionan que la patología límite no es un estado transitorio que fluctúa entre la neurosis y la psicosis, y ya desde años se sabe que las alteraciones límite de personalidad son constelaciones psicopatológicas estables donde la presentación clínica incluye síntomas típicos y específicos. En 1987, Otto Kernberg describió de forma un poco más específica las siguientes características clínicas y la sintomatología típica resultante de la *Estructura Límite de Personalidad*: 1) ansiedad difusa, flotante y crónica; 2) síntomas neuróticos polisintomáticos combinados: fobias, síntomas obsesivos-compulsivos, conversivos o hipocondriacos; 3) tendencias sexuales perverso-polimorfos caóticas y múltiples, formas cambiantes de perversión sexual: sado-masoquismo, actos homosexuales, etc., se excluyen aquellas tendencias sexuales perversas que son estables en el tiempo; 4) estructuras de personalidad tipo esquizoide, paranoide, ciclotímico o hipomaniaco; y 5) trastornos de organización caracterológica o caracteropatía de nivel inferior.

Bleichmar y Lieberman (1997) comentan en su texto sobre los mecanismos de defensa y la *Estructura Límite de Personalidad*. Kernberg explica que los pacientes con estructura límite utilizan sobre todo mecanismos de defensa primitivos en especial la escisión, la identificación proyectiva, la idealización primitiva y la negación. La escisión es el principal mecanismo defensivo y constituye una forma para enfrentar la angustia que causa el reconocer el carácter dual de todos los objetos; objetos que generan tanto placer y frustración. La escisión defiende al sujeto de esta ansiedad pero genera una percepción errónea y la aparición parcial del objeto, entonces el vínculo con el objeto es incompleta. Los otros tres mecanismos se consideran subordinados de la escisión hasta cierto punto. La identificación proyectiva consiste en externalizar los aspectos intolerables del *Self* y los proyecta en un objeto externo, distorsiona la imagen que se tiene del mundo circundante y perturba las relaciones interpersonales. La idealización primitiva consiste en mantener la disociación entre objetos buenos y malos, concentrando los aspectos buenos en un objeto externo o interno, desprovisto de los aspectos frustrantes o intolerables. La negación provoca que los pensamientos y sentimientos sean en un determinado momento opuestos por completo a los que se dan en otro momento diferente. Otros mecanismos importantes son la omnipotencia y la devaluación del objeto. El uso de mecanismos primitivos tiene una relación y provoca dificultades en otros aspectos importantes mencionados por Kernberg: alteran la integridad del *Yo* y expresan una labilidad yoica importante.

Bateman y Fonagy (2004) definen en sí lo que es el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Es un complejo y serio trastorno mental que es caracterizado por un patrón generalizado de dificultades con la regulación de las emociones y el control de impulsos, y una inestabilidad tanto en relaciones personales como en la autoimagen. Ellos comentan sobre la omisión del DSM III y IV en no incluir dentro de los criterios la propensión de estos paciente hacía la regresión psíquica y el uso de mecanismo de defensa primitivos. Ellos mencionan que las entrevistas estructuradas son las preferidas para el diagnóstico de este trastorno, *La Entrevista Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV* (SCID-II) es un buen instrumento diagnóstico y parece no haber una diferencia significativa entre las diferentes entrevistas estructuradas más utilizadas. *La Entrevista Estructurada de Kernberg* es específica para la *Estructura Límite de Personalidad* y valora el tipo de mecanismos de defensa, la prueba de realidad y los problemas de identidad. Bateman y Fonagy mencionan que los estudios epidemiológicos hablan indirectamente de la mala funcionalidad en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad. Han demostrado que son sujetos separados, divorciados o que nunca se han casado, con mayor desempleo, cambios de trabajo frecuentes y días de inhabilidad, con peor funcionamiento social o en relaciones personales, y menores logros ocupacionales. Ellos comentan que en un estudio longitudinal de Skodol y colaboradores (2002) se encontró que los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad demostraban disfuncionalidad más severa en áreas como en el empleo, las relaciones interpersonales con los padres y familiares, la adaptación social global y en la *Valoración Global del Funcionamiento* (GAF: Global Assessment Functioning); aún peor cuando fueron comparado con individuos con Trastorno Depresivo Mayor.

Dahl en 1984 utilizando *La Evaluación de Funciones Yoicas de Bellak* encuentra que pacientes con Trastorno de Personalidad Límite puntuaron con niveles defensivos más altos que un grupo de pacientes esquizofrénicos, pero no diferente a un grupo de pacientes con psicosis afectiva; además que puntuaron más bajo que otros trastornos de personalidad y trastornos neuróticos. Goldsmith y colaboradores en 1984 encontraron que el nivel defensivo y el tipo de relaciones objetales eran las dos funciones yoicas que mejor diferencia al Trastorno Límite de Personalidad de otras psicopatologías. Perry en 2001 comparó a sujetos con Trastorno Límite de Personalidad y sin el trastorno, y encontró que en el trastorno utilizaban mecanismos de defensa basados en el nivel de acción y de distorsión de imágenes mayor, además notó que los que utilizaban niveles más altos de defensas, estas no eran utilizada de forma estable a lo largo del tiempo y variaban de semana en semana. (Perry, et al, 2005). En estudios utilizando el DSQ de Bond se han encontrado varios resultados significativos. Bond, et al. (1994), también comparó los estilos defensivos de sujetos con y sin Trastorno Límite de Personalidad, los sujetos con el trastorno se asociaban con mayor uso mecanismos mal adaptativos comparado con los que no tienen el trastorno; ellos utilizaban mayormente escisión y acting-out, y menormente supresión, sublimación y humor. Johnson, et al. (1992) compararon el DSQ con el PDQ-R (*Personality Diagnostic Questionnaire-Revised*) y encontraron que el uso de niveles defensivos inmaduros se correlacionaban positivamente con el PDQ-R y los niveles maduros de forma negativa. Sammallahti et al. (1994) encontraron y agruparon la omnipotencia, devaluación, escisión, negación, aislamiento e identificación proyectiva dentro de un factor de defensas típico de pacientes con estructura límite, y el grupo de paciente con trastorno de personalidad puntuó más alto en este factor comparado con aquellos de estructura neurótica. (Perry, et al, 2005)

En investigaciones recientes, Zanarini y colaboradores (2009), encontraron que los sujetos con Trastorno Límite de Personalidad al ser comparados con sujetos con otros trastornos del Eje II, mostraban mayores puntajes en las subescalas de defensas de autosacrificio, acción mal adaptativa y distorsión de la imagen. Se encontraron diferencias significativas en 7 defensas específicas. Hubo mayores puntajes en el uso de Anulación (nivel neurótico), Acting Out, Hipocondriasis, Agresión Pasiva, Proyección (nivel de acción mal adaptativa), Identificación Proyectiva y Escisión (nivel de distorsión de la imagen). En contraste, los sujetos con otros trastornos del Eje II puntuaron mayor en una de las defensas maduras: Supresión. Los autores consideran que el Acting Out, Hipocondriasis y Anulación, son predictores significativos del diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad; sugieren a esta triada de defensas como un marcador clínico útil. Comentan entonces que el perfil de mecanismos de defensa utilizado por los sujetos con Trastorno Límite de Personalidad es diferente al utilizado de otros sujetos con otra patología del Eje II. Sugieren que estas defensas son la base a ciertas conductas como la impulsividad, las demandas de atención, el masoquismo y la suspicacia. Las defensas de Omnipotencia, Devaluación e Idealización Primitiva, que también son consideradas importantes en el Trastorno Límite de personalidad, no diferenciaron de forma significativa con otros trastornos del Eje II.

Al plantearnos el problema del Trastorno Límite de Personalidad y cuáles son sus Perfiles de Discapacidad hay que considerar varios aspectos importantes. Los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad cursan con una alta comorbilidad con otros trastornos del Eje I. Krawitz y Watson (2003) mencionan que algunos estudios demuestran que solo el 37% de los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad tienen un diagnóstico puro sin comorbilidades, hay gran comorbilidad con: trastorno depresivo mayor (41-71%), distimia (24-63%), trastorno de angustia (13-50%), agorafobia (36-37%), bulimia (38%). Las comorbilidades dependen de las muestras y los métodos diagnósticos, pero se ha encontrado que aquellos con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad en un 22% también tienen un diagnóstico de abuso de etanol y dependencia, y 50% tuvieron una historia de problemas de uso de sustancias. Asimismo, también los sujetos con trastorno límite de personalidad también cumplen criterios para otros trastornos de personalidad: 30% para trastorno paranoide de personalidad, 51% para trastorno dependiente de personalidad, 43% para trastorno evitativo de personalidad, 23% para trastorno antisocial de personalidad, 15% para trastorno histriónico de personalidad y 16% para trastorno narcisista de personalidad. Se han encontrado también superposición con trastornos neuropsiquiátricos. Es importante este estudio ya que se estima una prevalencia de 1.6% pero puede ser tan alta como un 5.9%. La prevalencia del trastorno en centros de atención primaria es de un 6%, de un 10% en individuos en tratamiento ambulatorio en centros de atención psiquiátrica y en un 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia puede presentar un decremento en grupos de mayor edad.

MECANISMOS DE DEFENSA Y DEPRESIÓN

Carvalho et al (2013) en el *Journal of Affective Disorders* hacen una investigación para conocer la relación entre temperamentos afectivos, síntomas depresivo y estilos de defensa. Comentan que el concepto moderno de temperamentos afectivos proviene de Akiskal et al (2005) quienes se basaron en los trabajos de Kraepelin y Krestschmer. Explican que Lara et al (2012) conciben al temperamento en 7 dimensiones emocionales: volición, deseo, enojo, inhibición, sensibilidad, afrontamiento y control; lo cuales resultan en

12 tipos de temperamentos: depresivo, ansioso, apático, obsesivo, ciclotímico, disfórico, irritable, volátil, desinhibido, hipertímico y eufórico. Estos temperamentos se consideran ser los núcleos de los trastornos afectivos y se asocian a síntomas depresivos en la población general. Comentan que un meta-análisis de Calati et al. (2010) encontraron que los individuos con un trastorno depresivo mayor puntuaban bajo en nivel defensivo maduro y utilizaban predominantemente niveles neuróticos e inmaduros. En su estudio se evaluaron los estilos de defensa con el DSQ de 40 ítems; y encontraron lo siguiente: 1) individuos con temperamentos hipertímico (56%) y eutímicos (49.7%) reportaban un estilo de defensa maduro (sublimación, humor, anticipación y supresión). 2) En menor grado a los anteriores los individuos con temperamento ansioso (23.2%), ciclotímico (19.3%), disfórico (18.3%) y depresivo (16.1%) usaban también mecanismos maduros. 3) En individuos con temperamento eufórico (36.3%) , desinhibido (33.5%) y ansioso (32.7%) utilizaban defensas neuróticas (abstención, pseudo-altruismo, idealización y formación reactiva). 4) Temperamentos ciclotímico (51.3%), volátil (50.5%), depresivo (43.0%), disfórico (39.2%), eufórico (37.0%) y desinhibido (34.3%) reportaron estilos de defensa inmaduros (proyección, agresión pasiva, acting-out, aislamiento, devaluación, fantasía autística, negación, desplazamiento, disociación, escisión, racionalización y somatización). 5) individuos con estilos de defensa maduros presentaban niveles más bajos de síntomas depresivos con el SCL-90-R (*Symptom Checklist-90ítems- Revised*) comparados con aquellos con estilos inmaduros y neuróticos. Ellos comentan sobre la importancia de intervenciones psicológicas dirigidas a defensas inmaduras podrían ser más efectivas para la prevención de la depresión en individuos con temperamentos vulnerables (depresivos).

Kramer y colaboradores en el 2013, analizaron los cambios en los mecanismos de defensa y los patrones de afrontamiento en sujetos con depresión recurrente, después de 2 años de psicoterapia psicodinámica, psicoanálisis, psicoterapia cognitiva o tratamiento médico. Compararon los tipos de tratamiento y encontraron que algunos sujetos si presentaron cambios en su sintomatología depresiva, mientras que otros permanecieron sin cambios en el curso de los 2 años. Encontraron que los cambios en los mecanismos de defensa y los patrones de afrontamiento disfuncionales, revelaron ser procesos importantes en el tiempo para que las terapias utilizadas resultaran exitosas.

DSM-5: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y MECANISMOS DE DEFENSA

En el DSM-5 no se incluyó el Glosario de Mecanismos de Defensa antes presentado en otras versiones, y se propone para un futuro un modelo de tipo dimensional. Aún en esta versión se consideran los mismos 10 tipos diferentes de trastornos de la personalidad desde un punto de vista categórico, pero se considera la posibilidad de un nuevo modelo dimensional caracterizado por la evaluación del funcionamiento de la personalidad y los rasgos de personalidad patológicos desde la perspectiva de un continuum de síntomas que van de la mano con otros trastornos mentales. Para el nuevo modelo se considera evaluar los siguientes criterios:

- 1) Criterio A: disfunción moderada o severa en el funcionamiento de la personalidad (uno mismo e interpersonal)
 - Se pretende evaluar la funcionalidad tanto en uno mismo como en el aspecto interpersonal. En el funcionamiento de uno mismo se evalúa la IDENTIDAD y AUTO-ORIENTACIÓN, y en el funcionamiento interpersonal el nivel de EMPATÍA e INTIMIDAD. Los niveles de funcionamiento se miden en una escala del 0 al 4 según el grado de

severidad. El concepto de **Identidad** es la capacidad de experimentarse uno mismo como único, con límites claros entre uno mismo y los otros; con estabilidad en autoestima y precisión en la auto-apreciación, así como la capacidad para regular un rango de experiencias emocionales. La **Auto-orientación** la explican como la capacidad para perseguir metas coherentes y significativas a corto plazo; utilizar conductas constructivas y con estándares pro-sociales internos, y la habilidad de auto-dirigirse productivamente. La **Empatía** la definen como la comprensión y apreciación de las experiencias y motivaciones de otros; tolerar diferentes puntos de vista, y entender los efectos de los propios comportamientos en otros. La **Intimidad** se refiere a la profundidad y duración de la conexión con otros, el deseo y capacidad de acercamiento, mutualidad reflejada en el comportamiento interpersonal.

- 2) Criterio B: uno o más rasgos patológicos de la personalidad.
 - Los rasgos de personalidad patológicos se organizan en 5 dominios: Afectividad negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Dentro de los 5 dominios hay 25 rasgos específicos que se mencionan a continuación:
 - 1) Afectividad Negativa – labilidad emocional, ansiedad, inseguridad a la separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresivo, suspicacia, afecto restringido o ausente.
 - 2) Desapego – abstención, evitación de la intimidad, anhedonia, depresión, afecto restringido, suspicacia.
 - 3) Antagonismo – manipulación, defraudador, grandiosidad, búsqueda de la atención, callo emocional, hostilidad.
 - 4) Desinhibición – irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, conductas riesgosas, perfeccionismo inflexible.
 - 5) Psicoticismo – creencias y experiencias inusuales, excentricidad y desregulación cognitiva y perceptual.
- 3) Criterio C: la disfunción y la expresión de los rasgos de personalidad son relativamente inflexibles y persistentes a lo largo de un amplio rango de situaciones personales y sociales.
- 4) Criterio D: la disfunción y los rasgos de personalidad, son estables en el tiempo, con inicio al menos en la adolescencia o en la adolescencia temprana.
- 5) Criterio E: la disfunción y los rasgo de personalidad no son mejor explicados por otro trastorno mental.
- 6) Criterio F: la disfunción y los rasgos de personalidad no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.
- 7) Criterio G: el funcionamiento y los rasgos de la personalidad no son mejor entendidos como normales para la etapa de desarrollo del individuo o el ambiente sociocultural.

Específicamente para el Trastorno Límite de Personalidad se proponen los siguientes criterios diagnósticos:

- A) CRITERIO A: al menos 2 o más de las siguientes áreas:

- Identidad: pobremente desarrollada, auto-imagen inestable, auto-crítica excesiva, sentimientos crónicos de vacío, estados disociativos bajo estrés.
 - Auto-orientación: inestabilidad en metas, aspiraciones, valores o planes profesionales.
 - Empatía: habilidad comprometida de reconocer los sentimientos y necesidades de otros, asociada con hipersensibilidad interpersonal, percepción de otros basada selectivamente a través de los atributos negativos o vulnerabilidades.
 - Intimidad: intensa, inestable y relaciones cercanas conflictivas, marcada desconfianza, necesidad y preocupación ansiosa por abandono real o imaginado. Las relaciones cercanas por lo general vistas en los extremos de idealización y devaluación, y alternando entre sobre involucramiento y abstención.
- B) CRITERIO B: 4 o más de los siguientes rasgos patológicos. Al menos uno debe de ser impulsividad, conductas riesgosas u hostilidad:
- Labilidad emocional: experiencias emocionales inestables, cambios de humor frecuentes, emociones que fácilmente se activan de forma intensa y/o de forma desproporcionada en relación a los eventos o circunstancias.
 - Ansiedad: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión, pánico, con frecuencia activados por estrés interpersonal. Preocupación por los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades futuras negativas. Sentimientos de miedo, aprensión y amenaza por la incertidumbre. Miedo a perder el control.
 - Inseguridad al abandono: miedo al rechazo y/o separación de personas significativas, miedos a una dependencia excesiva y completa pérdida de autonomía.
 - Depresión: frecuentemente sentimientos de tristeza, miseria y desesperanza. Dificultad para recuperarse de dichos sentimientos. Pesimismo sobre el futuro, vergüenza persistente, sentimientos de inferioridad, pensamientos suicidas y conductas suicidas.
 - Impulsividad: actuación en respuesta al estímulo inmediato, actuando sin un plan o consideración de las consecuencias, dificultad para establecer planes subsecuentes. Sentimientos de urgencia y conductas autolesivas ante estrés emocional.
 - Conductas de riesgo: meterse en actividades peligrosas, de riesgo y potencialmente autodestructivas de forma innecesaria y sin consideración de las consecuencias. Falta de consciencia de las limitaciones de uno mismo y negación de la realidad peligrosa para uno mismo.
 - Hostilidad: sentimiento frecuentes y persistentes de enojo. Enojo e irritabilidad en respuesta a insultos menores o leves.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En esta investigación se busca ahondar en el estudio de la psicopatología del Trastorno Límite de Personalidad. Surge este estudio del conocimiento de que una de las características importantes en la formación de la *Estructura Límite de Personalidad* es el uso de Mecanismos de Defensa Primitivos. Se pretende realizarlo en un tiempo determinado de la vida de los sujetos que padecen este trastorno, ya que ahora sabemos que la patología Límite de Personalidad es relativamente estable a lo largo de la vida. Se seleccionara un grupo de pacientes que cursen con un Episodio Depresivo Mayor para que a partir de ese punto (relativamente uniforme y homogéneo) se analizaran dos grandes grupos: aquellos con Trastorno Límite de personalidad comórbido y aquellos sin la patología del Eje II. Es importante mencionar que el uso de mecanismos de defensa primitivos, el fenómeno principal a investigar, no es un proceso aislado y tiene una relación dinámica con otros aspectos importantes de la estructura límite mencionados por Kernberg. Es importante mencionar que es esperado que se reporten altos perfiles de discapacidad por el hecho de que toda la muestra padezca de depresión.

Tiene importancia esta investigación en el sentido de que un proceso psicopatológico, como son los mecanismos de defensa, encadena otros procesos patológicos que dan como resultado disfunción global del individuo. La investigación tendrá importancia para el estudio en psicopatología descriptiva, considerar factores pronóstico y puntos de entrada al tratamiento. Posiblemente al final de la investigación se podrán generar nuevas preguntas que tendrán implicaciones en la psiquiatría social: ¿por qué se generan defensas primitivas en la vida adulta?, ¿cuál es el papel de la sociedad en la formación de la identidad?, ¿se puede modificar el desarrollo de individuo desde su núcleo humano?, ¿son los mecanismos de defensa engranes en las formas de vivir?

En esta investigación nos interesa conocer si las defensas primitivas en los sujetos con Trastorno Límite de Personalidad tienen una relación con la disfunción que uno puede observar en la clínica de estos pacientes. Es importante comparar estos sujetos con un grupo de pacientes que no cumplen con este diagnóstico, comparar las diferencias y similitudes en la disfunción global y la relación con los tipos de mecanismos de defensa. Se busca encontrar la importancia de los mecanismos de defensas maduros en la calidad de vida de los sujetos; partiendo del conocimiento de que la carencia de distorsión de la

realidad es necesaria para proteger a los individuos y ayudar a preservar un auto-concepto positivo ante estresores. Las defensas maduras están relacionadas con la capacidad para ser empáticos, estar conscientes de las perspectivas de otros durante los conflictos y desempeñarse bien en tareas instrumentadas como entrevistas de trabajo. Este estudio tiene implicaciones para entender puntos blancos de intervención psicosocial que influenciaran en las diferentes esferas de la vida de cada sujeto. Se pretende entonces investigar factores de la personalidad potencialmente modificables.

La importancia de la investigación en mecanismos de defensa se basa en que éstos, junto con las relaciones objetales, son los aspectos más importantes de la teoría de la Psicología del Yo. Las defensas son un punto de entrada al entendimiento del paciente y poder advertir sobre el verdadero conflicto interno. Se conoce entonces que son generadores de síntomas en la edad adulta y se asocian a trastornos de personalidad. Los mecanismos de defensa se encuentran debajo de muchos síntomas y predicen patrones de conducta. Se sugiere que en la práctica psiquiátrica el estado mental o las propuestas diagnósticas no están completas sin un esfuerzo por identificar los mecanismos de defensa dominantes en el paciente. La medicina de la conducta no es adecuada si no se entiende por completo lo que son los mecanismos de defensa. En psiquiatría por lo general no es el estresor sino la respuesta idiosincrática del paciente lo que lleva a los signos y síntomas. Es importante entender el papel homeostático que tienen los mecanismos de defensa para poder usar estos como aliados de la psicoterapia en el proceso de mejoría psicológica.

A pesar de que en la actualidad hay un gran interés clínico orientado hacia la psicodinamia, poca investigación se ha hecho en esta materia. En lo que respecta a los mecanismos de defensa, en gran medida, se debe a la falta de un método muy confiable para valorar la presencia de un rango de defensas completo o por lo menos sus derivados conscientes. Ha habido pocos estudios, y pocos han relacionado los tipos de defensas usados en el trastorno límite de personalidad y diferenciarlos de otros trastornos psiquiátricos, y además buscar la relación con el contexto social y la calidad de vida. Para esta investigación es importante encontrar con mayor claridad esos puntos blancos de la enfermedad, útiles para realizar intervenciones psicoterapéuticas que influenciaran en la calidad de vida y la funcionalidad e investigar sobre factores que están ligados con la salud en general del individuo. Las enfermedades ocurren en un contexto o sistema social y por

lo tanto factores de la vida del paciente dentro de dicho sistema pueden influir en su funcionamiento y de la misma forma en el curso y tratamiento de la enfermedad. Se sabe que las defensas juegan un rol importante en la psicoterapia ya que son predictores de mejoría. Se pretende dilucidar correlatos de estos mecanismos de defensa con la percepción subjetiva de discapacidad y continuar la línea de investigación de la psicoterapia en la práctica clínica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad: ¿existen diferencias en el uso de mecanismos de defensa comparados con pacientes con el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de la Personalidad; y estas diferencias están relacionadas al perfil de discapacidad?

OBJETIVOS

A) OBJETIVO GENERAL

Comparar el uso de los mecanismos de defensa y los perfiles de discapacidad en pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad y pacientes con Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de la Personalidad.

B) OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Describir el uso de los mecanismos de defensa en pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad.
2. Describir el uso de los mecanismos de defensa en pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de la Personalidad.

3. Comparar el uso de los mecanismos de defensa en pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad con pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de Personalidad.
4. Determinar en pacientes con Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad la asociación entre el manejo de los mecanismos de defensa y el perfil de discapacidad.
5. Determinar en pacientes con Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de la Personalidad la asociación entre el manejo de los mecanismos de defensa y el perfil de discapacidad.

HIPÓTESIS

A) HIPÓTESIS GENERAL

Los pacientes con Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de Personalidad se correlacionan con altos perfiles de Discapacidad y mayor uso de mecanismos de defensa mal adaptativos comparados con pacientes con Episodio Depresivo Mayor y sin Trastorno límite de personalidad.

B) HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Los pacientes con Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad reportarán mayores niveles mal adaptativos de mecanismos de defensa.

Los pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad se correlacionarán con perfiles de discapacidad más severos comparados con aquellos sin el trastorno de personalidad.

Los mecanismos de defensa con niveles mal adaptativos se asocian a los altos perfiles de discapacidad.

METODOLOGÍA

1. DISEÑO DE ESTUDIO

Según Alvan Feinstein se trata de un estudio observacional, transversal, comparativo y prolectivo.

2. PARTICIPANTES

La muestra de sujetos que cumplieron con los criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor se dividió en dos grupos: 1) sujetos con criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de Personalidad comórbido (depresión/TLP); y 2) sujetos sin criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de Personalidad (depresión/sin TLP). Se obtuvo la muestra de investigación de una población de pacientes ambulatorios y hospitalizados pertenecientes al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) en México, D.F. Se consideraron aptos para la investigación aquellos sujetos que acudieron por primera vez a la institución a través del servicio de Preconsulta, los que acudieron por primera vez a la evaluación de historia clínica, y los que ya pertenecían a la consulta externa de psiquiatría general y la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad. Asimismo se valoraron sujetos hospitalizados incluyendo aquellos que habían tenido sintomatología grave como: ideación suicida, gesto suicida e intento suicida reciente; pero no aquellos con síntomas psicóticos en los últimos 2 meses previos a la evaluación. Se elaboró un documento informativo del proyecto, el cual se entregó a los médicos de la Preconsulta, de hospitalización, residentes de segundo año de psiquiatría general y de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, con el fin de detectar los pacientes candidatos a participar en la investigación.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

Criterios de Inclusión

- a. Edad entre 18 y 60 años.
- b. Género: Masculino o Femenino.

- c. Los sujetos con criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor activo al ser evaluados con la Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)
- d. Los sujetos con Episodio Depresivo Mayor con cualquiera de las siguientes características:
 - Episodio actual con severidad: Leve, Moderada o Grave (ideación suicida, /homicida, gesto suicida e intento suicida).
 - Episodio actual: único, recurrente, agudo o crónico.
 - Episodio actual con o sin síntomas de: ansiedad, características melancólicas o atípicas.
 - Episodio depresivo resistente o no a tratamiento.
- e. Los sujetos con o sin el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad al ser evaluados con la SCID-II (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders).
- f. Los sujetos con o sin RASGOS/TRASTORNOS de otros tipos de personalidad diferentes al límite al ser evaluados con la SCID-II.
- g. Sujetos con o sin autolesiones actuales o previas.
- h. Aquellos que firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- a. Sujetos que no aceptaron participar en el estudio.
- b. Sujetos que presentaron criterios diagnósticos de algún otro trastorno psiquiátrico al ser evaluados con la M.I.N.I.
- c. Sujetos con consumo activo de sustancias en el mes previo a la evaluación
- d. Los pacientes con Episodio Depresivo Mayor con cualquiera de las siguientes características:
 - Sujetos con episodio con sintomatología psicótica (delirios y/o alucinaciones) en los últimos 2 meses.
 - Sujetos con remisión total o parcial del episodio actual.
 - Sujetos con episodio actual con síntomas: mixtos, catatónicos, de inicio en el periparto y con patrón estacional.

Criterios de Eliminación

- a. Sujetos que durante la aplicación del estudio decidieron suspender su participación.
- b. Sujetos que contestaron en forma incompleta o no pudieron entender las preguntas del cuestionario.

4. TAMAÑO DE MUESTRA

Se evaluaron a 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. De estos pacientes solo se excluyeron a 3 ya que realizaron de manera incompleta las escalas autoaplicables. La muestra total obtenida fue de 97 pacientes deprimidos. Según la SCID-II autoaplicable, cumplieron los criterios para Trastorno Límite de Personalidad (TLP) 10 hombres y 66 mujeres ($n = 76$; grupo depresión/TLP). Con este tamaño de muestra se detectaron correlaciones significativas con valor de $r > 0.254$ con significancia $p = 0.05$.

5. VARIABLES

A continuación se presenta una tabla en la que se enlistan las variables contenidas en el estudio, determinando su tipo y el instrumento de evaluación que se aplicó para medir cada una de ellas.

Tabla 4.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Edad	DIMENSIONAL	Formato De Datos Clínicos Demográficos.
Sexo	DICOTOMICA	
Escolaridad (en años)	DIMENSIONAL	
Estatus Marital (con o sin pareja)	CATEGÓRICA	
Ocupación	CATEGÓRICA	
<u>Episodio Depresivo Mayor</u>		Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)
Único o recurrente.	DICOTÓMICA	
Crónico o agudo	DICOTÓMICA	
Síntomas acompañantes: ninguno, ansiosos y/o melancólicos	CATEGÓRICA	
Riesgo Suicida: Ninguno, Leve, Moderado, Grave	CATEGÓRICA	
<u>Medicamentos</u> : ninguno, antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas, anticonvulsivantes, otros.	CATEGÓRICA	
<u>Trastorno Límite de Personalidad</u>	DICOTÓMICA	SCID-II Entrevista Autoaplicable Para Los Trastornos De La Personalidad
<u>Mecanismos de Defensa</u>	DIMENSIONAL	DSQ-88 (Cuestionario de Estilos Defensivos-88)
<u>Perfil de Discapacidad</u>	DIMENSIONAL	WHO-DAS 2.0 Cuestionario para la evaluación de discapacidad

6. ESCALAS E INSTRUMENTOS MEDICIÓN

A) DEFENSIVE STYLE QUESTIONNAIRE DE 88 ÍTEMS (DSQ-88)

Es un instrumento elaborado por M. Bond y su grupo de trabajo en 1983. Es un instrumento autoaplicable designado para el estudio del funcionamiento defensivo a través de sus derivados conscientes (actitudes y conductas). En un inicio contenía 97 ítems, posteriormente 88 y al final se elaboró la versión de 40 ítems. La versión de 88 ítems evalúa 25 defensas que han demostrado correlación con la DMRS del DSM y los hallazgos de Vaillant. Contiene 10 ítems falsos (6, 14, 15, 20, 26, 31, 38, 44, 48, 57) que no evalúan ningún mecanismo de defensa y se usa para valorar veracidad. El cuestionario utiliza una escala tipo Likert, indicando en un grado del 1 al 9 la calidad de desaprobación o aprobación de acuerdo al contenido del ítem, desde “muy de acuerdo” a “muy desacuerdo”. Toda la escala fue construida de tal manera que la calificación más alta indicará que el sujeto utilizaba más esa defensa. En la Tabla 5 se agrupan las defensas/ítems en 4 factores según como se aplicó en esta investigación:

Tabla 5.

FACTOR	Tipo de Defensa	Ítems correspondientes
Factor 1 – Nivel de acción mal adaptativa	Agresión Pasiva	2, 22, 39, 45, 54 (5 ítems)
	Acting Out	7, 21, 27, 33, 46 (5 ítems)
	Somatización	28, 62 (2 ítems)
	Queja/ Rechazo de ayuda	69, 75, 82 (ítems)
	Retirada Social	32, 35, 49 (3 ítems)
	Regresión	9, 67 (2 ítems)
	Consumo	73, 79, 85 (3 ítems)
Factor 2 – Nivel de imagen distorsión	Omnipotencia	11, 18, 23, 24, 30, 37 (6 ítems)
	Negación	16, 42, 52, (3 ítems)
	Idealización Primitiva	51, 58 (2 ítems)
	Proyección	4, 12, 25, 36, 55, 60, 66, 72, 87 (9 ítems)
	Escisión	43, 53, 64 (3 ítems)
	Fantasía Autística	40 (1 ítem)
	Identificación Proyectiva	19 (1 ítem)
Factor 3 – Nivel de autosacrificio	Anulación/ Abstención	71,78,88 (3 ítems)
	Aislamiento afectivo	70, 76,77, 83 (4 ítems)
	Desplazamiento	74, 84 (2 ítems)
	Inhibición	10, 17, 29, 41, 50 (5 ítems)

	Formación Reactiva	13, 47, 56, 63, 65 (5 ítems)
Facto 4 – Nivel Adaptativo	Supresión	3, 59 (2 ítems)
	Sublimación	5 (1 ítem)
	Humor	8, 34, 61
	Afiliación	80, 86 (2 ítems)
	Anticipación	68, 81 (2 ítems)
	Pseudoaltruismo	1 (1 ítem)
Escala Falsa		6, 14, 15, 20, 26, 31, 38, 44, 48, 57 (10 ítems)

Ha demostrado ser un instrumento de confianza y validez interna. Actualmente las escalas han sido traducidas en muchos idiomas incluidos francés, español, italiano, portugués, alemán, japonés, chino, entre otros. Ha sido la escala más utilizada en investigaciones incluidas en mexicanos con buena confiabilidad y validez interna. Confiabilidad y validez: el resultado de alfa de Cronbach es de 0.698- 0.73. Según estudios de Bond, et al. (1983) son considerados representativos del tipo de mecanismo de defensa aquellos pacientes que puntúan en los factores 1,2 y 3 por arriba del 0.5 de la desviación estándar y en el factor 4 por debajo del 0.5 de la desviación estándar. En 1998 Enrique Chávez León hizo la validación de la escala al español en mexicanos, encontrado una Confiabilidad alfa de Cronbach de 0.9080 con el DSQ-88 ítems.

B) WHO-DAS 2.0- CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE 36 ÍTEMS AUCTOAPLICABLE

Es un instrumento multidimensional elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el 2000 en Génova, Suiza. Comprende 36 ítems autoaplicables que captura 6 dominios: 1) Comprensión y Comunicación. 2) Capacidad para moverse en su entorno (alrededor). 3) Cuidado personal. 4) Relacionarse con otras personas. 5) Actividades de la vida diaria. 6) Participación en sociedad. Estos dominios reflejan dos dimensiones de disfunción según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF, WHO 2001): A) Limitaciones de la actividad (1, 2 y 3) y B) Participación (4,5 y 6). Se ha probado ya en 16 lenguajes diferentes. Se evalúa cada ítem en una escala tipo Likert de 1 a 5 de “Ninguna” a “Extremo no puedo hacerlo”. Se tiene una confiabilidad de 0.69-0.89 en cada ítem, 0.93-0.96 en cada dominio y 0.98 en promedio general.

C) SCID-II ENTREVISTA AUTOAPLICABLE PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Es una entrevista creada por Spitzer et al (1987) como complemento del SCID, que es una entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos mentales incluidos en el Eje I. El SCID-II permite hacer el diagnóstico de 12 trastornos de personalidad contemplados en el Eje II. Las preguntas están organizadas por diagnóstico. Contiene una parte que se aplica a través de entrevista clínica y una parte autoaplicable. Cada una de ellas está constituida por 119 reactivos presentados en forma de pregunta acerca del Eje II. Primero se le entrega al paciente la parte autoaplicable para que marque los reactivos que van de acuerdo con su forma de ser, y que corresponden a los criterios de los diferentes trastornos de personalidad. Posteriormente se entrevista al sujeto preguntando solo acerca de aquellos reactivos positivos. En este proyecto solo se utilizó la parte autoaplicable de este instrumento.

D) MINI-INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (M.I.N.I.)

Es una corta entrevista estructurada desarrollada en 1990 por los psiquiatras y clínicos David V. Sheehan y Yves Lecrubier en los Estado Unidos y Europa para los trastornos psiquiátricos del DSM-IV y el CIE-10. Su administración se logra durante 15 minutos aproximadamente. Fue designada por la necesidad de una entrevista psiquiátrica estructurada corta pero precisa para ensayos clínicos multicéntricos y estudios epidemiológicos. Es la entrevista psiquiátrica estructurada con fines diagnósticos más utilizada.

7. PROCEDIMIENTO

Inicialmente los médicos tratantes o aquellos que proporcionaban la atención captaron los posibles pacientes para la investigación, les explicaban brevemente sobre el protocolo, los pacientes aceptaban participar y el médico les comunicaba con el investigador. El investigador principal se encargó de acudir a los diferentes servicios de la institución antes mencionados donde se encontraban los pacientes. A dichos pacientes se les invitó a participar en la investigación y, aquellos que aceptaron, se les entregó el documento de **Consentimiento Informado (Anexo 2)**. En dicho documento se especificaron con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio. Se realizó una revisión personalizada del consentimiento con cada uno de los sujetos para confirmar que el contenido del mismo, y el procedimiento de la investigación fuera comprendido en su totalidad. Aquellos que optaban por conocer sus resultados, se les asignó un código de identificación con el que pudieron solicitarlos vía correo electrónico. Todos los sujetos de la investigación fueron evaluados de forma individual, dentro de las instalaciones de la Institución. Una vez que los sujetos firmaron el consentimiento informado se siguieron los siguientes pasos: 1) los pacientes completaron el Formato de Datos Clínicos Demográficos, el cual incluía Edad, Sexo, Escolaridad (en años), Estatus Marital (con o sin pareja) y Ocupación; 2) el investigador principal aplicó la M.I.N.I. con el fin de precisar la presencia del episodio depresivo mayor, determinar sus especificadores, valorar el riesgo suicida y descartar la presencia de otros trastornos psiquiátricos; la aplicación de la entrevista se llevó a cabo en una duración de 15 a 20 minutos, si algún paciente no cumplía con los criterios de inclusión se daba por concluida su participación en el estudio y se les explicaban las razones; 3) el investigador indagó sobre el uso de tratamiento farmacológico psiquiátrico, preguntando el tipo de medicamento utilizado (antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, anticonvulsivantes u otros) y las dosis empleadas; y 4) se les entregaron las escalas y cuestionarios autoaplicables en una sola fase de 60 minutos de duración, en la cual se incluía la SCID-II (25 minutos), la WHO-DAS 2.0 (15 minutos) y el DSQ-88 (20 minutos); se resolvieron dudas de comprensión sobre los ítems al final de la fase de aplicación. Una vez realizados estos procedimientos, las personas finalizaron su participación en el estudio. Posteriormente se analizaron cada uno de los datos obtenidos y se concentraron los resultados en una base de datos en Microsoft Office Excel.

8. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables categóricas se expresaron con porcentajes y las dimensionales con medias y desviaciones estándar. Para la comparación de variables categóricas se utilizó χ^2 de Pearson. Los contrastes de las variables dimensionales se efectuaron por medio de una ANOVA simple F de Fisher.

9. IMPLICACIONES ÉTICAS

Esta fue una investigación con riesgo mínimo para los participantes. La obtención de datos se realizó mediante cuestionarios autoaplicables, en un ambiente donde los sujetos de estudio pudieran sentirse cómodos de revelar la información personal de utilidad para la investigación y con la libertad de expresar su inconformidad ante esto.

A todos los sujetos, sin excepción, se les informó verbalmente los procedimientos a llevar a cabo y los motivos de estudio; y se solicitó su consentimiento por escrito para su participación, respetando su confidencialidad y conformidad para reportar los resultados.

El contenido del Consentimiento Informado (ANEXO 2) entregado a los sujetos constituyó la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, la garantía de recibir aclaración a cualquier pregunta y duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento.

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los sujetos que aceptaron participar se les asignó un código numérico, por lo que su nombre y datos generales quedaron bajo el resguardo de los investigadores del estudio y no aparecieron en ninguno de los reportes de la investigación.

RESULTADOS

PARTICIPANTES

Se evaluaron a 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. De estos pacientes se excluyeron a 3 ya que realizaron de manera incompleta las escalas autoaplicables a pesar de haberse resuelto sus dudas sobre comprensión de los ítems. La muestra total obtenida fue de 97 pacientes, todos ellos cumplieron con síntomas para Episodio Depresivo Mayor. Según la SCID-II autoaplicable, cumplieron los criterios para Trastorno Límite de Personalidad (TLP) 10 hombres y 66 mujeres (n = 76), el resto no cumplieron con criterios diagnósticos para el trastorno (n = 21).

En la Tabla 6 se muestran los datos obtenidos en relación a la distribución por edad, sexo y grupo de investigación. 84 sujetos fueron del sexo femenino y 13 del sexo masculino; para el grupo con depresión/sin TLP: 3 hombres y 18 mujeres, y para el grupo con depresión/TLP: 10 hombres y 66 mujeres. La media de edad de la muestra total fue de 30.5 años (DE±10.9). La media de edad por sexo fue similar para hombres (32.4 DE±11.9) y mujeres (30.2 DE±10.8). La media de la edad por grupos de investigación fue mayor en el grupo con depresión/sin TLP (35.1 DE±13.3) que el grupo con depresión/TLP (29.2 DE±9.9).

Tabla 6. Distribución de la edad por sexo y grupos de investigación

Sexo	Depresión/Sin TLP			Depresión/Con TLP			Total		
	N	Media (años)	DStd	N	Media (años)	DStd	n	Media (años)	DStd
Masculino	3	41.7	15.0	10	29.6	10.0	13	32.4	11.9
Femenino	18	34.1	13.1	66	29.2	10.0	84	30.2	10.8
Total	21	35.1	13.3	76	29.2	9.9	97	30.5	10.9

En la Tabla 7 se muestran los datos obtenidos en relación a la distribución por estado civil, sexo y grupo de investigación. La mayoría de los sujetos (76.29%) no tenían pareja (solteros, separados, divorciados y en viudez); 12 sujetos (93.31%) del sexo masculino y 62 (73.81%) del sexo femenino (n= 74). Tan solo 23 sujetos reportaron tener pareja. 59 sujetos (77.63%) del grupo con depresión/TLP y 15 (71.43%) del grupo con depresión/sin TLP reportaron no tener pareja.

Tabla 7. Distribución del estado civil por sexo y grupos de investigación

Sexo	Estado Civil	Depresión/Sin TLP (n)	Depresión/Con TLP (n)	Total (n)
Masculino	Sin Pareja	2	10	12
	Con Pareja	1		1
Femenino	Sin Pareja	13	49	62
	Con Pareja	5	17	22
Total (n)		21	76	97

En la Tabla 8 se muestran los datos obtenidos en relación a la distribución por ocupación, sexo y grupo de investigación. 12 sujetos (12.37%) reportaron estar desempleados, 26 (26.80%) tenían una ocupación, 33 (34.02%) eran estudiantes y 26 (26.80%) se dedicaban a las labores del hogar. Del grupo con depresión/sin TLP 14.29% (n=3) reportaron no tener empleo en comparación con 11.84% (n=9) del grupo con depresión/TLP. La mayoría de los sujetos en la investigación tenían una ocupación diaria (87.63%; n=85).

Tabla 8. Distribución de la ocupación por sexo y grupos de investigación

Sexo	Ocupación	Depresión/Sin TLP (n)	Depresión/Con TLP (n)	Total (n)
Masculino	Sin Empleo	3	1	4
	Con Empleo		5	5
	Estudiante		4	4
Femenino	Sin Empleo		8	8
	Con Empleo	6	15	21
	Estudiante	6	23	29
	Hogar	6	20	26
Total (n)		21	76	97

En la Tabla 9 se muestran los datos obtenidos en relación a la distribución por escolaridad en años y grupo de investigación. La media para escolaridad en el grupo con depresión/sin TLP fue de 14.1 años (DE±3.4), la cual fue similar en el grupo con depresión/TLP (14.9 años, DE±3.2). Una prueba F de Fisher no demostró diferencias significativas entre grupos (F=0.96, p=0.330).

Tabla 9. Distribución de la escolaridad por grupos de investigación

Escolaridad	Depresión/ Sin TLP		Depresión/ Con TLP		F	Sig.
	Media	DStd	Media	DStd		
Años Estudiados	14.1	3.4	14.9	3.2	0.96	0.330

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se obtuvieron los pacientes de diferentes áreas clínicas dentro de la institución como se mencionó previamente. Posterior a evaluarse los sujetos con la M.I.N.I en Español 5.0.0 (2005) se distribuyeron los pacientes según los especificadores para el episodio depresivo mayor (recurrente/único, agudo/crónico, con síntomas melancólicos, con síntomas ansiosos). De esta entrevista se utilizó el apartado de Riesgo Suicida (apartado: C) el cual mide la presencia en el último mes de deseos suicidas, intención autolesiva, ideación suicida, planeación suicida e intento suicida, e intento suicida a lo largo de la vida; posteriormente se clasificó el riesgo suicida en: nulo, leve, moderado o grave.

En la Tabla 10 se muestran los datos obtenidos en relación a la distribución por área clínica de procedencia y grupo de investigación. 42 sujetos (43.30%) eran provenientes de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, 40 (41.24%) de la consulta externa de Psiquiatría General, 8 (8.25%) del área de Hospitalización y 7 (7.22%) del área de Preconsulta. La mitad de los pacientes del grupo con depresión/TLP se obtuvieron de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad (n=38). La mayoría de los sujetos con depresión/sin TLP se obtuvieron de la consulta externa de psiquiatría general (n=13; 61.90%).

Tabla 10. Distribución de la población por área de clínica y grupos de investigación

Área Clínica	Depresión/Sin TLP (n)	Depresión/Con TLP (n)	Total (n)
Consulta Externa	13	27	40
Clínica de TLP	4	38	42
Hospital	3	5	8
Preconsulta	1	6	7
Total (n)	21	76	97

En la Tabla 11 se muestran los datos obtenidos en relación a los especificadores de recurrencia y curso de la depresión por grupo de investigación. La mayoría de los sujetos presentaban un episodio depresivo mayor de forma recurrente (n=80; 82.47%). La mayoría de los sujetos presentaban un episodio de curso agudo (menos de 2 años de evolución) (n=75; 77.31%). En ambos grupos la mayoría de los sujetos tenían un episodio depresivo mayor recurrente agudo (depresión/sin TLP n=14, 67%; depresión/TLP n=47, 61.84%).

Tabla 11. Distribución de la población según especificadores de recurrencia y curso de la depresión

Recurrencia	Curso	Depresión/Sin TLP (n)	Depresión/Con TLP (n)	Total (n)
Único	Agudo	3	11	14
	Crónico		3	3
Recurrente	Agudo	14	47	61
	Crónico	4	15	19
Total (n)		21	76	97

En la Tabla 12 se muestran los datos obtenidos en relación a los especificadores de síntomas ansiosos y melancólicos de la depresión por grupo de investigación. 85 de los sujetos reportaron síntomas ansiosos concomitantes a la depresión (87.63%). 61 reportó la presencia de síntomas melancólicos concomitantes (62.89%). La mayoría de los sujetos reportó la presencia de síntomas ansiosos y melancólicos juntos (n=53; 54.64%). La mayoría de los sujetos (n= 45; 59.21%) del grupo con depresión/TLP reportaron síntomas ansiosos y melancólicos juntos. La mayoría de los sujetos en el grupo con depresión/sin TLP reportó la presencia de síntomas ansiosos sin síntomas melancólicos (n=11; 52.40%).

Tabla 12. Distribución de la población según especificadores de síntomas ansiosos y melancólicos de la depresión

Síntomas Ansiosos	Síntomas Melancólicos	Depresión/Sin TLP (n)	Depresión/Con TLP (n)	Total (n)
Ausentes	Ausentes		4	4
	Presentes	2	6	8
Presentes	Ausentes	11	21	32
	Presentes	8	45	53
Total (n)		21	76	97

En la Tabla 13 se muestran los datos obtenidos en relación al tipo de medicamento prescrito por grupo de investigación. 72 (74.23%) de los sujetos utilizaban antidepresivos, 16 (16.5%) utilizaban antipsicóticos, 30 (31%) utilizaban benzodiazepinas, 15 (15.5%) utilizaban anticonvulsivantes, 13 (13.40%) utilizaban otros medicamentos diferentes. Al comparar las variables entre grupos con una χ^2 de Pearson, se encontró que el grupo con depresión/TLP utilizaba más anticonvulsivantes que el grupo con depresión/sin TLP ($\chi^2=4.903$; $p=0.027$). No se encontraron diferencias significativas entre grupos en el resto de medicamentos prescritos.

Tabla 13. Distribución de la población por medicamentos y grupos de investigación

Tipo de Medicamento		Depresión/Sin TLP	Depresión/Con TLP	Total (n)	χ^2	Sig.
Antidepresivos	Sin	8	17	25	2.127	0.145
	Con	13	59	72		
Antipsicóticos	Sin	19	62	81	0.946	0.331
	Con	2	14	16		
Benzodiazepinas	Sin	15	52	67	0.070	0.792
	Con	6	24	30		
Anticonvulsivantes	Sin	21	61	82	4.903	0.027
	Con		15	15		
Otros	Sin	19	65	84	0.347	0.556
	Con	2	11	13		

En la Tabla 14 se muestran los datos obtenidos en relación al riesgo suicida por grupo de investigación. La mayoría de los sujetos tenía un riesgo suicida leve (44.33%) en comparación con aquellos con riesgo suicida nulo (28.9%), moderado (10.31%) y grave (16.5%). En el grupo con depresión/TLP la mayoría tenía un riesgo suicida leve (46.05%) mientras que en el grupo con depresión/sin TLP la mayoría tenía un riesgo suicida nulo (52.4%). 20% de los sujetos del grupo con depresión/TLP tenía riesgo suicida grave en comparación con 5% del grupo con depresión/sin TLP.

Tabla 14. Distribución de la población por Riesgo Suicida y grupos de investigación

	Riesgo Suicida			
	Nulo (n)	Leve (n)	Moderado (n)	Grave (n)
Depresión/Sin TLP	11	8	1	1
Depresión/Con TLP	17	35	9	15
Total (n)	28	43	10	16

MECANISMOS DE DEFENSA

Los puntajes totales en los Estilos Defensivos del DSQ-88 para el grupo con depresión/TLP y el grupo control se muestran en la Tabla 15. Se dividieron los grupos de mecanismos de defensa en cuatro niveles adaptativos desde los más maladaptativos o inmaduros hasta los más adaptativo o maduros (1- Nivel de acción mal adaptativa, 2- Nivel de imagen distorsión, 3- Nivel de autosacrificio y 4- Nivel adaptativo). La comparación del promedio de los niveles de defensa demostró diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes con depresión/TLP puntuaron significativamente más alto en el Nivel de acción mal adaptativa ($F=44.71$, $p<0.001$) y el Nivel de imagen distorsión ($F=15.02$, $p<0.001$). En los Niveles de autosacrificio y adaptativo no hubo diferencias significativas entre los grupos de investigación.

Tabla 15. Distribución de los niveles adaptativos de Mecanismos de Defensa por grupos

Nivel	Depresión/Sin TLP		Depresión/Con TLP		F	Sig.
	Media	DStd	Media	DStd		
Nivel de acción mal adaptativa	82.14	27.84	131.63	30.58	44.71	<0.001
Nivel de imagen distorsión	70.71	27.56	101.87	33.82	15.02	<0.001
Nivel de autosacrificio	72.05	30.66	87.84	24.04	6.27	0.014
Nivel Adaptativo	47.19	13.50	48.83	14.34	0.22	0.640
Validación (sinceridad)	45.10	16.17	56.42	14.17	9.89	0.002

DISCAPACIDAD

Los puntajes en la WHO-DAS 2.0 (36 ítems Autoaplicable) se dividieron en 6 dominios de discapacidad:

D1: Comprensión y Comunicación. (Concentrarse, recordar cosas importantes, analizar y encontrar soluciones a los problemas, aprender nuevas actividades, entender lo que otros dicen o transmiten e iniciar o mantener una conversación)

D2: Capacidad para moverse en su alrededor o entorno. (Estar de pie durante largos periodos de tiempo, ponerse de pie, moverse dentro de casa, salir de su casa, caminar largas distancias)

D3: Cuidado Personal. (Bañarse, vestirse, comer, estar solo varios días)

D4: Relacionarse con otras personas. (Relacionarse con personas que no conoce, mantener una amistad, llevarse bien con personas cercanas, hacer nuevos amigos, tener relaciones sexuales)

D5: Actividades de la vida diaria. (Cumplir con sus quehaceres de la casa, realizar bien los quehaceres, acabar todo el trabajo de la casa, acabar los quehaceres de la casa tan rápido como sea necesario, llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares, realizar bien las tareas de su trabajo o de la escuela, acabar todo el trabajo, acabar el trabajo tan rápido como sea necesario)

D6: Participación en sociedad. (Participación en actividades de la comunidad, barreras u obstáculos existentes en su entorno, vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otros, tiempo dedicado a su condición de salud o a las consecuencias, afección emocional por la condición de salud, impacto económico personal o familiar por la condición de salud, grado de dificultad personal o familiar, capacidad para realizar cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar)

Los puntajes en los Dominios de Discapacidad de la WHO-DAS 2.0 (36 ítems Autoaplicable) para el grupo con depresión/TLP y el grupo control se muestran en la Tabla 16. La comparación del promedio de los dominios demostró diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes con depresión/TLP puntuaron significativamente más alto para discapacidad en los dominios de “*Comprensión y Comunicación*” ($F=17.38$, $p<0.001$) y “*Relacionarse con otras personas*” ($F=15.12$, $p<0.001$). El número de días con discapacidad, días con incapacidad total y capacidad limitada no mostraron diferencias significativas entre los grupos. No hubo diferencias significativas en el resto de dominios de discapacidad.

Tabla 16. Distribución de los dominios de Discapacidad por grupos de investigación

Dominio de Discapacidad	Depresión/ Sin TLP		Depresión/ Con TLP		F	Sig.
	Media	DStd	Media	DStd		
Comprensión y Comunicación	12.24	3.63	17.42	5.36	17.38	<0.001
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)	8.57	3.41	11.08	4.55	5.50	0.021
Cuidado Personal	6.38	2.52	8.74	3.74	7.37	0.008
Relacionarse con otras personas	9.14	4.00	13.26	4.37	15.12	<0.001
Actividades de la vida diaria	18.71	6.75	24.37	8.90	7.29	0.008
Participación en sociedad	20.52	5.18	24.29	6.61	5.81	0.018
En los últimos 30 días: número de días con las dificultades.	13.05	8.86	19.33	10.52	6.25	0.014
En los últimos 30 días: número de días de incapacidad total para las actividades.	8.05	10.69	10.13	8.62	0.86	0.355
En los últimos 30 días: número de días con capacidad limitada para las actividades.	6.19	10.47	11.38	9.50	4.70	0.033

CORRELACION MECANISMOS DE DEFENSA CON DISCAPACIDAD

Realizando una correlación de Pearson, de acuerdo al tamaño de la muestra, se encontró una correlación significativa entre ciertos Dominios de Discapacidad y Niveles adaptativos de Mecanismos de defensa. La Tabla 17 demuestra dicha relación. El Nivel de acción mal adaptativa se correlacionó significativamente de con la presencia de Discapacidad en todos los dominios de evaluación. El Nivel de imagen distorsión se correlacionó significativamente con Discapacidad en la “*Comprensión y Comunicación*”, la “*Capacidad para moverse en su alrededor o entorno*”, el “*Cuidado Personal*” y “*Relacionarse con otras personas*”. El Nivel de autosacrificio se correlacionó significativamente con Discapacidad en “*Relacionarse con otras personas*”. El Nivel Adaptativo de Mecanismos de Defensa no solo no se correlacionó de manera significativa con la presencia de discapacidad sino que hay una correlación negativa (aunque no estadísticamente significativa) con discapacidad en la “*Comprensión y Comunicación*”, la “*Capacidad para moverse en su alrededor o entorno*”, las “*Actividades de la vida diaria*” y la “*Participación en sociedad*”.

Tabla 17. Correlaciones de Pearson entre Dominios de Discapacidad y Niveles adaptativos de los Mecanismos de Defensa. Muestra Total (n=97)

Discapacidad	Mecanismos de Defensa				Validación (sinceridad)
	Nivel de acción mal adaptativa	Nivel de imagen distorsión	Nivel de auto sacrificio	Nivel Adaptativo	
Comprensión y Comunicación	0.372*	0.296*	0.181	-0.050	0.139
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)	0.261*	0.259*	0.120	-0.068	0.084
Cuidado Personal	0.414*	0.375*	0.205	0.145	0.157
Relacionarse con otras personas	0.470*	0.449*	0.347*	0.070	0.287*
Actividades de la vida diaria	0.473*	0.215	0.086	-0.103	0.335*
Participación en sociedad	0.416*	0.251	0.201	-0.004	0.183

*p<0.01

ANÁLISIS DIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La distribución dimensional, entre grupos, de los síntomas relacionados con los trastornos de personalidad evaluados con la SCID-II autoaplicable se muestra en la Tabla 18. La SCID-II evalúa 12 trastornos de personalidad. Utilizando los puntajes totales, la comparación del promedio de los síntomas relacionados a trastornos de personalidad (sin utilizar puntos de corte) demostró diferencias significativas entre los grupos de investigación. El grupo de pacientes con depresión/TLP puntuaron significativamente más alto en la comorbilidad con síntomas de Trastorno de Personalidad Depresivo ($F=54.58$, $p<0.001$), Pasivo-agresivo ($F=49.09$, $p<0.001$), Paranoide ($F=40.86$, $p<0.001$), Narcisista ($F=30.58$, $p<0.001$), Dependiente ($F=23.40$, $p<0.001$) y Esquizotípico ($F=23.30$, $p<0.001$).

Tabla 18. Distribución Dimensional de los síntomas relacionados con Trastornos de la Personalidad entre los grupos de investigación

Trastornos de Personalidad	Depresión/ Sin TLP		Depresión/ Con TLP		F	Sig.
	Media	DStd	Media	DStd		
Evitativo	2.67	2.11	4.59	2.14	13.44	<0.001
Dependiente	1.76	1.41	3.75	1.73	23.40	<0.001
Obsesivo-compulsivo	3.05	1.75	4.76	2.17	11.15	0.001
Pasivo-agresivo	1.81	1.60	4.96	1.88	49.09	<0.001
Depresivo	2.67	1.96	5.84	1.68	54.58	<0.001
Paranoide	2.29	1.45	5.34	2.05	40.86	<0.001
Esquizotípico	1.48	1.12	4.39	2.70	23.30	<0.001
Esquizoide	2.10	2.07	2.79	1.55	2.83	0.096
Histriónico	1.24	1.79	2.76	1.95	10.46	0.002
Narcisista	2.71	2.19	7.66	3.92	30.58	<0.001
Límite	2.38	1.28	10.46	2.91	152.33	<0.001
Antisocial	0.62	1.28	2.09	2.49	6.79	0.011

ANALISIS CATEGORICO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La distribución categórica de los otros trastornos de personalidad según la SCID-II autoaplicable se muestra en la Tabla 19. Utilizando los puntos de corte para cada Trastorno de Personalidad, la comparación del número de trastornos demostró diferencias significativas entre los grupos de investigación. El grupo de pacientes con depresión/TLP puntuaron significativamente más alto en la comorbilidad con Trastorno de Personalidad Depresivo (F=26.30, p<0.001), Pasivo-agresivo (F=24.81, <0.001), Narcisista (F=24.81, p<0.001), Paranoide (F=21.23, p<0.001), y Esquizotípico (F=17.26, p<0.001).

Tabla 19. Distribución Categórica de los Trastornos de la Personalidad por grupos de investigación

Trastorno de Personalidad					Total	χ^2	Sig.
	Sin		Con				
Evitativo							
Depresión/Sin TLP	15	71.4%	6	28.6%	21	5.16	0.023
Depresión/Con TLP	33	43.4%	43	56.6%	76		
Dependiente							0.017
Depresión/Sin TLP	20	95.2%	1	4.8%	21	5.75	
Depresión/Con TLP	53	69.7%	23	30.3%	76		
Obsesivo-compulsivo							0.011
Depresión/Sin TLP	13	61.9%	8	38.1%	21	6.41	
Depresión/Con TLP	24	31.6%	52	68.4%	76		
Pasivo-agresivo							<0.001
Depresión/Sin TLP	17	81.0%	4	19.0%	21	24.81	
Depresión/Con TLP	17	22.4%	59	77.6%	76		
Depresivo							<0.001
Depresión/Sin TLP	17	81.0%	4	19.0%	21	26.30	
Depresión/Con TLP	16	21.1%	60	78.9%	76		
Paranoide							<0.001
Depresión/Sin TLP	16	76.2%	5	23.8%	21	21.23	
Depresión/Con TLP	17	22.4%	59	77.6%	76		
Esquizotípico							<0.001
Depresión/Sin TLP	21	100.0%	0	0.0%	21	17.26	<0.001
Depresión/Con TLP	38	50.0%	38	50.0%	76		

Tabla 19. Distribución Categórica de los Trastornos de la Personalidad por grupos de investigación (Continuación)

Trastorno de Personalidad					χ^2	Sig.	
Esquizoide	Sin		Con		Total	0.34	0.552
Depresión/Sin TLP	15	71.4%	6	28.6%	21		
Depresión/Con TLP	49	64.5%	27	35.5%	76		
Histriónico	Sin		Con		Total	1.72	0.189
Depresión/Sin TLP	19	90.5%	2	9.5%	21		
Depresión/Con TLP	59	77.6%	17	22.4%	76		
Narcisista	Sin		Con		Total	24.81	<0.001
Depresión/Sin TLP	17	81.0%	4	19.0%	21		
Depresión/Con TLP	17	22.4%	59	77.6%	76		
Antisocial	Sin		Con		Total	2.98	0.084
Depresión/Sin TLP	19	90.5%	2	9.5%	21		
Depresión/Con TLP	55	72.4%	21	27.6%	76		

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue el abordar el fenómeno psicopatológico de los Mecanismos de Defensa y sus correlaciones con la Discapacidad y el Trastorno Límite de Personalidad. Se sabe que los trastornos de personalidad en general son fuertes predictores de respuesta a tratamiento, una causa de muerte prematura por suicidio, y conlleva costos para su atención. Se ha considerado que los mecanismos de defensa desadaptativos son predictores de pobre calidad de vida, la presencia de psicopatología y mala salud general.

Los hallazgos de esta investigación llevan a una aproximación a las actuales teorías psicoanalíticas de las relaciones objetales en los modelos de estudio de los trastornos de personalidad. Es importante mencionar que la base de un entendimiento psicodinámico de los trastornos de personalidad es que las conductas observables y lo reportado subjetivamente por los pacientes (los criterios diagnósticos de los consensos internacionales de clasificación de enfermedades mentales, ej.: DSM, CIE) son solo características que sobresalen de las estructuras psicológicas alteradas de base. Por tanto, un trastorno de personalidad severo es una falta de integración de dichas estructuras psicológicas.

En este estudio los pacientes deprimidos que contaban con el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, puntuaron significativamente más alto que aquellos que tenían depresión sin TLP en los niveles defensivos de acción mal adaptativa (Agresión Pasiva, Acting Out, Somatización, Queja/ Rechazo de ayuda, Retirada Social, Regresión y Consumo) y de imagen distorsión (Omnipotencia, Negación, Idealización Primitiva, Proyección, Escisión, Fantasía Autística e Identificación Proyectiva). Además los puntajes reportados aparecieron en un orden descendente según el grado de madurez, con mayor tendencia por el uso de los mecanismos más inmaduros. Lo que es consistente con otros resultados ya reportados en estudios previos tanto en poblaciones mexicanas como en otros países. También es consistente con la teoría psicodinámica la cual propone que

una integración anormal de las experiencias afectivas negativas acumuladas en la infancia, por distorsiones en el vínculo con el cuidador primario, suscita una serie de mecanismos mentales disfuncionales para manejar con los afectos negativos. Por ejemplo, la proyección es utilizada para deshacerse del afecto negativo y percibirlo como si proviniera del exterior, asimismo la idealización primitiva es una forma de protección contra el daño en las relaciones interpersonales pero en una interminable oscilación entre la idealización y la ideación paranoide.

Hasta ahora no se han publicado investigaciones donde se haya utilizado la WHODAS 2.0 para valorar la Discapacidad en el Trastorno Límite de Personalidad. En comparación con los sujetos únicamente deprimidos, los pacientes deprimidos con TLP comórbido puntuaron significativamente más alto para discapacidad en los dominios de “*Comprensión y Comunicación*” (concentrarse, recordar cosas importantes, analizar y encontrar soluciones a los problemas, aprender nuevas actividades, entender lo que otros dicen o transmiten e iniciar o mantener una conversación) y “*Relacionarse con otras personas*” (relacionarse con personas que no conoce, mantener una amistad, llevarse bien con personas cercanas, hacer nuevos amigos, tener relaciones sexuales). El número de días con discapacidad, días con incapacidad total y capacidad limitada no mostraron diferencias significativas entre los grupos. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios en la investigación y con las teorías psicodinámicas. Asimismo al valorar toda la muestra, se encontró una fuerte correlación entre el tipo de mecanismos de defensa y el grado de discapacidad, el nivel de acción mal adaptativa (el nivel defensivo más inmaduro) se correlacionó significativamente de manera positiva con la presencia de discapacidad en todos los dominios de evaluación, el Nivel de imagen distorsión (el segundo nivel más inmaduro) se correlacionó significativamente de manera positiva con discapacidad en la “*Comprensión y Comunicación*”, la “*Capacidad para moverse en su alrededor o entorno*”, el “*Cuidado Personal*” y “*Relacionarse con otras personas*”, el nivel de autosacrificio se correlacionó significativamente de manera positiva con

discapacidad solo en “*Relacionarse con otras personas*”, y el nivel adaptativo de Mecanismos de Defensa no solo no se correlacionó de manera significativa con la presencia de discapacidad sino que hay una correlación negativa con discapacidad en la “*Comprensión y Comunicación*”, la “*Capacidad para moverse en su alrededor o entorno las actividades de la vida diaria*” y la “*Participación en sociedad*”. Los datos que obtenidos por dominios de discapacidad, apuntan a que aun en un Trastorno Depresivo, el mayor impacto en el funcionamiento no lo da la patología depresiva per se, si no la presentación de un Trastorno Depresivo junto con un Trastorno de Personalidad. Este mecanismo fenomenológico podría deberse a un efecto sumario, o bien, que las áreas de funcionamiento afectadas por la comorbilidad son diferentes a cuando solo existe un Trastorno Depresivo. Según John F. Clarkin, Frank E. Yeomans y Otto F. Kernberg (2006), en la formación de la personalidad, el individuo con una organización de personalidad normal necesita un concepto integrado del *self* y otros, lo que conforma el concepto de Identidad. La Identidad provee un sentido de coherencia interna lo cual se refleja en la conducta. Dicha coherencia es considerada básica para: la autoestima, el placer, la capacidad de obtener placer de las relaciones interpersonales y del compromiso al trabajo, la realización de habilidades, deseos y metas a largo plazo, tener una evaluación realista de otros, desarrollas empatía y tacto social, y la capacidad para hacer compromisos emocionales con otros y al mismo tiempo mantener un sentido de autonomía. Sujetos con trastornos de personalidad, por ende, presentan problemas para regular los afectos y el desarrollo de relaciones sociales y conciencia de uno mismo; elementos esenciales en la calidad de vida, constructo fuertemente vinculado al de discapacidad.

Otro aspecto importante a mencionar es que el procedimiento diagnóstico que se utilizó para la depresión y sus especificadores fue apropiado, ya que se utilizó una entrevista clínica estructurada. Se considera como una posible limitación, que los pacientes fueron evaluados clínicamente en solo una ocasión y las exploraciones

fueron elaboradas únicamente por el investigador principal. Asimismo, tomando en cuenta que para esta investigación la medición del Riesgo Suicida no fue uno de los objetivos principales, se utilizó únicamente el apartado de Riesgo Suicida de la M.I.N.I en Español 5.0.0 (apartado: C; 2005) para medir las dimensiones de esta variable; pero con este medio la evaluación solo incluye la presencia en el último mes de deseos suicidas, intención autolesiva, ideación suicida, planeación suicida, intento suicida e intento suicida a lo largo de la vida. Según la *American Psychiatric Association* (2010), para una evaluación completa del Riesgo Suicida se debe de considerar, no solo la conducta suicida actual, sino también: el grado de suicidalidad (grado de intencionalidad suicida y letalidad de los intentos), la presencia de enfermedades no psiquiátricas, una historia familiar con suicidio y trastornos mentales, la presencia de estresores psicosociales (reciente deprivación de redes sociales, desempleo, pérdida del estado socioeconómico, pobre relación con la familia, recepción de violencia intrafamiliar, reciente evento de riesgo para la vida), las vulnerabilidades individuales (desesperanza, agresividad, impulsividad, etc.), el trauma en la infancia, factores cognitivos individuales y factores demográficos. Consideramos para futuras investigación evaluar dicha variable tomando en cuenta toda la gama de dimensiones.

El diagnóstico de un trastorno de la personalidad, es una situación que en general es compleja. En este estudio se utilizó la parte autoaplicable de un instrumento diagnóstico, el SCID-II, pero sin aplicar la parte que se lleva a cabo a través de la entrevista clínica. Al valorar los puntajes de la SCID-II autoaplicable, primero se realizó una evaluación dimensional comparando los puntajes totales de todos los trastornos de personalidad y luego se realizó una segunda evaluación categórica según los puntos de corte de cada trastorno. Ambas valoraciones demostraron convergencia e intersecciones entre los trastornos. Como comenta Peter Tyrer y colegas (2015) en la revista *Lancet*, se espera llegar a una definición de los trastornos de personalidad pero ciertos puntos importantes han hecho difícil este proceso. ¿Cuáles son las variaciones normales de una personalidad?, ¿qué tanto

influye la cultura?, ¿es válido pensar que existen categorías homogéneas de trastornos de personalidad? Esto ha generado la disociación de dos grupos de investigadores, los que aceptan la existencia de grupos de trastornos claramente bien definidos y aquellos que han optado por una nueva clasificación dimensional según las teorías de personalidad basadas en el rasgo ya establecidas. Hasta ahora las descripciones al respecto han mostrado tan solo entidades que se traslapan entre sí, sin límites demasiado claros. Hay varias investigaciones que han publicado dichas convergencias como la de Coid y colegas que reportan poblaciones con la presencia de 3 a 10 trastornos de personalidad comórbidos. John F. Clarkin, Frank E. Yeomans y Otto F. Kernberg (2006), también han mencionado sobre las limitaciones de estas aproximaciones diagnósticas, ya que el mismo comportamiento (o criterio diagnóstico) puede tener funciones y significados muy diferentes dependiendo de la organización de personalidad de base. Ellos mismo han propuesto ya un modelo que combina la definición categoría con la dimensional. Según este modelo uno puede conceptualizar el nivel o grado de organización de personalidad al evaluar aspectos de la identidad, mecanismos de defensa, prueba de realidad, relaciones objetales, agresión y valores morales; se propone que dicho modelo ayudará a un acercamiento más preciso e integral del paciente. Nuevamente esta investigación también enfatiza que un modelo categórico para evaluar el Trastorno Límite de Personalidad y los demás trastornos de personalidad es insuficiente. Es de suma importancia tomar en cuenta elementos estructurales de la personalidad, como los son los estilos defensivos (actualmente eliminados de las consideraciones clínicas en la versión 5 del DSM), ya que son los elementos que participan en la disfunción y discapacidad de los pacientes, y por tanto son meritorios de atención psiquiátrica dentro de un modelo de manejo continuo sino es que a lo largo de la vida.

La presente investigación tuvo un diseño transversal, sin embargo, los resultados que se obtuvieron permitirán orientar a futuras investigaciones con una

aproximación dimensional de los fenómenos. Sería importante tomar en cuenta en las mediciones la intensidad de la sintomatología depresiva.

Para finalizar, a continuación se muestra un resumen organizado de los resultados:

Correlaciones positivas reportadas en la investigación

Trastorno Depresivo Mayor con Trastorno Límite de Personalidad	Estilo Defensivo	Nivel de acción Mal Adaptativo	<ul style="list-style-type: none"> • Agresión Pasiva • Acting Out • Somatización • Queja/rechazo de ayuda • Retirada Social • Regresión • Consumo
		Nivel de Imagen-Distorsión	<ul style="list-style-type: none"> • Omnipotencia • Negación • Idealización primitiva • Proyección • Escisión • Fantasía autística • Identificación Proyectiva
	Dominio de Discapacidad	Comprensión y Comunicación	Concentrarse, recordar cosas importantes, analizar y encontrar soluciones a los problemas, aprender nuevas actividades, entender lo que otros dicen o transmiten e iniciar o mantener una conversación.
		Relacionarse con otras personas	Relacionarse con personas que no conoce, mantener una amistad, llevarse bien con personas cercanas, hacer nuevos amigos y tener relaciones sexuales.

Tabla 20.

CONCLUSIONES

Para esta investigación se cumplió el objetivo general de comparar el uso de los mecanismos de defensa y los perfiles de discapacidad en pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad y pacientes con Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de la Personalidad.

En esta investigación los pacientes con Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de la Personalidad reportaron mayor uso de niveles mal adaptativos de mecanismos de defensa. Este grupo de pacientes también se correlacionó con perfiles de discapacidad más severos comparados con aquellos sin el trastorno de personalidad. Los niveles defensivos mal adaptativos se correlacionan con mayor grado de discapacidad en todos los dominios de discapacidad evaluados. Mientras que el nivel defensivo adaptativo no se correlacionó de manera significativa con la discapacidad, al contrario se correlacionó de manera negativa con la presencia de discapacidad en los dominios de *Comprensión y Comunicación, Capacidad para moverse en su alrededor o entorno, Actividades de la vida diaria y Participación en sociedad*. Lo cual resulta interesante ya que podríamos cuestionarnos si estos dominios y su disfunción, se relacionan más con el Nivel Defensivo en la estructura de personalidad de un individuo, y no tanto con la presencia de un trastorno comórbido como la depresión ya que en dichas observaciones estadísticas la depresión fue la constante en ambos grupos.

REFERENCIAS

1. Alvan R. Feinstein. 1985. Clinical epidemiology: the architecture of clinical research W.B. Saunders Co.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Cuarta Edición: Texto Revisado. Washington, DC; 2000.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition: Text Revision. Washington, DC; 2013.
4. Andrews, G., Singh, M., Bond, M. The defense style questionnaire. The Journal of Nervous and Mental Disease 1993; 181(4): 246-256.
5. Blais, Mark A.; Conboy, Cathy A.; Wilcox, Nancy; Norman, Dennis K. An Empirical Study of the DSM-IV Defensive Functioning Scale in Personality Disordered Patients. Comprehensive Psychiatry 1996; 37: 435-440.
6. Benítez, E., Chávez-León, E., Ontiveros, M., Yunes, A., Nafate, O. The Levels of Psychological Functioning of Personality and the Mechanisms of Defense. Salud Mental 2010. 33 (6): 517-526.
7. Brody, S., Carson, C.M. Brief report: Self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. Journal of Adolescence 2012; 35: 765–767.
8. Brody, S., Costa, R. Vaginal Orgasm Is Associated with Less Use of Immature Psychological Defense Mechanisms. J Sex Med 2008; 5: 1167–1176.
9. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Journal of Affective Disorders 2009; 117: S1–S2, S3-S4, S5-S14, S15-S25, S26-S43, S44-S53, S54-S64.
10. Carvalho, A. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. Journal of Affective Disorders 2013. 146: 58-65.

11. Chávez-León, E. Relación de los Mecanismos de Defensa con los Trastornos de Angustia. UNAM: Tesis de Posgrado. 1998.
12. Chávez-León, E., Lara, M., Ontiveros, M. An Empirical Study of Defense Mechanisms in Panic Disorder. *Salud Mental* 2006. 29 (6): 15-22.
13. Clarkin, J., Fonagy, P., Gabbard, G. O. *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders*. Primera Edición. USA: American Psychiatric Publishing 2010.
14. Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. American Psychiatric Publishing, 2006.
15. Coid J, Moran P, Bebbington P, et al. The co-morbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. *Crim Behav Ment Health* 2009. 19: 321–33.
16. Costa, R., Brody, S. Immature psychological defense mechanisms are associated with greater personal importance of junk food, alcohol, and television. *Psychiatry Research* 2013; 209: 535–539.
17. Cramer, P. Identity, Personality, and Defense Mechanisms: An Observer-Based Study. *Journal of Research in Personality* 1997. 31: 58-77.
18. Cramer, P. Personality, Personality Disorders and Defense Mechanisms. *Journal of Personality* 1999. 67 (3).
19. Davidson, K., Mac Gregor, M., Johnson, E., Woody, E., Chaplin, W. The Relation between Defense use and Adaptive Behavior. *Journal of Research in Personality* 2004. 38: 105-129.
20. Folkman, S., Lazarus, R. *Stress, Appraisal and Coping*. Primera Edición. USA: Springer Publishing Company 1984.
21. Fonagy, P., Bateman, A. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Primera Edición. Nueva York: Oxford University Press 2004.
22. Gabbard, G. O. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Tercera Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana 2000.

23. Gana, K., K'Delant, P. The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of Affective Disorders* 2011; 128: 128–134.
24. Hyphantis, T., Floros, GD, Goulia, P., Iconomou, G., Assimakopoulos, K. The Life Style Index: correlations with psychological distress and hostility. *Psychiatrike*. 2011; Jul-Sep; 22(3):207-20.
25. Hyphantis, T., Goulia, P., Carvalho, A. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of Psychosomatic Research* 75 (2013) 362–369.
26. Hyphantis, T., Taunay, T., Macedo, D., Soeiro-de-Souza, M., Bisol, L., Fountoulakis, K., Lara, D., Carvalho, A. Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *Journal of Affective Disorders* 2013; 150: 481–489.
27. Jacobs, D.G., Baldessarini, C.R.J., Conwell, Y., et al. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association, 2010.
28. Kernberg, O. F. *Trastornos Graves de la Personalidad*. Primera Edición. México: Manual Moderno 1987.
29. Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J., Despland, J. Change in defense mechanisms and coping patterns during the course of 2-year-long psychotherapy and psychoanalysis for recurrent depression: a pilot study of a randomized controlled trial. *Nerv Ment Dis*. 2013; Jul; 201(7):614-20.
30. López, M., Chávez León, E. Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad. *Revisión Latinoamericana de Psiquiatría* 2012; 11 (3): 73-81.
31. Lieberman, C. Bleichmar, N. *El Psicoanálisis después de Freud*. Primera Edición. México: Paidós 1997.
32. Luciano, J., Ayuso-Mateos, J., Aguado, J., Fernandez, A., Serrano-Blanco, A., Roca, M., Haro, J. Psychometric properties of the twelve item World

- Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive episode. *Journal of Affective Disorders* 2010; 121 52–58.
33. Malone, J. C, Cohen, S., Liu, S., Vaillant, G., Waldinger, R. Adaptive midlife defense Mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences* 2013; 55: 85-89.
 34. Marcia, J. Ego Identity and Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders* 2006; 20 (6): 577-596.
 35. Marjolein van Wijk-Herbrink, Andrea, H., Verheul, R. Cognitive Coping and Defense Styles in Patients with Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders* 2011; 25 (5): 634-644.
 36. McAdams, D., Olson, B. Personality Development: Continuity and Change Over the Life Course. *Annu. Rev. Psychol.* 2010; 61:517–42.
 37. Muris, Peter, Merckelbach, H. The short version of the Defense Style Questionnaire: factor structure and psychopathological correlates. *Personality and Individual Differences* 1996. 123-126.
 38. National Institute for Clinical Excellence Guidelines Borderline personality disorder: treatment and management. *Clinical Guideline 78.* 2009
 39. National Institute for Clinical Excellence Guidelines. Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. *Clinical Guideline 16.* 2004
 40. Perry, J C., Bond, M. *Textbook of Personality Disorders.* American Psychiatric Publishing 2005. Cap 33: Defense Functioning. 523-538.
 41. Sarno, I., Madeddu F., Gratz K.L. Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry* 2010; 25: 136–145.
 42. Sadock, B., Sadock V. Kaplan & Sadock *Sinopsis de Psiquiatría.* 10^a Edición. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.

43. Tyrer, P., Reed, G.M., Crawford, M.J. Personality disorder 1: Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015; 385: 717–26
44. Ungerer, J. A., Waters, B., Barnett, B., Dolby, R. Defense Style and Adjustment in Interpersonal Relationships. *Journal of Research in Personality* 1997. 31: 375-384.
45. Vaillant, G. Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers. Primera Edición. USA: American Psychiatric Press Inc. 1992.
46. Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L., Villatoro, J. Evaluación del Funcionamiento Social en Pacientes de un Centro de Salud. *Salud Pública de México*. 1989.
47. World Health Organization. Manual for WHO Disability Assessment Schedule 2.0. 2010.
48. Widiger, T., Simonsen, E., Sirovatka, P., Regier, D. Dimensional Models of Personality Disorders: Refining the research agenda for DSM-V. American Psychiatric Association: Washington, D.C. 2006.
49. Zanarini, M., Weingeroff, J., Frankenburg, F. Defense Mechanisms Associated with Borderline Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders* 2009. 23 (2): 113-121.
50. Zanarini, M., Frankenburg, F. The Essential Nature of Borderline Psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 2007; 21 (5): 518-535. 2007.
51. Zeigler-Hill, V., Chadha, S., Osterman, L. Psychological Defense and Self-esteem Instability: Is Defense Style Associated with Unstable Self-esteem? *Journal of Research In Personality* 2008; 42: 348-364.
52. Zoccali, R., Muscatello, M., Bruno, A., Barill`a, G., Campolo, M., Meduri, Familiari, M., Bonica, M., Consolo, P, Scaffidi, M. Anger and ego-defense mechanisms in non-psychiatric patients with irritable bowel syndrome. *Digestive and Liver Disease* 2006; 38: 195–201.

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación

“Mecanismos de Defensa y Perfil de Discapacidad en pacientes con el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de Personalidad comparados con pacientes con Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de personalidad”

Número de folio del interesado: _____

Le estamos ofreciendo **participar de forma voluntaria** en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a efectuar:

El objetivo es estudiar por medio de escalas y entrevistas a un grupo de pacientes. Nos interesa estudiar fenómenos psiquiátricos y su relación con la calidad de vida y funcionalidad del paciente.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

Procedimientos del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, solo contestará tres cuestionarios y el entrevistador aplicará una entrevista estructurada más. La realización de estas escalas y la entrevista tiene un riesgo mínimo para usted (NO se manipulará la conducta del participante).

- 1.- Se le pedirá su cooperación para contestar las escalas.
- 2.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 3.- **Su participación es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.**

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de los fenómenos psiquiátricos.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted contribuirá en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de estos fenómenos.
- 4.- **El beneficio directo para usted será valorar y conocer a profundidad la relación entre sus síntomas psiquiátricos, sus perfiles de mecanismos de defensa y la discapacidad.**

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Ricardo Escudero Monteverde.

Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

Contacto

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al Dr. Ricardo Escudero Monteverde al correo valtio_rem@hotmail.com o al teléfono 41605251.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador