

11265

1
2e1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**Instituto Mexicano de Psiquiatría
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado**

**RELACION DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA
CON LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA.**

T E S I S

Que para obtener el Grado de
Maestro en Psiquiatría (Psicología Médica)

P r e s e n t a

El Dr. ENRIQUE CHAVEZ LEON

Director de Tesis:

Dra. María del Carmen Lara Muñoz



México, D. F.

Marzo de 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

263636



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanas que me dieron lo esencial para mi vida.

A mis maestros que me permitieron que desarrollara mi vocación y me dieron mi profesión.

A Alfredo Castillo, mi analista, tutor y amigo, que me dio la oportunidad de ser feliz en la vida.

A mi esposa Martha y a mis hijos Aura y Daniel que me dieron esa felicidad.

CONTENIDO

| | Página |
|--|--------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| MANIFESTACIONES DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA | 5 |
| Las defensas como productoras de patología | 5 |
| RELACIÓN DE LAS DEFENSAS CON LA PERSONALIDAD SEGÚN KERNBERG. | 8 |
| Nivel superior de organización de la patología del carácter | 11 |
| Nivel intermedio de la organización de la patología del carácter | 11 |
| Nivel inferior de la organización de la patología del carácter | 12 |
| DEFENSAS Y PSICOLOGÍA DEL YO: VAILLANT | 18 |
| CONSENSO EN LA DEFINICIÓN DE MECANISMOS DE DEFENSA | 19 |
| NIVELES DEFENSIVOS | 22 |
| Nivel adaptativo alto | 22 |
| Nivel de inhibición mental | 23 |
| Nivel de distorsión menor de imagen | 23 |
| Nivel de encubrimiento | 23 |
| Nivel de distorsión mayor de imagen | 23 |
| Nivel de acción | 24 |
| Nivel de desequilibrio defensivo | 24 |
| DEFINICIÓN DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA | 24 |
| MÉTODOS DE EVALUACIÓN | 28 |
| | |
| TRASTORNOS DE ANGUSTIA | 31 |
| DESARROLLO HISTÓRICO | 32 |
| ENFOQUE PSICODINÁMICO | 33 |
| DESARROLLO INFANTIL | 38 |
| DIMENSIONES BIOLÓGICAS DE LA ANGUSTIA | 40 |
| | |
| ESTUDIOS ACERCA DE LA RELACIÓN DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA CON LOS TRASTORNOS MENTALES | 41 |
| RELACIÓN DE LOS ESTILOS DEFENSIVOS CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA | 44 |
| Estilos defensivos y depresión | 44 |
| Cambios en los estilos defensivos con la mejoría de la depresión | 46 |
| ESTUDIOS DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA EN LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA | 47 |

| | |
|--|----|
| OBJETIVOS | 53 |
| OBJETIVO GENERAL | 53 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 53 |
| HIPÓTESIS | 54 |
| MÉTODO | 55 |
| DISEÑO | 55 |
| PRIMERA PARTE. EL CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS (DSQ) | 55 |
| EL CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS EN ESPAÑOL | 61 |
| Confiabilidad y Validez del DSQ en Español | 61 |
| Cuadro 1. Trastornos observados en los pacientes incluidos en el análisis factorial para la validación del DSQ. | 62 |
| Validez | 63 |
| Validez de contenido | 63 |
| Cuadro 2. Trastornos observados en los pacientes incluidos en el análisis factorial para la validación del DSQ. | 64 |
| Validez de constructo | 65 |
| Cuadro 3. Agrupamiento de los reactivos en veinticinco mecanismos de defensa según el análisis factorial realizado en 261 sujetos. | 66 |
| Cuadro 4. Análisis factorial del DSQ. | 68 |
| Confiabilidad | 69 |
| SEGUNDA PARTE | 70 |
| SUJETOS | 70 |
| PROCEDIMIENTO | 71 |
| INSTRUMENTOS | 74 |
| ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (SCID II) | 74 |
| LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE ANSIEDAD DE HAMILTON | 75 |
| LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE DEPRESIÓN DE HAMILTON | 76 |
| LISTA DE SINTOMAS DE HOPKINS | 77 |
| IMPRESIÓN GLOBAL DEL MÉDICO | 78 |
| IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE | 79 |
| RESULTADOS | 80 |
| Cuadro 5. Características de los sujetos estudiados | 81 |
| Cuadro 6. Trastornos mentales presentes en la muestra total | 82 |
| Cuadro 7. Intensidad de la sintomatología | 84 |
| Mecanismos de defensa adaptativos | 85 |
| Cuadro 8. Puntuación en los mecanismos de defensa adaptativos de los tres grupos | 85 |
| Mecanismos de defensa desadaptativos | 85 |

| | |
|--|-----|
| Cuadro 9. Puntaje en los mecanismos de defensa desadaptativos del grupo control y el grupo total de pacientes | 86 |
| COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS CONTROL, TRASTORNOS DE ANGUSTIA Y CRISIS DE ANGUSTIA ASOCIADAS A OTROS DIAGNÓSTICOS | 87 |
| Mecanismos de defensa adaptativos | 87 |
| Cuadro 10. Puntuación en los mecanismos de defensa adaptativos de los tres grupos. | 89 |
| Mecanismos de defensa desadaptativos | 89 |
| Cuadro 11. Puntaje en los mecanismos de defensa desadaptativos de los tres grupos | 91 |
| COMPARACIÓN DE LAS DEFENSAS EN PACIENTES CON Y SIN RESPUESTA A TRATAMIENTO | 92 |
| Cuadro 12. Características de la muestra dividida en grupo que respondió a tratamiento y el grupo que no respondió a tratamiento o desertó del estudio | 94 |
| Cuadro 13. Características de la muestra dividida en grupo que respondió a tratamiento y el grupo que no respondió a tratamiento o desertó del estudio | 95 |
| Mecanismos de defensa adaptativos | 95 |
| Cuadro 14. Comparación de los pacientes por grupo según respuesta a tratamiento: mecanismos de defensa adaptativos | 96 |
| Mecanismos de defensa desadaptativos | 96 |
| Cuadro 15. Comparación de los pacientes por grupo según su respuesta a tratamiento: mecanismos de defensa desadaptativos. | 97 |
| DISCUSIÓN | 98 |
| CONCLUSIONES | 108 |
| BIBLIOGRAFÍA | 110 |
| ANEXO 1. CRITERIOS DE CRISIS DE ANGUSTIA (DSM III R) | |
| ANEXO 2. SCID II | |
| ANEXO 3. HAM - A | |
| ANEXO 4. HAM - D | |
| ANEXO 5. HSCL - 90 | |
| ANEXO 6. IMPRESIÓN GLOBAL DEL MÉDICO | |
| ANEXO 7. IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE | |
| ANEXO 8. CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS DE 88 REACTIVOS | |

RESUMEN

Se han estudiado poco los factores psicodinámicos que participan en los trastornos de angustia, a pesar de que siempre se ha señalado su participación en la etiología y en el tratamiento de esta patología. Esta es una investigación que utiliza el Cuestionario de Estilos Defensivos, después de haber establecido su confiabilidad y validez en la población mexicana, para comprobar la hipótesis de que los pacientes con crisis de angustia utilizan mecanismos de defensa adaptativos y desadaptativos específicos. Para ello se compararon los mecanismos de defensa de 48 pacientes con crisis de angustia asociadas o no a otros trastornos mentales con los de un grupo de 32 sujetos normales, observando que los pacientes utilizaron, de los mecanismos adaptativos, más a la formación reactiva y menos al humor y a la sublimación que el grupo control, y de los mecanismos de defensa desadaptativos, a la exoactuación, la somatización, el aislamiento social, la fantasía, la escisión, el rechazo de ayuda y la anulación. La comparación entre los pacientes, después de dividirlos en aquellos que solo tuvieron trastornos de angustia y los que además de crisis de angustia tuvieron otros trastornos mentales, no mostró diferencias en los mecanismos de defensa adaptativos ni en los desadaptativos. Cuando se determinó el papel de los mecanismos de defensa en la respuesta a tratamiento se observó, en aquellos que habían respondido a tratamiento farmacológico, que utilizaron más a la defensa de la anulación que aquellos pacientes que no habían respondido al tratamiento o bien habían desertado de éste.

INTRODUCCIÓN.

Cada especie, en el curso de su evolución, desarrolla diversos mecanismos por medio de los cuales se adapta a las condiciones vitales que encuentra. El hombre, la especie más desarrollada, ha logrado no sólo ajustes en su anatomía que lo protegen estructural o fisiológicamente de su ambiente, sino que también ha producido recursos psicológicos que lo ayudan a manejar sus tensiones y necesidades emocionales. Actuando sin que el individuo los reconozca conscientemente, estos recursos mentales efectúan una adaptación a las situaciones interiores y a las experiencias que, de otra manera serían penosas o intolerables.

Así como el cuerpo, a través de sus procesos físicos y bioquímicos, se esfuerza en mantener un equilibrio fisiológico u homeostasis, la personalidad, a través de procesos psicológicos automáticos e inconscientes, trata de mantener una estabilidad psicológica.

La personalidad desarrolla defensas específicas para enfrentarse a la angustia, a los impulsos agresivos, hostilidades, resentimientos y frustraciones. Todo el mundo hace uso constante de mecanismos de defensa, los cuales no necesariamente son patológicos ya que muchas veces promueven las capacidades del individuo, aunque en otros casos por la frecuencia con la que se usan y por el grado en que distorsionan la personalidad, dominan la conducta e impiden la adaptación. Según lo anterior, tanto en el "normal" como en el "anormal" tienen lugar procesos parecidos.

El término "defensa" apareció por primera vez en el año 1894, en el estudio de Freud sobre "Las neuropsicosis de defensa" empleándolo en éste y en otros de sus trabajos ulteriores (Etiología de la histeria, Observaciones ulteriores sobre las neuropsicosis de defensa) al describir las luchas del yo contra ideas y afectos dolorosos e insoportables. Más

tarde abandonó el término y en lo sucesivo lo sustituyó por el de “represión”, hasta 1926, en que en un apéndice complementario a “Inhibición, síntoma y angustia” .Freud retorna al viejo concepto de defensa sosteniendo la indudable ventaja de emplearlo de nuevo “como designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis, reservando el nombre de represión para uno de estos métodos de defensa” (Freud, 1943). El mismo apéndice contiene la hipótesis de “que una profundización de nuestros estudios podría demostrar un íntimo vínculo entre formas especiales de defensa y determinadas enfermedades, como la que, verbigracia, se observa entre la represión y la histeria”, en cambio, los métodos defensivos empleados en la neurosis obsesiva son la regresión y modificación reactiva del yo (formación reactiva), el aislamiento y la anulación.

En “Celos, Paranoia y Homosexualidad” describe a la introyección, la identificación y la proyección como los métodos defensivos que emplea el yo en este tipo de patología. En su trabajo “Los Instintos y sus Destinos” (Freud, 1943) describe la vuelta contra sí mismo y la transformación en lo contrario como dos mecanismos de defensa más.

A lo largo de cuarenta años Freud identificó a la mayor parte de los mecanismos de defensa reconociendo cinco propiedades características:

1. Las defensas son el medio principal para manejar instintos y afectos.
2. Las defensas son inconscientes.
3. Las defensas pueden distinguirse unas de otras, esto es, son distintas unas de otras.
4. Aunque a menudo producen trastornos psiquiátricos mayores, son reversibles.
5. Las defensas pueden tener una función adaptativa o patológica.

Anna Freud en su obra clásica "El yo y los mecanismos de defensa" describe en su capítulo "Mecanismos de Defensa", a los nueve métodos de defensa: represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario añadió un décimo, "más propio del estado normal que de las neurosis": la sublimación o desplazamiento del objeto instintivo. Describiendo a los mecanismos de defensa de la siguiente manera: "Todas las medidas defensivas del Yo contra el Ello ocurren en forma silenciosa e invisible. En rigor, no es dable seguir las en su transcurso y sólo es posible reconstruirlas. En el caso de la represión, el Yo no sabe de ésta. En general la percibe ulteriormente, al verificar la ausencia de ciertos fenómenos, verbigracia, cuando en el examen objetivo de un determinado individuo faltan aquellos impulsos del ello que esperaríamos encontrar en el Yo en busca de satisfacción. Si estos impulsos no emergen, podremos admitir que su acceso al Yo les ha sido vedado; que han sucumbido a la represión. En lo concerniente a la represión carecemos de otra experiencia. Igual cosa nos es dable decir a propósito de la formación reactiva. Esta defensa se produce en el curso del desarrollo infantil de forma inadvertida. Debido a que existen determinados rasgos de exageración obsesiva puede suponerse su carácter reactivo, encubridor de un antiguo conflicto" (Freud A, pp 18 y 19).

Treinta años después Anna Freud escribió: "las defensas tienen su propia cronología, pueden dar resultados patológicos si se usan antes de la edad apropiada o se mantienen durante demasiado tiempo. Ejemplo de ello son la negación y la proyección que son normales en la niñez y ocasionan patología en años posteriores; o la represión y la formación reactiva que limitan la personalidad del niño si se usan muy tempranamente".

MANIFESTACIONES DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

Tradicionalmente se propone que las defensas se manifiestan en los trastornos mentales (neurosis y psicosis), en la personalidad misma (neurosis del carácter) y también en un fenómeno presente en la relación terapéutica, la transferencia.

Las defensas como productoras de patología.

La corriente psiconalítica considera a los mecanismos de defensa como los elementos que dan lugar al síntoma. El conflicto intrapsíquico al tratar de ser mantenido fuera de la conciencia, es primero reprimido y en caso de que la tensión que condicionara fuera muy fuerte en el yo, participan entonces otros mecanismos de defensa generando así las manifestaciones clínicas características de las neurosis.

A continuación se describe cómo participan los mecanismos de defensa, en la formación de los síntomas "neuróticos". Es prudente aclarar que se utilizarán términos que en la actualidad no se encuentran en la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ni por la Organización Mundial de la Salud, pero que siguen teniendo validez para la Psicología y sobre todo para la psicoterapia de marco psicodinámico, como son los términos de Neurosis e Histeria.

Neurosis fóbica: las pulsiones que se encuentran localizadas en el Id o Ello, siempre están presentes y buscando su satisfacción. La represión las mantiene controladas, esto es, fuera de la conciencia del sujeto. Sin embargo, el aumento en la necesidad de satisfacer estos impulsos de carácter sexual y/o agresivo, ocasiona que el Ego utilice otras defensas auxiliares para evitar que el sujeto tenga advertencia de ellas. Las defensas van a ocasionar al síntoma fóbico.

Como primer paso, tanto la angustia como la pulsión se separan del estímulo primaria y se desplazan a otro elemento del contenido mental, que es inocuo, esto es, que no representaría normalmente una amenaza para el Ego, pero que se encuentra simbólicamente asociado al estímulo primario. Este “desplazamiento”, es precisamente un mecanismo de defensa. El desplazamiento es incapaz por sí mismo de proteger al paciente de la angustia, ya que no puede evitar que se presente en la mente la imagen temida. Se necesita otro mecanismo para poner distancia con el estímulo, en este caso proyectando la angustia de la imagen mental (interna) al objeto real del mundo exterior. El paciente entonces, sí puede evitar físicamente al objeto en el ambiente y no experimentar ansiedad, excepto cuando se encuentra frente a él.

La fobia representa el producto final de una serie de mecanismos de defensa del Ego: represión, desplazamiento, proyección y evitación para el manejo de las pulsiones inconscientes del sujeto. En las primeras formulaciones teóricas se proponían a los conflictos edípicos reprimidos como el factor patogénico subyacente a la neurosis fóbica - esto es, se creía que los impulsos incestuosos, eran los que ocasionaban la angustia en el Ego a través del miedo a la castración. Actualmente se propone que participan también las pulsiones pregenitales (especialmente la agresión y la necesidad de dependencia), y que también la angustia de separación, particularmente en la agorafobia, tiene la misma importancia que el miedo a la castración para hacer que el Ego movilice mecanismos de defensa, que llevan a la formación de síntomas fóbicos (Nemiah, 1988).

Neurosis obsesivo- compulsiva: psicodinámicamente, el mecanismo de defensa en la neurosis obsesivo compulsiva es la regresión. Al enfrentar un estímulo que eleva la libido

edípica que provoca angustia en el sujeto, en vez de reprimir la pulsión y convertir a la energía resultante en síntomas somáticos como en la histeria conversiva, o desplazar y proyectarlo como en la neurosis fóbica descrita, el paciente obsesivo compulsivo regresa de un nivel de desarrollo psicosexual edípico hasta la fase anal, regresión que es facilitada por la presencia de fijaciones anales resultado de alteraciones en su paso inicial durante la infancia. Esta regresión defensiva pone en acción cambios en la estructura psíquica que ocasiona nuevos problemas psicológicos que hacen necesarias nuevas defensas psicológicas.

Con estos cambios, el Id (Ello) funciona en la forma en que lo hizo en la fase anal del desarrollo. En el proceso normal del crecimiento psicológico temprano, las pulsiones sádicas y libidinales son dominadas por la libido genital, que fusionándolas parcialmente, transforma las pulsiones sádicas en pulsiones agresivas, más constructivas. Cuando se da la regresión en la neurosis obsesivo compulsiva, la fusión se deshace y entonces el Ego, tiene nuevamente que manejar las pulsiones anales sádicas y libidinales. El efecto directo de esta desfusión se observa en la ambivalencia que caracteriza a muchos pacientes obsesivos, quienes conscientemente experimentan amor y odio hacia sus seres queridos. Esta ambivalencia se manifiesta también, en la duda constante que hace que el sujeto quede paralizado cuando tiene que elegir.

Quizá los cambios más importantes que ocurren en el Ego son las defensas que tiene que utilizar para controlar las pulsiones arcaicas producto de la regresión, ya que éstas, las defensas, determinan la naturaleza de los síntomas que caracterizan a la obsesión compulsión. El mecanismo de defensa central es el aislamiento, que hace que el componente emocional de la pulsión permanezca inconsciente pero que no puede impedir que la idea,

pensamiento, imagen siga en la parte consciente del sujeto. La formación reactiva, mecanismo de defensa caracterológico, controla la agresión y los impulsos anales a través de mantener los patrones de conducta que son los opuestos cualitativamente de las pulsiones subyacentes. Cuando los mecanismos de defensa de aislamiento y formación reactiva funcionan exitosamente, llevan al sujeto a ser intelectualizado, poco emotivo, pasivo y perfeccionista, características de la personalidad obsesiva; aunque esto ocasiona que el sujeto tenga una vida emocional restringida, le hace permanecer relativamente libre de angustia y funcionar productivamente por períodos largos de la vida. Pero cuando aumenta la tensión de la pulsión, o la utilidad de las defensas disminuye, o ambas cosas ocurren, las pulsiones nuevamente tienden a emerger en la conciencia del sujeto. Debido al incremento de la energía que reciben de la pulsión, las fantasías anal- agresiva y anal- erótica, que habían disminuido y no demandaban su satisfacción, ahora adquieren las características de obsesiones y compulsiones. La angustia aumenta, conforme las pulsiones se acercan a la conciencia, y se requieren nuevamente otros mecanismos de defensa para controlarlas. Es el caso de la anulación (undoing), un mecanismo patente en los actos compulsivos y rituales con los que el paciente obsesivo compulsivo trata de revertir (anular) las consecuencias de sus fantasías (Nemiah, 1988).

RELACION DE LAS DEFENSAS CON LA PERSONALIDAD SEGÚN KERNBERG.

Aunque S. Freud, al igual que Wilhelm Reich (Reich, 1981) ya había descrito la participación de las defensas en la estructuración del carácter, en la actualidad el autor que ha establecido su papel es Otto Kernberg.

Hace una clasificación psicoanalítica de la patología del carácter, dividiéndola en tres niveles de organización. Para ello utiliza cuatro fundamentos, uno de los cuales son los mecanismos de defensa:

1. El desarrollo instintivo: se refiere a que tipo de tendencias instintivas predominan (el nivel superior en donde predominan las tendencias genitales; el nivel intermedio con predominio de las tendencias pregenitales, sobre todo de tipo oral; y un nivel inferior en el que predomina la agresión pregenital).
2. El desarrollo del superyó: de acuerdo a si está bien estructurado (nivel superior), si tiene grados variables de falta de integración (nivel intermedio) o bien predominan los precursores superyoicos sádicos sobre otros componentes superyoicos (nivel inferior).
3. Respecto de las operaciones defensivas del yo y, en particular, de la naturaleza de los rasgos patológicos del carácter, utiliza un modelo estructural, en donde se supone la existencia de dos niveles generales en la organización de las defensas del yo: 1) un nivel básico, cuyo mecanismo más importante es la escisión o disociación primitiva, y 2) un nivel más avanzado, en el cual la represión reemplaza a la escisión como mecanismo central. De acuerdo a esta clasificación el nivel superior de patología caracterológica presenta la represión típica de las organizaciones defensivas más avanzadas, junto con mecanismos afines tales como la intelectualización, la racionalización, la anulación y las formas más elaboradas de proyección. Lo mismo puede decirse del nivel intermedio de la patología del carácter, salvo que, además, los pacientes suelen presentar algunos de los mecanismos de defensa que, con una modalidad más acentuada, caracterizan el nivel inferior. En el nivel inferior predominan la disociación primitiva, con un concomitante deterioro de la función

sintética del yo y la presencia de mecanismos afines tales como la negación, formas primitivas de proyección y la omnipotencia, entre otros. Cuanto más bajo es el nivel de la organización defensiva del yo, mayor es el predominio de los rasgos caracterológicos patológicos en los que la manifestación de la defensa y del impulso están ligados de manera tal que la expresión del impulso principal se hace evidente por medio de la defensa. En el carácter normal prevalecen los rasgos sublimatorios. En el nivel superior de patología predominan los rasgos inhibitorios y reactivos; en el nivel intermedio aparecen defensas que combinan formaciones reactivas contra los instintos y la manifestación todavía parcial de los impulsos instintivos; y el nivel inferior se caracteriza por defensas con fuerte infiltración de elementos instintivos.

4. Respecto de las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas: en el nivel superior, la identidad del yo con sus respectivos componentes, el concepto del sí- mismo y el mundo de las representaciones están bien establecidos y no existe ninguna patología particular en las relaciones objetales internalizadas; lo mismo puede decirse del nivel intermedio, exceptuando que las relaciones objetales suelen ser más conflictivas que en el nivel superior; en el nivel inferior, por el contrario, existe una grave patología en la internalización de los vínculos objetales; éstos son de tipo “parcial”, más que “total”.

De acuerdo a los fundamentos descritos, los niveles de organización de patología del carácter tienen las siguientes características, añadiéndose los tipos de carácter que pertenecen a cada nivel:

Nivel superior de organización de la patología del carácter.-

Desarrollo instintivo: tendencias sexuales o agresivas parcialmente inhibidas, prevaleciendo la fase genital infantil y los conflictos edípicos.

Desarrollo del superyó: relativamente bien integrado, pero severo, punitivo, duro y perfeccionista.

Mecanismos de defensa: las defensas son en general excesivas y centradas en la represión.

Relaciones objetales internalizadas: el yo está bien integrado, al igual que la identidad del yo y sus componentes, el concepto del sí- mismo y el mundo de las representaciones.

Caracteres que corresponden a este nivel: caracteres histérico, obsesivo compulsivo y depresivo- masoquista.

Nivel intermedio de organización de la patología del carácter.-

Desarrollo instintivo: aparecen conflictos pregenitales, especialmente orales, aunque se haya llegado ya a la etapa genital del desarrollo de la libido, debido a una regresión desde los conflictos edípicos. Los componentes agresivos de los conflictos pregenitales, están atenuados, en contraste con lo que ocurre en el nivel inferior, en el cual la agresión adquiere caracteres más primitivos.

Desarrollo del superyó: está menos integrado y es aún más punitivo que en el nivel superior. Tolera exigencias contradictorias de los núcleos superyóicos sádicos y prohibitivos por una parte, y por la otra, de formas bastante primitivas (mágicas, sobreidealizadas) del ideal del yo. Así las demandas de grandeza, poder y atractivo físico coexisten con las de estricta perfección moral, manifestándose en un desvanecimiento parcial del límite entre el superyó y el yo del paciente. Existen contradicciones en la escala de valores del yo y en marcadas

variaciones del estado de ánimo, que son debidas a la naturaleza primitiva de la regulación del yo por parte del superyó.

Mecanismos de defensa: existen defensas caracterológicas patológicas que combinan formaciones reactivas contra los instintos con una parcial manifestación de los impulsos instintivos. Las defensas de tipo inhibitorio son más escasas que en un nivel superior, en tanto que las formaciones reactivas se hacen más prominentes; los rasgos del carácter presentan una mayor infiltración de tendencias instintivas, tal como lo demuestran las expresiones disociadas de las necesidades sexuales y agresivas inaceptables y una "impulsividad estructurada" en ciertas áreas. La represión es aún el principal mecanismo de defensa del yo, junto con otras defensas afines como la intelectualización, la racionalización y la anulación. Al mismo tiempo el paciente presenta ciertas tendencias disociativas del yo en determinados campos, junto con mecanismos de proyección y negación.

Relaciones objetales internalizadas: los vínculos objetales siguen siendo estables en lo que respecta a su permanencia, a la profundidad de la relación con los demás y a su naturaleza marcadamente ambivalente y conflictiva.

Caracteres que corresponden a este nivel: corresponden a este nivel los desórdenes caracterológicos de tipo pasivo - agresivo, las personalidades sadomasoquistas, algunas personalidades infantiles o "histeroides" y muchas de las personalidades narcisistas. En este nivel se encuentran los pacientes que presentan una desviación sexual estable y estructurada.

Nivel inferior de organización de la patología del carácter.-

Desarrollo instintivo: Existe una excesiva agresión pregenital que ocasiona una condensación patológica de los conflictos pregenitales y genitales con predominio de la

agresión pregenital. Así las tendencias edípicas de estos pacientes aparecen íntimamente condensadas con necesidades pregenitales sádicas y masoquistas.

Desarrollo del superyó: la integración del superyó es en este caso mínima, en tanto que alcanzan su grado máximo las tendencias del paciente a proyectar los núcleos superyoicos primitivos y sádicos, y los fundamentos de su autocrítica fluctúan constantemente. El superyó no tiene límites claros con el yo: es prácticamente imposible discriminar las formas primitivas del ideal del yo, de origen narcisista, de formas primitivas de una búsqueda también narcisista del poder, riqueza y admiración por parte del yo.

Mecanismos de defensa: la función sintética del yo está gravemente perturbada y la disociación primitiva (escisión) reemplaza a la represión como principal operación defensiva del yo. Esta escisión se pone de manifiesto en la alternancia de estados yoicos contradictorios y se ve reforzada por el uso que hace el paciente de la negación, la identificación proyectiva, la idealización primitiva, la devaluación y la omnipotencia. Este último mecanismo refleja una identificación defensiva del concepto del sí- mismo con los precursores del ideal del yo; es decir, con una condensación de imágenes primitivas e idealizadas del sí- mismo y del objeto. Estas defensas patológicas se caracterizan por su naturaleza impulsiva y por la infiltración de elementos instintivos; se produce una disociación recíproca de patrones de conducta repetitivos y contradictorios, lo cual permite la liberación directa de tendencias instintivas al mismo tiempo que la formación reactiva contra esas tendencias. Careciendo de un yo integrado y de la capacidad de tolerar sentimientos de culpa, estos pacientes tienen poca necesidad de recurrir a las racionalizaciones secundarias de los rasgos patológicos del carácter.

Relaciones objetales internalizadas: hay un grave deterioro de la capacidad de conciliar imágenes contradictorias “buenas” (libidinales) y “malas” (agresivas) del sí- mismo y del objeto. Esta incapacidad, se traduce en el establecimiento de relaciones objetales de características gratificantes o amenazadoras. Estos pacientes son incapaces de sentir empatía por los objetos en su totalidad; sus vínculos se refieren a objetos parciales, lo cual pone en evidencia que no han logrado la constancia objetal. La falta de integración de las representaciones del sí- mismo se refleja en la ausencia de un concepto integrado del sí- mismo. Su imagen interna es una caótica mezcla de representaciones vergonzosas, amenazadas y exaltadas. La ausencia de un mundo integrado de representaciones internalizadas objetales totales y de un concepto estable del sí- mismo produce el síndrome de difusión de identidad. La falta de integración de las tendencias libidinales y agresivas contribuye a una general falta de neutralización de la energía instintiva y a una acentuada disminución del área libre de conflictos del yo.

Caracteres que corresponden a este nivel: la mayoría de las personalidades infantiles y muchas personalidades narcisistas presentan este nivel de patología del carácter, que incluye también a las personalidades antisociales. Los así llamados caracteres caóticos e impulsivos, las personalidades “como si”, las “personalidades inadaptadas” y la mayoría de los caracteres “automutiladores” pertenecen a este grupo. También pertenecen a él, los pacientes con desviaciones sexuales múltiples (o con una combinación de desviaciones sexuales con drogadicción o alcoholismo) y con una patología grave del carácter (puestas de manifiesto en tendencias sexuales atípicas). Lo mismo cabe decir de las así llamadas estructuras

prepsicóticas de la personalidad; es decir, las personalidades hipomaniacas, esquizoides y paranoides.

El siguientes paso en la escala nos llevaría al campo de la psicosis. En efecto, el nivel inferior ya descrito, comprende los pacientes que son habitualmente incluidos en la categoría de los desórdenes fronterizos o “caracteres psicóticos” o que representan una “organización de la personalidad de tipo fronterizo”. El diagnóstico diferencial entre los pacientes con personalidad fronteriza y los psicóticos está centrado en la prueba de realidad, que persiste en los pacientes fronterizos y está perdida en los psicóticos. A su vez, esta diferencia depende de la discriminación de las representaciones del sí -mismo y objetales y de la consecuente definición de los límites yoicos; estos límites se mantienen en el nivel inferior de las patologías caracterológicas, en tanto que se pierde o está ausente en las psicosis (Kernberg, 1993).

Cabe mencionar que para Kernberg las defensas utilizadas por los pacientes fronterizos y los psicóticos son similares (principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación), pero en el caso de los pacientes psicóticos las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión sí -mismo/ objeto. Esta concepción es importante debido a que en el manejo psicoanalítico, el interpretar las defensas del paciente fronterizo mejora su funcionamiento; en cambio la interpretación en el paciente psicótico conduce a una mayor regresión y empeoramiento del cuadro (Kernberg, 1987).

Kernberg denomina a las defensas comunes para los pacientes fronterizos y psicóticos como “mecanismos de defensa primitivos”, señalando como pertenecientes a este

grupo a la escisión, la idealización primitiva, las formas tempranas de proyección, especialmente la identificación proyectiva, la negación, la omnipotencia y devaluación.

Escisión. Es el proceso de mantener activamente la separación entre las introyecciones y las identificaciones de calidad opuesta. La manifestación más conocida de la escisión es la división de los objetos externos en “totalmente buenos” y “totalmente malos”, lo cual trae aparejada la posibilidad de que un objeto oscile de manera radical y abrupta de un extremo al otro ; esto es, puede haber una total y repentina reversión de todos los sentimientos y conceptualizaciones acerca de una determinada persona. Del mismo modo, puede producirse una alternancia repetitiva y radical entre conceptos contradictorios de sí mismo. Este mecanismo de defensa, no aparece solo, sino que va asociado a otros. Naturalmente, lo mismo ocurre con la represión, que se combina con mecanismos de un “nivel superior”. La escisión suele aparecer ligada con uno o varios de los mecanismos siguientes :

Idealización primitiva. Es la tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos para poder contar con su protección contra los objetos “malos”, y para asegurarse de que no habrán de ser contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos. La idealización primitiva crea imágenes objetales totalmente buenas, poderosas y alejadas de la realidad y tiene además efectos negativos sobre el desarrollo del ideal del yo y el superyó. Puede considerarse, dentro del desarrollo, como precursora de las ulteriores formas de idealización (Kernberg, 1975).

Identificación proyectiva. El principal propósito de la proyección es externalizar las imágenes del sí -mismo agresivo y totalmente malo y las de los objetos de iguales

características; esta externalización da lugar a la aparición de objetos peligrosos y vengativos, de los cuales el paciente busca protegerse, pero lo logra en muy escasa medida. Aunque en los pacientes con nivel de funcionamiento limítrofe o fronterizo están bien establecidos los límites del yo, a diferencia de los psicóticos, lo que les permite diferenciar entre sí mismo y objeto en la mayoría de los aspectos de la vida, la misma intensidad de sus tendencias proyectivas, sumada a su labilidad yoica, debilita los límites de su yo en el área de la proyección de la agresión. Esto hace que los pacientes sientan que aún pueden identificarse con el objeto en el cual proyectaron la agresión; de manera que su persistente “empatía” con ese objeto ahora amenazante mantiene e incluso incrementa el temor a la propia agresión proyectada. En consecuencia, necesitan controlar al objeto para impedir que éste los ataque bajo la influencia de los impulsos agresivos proyectados. Deben atacar y controlar al objeto antes de que éste los ataque y destruya (tal como lo temen). En resumen, la identificación proyectiva se caracteriza por la falta de diferenciación entre sí mismo y objeto en esa particular área, por la continuada vivencia del impulso y del temor a dicho impulso mientras la proyección se encuentra activa y por la necesidad de controlar al objeto externo (Kernberg, 1975).

Negación. El paciente está consciente de que en determinado momento sus percepciones, pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo y de los demás son por completo opuestos a los que tuvo en otros momentos ; sin embargo, este recuerdo carece de repercusión emocional y no puede modificar la manera de sentir del paciente. Quizás éste regrese más tarde a su anterior estado yoico y niegue el actual, pero no obstante recordarlo, será otra vez totalmente incapaz de ligar emocionalmente ambos estados. Cuando hay

circunstancias que lo presionan, el paciente reconoce intelectualmente el sector negado, pero no logra integrarlo con el resto de su experiencia emocional.

Omnipotencia y devaluación. Ambos mecanismos están estrechamente conectados con la escisión y son al mismo tiempo manifestaciones directas del empleo defensivo de las introyecciones e identificaciones primitivas. Los pacientes que los utilizan suelen alternar entre la necesidad de establecer una relación que refleja su aferramiento y sus exigencias a un objeto "mágico" idealizado, en determinados momentos, y en otros, fantasías y actitudes que revelan el profundo sentimiento de su propia omnipotencia mágica. Ambos representan su identificación con un objeto "totalmente bueno", idealizado y poderoso, a modo de protección contra los malos objetos "persecutorios". La devaluación de los objetos externos es en parte un corolario de la omnipotencia ; cuando un objeto externo ya no puede proporcionar gratificaciones o protección, es abandonado y dejado de lado, en primer lugar porque el paciente no tiene verdadera capacidad de amor por este objeto. Otras fuentes de devaluación son: la destrucción vengativa del objeto, que frustró las necesidades del paciente; otra es la devaluación defensiva de los objetos, con el fin de impedirles transformarse en "perseguidores" temidos y odiados (Kernberg, 1975).

DEFENSAS Y PSICOLOGÍA DEL YO : VAILLANT.

Vaillant (1988) enfoca a los mecanismos de defensa a través de la perspectiva de la psicología del Yo, resaltando los conceptos de estrés y afrontamiento, donde los mecanismos de defensa tienen un lugar en este último. Desde su punto de vista las respuestas de afrontamiento tienen tres características:

primera, afrontamiento involucra el conseguir ayuda de otros (apoyo social);

segunda, incluye un esfuerzo cognitivo voluntario (recabar información, anticipar peligros, ensayar respuestas ante el peligro);

y tercera implica desplegar los mecanismos adaptativos involuntarios a menudo descritos bajo el término psicoanalítico de mecanismos de defensa del Yo.

Para Vaillant los mecanismos de defensa tienen como característica el alterar la percepción de la realidad tanto interna como externa, teniendo las siguientes propiedades:

- disminuir la conciencia de los deseos instintivos;
- mantener a las emociones dentro de límites controlables, sobre todo cuando ocurren cambios bruscos en la vida emocional;
- desviar o negar los impulsos sexuales y agresivos;
- ayudar a manejar los cambios en la autoimagen que no pueden ser integrados inmediatamente, como ocurre en la pubertad y cuando el individuo sufre una amputación;
- mitigar los conflictos no resueltos con personas importantes vivas o muertas.

CONSENSO EN LA DEFINICION DE MECANISMOS DE DEFENSA.

Aunque lograr un consenso en la identificación y definición de las defensas relevantes ha tenido un sinnúmero de tropiezos en el pasado, los investigadores que han estado trabajando en estudios empíricos han llegado a un acuerdo considerable. El punto de mayor convergencia ha sido el agrupamiento de las defensas y su ordenamiento de acuerdo a jerarquías colocando a los mecanismos de defensa más maduros en el nivel de las defensas más adaptativas y a los mecanismos inmaduros en el de las defensas más maladaptativas. La mayoría de los esquemas de tipo teórico o empírico, tienen tres, cuatro o cinco niveles;

todos incluyen a los niveles inmaduro, neurótico y maduro difiriendo casi siempre al incluir o excluir a las defensas de los trastornos fronterizos o de imagen distorsionada y a las defensas específicamente psicóticas, como en el caso de Battista (Battista, 1982).

Mucha de la investigación empírica ha sido diseñada para validar la jerarquía de las defensas, además de validar a las defensas individualmente. Vaillant, por ejemplo, ha demostrado que las defensas individuales agrupadas en tres jerarquías: maduras, intermedias e inmaduras correlacionan altamente con medidas objetivas independientes de salud mental.

Todas las defensas son efectivas para manejar los conflictos, pero las defensas difieren en los diagnósticos a los que se asocian y quizá en las consecuencias en la adaptación. En la primera categoría, la más patológica, se encuentran la negación y la distorsión de la realidad exterior. Estos mecanismos son comunes en los sueños, en los niños pequeños y en las psicosis. Estas defensas psicóticas no responden a la intervención psicológica. Al final estas defensas son invariablemente maladaptativas.

Más comunes en la vida cotidiana son las defensas "inmaduras". Esta categoría está asociada a la adolescencia, con adultos inmaduros y con los trastornos de la personalidad. Incluye a la proyección paranoide, la fantasía autista esquizoide, el volverse contra el self, la exoactuación y la magnificación hipocondríaca y las quejas de rechazo de ayuda. Las defensas inmaduras externalizan a la responsabilidad y permite a los individuos con trastornos de la personalidad el rechazar el apoyo. Las defensas en esta categoría, rara vez responden a la interpretación verbal. Para romperlas se requiere a la confrontación y para modificarlas procurar que el sujeto esté menos iracundo, solitario, cansado o intoxicado.

La tercera clase de defensas se asocian a las tradicionales neurosis, incluye a la represión, intelectualización, aislamiento del afecto, formación reactiva y desplazamiento. En contraste con las defensas "inmaduras", las defensas de las neurosis se manifiestan clínicamente por fobias, obsesiones y compulsiones, somatización y amnesia. Las defensas neuróticas responden a la interpretación.

La cuarta clase de defensas, las maduras incluyen al humor, altruismo, sublimación y supresión. Aunque estos mecanismos aún distorsionan y alteran los sentimientos, conciencia, relaciones y realidad, lo hacen de una forma flexible y adaptativa. La distorsión involucrada en el estoicismo (supresión), humor y altruismo son tan éticas y sinónimo de salud mental como las defensas inmaduras son inmorales y antisociales (Vaillant, 1988).

Las defensas menos maduras pueden evolucionar a defensas más maduras. La fantasía autista del adolescente puede llegar a ser la obsesividad intelectualizada del estudiante.

En resumen, las defensas inmaduras corresponden a los mecanismos comúnmente observados en los trastornos de la personalidad. Estas defensas correlacionan consistentemente en forma negativa con la evaluación global de salud mental y ocasionan problemas serios en las relaciones interpersonales. En contraste, las defensas maduras, hacen referencia a mecanismos intrapsíquicos que correlacionan consistentemente con la adaptación psicológica exitosa y que permiten relaciones interpersonales apropiadas. En los estudios realizados, las defensas intermedias muestran correlaciones positivas y negativas de significancia estadística mínima. Tales defensas causan mayor sufrimiento al sujeto que a los que le rodean (Vaillant, 1988).

La Asociación Psiquiátrica Americana define a los mecanismos de defensa como procesos psicológicos automáticos que tienen dos funciones principalmente, por un lado el proteger al individuo contra la angustia y por otro el de impedir que adquiera conciencia de peligros o estresores internos o externos. Les da la característica de actuar fuera del campo de advertencia del individuo. Además de hacerlos sinónimos a los "estilos de afrontamiento" los divide desde el punto de vista conceptual y empírico en grupos denominados Niveles Defensivos.

A su conocido sistema de diagnóstico multiaxial, propone se adicione un sexto eje que estaría constituido por la Escala de Funcionamiento Defensivo o Escala de Mecanismos de Defensa.

En esta escala de Funcionamiento Defensivo se enlistarían hasta siete de las defensas específicas o estilos de afrontamiento (empezando por la más frecuentemente utilizada) indicando cual es el nivel defensivo predominante. Esto debe reflejar los estilos defensivos o de afrontamiento empleados al momento de la evaluación complementado por cualquier otra información disponible acerca del patrón defensivo o de afrontamiento reciente. Los mecanismos de defensa enlistados deben obtenerse de los diferentes Niveles Defensivos descritos a continuación.

NIVELES DEFENSIVOS.

Nivel adaptativo alto.

Este nivel de funcionamiento defensivo permite una capacidad adaptativa óptima al enfrentar a un estresor. Estas defensas generalmente maximizan la gratificación y permiten

una percepción consciente de los sentimientos, ideas y de sus consecuencias. También promueven un balance óptimo entre las motivaciones conflictivas.

Pertenecen a este nivel: la anticipación, la afiliación, el altruismo, el humor, la asertividad, la autoobservación, la sublimación y la supresión.

Nivel de inhibición mental (formación de compromiso).

Este nivel de funcionamiento defensivo se caracteriza por mantener a las ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores amenazantes fuera de la conciencia. Pertenecen a este nivel: el desplazamiento, la disociación, la intelectualización, el aislamiento del afecto, la formación reactiva, la represión y la anulación.

Nivel de distorsión menor de imagen.

Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo o de los demás que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Pertenecen a este nivel la devaluación, la idealización y la omnipotencia.

Nivel de encubrimiento.

Las defensas permiten mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuidos erróneamente a causas externas. Pertenecen a este nivel la negación, la proyección y la racionalización.

Nivel de distorsión mayor de imágenes.

Este nivel se caracteriza por una enorme distorsión o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás. Ejemplos son: la fantasía autista, la identificación proyectiva y la polarización de la propia imagen o de la de los demás.

Nivel de acción.

Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a amenazas de origen interno o externo mediante una acción o una retirada. Pertenecen a este nivel, la agresión pasiva, el comportamiento impulsivo o exoactuación (acting out), las quejas y rechazo de ayuda y la retirada apática.

Nivel de desequilibrio defensivo.

Este nivel se caracteriza por el fracaso de la regulación de la defensa para contener las reacciones del individuo frente a las amenazas, lo que conduce a una marcada ruptura con la realidad objetiva. Ejemplos son: la distorsión psicótica, la negación psicótica y la proyección delirante.

DEFINICION DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

A continuación se describen las características de las defensas y estrategias de afrontamiento mencionadas, utilizando como base la concepción del DSM- IV (APA, 1995).

Anulación (abstención). El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo empleando palabras o comportamientos con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones.

Afiliación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo acudiendo a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas sin tratar de atribuirlos a los demás.

Agresión pasiva. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mostrando agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva.

Aislamiento afectivo. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo separando las ideas de los sentimientos originalmente asociados a ellas.

Altruismo. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás. A diferencia del autosacrificio, a veces característico de la formación reactiva, el individuo obtiene una gratificación bien de tipo vicariante, por la respuesta de los demás.

Anticipación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo experimentando reacciones emocionales antes de que ambos se produzcan o bien anticipando sus consecuencias, posibles acontecimientos futuros, y considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas.

Autoafirmación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expresando directamente sus sentimientos o pensamientos en forma no coercitiva ni manipuladora.

Autoobservación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo reflexionando sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos, y actuando de acuerdo a ellos.

Comportamiento impulsivo, exoactuación (acting out). El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo a través de la acción más que a través de reflexiones o sentimientos. Esta definición es más amplia que el concepto original, que se limitaba a los sentimientos o deseos transferenciales surgidos durante las sesiones de psicoterapia, ya que pretende incluir los comportamientos que emergen tanto

dentro como fuera de la transferencia. El concepto acting-out defensivo no es sinónimo de “mal comportamiento” ya que guarda relación con conflictos emocionales. La persona no está consciente del significado de tales actos. Aunque puede ser dañino, en situaciones controladas, puede ser terapéutico, como ocurre en la terapia de juego en niños (Edgerton y Campbell, 1994)

Desplazamiento. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo reconociendo o generalizando un sentimiento o una respuesta a un objeto hacia otro habitualmente menos importante.

Devaluación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazantes de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás.

Disociación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia, memoria, percepción de uno mismo o del entorno, o comportamiento sensorial/ motor.

Fantasia autista. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante fantasías excesivas que sustituyen la búsqueda de relaciones interpersonales, la acción más eficaz o la resolución de problemas.

Formación reactiva. El individuo sustituye los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (este mecanismo de defensa suele actuar en simultaneidad con la represión).

Idealización. El individuo atribuye cualidades exageradamente positivas a los demás.

Identificación proyectiva. Atribuye 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 e 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 quien hizo algo a quién en primer lugar.

Intelectualización. El individuo hecha mano de pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar.

Negación. El individuo se niega a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para otros. El término negación psicótica se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.

Omnipotencia. El individuo piensa y actúa como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.

Polarización. El individuo se ve 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 una 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.

Proyección. El individuo atribuye incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.

Quejas y rechazo de ayuda. El individuo se queja o demanda ayuda que esconde 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 o a problemas de la vida diaria.

Racionalización. El individuo inventa sus propias explicaciones, pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Represión. El individuo expulsa de su conciencia los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar.

Sentido de humor. El individuo hace hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes.

Sublimación. El individuo canaliza sus sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (ejemplo : deportes de contacto para canalizar impulsos agresivos).

Supresión. El individuo evita intencionalmente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar.

METODOS DE EVALUACION.

Hay tres métodos que han sido utilizados para la evaluación empírica de los mecanismos de defensa: la entrevista clínica, el cuestionario de autoreporte y las pruebas proyectivas. El método más ampliamente utilizado ha sido la entrevista clínica, que incluyen

los métodos y los instrumentos desarrollados por Haan, Weintraub y Aronson, Semrad y cols, Vaillant, Jacobson y cols y Perry y Cooper. Estos métodos tienen en común la calificación del material clínico (en vivo/ grabado, transcrito, o de partes de entrevista) de diez minutos a doce horas de duración, utilizando definiciones explícitas, a menudo con escalas de calificación; sin embargo, tanto como unas como otras varían. Estos métodos tienen un lugar primordial cuando se persiguen objetivos de investigación. Hasta la fecha no existen métodos comparables a los de la práctica clínica usual (citados en Skodol y Perry 1993).

Se han desarrollado dos instrumentos autoaplicables para evaluar las defensas desde una perspectiva clásica: el Inventario de Mecanismos de Defensa (Defense Mechanism Inventory DMI) de Glesser e Ihlevich (1969) y el Cuestionario de Estilos Defensivos (Defense Style Questionnaire DSQ) desarrollado por Bond y cols (1983). Estos cuestionarios de autorreporte tienen la ventaja de una mayor confiabilidad debido a que se elimina el juicio del observador, pero tienen la desventaja de evaluar sólo a los derivados conscientes de las defensas. En el caso del DMI, una revisión reciente de 40 estudios por Cramer indica que se han hecho pocos intentos por comparar este cuestionario con otras formas estandarizadas para medir defensas, y sólo uno de los estudios utilizó a la evaluación clínica como criterio de referencia. Más aún, cuando se determinó la validez concurrente y predictiva los resultados para este instrumento fueron muy pobres (Cramer 1988).

Dos estudios han comparado al Cuestionario de Estilos Defensivos (DSQ) con la medición clínica de los estilos defensivos. En el primer estudio realizado por Vaillant y cols (1986) el 50% de los ítems del DSQ correlacionaron significativamente con el estilo, medido

clínicamente 6 u 8 años antes por este autor. Sin embargo, todas las correlaciones fueron menores a .30. Bond y cols (1989) también intentaron validar el DSQ utilizando la Escala de Calificación de los Mecanismos de Defensa (DMRS) , hallando que las defensas inmaduras (el nivel más bajo) calificado desde el punto de vista clínico correlacionaba significativamente con los tres últimos niveles del Cuestionario de Estilos Defensivos (maladaptativo, distorsionador de imagen y autosacrificio) pero de otra manera los dos métodos no eran comparables.

Se han desarrollado otras formas de medición de autorreporte dentro de la tradición de la psicología social. La Escala de Represión - Sensibilización (Repression Sensitization Scale), de Byrne, Bary y Nelson (citados en Skodol y Perry 1993) ha sido utilizada ampliamente. Los represores responden negativamente al afecto evadiendo los aspectos negativos de la información, consecuentemente manejándose menos bien en situaciones de estrés y mostrando menor empatía que el sensibilizado. Otra instrumento de medición autoaplicable es la Escala de Formas de Afrontamiento (Ways of Coping Scale) de Lazarus y Folkman (citados en Skodol y Perry 1993). Esta escala mide las estrategias conscientes para afrontar el estrés incluyendo al afrontamiento confrontativo, distanciamiento, auto control, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidades, evitación, resolución planeada de problemas y reevaluación positiva.

El tercer método utilizado en la investigación de los mecanismos de defensa es el proyectivo, especialmente la prueba de Rorschach. Hay pocos estudios empíricos utilizando el Rorschach y hasta el momento no hay evidencia, de que los datos obtenidos a través de ella sean más válidos que los proporcionados por la entrevista clínica.

Vaillant, Bond y Vaillant (1986) han demostrado que el agrupamiento de los mecanismos de defensa en niveles tienen una mayor confiabilidad que cuando se estudian en forma independiente, por lo que aunque la confiabilidad del agrupamiento de las defensas relacionadas o de los estilos defensivos no ha sido probada por entrevistas clínicas vivas, parece posible que una escala con un número limitado de estilos defensivos ordenados en forma jerárquica pudiera resultar más confiable que el utilizar un esquema en la que se identifiquen a los mecanismos de defensa en forma independiente.

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

Se ha logrado situar a las crisis de angustia en su perspectiva clínica y social, a través de las investigaciones epidemiológicas que han permitido determinar su prevalencia en la población general. En la encuesta del Area de Captación Epidemiológica (ECA) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos llevada a cabo de 1980 a 1984, utilizando los criterios del DSM III, en cinco ciudades de la Unión Americana, se observó que era mucho más frecuente en mujeres entre los 25 y 44 años de edad y en aquellos individuos que estaban separados o divorciados.

En este estudio la prevalencia en los últimos seis meses de las crisis de angustia y de la agorafobia fue de 4.2 % en los varones y 9.1 % en las mujeres. La edad promedio fue aproximadamente a los 25 años. Estos hallazgos la establecen como el trastorno neurótico más prevalente. La comparación de los sujetos de la encuesta de la ECA con crisis de angustia, con depresión y los sanos demuestra que los pacientes con estos trastornos tienen

Vaillant, Bond y Vaillant (1986) han demostrado que el agrupamiento de los mecanismos de defensa en niveles tienen una mayor confiabilidad que cuando se estudian en forma independiente, por lo que aunque la confiabilidad del agrupamiento de las defensas relacionadas o de los estilos defensivos no ha sido probada por entrevistas clínicas vivas, parece posible que una escala con un número limitado de estilos defensivos ordenados en forma jerárquica pudiera resultar más confiable que el utilizar un esquema en la que se identifiquen a los mecanismos de defensa en forma independiente.

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

Se ha logrado situar a las crisis de angustia en su perspectiva clínica y social, a través de las investigaciones epidemiológicas que han permitido determinar su prevalencia en la población general. En la encuesta del Area de Captación Epidemiológica (ECA) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos llevada a cabo de 1980 a 1984, utilizando los criterios del DSM III, en cinco ciudades de la Unión Americana, se observó que era mucho más frecuente en mujeres entre los 25 y 44 años de edad y en aquellos individuos que estaban separados o divorciados.

En este estudio la prevalencia en los últimos seis meses de las crisis de angustia y de la agorafobia fue de 4.2 % en los varones y 9.1 % en las mujeres. La edad promedio fue aproximadamente a los 25 años. Estos hallazgos la establecen como el trastorno neurótico más prevalente. La comparación de los sujetos de la encuesta de la ECA con crisis de angustia, con depresión y los sanos demuestra que los pacientes con estos trastornos tienen

una autopercepción de mala salud mental y física, incremento en el uso de alcohol, problemas maritales y económicos, mayor uso de medicamentos, intentos suicidas y búsqueda frecuente de atención médica y hospitalización (Weissman 1994, citado en Roth, 1996).

DESARROLLO HISTORICO.

Freud (1894) presentó la primera descripción de la “neurosis de angustia” como una entidad clínica distinta a la neurastenia. Su descripción clínica se distinguió por tres aspectos de neurosis de angustia que influyeron posteriormente en los sistemas diagnósticos : 1) el ataque de angustia ; 2) las expectativas de angustia ; y 3) la reacción fóbica secundaria.

Los aspectos neurofisiológicos de la angustia fueron centrales en los primeros trabajos de Freud. Describió la angustia como la “transformación de la descarga de una excitación excesiva del sistema nervioso central (SNC) acumulada debido a un inadecuado desahogo sexual y/o al estímulo traumático de la ausencia del mismo” (Michels y cols, 1985).

La introducción a la sección sobre neurosis en el DSM I (APA, 1952 citado en Asociación Psiquiátrica Americana, 1995) al igual que en el DSM II (APA, 1968 citado en Asociación Psiquiátrica Americana 1995), señala que, la principal característica de estos trastornos es la “angustia”, la cual puede sentirse y expresarse directamente o puede ser inconsciente y controlarse automáticamente mediante diversos mecanismos psicológicos de defensa.

El DSM III le otorgó más prominencia a los trastornos de angustia, proporcionando una sección separada para ellos y dividiendo las categoría previamente combinadas de

neurosis encontradas en el DSM I y II, en categorías más específicas y descriptivas, acompañadas de criterios específicos de diagnóstico. La Neurosis de Angustia se dividió en Crisis de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, y la Neurosis Fóbica se dividió en Agorafobia, Fobia Social y Fobia Simple buscando una mayor claridad descriptiva y confiabilidad (APA, 1980).

Los cambios realizados en el DSM III R enfatizaron posteriormente la prioridad de las Crisis de Angustia sobre la Agorafobia. Lo que estaba clasificado en el DSM III como Agorafobia con Crisis de Angustia, se convirtió en Crisis de Angustia con Agorafobia (APA, 1987).

En la actualidad la clasificación de los Trastornos de Angustia en el DSM IV incluye nuevas categorías, sin embargo la de Crisis de Angustia sigue prácticamente sin modificación (APA, 1995).

ENFOQUE PSICODINAMICO.

La angustia es una manifestación afectiva foco de la atención del psicoanálisis. Hace ya más de cien años, Freud acuñó el término de neurosis de angustia e identificó dos formas de presentación. Una de ellas consistía en una sensación difusa de preocupación o amenaza, era producto de los pensamientos o deseos reprimidos y era curables a través de la intervención psicoterapéutica. La segunda estaba caracterizada por la sensación de pánico, acompañada de manifestaciones de descarga autonómica como la sudoración, el aumento en las frecuencias respiratoria y cardiaca, diarrea y la sensación subjetiva de terror. Esta última forma de angustia Freud la consideraba, no como resultado de los factores psicológicos, sino un producto de un incremento fisiológico de la libido debido a falta de actividad sexual.

En 1926 Freud redefinió su explicación acerca de la angustia como resultado de la creación de su modelo estructural. La angustia entonces la vio como el resultado de los conflictos entre las pulsiones sexuales o agresivas presentes en el id y a la amenaza de castigo del superyo. Consideró a la angustia como una señal para que el ego movilizara mecanismos de defensa para prevenir que los pensamientos y sentimientos inaceptables emergieran a la conciencia. Si esta señal fallaba para activar los recursos defensivos del ego, la angustia se volvía más persistente o aparecían otros síntomas neuróticos. En este sentido, la angustia tenía este doble significado, tanto de la manifestación de un conflicto neurótico como la de señal para mantener fuera de la conciencia al mismo conflicto neurótico.

En el modelo psiconalítico, la angustia es un afecto del ego. El ego controla el acceso a la conciencia y, a través de la represión, se separa a sí mismo de cualquier asociación con las pulsiones del id. Censura tanto al impulso en sí mismo como a la representación intrapsíquica correspondiente. La pulsión reprimida puede aún encontrar la forma de manifestarse como un síntoma, aunque es posible que sea en forma desplazada y disfrazada. Dependiendo de los mecanismos de defensa y las manifestaciones sintomáticas la neurosis resultante podría tomar la forma de pensamientos obsesivos, rituales compulsivos, parálisis histérica o una fobia.

Freud también propuso que en cada período sucesivo de la vida del niño, se produce un miedo característico asociado a esa fase. Basándose en esta propuesta, la angustia puede tener diferentes orígenes.

En el nivel más maduro, la angustia originada en el superego puede explicarse como sentimientos de culpa por no vivir de acuerdo a estándares morales internos de comportamiento.

En la fase edípica, la angustia se debe al daño potencial o a la pérdida de los genitales a manos de la figura parental agraviada. Este miedo puede manifestarse de manera metafórica a perder otra parte del cuerpo o bien sufrir cualquier tipo de daño físico.

Una fuente más primitiva de angustia es la debida a la posibilidad de perder no sólo el amor del objeto, sino al mismo objeto - lo que en general recibe la denominación de angustia de separación.

Las formas más primitivas de angustia son la angustia persecutoria y la angustia de desintegración. La primera es derivado de la postura esquizo-paranoide de la escuela kleiniana, en la que la angustia primaria se debe al temor de que los objetos persecutorios del exterior invadan y aniquilen al paciente. La angustia de desintegración se debe al miedo a perder la sensación de mismidad del self o a ser absorbido al fusionarse con un objeto, aunque también puede deberse a la preocupación de fragmentarse y perder la integridad al no existir la respuesta en espejo o idealizadora de los otros (Gabbard, 1994).

Freud fue un pionero al estudiar los trastornos de angustia y las fobias. Primero acuñó el término de "neurosis de angustia" (Angstneurose) cuando la separó de la neurastenia. Diferenció a la ansiedad generalizada de los estados fóbicos, considerando a la agorafobia como una "histeria de ansiedad". También fue pionero en el tratamiento de la agorafobia, pues impulsaba a sus pacientes a exponerse a la situación temida, acompañando ocasionalmente a sus pacientes para auxiliarles a "luchar contra su angustia".

El punto de vista dinámico del origen de los estados de angustia y agorafobia establece que es por las experiencias infantiles y los conflictos, generados por las pulsiones sexual y agresiva, que se dan en la relación padre o madre - hijo(a). El hecho de que aparezcan hasta la edad adulta se debe a que los conflictos quedan reprimidos de la conciencia: cuando el sujeto vive una situación estresantes, se reactiva el conflicto, lo que ocasiona angustia en el yo. El yo siempre se defiende de la amenaza, para lo que utiliza mecanismos de defensa, como ya se describió.

La validez de estos conceptos ha sido cuestionada, por lo que es necesario determinar la importancia de los factores patogénicos y los mecanismos relacionados con la aparición de las crisis de angustia. Por otra parte, la evidencia de factores biológicos, como la participación del locus ceruleus y de la norepinefrina (Ko y cols, 1982) y de la serotonina (den Boer, 1987), ha ocasionado que el interés de los factores psicológicos en la génesis de este padecimiento haya disminuído.

Los factores psicodinámicos no han sido muy investigados en psiquiatría debido a que no existían instrumentos estructurados para evaluar dichos aspectos. Karasu y Skodol (1980) describieron cómo el uso de la información psicodinámica puede ser importante para determinar el enfoque psicoterapéutico apropiado para cada paciente. Estos autores presentan 3 casos con los mismos diagnósticos de acuerdo al DSM III, pero con diferencias significativas en sus vidas, conflictos, relaciones interpersonales y defensas. Más recientemente Perry y cols (1987) abordan el mismo tema señalando la importancia de la formulación psicodinámica para cada caso.

Shear y cols (1993) a partir de haber estudiado a nueve pacientes con crisis de angustia en la Clínica Payne Whitney de Trastornos de Angustia, observaron características comunes en todos ellos. Las entrevistas revelaron antecedentes como ansiedad y timidez desde edades tempranas, relaciones parentales carentes de apoyo, y un sentimiento crónico de estar atrapados y asediados por la frustración y el resentimiento. Todos los pacientes describieron a sus padres como amenazantes, controladores o críticos y la mayor parte se describieron como inadecuados y culposos. Manifestaban agresión importante, que buscaban convertir en atributos positivos.

A partir de estos hallazgos, estos autores proponen un modelo psicodinámico de las crisis de angustia, hipotetizando que un temor innato a las situaciones poco familiares, incrementado por padres temerosos y controladores, predisponía a los pacientes a que no pudieran resolver los conflictos de dependencia - independencia, un problema frecuentemente observado en los pacientes con crisis de angustia. Las manifestaciones de estos conflictos pueden variar. Algunos individuos vulnerables a desarrollar crisis de angustia son hipersensibles a la separación y buscan apoyarse mucho en otros, en cambio otros son más bien sensibles a la sofocación y buscan apoyarse en su sentimiento de independencia. En ambas situaciones, las relaciones objetales se caracterizan por una pobre representación de sí mismos y poderosas de los demás. La evitación de lo que no es familiar, les impide aprender a detectar amenazas de manera precisa o a desarrollar defensas y estrategias de afrontamiento adaptativas. Por ello las defensas, permanecen inmaduras y enfocadas a mantener una distancia tolerable (ni muy cerca ni muy lejos) de los otros poderosos.

Una consecuencia de las fantasías predominantes, fácilmente activadas, de quedarse solos y abandonados o bien ser atrapados y sofocados los hace reaccionar con enojo y/o culpa a la separación y al "atrapamiento". Más aún los afectos negativos (como la angustia, culpa, vergüenza y rabia) activados, resultan amenazantes lo que ocasiona mayor ansiedad. Esta angustia puede aumentar la intensidad del afecto y llevar a la tendencia a evitar reconocer a este afecto y/o sus disparadores. La combinación de vulnerabilidad neurofisiológica y la exposición crónica a los afectos negativos intensos, pueden sensibilizar aún más al sistema nervioso central, incrementando la vulnerabilidad al pánico. Los esfuerzos por ignorar la presencia de afectos negativos pueden ocasionar que el aspecto somático de estos afectos, se convierta en el foco de atención y en un estímulo de cogniciones catastróficas conscientes e inconscientes. Estas inician un círculo vicioso, bien descrito por los psicólogos cognoscitivistas, de escalada de temor, síntomas fisiológicos, culminando en las crisis de angustia.

El tratamiento propuesto, en función a este modelo, incluye como uno de sus objetivos el desarrollar nuevos mecanismos de defensa y afrontamiento para el manejo de los afectos, recomendando además mayor investigación acerca de la relación entre los mecanismos de defensa inmaduros y las crisis de angustia (Shear y cols, 1993).

DESARROLLO INFANTIL.

Debido a la dificultad de obtener información confiable en forma retrospectiva, no es de sorprender que la evidencia en este aspecto muestre contradicciones. Varios estudios han demostrado que las ligas familiares de los pacientes agorafóbicos son relativamente estables y fuertes (Katschnig, 1991). Sin embargo Buglass y cols (1977) observaron que en las

familias existían mayor número de padrastros, hermanastros, hijos adoptivos que en las familias del grupo control.

Las madres de los agorafóbicos han sido descritas como sobreprotectoras, aunque también con actitudes protectoras normales (Snaith, 1971).

Sin embargo en la Encuesta Nacional de Agorafobia (Burns, 1977 citado en Roth, 1996) 36.7 % de los sujetos, principalmente las mujeres, describieron a sus madres como sobreprotectoras. El 43 % de las madres eran muy ansiosas y 11.2 % rechazantes. El 40% de los sujetos describieron a los padres como estrictos, y un tercio los describió como no afectuosos.

El psicoanálisis propone que las neurosis tienen su origen en los conflictos que se generan durante los primeros años de la vida.

En investigaciones posteriores (Gittelman y Klein, 1984), no se ha observado que existan diferencia en antecedentes de angustia de separación en 77 adultos con agorafobia y 81 pacientes con fobia simple, aunque los agorafóbicos provenían de familias más protectoras. Deltito y cols, (1986) reportaron una mayor incidencia de fobia escolar en la historia infantil de los pacientes con agorafobia que en aquellos pacientes que presentaban crisis de angustia no complicada con evitación fóbica.

Harper y Roth (1962) encontraron que el 60% de los pacientes agorafóbicos tenían el antecedente de fobia en la infancia, una prevalencia muy por arriba de la observada en los sujetos controles. Sin embargo Snaith y cols (1971) señalaron que la mayor parte de la sintomatología fóbica es transitoria o específica a ciertas situaciones, son de curso breve y tienden a desaparecer y a no recurrir durante la edad adulta.

La fobia escolar y la agorafobia tienen pocos puntos en común. La fobia rara vez se debe al miedo a dejar la seguridad de la casa. Más aún, existe evidencia de que se trata de un padecimiento benigno, relacionado con la infancia. Sólo un pequeño porcentaje de los pacientes cuya fobia empezó a los 12 - 14 años de edad tienen riesgo de desarrollar agorafobia en la edad adulta (Warren, 1965 citado en Roth, 1996).

DIMENSIONES BIOLÓGICAS DE LA ANGUSTIA.

La investigación neurobiológica reciente ha confirmado las observaciones iniciales de Freud de que existen dos tipos de angustia ; una determinada principalmente por factores psicológicos y otra originada por factores biológicos fuera del campo del contenido psicológico. Se ha establecido que las crisis de angustia responden a los antidepresivos, mientras que la angustia anticipatoria no (Cooper, 1985 ; Kandel, 1983 ; Nemiah, 1981). Las crisis de angustia también pueden ser inducidas experimentalmente a través de la infusión de lactato. Otras evidencias de las bases biológicas de las crisis de angustia son la mayor incidencia de crisis de angustia en los familiares de los pacientes con el padecimiento que en familiares de sujetos controles (Crowe y cols, 1983), y un 31 % de concordancia para las crisis de angustia en gemelos monicigóticos comparada con 0 % en los gemelos dicigóticos (Torgensen, 1983).

La investigación del locus ceruleus ha permitido definir una de las dimensiones biológicas de la angustia. Esta área de la protuberancia produce cerca de las tres cuartas partes de la norepinefrina existente en el cerebro (Redmond, 1987). Mientras Freud consideró al ego como el asiento psicológico de la angustia, los investigadores

neurobiológicos actuales han identificado al locus ceruleus como el asiento biológico de la angustia.

ESTUDIOS ACERCA DE LA RELACION DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA CON LOS TRASTORNOS MENTALES.

Aunque el concepto de mecanismo de defensa tiene un valor heurístico tanto para la clínica como para la investigación, no había sido posible abordar más que clínicamente este tópico, debido a que no existía consenso en las definiciones operacionales.

Vaillant (1971 y 1976) utilizó por primera vez una jerarquía en los mecanismos de defensa para medirlos en viñetas clínicas, logrando una confiabilidad considerable, y observando que las defensas maduras se correlacionaban positivamente con una medición del éxito en la vida. Propuso el cumplimiento de cuatro condiciones para realizar investigación en esta área :

- a) Describir las defensas a través de una definición diferente para cada una de ellas, buscando una "validación excluyente".
- b) Considerar el contexto en que se manifiestan las defensas.
- c) Observar la frecuencia con la que diferentes poblaciones utilizan las defensas, para determinar sus implicaciones diagnósticas y pronósticas.
- d) Identificar los períodos de crecimiento y desarrollo en los que los mecanismos de defensa se hacen evidentes o bien se abandonan (Vaillant, 1971).

neurobiológicos actuales han identificado al locus ceruleus como el asiento biológico de la angustia.

ESTUDIOS ACERCA DE LA RELACION DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA CON LOS TRASTORNOS MENTALES.

Aunque el concepto de mecanismo de defensa tiene un valor heurístico tanto para la clínica como para la investigación, no había sido posible abordar más que clínicamente este tópico, debido a que no existía consenso en las definiciones operacionales.

Vaillant (1971 y 1976) utilizó por primera vez una jerarquía en los mecanismos de defensa para medirlos en viñetas clínicas, logrando una confiabilidad considerable, y observando que las defensas maduras se correlacionaban positivamente con una medición del éxito en la vida. Propuso el cumplimiento de cuatro condiciones para realizar investigación en esta área :

- a) Describir las defensas a través de una definición diferente para cada una de ellas, buscando una "validación excluyente".
- b) Considerar el contexto en que se manifiestan las defensas.
- c) Observar la frecuencia con la que diferentes poblaciones utilizan las defensas, para determinar sus implicaciones diagnósticas y pronósticas.
- d) Identificar los períodos de crecimiento y desarrollo en los que los mecanismos de defensa se hacen evidentes o bien se abandonan (Vaillant, 1971).

Vaillant decidió estudiar las manifestaciones conductuales externas de los mecanismos del ego, denominándolas "estilos defensivos", más que los mecanismos del ego en sí. Reemplazó al constructo teórico por la conducta defensiva, la manifestación externa de tal constructo. Utilizó como justificación el buscar establecer un método para el estudio de las operaciones del ego, haciéndolas hasta cierto punto visibles y poder hacerlas operacionales en una investigación. Escribió un glosario, en donde define 18 mecanismos de defensa. Posteriormente ejemplificó el concepto de contexto, para hacer referencia a cuándo los mecanismos de defensa se constituyen en mecanismos de afrontamiento, esto es, tienen efectos adaptativos, y cuándo se constituyen en patológicos, perdiendo su función adaptativa.

Para él, los mecanismos de defensa que los individuos eligen para afrontar -o defenderse de- estresores inesperados puede correlacionar con la severidad de su alteración psicopatológica. Teóricamente, las manifestaciones muy intensas de una defensa pueden correlacionar con alteraciones psicopatológicas graves y con una función adaptativa limitada.

Finalmente estableció que algunas defensas son más maduras que otras y que las defensas inmaduras pueden evolucionar a defensas más maduras. Esta evolución es específica en el sentido de que una defensa inmadura puede evolucionar en otra defensa específica, pero no a cualquier defensa. Teóricamente, las defensas inmaduras persisten después de que el desarrollo del ego se ha detenido, o bien, reaparecen cuando el sujeto se encuentra sometido a algún estrés. Supuestamente, el uso de mecanismos de defensa más

maduros demanda habilidades que el sistema nervioso central y el ego no son capaces (Vaillant, 1971).

Con la idea de validar su conceptualización evaluó los mecanismos de defensa en 30 sujetos adultos, a través de viñetas, a quienes había seguido durante varios años buscando correlacionar el nivel de las defensas con su ajuste a la vida. Consideró la existencia de cuatro niveles para los mecanismos de defensa :

Nivel I - "Narcisista", en el que incluía a los mecanismos de defensa de negación psicótica, distorsión.

Nivel II - "Inmaduro" que incluía a la proyección, fantasía esquizoide, hipocondriasis, conducta pasivo agresiva y exoactuación.

Nivel III - "Neurótico" con la intelectualización, represión, desplazamiento, formación reactiva y disociación.

Nivel IV - "Maduro" con el altruismo, humor, supresión, anticipación y sublimación.

Todos los mecanismos de defensa incluidos en cada nivel, fueron descritos por Sigmund Freud desde el siglo pasado, a excepción de la exoactuación (acting out) y la anticipación mencionados por Bibring y cols (citado en Vaillant, 1971) y Kolb (citado en Vaillant, 1971).

El ajuste vital simplemente lo clasificó como "mejor", "bueno", y "regular".

El estilo defensivo "neurótico" fue utilizado frecuentemente por todos los sujetos sin importar su grado de ajuste. En los tres niveles de ajuste vital, las defensas "neuróticas" constituían cerca de la mitad de todas las observadas. Las llamadas "inmaduras" (II) y las "maduras" (IV) sin embargo, correlacionaron con el ajuste ; el análisis de varianza sugirió

que las diferencias eran altamente significativas. Examinando el problema de manera distinta, la calificación promedio para los que no utilizaron nunca o una sola vez las defensas inmaduras, correspondieron a los niveles de ajuste "bueno" y "mejor", en cambio los que habían utilizado cuatro o más veces las defensas del estilo "inmaduro" correspondieron a los niveles de ajuste "regular" en la mayor parte de los casos.

RELACIÓN DE LOS ESTILOS DEFENSIVOS CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

Estilos defensivos y depresión.

Bond y Vaillant (1986) cuestionan la certeza de que los estilos defensivos permiten diferenciar a los diferentes trastornos mentales. En su estudio observaron que los estilos defensivos de 16 pacientes deprimidos no difirieron significativamente de los sujetos normales. Sin embargo, estas conclusiones fueron obtenidas post hoc utilizando una muestra pequeña.

Smith y cols (1992) estudiaron 100 mujeres adolescentes con trastornos de la alimentación o depresión utilizando el Cuestionario de Estilos defensivos de 78 items (DSQ-78) y el Inventario de Depresión de Beck. El estilo de las defensas inmaduras correlacionó positivamente ($r = .56$) y el de las defensas maduras negativamente ($r = -.45$) con la calificación del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Sin embargo no observaron ninguna diferencias en el estilo defensivo entre las pacientes con trastornos de la alimentación y las que tenían depresión.

Spinhoven y Kooiman (1997) estudiaron a un total de 483 pacientes consecutivos, 71 de los cuales 18 no tuvieron problema alguno y 53 fueron diagnosticados con código V

(no tienen un trastorno mental, pero presentan un problema que amerita manejo) y 93 tuvieron uno o dos diagnósticos de problemas depresivos, como distimia, depresión mayor y trastorno depresivo no especificado. Cincuenta y uno de estos pacientes se encontraban en remisión parcial. A estos pacientes y a otro grupo con trastornos de angustia se les aplicó el DSQ de 36 reactivos y la Lista de 90 Síntomas (SCL- 90) para evaluar sus estilos defensivos y el grado de ansiedad y depresión que presentaban. Lo que observaron estos autores en relación a los deprimidos, fue que los pacientes deprimidos calificaron más alto que los controles en las defensas inmaduras. Los pacientes con distimia calificaron más alto en el aislamiento que los pacientes con depresión mayor, crisis de angustia y el grupo control. En somatización este grupo de pacientes y los de crisis de angustia calificaron más alto que los controles. Al analizar la asociación entre el DSQ y el SCL 90 con detalle a través de correlaciones entre defensas específicas y la calificación de la subescala de depresión, se observó que la depresión se relacionaba negativamente al humor y a la supresión (defensas maduras) a la idealización y a la anulación (defensas neuróticas). La depresión se relacionaba significativa y positivamente a la proyección, exoactuación, fantasía autista, escisión y somatización (defensas inmaduras). Más aún se observó una correlación positiva entre la depresión y la pasivo agresividad, devaluación y racionalización (defensas inmaduras). Al realizar un análisis de regresión múltiple escalonada (stepwise) usando a la depresión como variable dependiente y a los mecanismos de defensa del DSQ como predictores se observó que la varianza estaba dada por la proyección (15%), el humor (6%), la somatización (3%), la fantasía autista (2%), la supresión (2%), la anulación (2%), la anticipación (1%), la racionalización (1%) y la exoactuación (1%).

Cambios en los estilos defensivos con la mejoría de la depresión.

Akkerman y cols (1992), estudiaron los cambios en los estilos defensivos cuando remitía un cuadro afectivo como la depresión mayor.

Evaluaron 37 sujetos, 22 de los cuales tenían el diagnóstico único de depresión mayor y 15 más que tenían diagnósticos accesorios, pero sin problemas de abuso de sustancias ni trastorno de la personalidad.

Utilizaron el DSQ (Defense Style Questionnaire) de 36 reactivos. Esta versión contiene tres factores con 22 defensas inmaduras (Estilo I), 5 neuróticas (Estilo II) y 9 maduras (Estilo III).

Las inmaduras fueron: proyección, pasivo agresividad, exoactuación, aislamiento, devaluación, fantasía autista, negación, escisión, racionalización y somatización.

Las defensas neuróticas fueron: anulación, idealización y formación reactiva.

Las defensas maduras: sublimación, humor, anticipación y supresión.

Aunque los Estilos Defensivos neuróticos y maduros no mostraron cambio con la mejoría, el estilo defensivo inmaduro cambio significativamente con el tiempo ($p < .05$), revelando que los sujetos usaron menos las defensas inmaduras, cuando se recuperaron de la depresión.

Estos investigadores observaron que los pacientes deprimidos, en comparación con sujetos normales, utilizaban menos las defensas maduras y más las defensas neuróticas durante y después de que mejoraban de la depresión; sin embargo usaban más las defensas inmaduras solo mientras tenían la depresión y no cuando se encontraban ya recuperados.

Cuando compararon a los pacientes deprimidos con pacientes ansiosos, no observaron diferencias en los estilos defensivos; sin embargo cuando se recuperaban del cuadro depresivo, utilizaban menos defensas inmaduras que los ansiosos.

Cuando compararon los pacientes que tenían sólo depresión con los pacientes que tenían algún otro diagnóstico accesorio a la depresión mayor, ambos grupos al mejorar, redujeron el uso de las defensas inmaduras; sin embargo el grupo con diagnóstico accesorio tendió a usar las defensas inmaduras aún al mejorar ($p=.07$). Los pacientes de este grupo usaron más las defensas neuróticas que los que tenían solo depresión, aún cuando el cuadro depresivo había desaparecido. Las defensas maduras no fueron distintas en estos grupos.

ESTUDIOS DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA EN LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

Andrews y cols (1989) estudiaron 204 sujetos normales, 67 pacientes con padecimientos médicos y 142 pacientes psiquiátricos de la consulta externa, utilizando el cuestionario modificado de los Estilos defensivos de Bond. Los diagnósticos fueron realizados clínicamente y después confirmados independientemente por un clínico utilizando la Ficha de Entrevista Diagnóstica (DIS). Los pacientes con trastornos psiquiátricos usaron menos las defensas maduras y más las defensas neuróticas e inmaduras que los sujetos normales y que los pacientes médicamente enfermos. Los que tenían crisis de angustia y agorafobia mostraron defensas más maduras que los que tenían fobia social, los que a su vez utilizaban defensas más maduras que los pacientes portadores de trastorno obsesivo compulsivo.

Pollock y Andrews (1989) posteriormente compararon a sujetos normales con pacientes que presentaban crisis de angustia, agorafobia, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo para determinar si se asociaban defensas en particular con cada uno de los trastornos. Ellos observaron que los pacientes con crisis de angustia y agorafobia, en comparación con los normales, mostraban niveles más altos en las defensas de desplazamiento, formación reactiva y somatización. En contraste, los pacientes con fobia social utilizaban el desplazamiento y la devaluación, y los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo usaban la anulación, la exoactuación y la proyección.

Estos hallazgos requieren ser confirmados a través de otras técnicas e instrumentos. Por ello Busch y cols (1995) utilizando la Escala de Calificación de los Mecanismos de Defensa de Perry (DMRS) que se califica durante la entrevista clínica, evaluaron a un grupo de 22 pacientes con crisis de angustia y a otro de igual número, con trastorno distímico, estos últimos debido a que en este padecimiento los factores psicodinámicos juegan un papel importante. Esta escala provee de una definición de cada uno de los mecanismos de defensa, información para diferenciar los diferentes mecanismos de defensa entre sí, y criterios operacionales para calificar al mecanismo de defensa como presente o como ausente. El eje propuesto en el apéndice del DSM IV está basado en gran parte en el DMRS. El DMRS mide 28 mecanismos de defensa, que se califican del 0 al 2 (0= ausente, 1= presente probablemente, 2= presente definitivamente). Adicionalmente los 28 mecanismos de defensa están agrupados empíricamente en siete niveles. Estos niveles representan una jerarquía de defensas de acuerdo al nivel de madurez y adaptación. Los niveles del más al menos maduro son : maduro, obsesivo, neurótico, distorsión menor de imagen (narcisista), encubrimiento,

nivel mayor de distorsión de las imágenes y de acción. Los pacientes con crisis de angustia calificaron significativamente más alto en las defensas de formación reactiva y anulación, pero no en otros mecanismos de defensa, que los pacientes con distimia. Estos hallazgos tienen importancia clínica ya que los pacientes con crisis de angustia, aunque manifiesten sentimientos positivos hacia otras personas, pueden estar guardando sentimientos negativos, que al ser traídos a la luz y aceptados mejorarían el cuadro de angustia. La presencia del anulamiento habla de la necesidad de este grupo de pacientes de deshacerse rápidamente de los sentimientos negativos.

Spinhoven y Cornelis (1997) como ya se ha citado, estudiaron dentro de su muestra de 483 pacientes de la consulta externa, también a un grupo de pacientes con trastornos de ansiedad: cuarenta y un pacientes con crisis de angustia con agorafobia, 6 con crisis de angustia solamente, 19 con fobia social, 12 con trastorno obsesivo compulsivo, 8 con trastorno de estrés postraumático y 8 con trastorno de ansiedad no especificado, 6 con ansiedad generalizada, 2 con agorafobia, 1 con fobia simple y 13 con más de un trastorno de angustia. Al igual que los deprimidos, los pacientes con angustia calificaron más alto que los controles en las defensas inmaduras. Más aún, los pacientes con trastornos de angustia tuvieron calificaciones más altas para las defensas neuróticas que los pacientes deprimidos y los controles y calificaron mucho más bajo que los controles en las defensas maduras. Los pacientes con crisis de angustia calificaron más alto en los estilos defensivos neuróticos que los distímicos y los controles. Estos pacientes, con crisis de angustia y los pacientes con distimia calificaron más alto en el estilo defensivo inmaduro que los pacientes del grupo control. Los pacientes del grupo control tuvieron calificaciones más bajas en el mecanismo

de defensa de devaluación que los otros grupos. Los pacientes con crisis de angustia calificaron significativamente más alto en el mecanismo de defensa de la idealización que los distimicos y los controles. Tanto los pacientes con crisis de angustia como los distimicos calificaron más alto en el mecanismo de defensa de la somatización que los controles.

Al correlacionar los estilos defensivos del DSQ y las calificaciones de ansiedad y depresión del SCL 90 en el grupo total de 483 pacientes observaron que ambas subescalas correlacionaban positivamente con los estilos defensivos inmaduro y neurótico, mientras que su asociación con las defensas maduras fue negativa. El análisis de regresión múltiple subsecuente con la subescala de ansiedad del SCL 90 como variable dependiente y los estilos defensivos del DSQ como predictores reveló que los estilos defensivos explicaban el 18% de la varianza en la calificación de la subescala de angustia. Al analizar con mas detalle la asociación entre el DSQ y el SCL 90 se calcularon las correlaciones entre los mecanismos de defensa y la calificación de la subescala de angustia del SCL 90. La angustia se relacionó significativa y negativamente al humor y a la supresión (defensas maduras), significativa y positivamente a la anulación y a la idealización (defensas neuróticas) y a la proyección, exoactuación, fantasía autista, escisión y somatización (defensas inmaduras) como ocurrió con la subescala de la depresión.

El análisis de regresión múltiple escalonada (stepwise) con la angustia como variable dependiente y con los mecanismos de defensas del DSQ como predictores mostró que la regresión explicaba al 9% de la varianza, la anulación el 5%, igual que la supresión, el humor el 2 %, la proyección el 1 %, la idealización el 1 % y la anticipación igual el 1%. Es importante hacer notar que no se observó diferencia en cuanto al género al realizar

el análisis de regresión múltiple para cada subescala del SCL 90, ni tampoco al analizar cada una de los 17 mecanismos de defensa.

Debido a las diferencias en la población de pacientes, la evaluación de la psicopatología y de las defensas, así como el diseño del estudio, es difícil comparar los resultados de los estudios mencionados. Sin embargo se observan algunas similitudes en el patrón de los resultados. De acuerdo con los estudios de Andrews y cols (1989) y de Bloch y cols (1993) los pacientes con crisis de angustia y distimia parecen utilizar más el estilo de defensas inmaduro, pero los pacientes con crisis de angustia se caracterizan por utilizar más el estilo defensivo neurótico. Más aún, en el estudio de Bond y Vaillant (1986), no se observaron diferencias en el uso de defensas entre pacientes con depresión mayor y los controles. Estos hallazgos pueden interpretarse en el sentido de que el uso de defensas particulares puede predisponer a ciertos trastornos mentales. Sin embargo otra posible explicación para las diferencias observadas entre los grupos diagnósticos es que las diferencias en las defensas (somatización, devaluación, idealización y aislamiento) reflejan diferencias en la psicopatología fenomenológica. La somatización puede ser el reflejo de equivalentes somáticos de ansiedad y depresión y por lo tanto no un antecedente sino un consecuente de la condición mental. La devaluación puede ser la expresión de la desmoralización acompañante del trastorno mental; la idealización puede ser el reflejo de la necesidad incrementada del apoyo del paciente con crisis de angustia; y el aislamiento puede ser la consecuencia de una disminución del acceso al afecto, que puede acompañar al trastorno distímico. Los estudios transversales, no pueden establecer inferencias causales acerca de que los mecanismos de defensa constituyen un factor de vulnerabilidad para el

desarrollo de un trastorno mental particular o si los mecanismos de defensa son un epifenómeno de un trastorno mental particular.

Como podría esperarse, la angustia y la depresión se relaciona positivamente con los estilos defensivos inmaduros y neuróticos y negativamente con el estilo defensivo maduro. Más específicamente, la angustia y la depresión se asociaron negativamente con el humor y la supresión (dos defensas maduras) y positivamente con la anulación y la idealización (mecanismos de defensa neuróticos) y la proyección, exoactuación, fantasía autista, escisión y somatización (mecanismos de defensa inmaduras). La depresión, pero no la angustia, se asociaron positivamente a la pasivo agresividad, devaluación y racionalización. En el análisis de regresión múltiple escalonada (stepwise), la somatización fue el mecanismo de defensa asociado a la angustia, mientras que la proyección fue el mecanismo de defensa asociado a la depresión. Estos resultados concuerdan con los resultados de Smith y cols (1992) quienes encontraron que los estilos defensivos inmaduro y maduro se asocian respectivamente en forma positiva y negativa, con la calificación de la depresión en el cuestionario de depresión de Beck.

La investigación acerca de la posibilidad de que el género tenga influencia en la relación de los estilos defensivos evaluados por el DSQ con la angustia y la depresión no encuentra evidencia en el estudio de Spinhoven y Kooiman (1997), a diferencia de las observaciones llevadas a cabo por Margo y cols (1993) y Noam y Recklitis (en Spinhoven y Kooiman, 1997) que utilizaron el Inventario de los Mecanismos de Defensa (DMI). En contraste con el DSQ, el DMI tiene una versión distinta para hombres y mujeres, ya que ha detectado diferencias que el DSQ no presenta.

OBJETIVOS

Este estudio se realizó con los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar el papel que juegan los mecanismos de defensa en la gravedad y comorbilidad de las crisis de angustia y en la respuesta terapéutica de los pacientes con crisis de angustia con o sin otros trastornos mentales no psicóticos, incluyendo a los trastornos de la personalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar la confiabilidad y validez del Cuestionario de Estilos Defensivos.

Comparar el uso de mecanismos de defensa de los pacientes con crisis de angustia y los utilizados por los sujetos sin trastorno mental.

Comparar los mecanismos de defensa de los pacientes con trastornos de angustia y los de los pacientes con crisis de angustia asociadas a otros trastornos mentales.

Comparar el uso de los mecanismos de defensa de los pacientes con crisis de angustia que responden a tratamiento farmacológico después de 8 semanas con los de los pacientes que no responden a esta modalidad terapéutica.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS 1.

Los pacientes con trastornos de angustia utilizan mas los mecanismos de defensa desadaptativos que los sujetos sin trastorno mental.

HIPÓTESIS 2.

Los pacientes con trastornos de angustia utilizan menos los mecanismos de defensa adaptativos que los sujetos sin trastorno mental.

HIPÓTESIS 3.

Los pacientes con trastornos de angustia asociados a otros trastornos mentales utilizan más los mecanismos de defensa desadaptativos que los pacientes que sólo tienen el trastorno de angustia.

HIPÓTESIS 4.

Los pacientes con trastornos de angustia que no responden a tratamiento farmacológico utilizan más los mecanismos de defensa desadaptativos que los pacientes que responden a tratamiento.

METODO

DISEÑO.

El estudio se llevó a cabo en dos partes. La primera parte consistió en un estudio de proceso, para determinar la validez y confiabilidad del Cuestionario de Estilos Defensivos. La segunda parte fue un escrutinio comparativo longitudinal.

PRIMERA PARTE.

EL CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS (DSQ)

Bond y cols (1983) del departamento de Psiquiatría del Hospital General Israelita Sir Mortimer B. Davis, de Montreal Canadá, desarrollaron el Cuestionario de Estilos Defensivos (DSQ, Defense Style Questionnaire), para el estudio experimental de los mecanismos de defensa, a fin de no depender del juicio subjetivo del observador y determinar la relación entre las diferentes defensas y los trastornos mentales particulares.

Estos autores usan el término de mecanismo de defensa para describir no sólo un proceso intrapsíquico inconsciente cuya finalidad es la de reconciliar las pulsiones internas con las demandas externas, sino también una serie de ideas, actitudes y conductas, que son manifestaciones conscientes de esos procesos inconscientes. A la vez consideran que un mecanismo de defensa corresponde al estilo para manejar los conflictos y el estrés, en un momento dado, bajo ciertas circunstancias, y también reflejan el grado de desarrollo psicosocial de la personalidad.

Abordan la medición de los mecanismos de defensa a través de la introspección de los derivados conscientes, esto es, el mismo paciente señala que actitudes y conductas descritas en el cuestionario tiene frecuentemente en su vida. Aunque este método no mide directamente a los mecanismos de defensa, sí está relacionado con éstos.

Los autores estudiaron 111 sujetos voluntarios y 98 pacientes, la mitad de ellos hombres y la otra mitad mujeres. La mitad de los voluntarios eran estudiantes de secundaria, de junior college y universitarios, el resto eran empleados y un pequeño número de jubilados. Los pacientes eran psicóticos, pacientes límites, "neuróticos", con trastorno de la personalidad y "otros". Su rango de edad era de 15 a 64 años, con edad promedio de 27 años.

Se diseñó el cuestionario para determinar las manifestaciones del estilo característico del sujeto de manejar los conflictos, conscientes e inconscientes, basándose en el supuesto de que las personas pueden describir su conducta.

Con base a este concepto, los reactivos se diseñaron para que reflejaran la conducta sugestiva de los siguientes 24 mecanismos de defensa o afrontamiento:

afiliación, aislamiento (withdrawal), conducta como si (as - if behavior), desplazamiento, disociación, escisión, exoactuación (acting out), formación reactiva, humor, idealización primitiva, identificación, inhibición, intelectualización, negación, omnipotencia - devaluación, pasivo - agresividad, proyección, altruismo, regresión, represión, somatización, sublimación, supresión y volverse contra sí mismo.

Los reactivos correspondientes a los mecanismos de defensa mencionados fueron sometidos a una prueba inicial de validez, solicitando a dos psicólogos y a un psiquiatra (dos

de ellos psicoanalistas) que señalaran a que mecanismo de defensa o afrontamiento correspondía cada uno de los reactivos.

El cuestionario inicial quedó constituido por 97 reactivos y se formó con aquellos en los que todos estuvieron de acuerdo. Se les pidió a los sujetos que indicaran su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los reactivos en una escala de nueve puntos:

Totalmente de acuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente en desacuerdo.

Toda la escala fue construida de tal manera que la calificación más alta indicara que el sujeto utilizaba más esa defensa.

En un proyecto piloto, los autores probaron una primera versión del cuestionario en 30 pacientes, intercalando los reactivos de los mecanismos de defensa en otros reactivos de un proyecto de investigación paralelo, diseñados para medir el funcionamiento del ego.

La consistencia interna entre los reactivos que correspondían a la misma defensa se evaluaron a través de las correlaciones que tenía el reactivo con el total del cuestionario. Sólo aquellos reactivos que correlacionaron con el grupo principal a un nivel de significancia mayor a 0.001 se conservaron. El número de reactivos de cada categoría osciló entre uno y seis, por lo tanto, la correlación fue satisfactoria sólo para cierto número de defensas. Se utilizó la validez de contenido para la selección de reactivos, en el caso de correlaciones altas espurias. En base a esta maniobra se conservaron 81 de los 97 reactivos iniciales, que se agruparon en 24 mecanismos de defensa.

Se aplicaron junto con el Cuestionario de Estilos Defensivos el Cuestionario de Función del Ego y la Prueba de Frases incompletas de Loevinger para medir el desarrollo del

ego, para correlacionar sus resultados con los del DSQ y determinar si existía una jerarquía en los mecanismos de defensa.

Validez de constructo.

Los autores llevaron a cabo un análisis factorial para demostrar la existencia de clusters separados de mecanismos de defensa o estilos defensivos.

Se llevó a cabo un análisis factorial de componente principal de los 24 grupos de defensas para la muestra completa y para los pacientes y controles sanos por separado. Los valores eigen indicaron que una solución de 4 factores proveía una representación adecuada del grupo completo y para la muestra por separado. Las defensas se agruparon de la misma forma tanto para los pacientes como para los controles.

El estilo defensivo 1 (Factor 1) consistió en los derivados de los mecanismos de defensa usualmente considerados como inmaduros: aislamiento social, regresión, exoactuación, inhibición, pasivo agresividad y proyección. Todos los mecanismos ennumerados tuvieron cargas factoriales mayores de .65 en el análisis combinado y mayor a .55 en el análisis por separado, de los pacientes y los controles, excepto la regresión que tuvo una carga factorial de .40 para los controles.

El estilo 2 (factor 2) consistió en los derivados de la omnipotencia, escisión e idealización primitiva. Las 3 defensas tuvieron una carga factorial mayor a .50 en los 3 análisis factoriales.

El estilo 3 (factor 3) consistió en los derivados de 2 mecanismos de defensa: la formación reactiva y el altruismo. Se eliminó de esta categoría a la negación, aunque su

carga factorial había sido alta en la muestra combinada y en la muestra de pacientes, pero cargó negativamente cuando se realizó el análisis factorial en la muestra de sujetos control.

El estilo defensivo 4 (factor 4) consistió en los derivados de la supresión, sublimación y humor con cargas factoriales por arriba del nivel de 0.50 en los tres análisis factoriales, con excepción de la sublimación, que tuvo una carga factorial de .47 cuando la factorización se realizó en la muestra de controles.

El nivel de desarrollo de estos 4 estilos defensivos, se evaluó de diferentes maneras: Se correlacionaron las defensas del estilo 1 con las del estilo 4. La correlación fue negativa, lo que indica que estos dos estilos representan polos extremos de un continuum de defensas adaptativas;

Se correlacionaron los 4 estilos defensivos con dos medidas de madurez del ego. Las correlaciones indicaron que los estilos defensivos pueden ser jerarquizados en el siguiente orden: una mayor fuerza del ego correlaciona negativamente con el estilo 1 "inmaduro" (-.91) y correlacionó positivamente con el estilo 4 "adaptativo" (.32). Se observó el mismo patrón para la prueba de Loevinger.

Cuando los puntajes de fuerza del ego y los del desarrollo del ego se incluyeron en un análisis factorial con las defensas que constituyen los 4 estilos defensivos, se obtuvieron cuatro factores en los que las calificaciones de la fuerza del ego y la del desarrollo del ego cargaron negativamente con el estilo 1 y positivamente con el estilo 4.

La muestra de pacientes tuvo un promedio de calificaciones más alto que los no pacientes en los estilos 1 al 3. La muestra de no pacientes tuvo promedio de calificación más alto en el estilo 4.

El promedio de los estilos defensivos 1 a 3 fue mayor en el caso de los pacientes que en los sujetos sanos (132.7 vs 91.7, 36.9 vs 30.3 y 25.8 vs 22.6), mientras que la calificación del estilo 4 fue mayor para los controles (28.2 vs 24.4).

La diferencia en el uso de los estilos defensivos entre la muestra de pacientes y la de controles se manifiesta si uno examina los estilos defensivos usados por los sujetos en forma individual. Si la calificación de un sujeto se encontraba media desviación estándar por arriba de la media en un factor particular, los autores consideraron que ese sujeto utilizaba ese estilo defensivo. El punto de corte de media desviación estándar permitió en este caso la mejor discriminación. El 60% de los pacientes usó el estilo 1 junto con otros estilos y 16% lo usaron exclusivamente. En contraste, el 11% de los controles usaron el estilo 1 junto con otros estilos y 16% lo usaron exclusivamente.

En el caso del estilo 4, 48% de los pacientes lo usaron junto con otros estilos defensivos y solo 9 % lo usaron exclusivamente. En contraste, 90% de los controles usaron el estilo 4 junto con otras defensas y 42 % lo usaron exclusivamente.

Las ventajas que señalan los autores acerca del Cuestionario de Estilos Defensivos (DSQ) es que ahorra tiempo, no requiere entrenamiento, elimina el problema de confiabilidad interobservador, mide el grado en que la defensa está presente y provee de datos normativos. Las limitaciones establecidas por los mismos autores consisten en: no ser completo, pues no mide todos los derivados conscientes de los mecanismos de defensa, sólo mide los equivalentes y no propiamente a los mecanismos de defensa y es necesario validarlo con una evaluación de los mecanismos de defensa inconscientes (Bond y cols, 1983).

EL CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS EN ESPAÑOL.

Confiabilidad y Validez del DSQ en Español.

Para determinar la confiabilidad y validez del Cuestionario de Estilos Defensivos de Bond (DSQ) utilizado en este estudio, se evaluaron 261 sujetos, 173 mujeres (66.28 %) y 88 hombres (33.72%) con edad promedio de 29.33 ± 11.64 años.

Una parte de los muestra no tenía padecimiento mental alguno y estuvo constituida por 165 sujetos, 120 mujeres (72%) y 45 hombres (28%), algunos de población estudiantil de nivel profesional, de las carreras de psicología y medicina, otros de la población general de nivel profesional. Su edad promedio fue de 20.94 ± 3.03 años.

El grupo de pacientes estuvo constituido por 96 sujetos, 53 mujeres (55.2%) y 43 hombres (44.8%), y con una edad promedio de 35.18 ± 10.65 años, tenían diferentes patologías (trastornos psicóticos, del humor, de angustia, de ajuste, de personalidad, por uso de alcohol y/o sustancias e intento suicida): 54 sujetos tuvieron un 1 diagnóstico, 25 tuvieron 2 y 17 tuvieron 3 diagnósticos. Los diagnósticos en orden de frecuencia fueron : trastornos de angustia 87 sujetos, trastornos del estado de ánimo 37, trastornos psicóticos 18, uso de alcohol y drogas 10, trastornos de la personalidad 4, intento suicida 3 y trastorno adaptativo con ánimo deprimido 1. Los tipos específicos de diagnóstico de las categorías más frecuentes se pueden observar en el cuadro 1. Se señalan los casos en los que el cuadro se encontraba inactivo o había ocurrido previamente.

Cuadro 1 . Trastornos observados en los pacientes incluidos en el análisis factorial para la validación del DSQ.

| DIAGNÓSTICO POR CATEGORÍAS | NÚMERO DE SUJETOS. |
|---|---------------------------|
| TRASTORNOS DE ANGUSTIA | N= 87 |
| Crisis de Angustia | 56 |
| Crisis de Angustia Previas | 17 |
| Agorafobia | 6 |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo | 3 |
| Ansiedad Generalizada | 2 |
| Fobia Social | 2 |
| Fobia Simple | 1 |
| TRASTORNOS DEL HUMOR | N= 37 |
| Depresión Mayor | 11 |
| Depresión Mayor En Remisión | 11 |
| Depresión Mayor Psicótica | 6 |
| Depresión Mayor Psicótica En Remisión | 1 |
| Trastorno Bipolar | 4 |
| Trastorno Bipolar En Remisión | 4 |
| TRASTORNOS PSICÓTICOS. | N= 18 |
| Esquizofrenia Paranoide Crónica | 9 |
| Esquizofrenia Paranoide | 2 |
| Esquizofrenia Paranoide En Remisión | 1 |
| Trastorno Esquizoafectivo | 2 |
| Trastorno Esquizofreniforme | 2 |
| Trastorno Delirante | 1 |
| Trastorno Psicótico Inducido por Drogas | 1 |
| TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS. | N= 10 |
| Dependencia a Alcohol | 7 |
| Dependencia a Sustancias | 3 |
| TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD | N= 4 |
| INTENTO SUICIDA | N= 3 |
| TRASTORNO ADAPTATIVO | N= 1. |

El promedio de trastornos presentes en esta muestra fue de 1.67 trastornos por sujeto.

Validez.

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia : 1) evidencia relacionada con el contenido, 2) evidencia relacionada con el criterio y 3) evidencia relacionada con el constructo.

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto medido. Un instrumento debe contener representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir.

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición comparándola con un criterio externo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento. Entre más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez de criterio será mayor. Si el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente, si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva.

La validez de constructo es probablemente la mas importante sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico.

Validez de contenido.

Consistió en la revisión de diferentes publicaciones en que se habían medido a los mecanismos de defensa a través de diferentes instrumentos, con el fin de determinar si el

Cuestionario de Estilos Defensivos incluía a todas las defensas que debían ser evaluadas. Posteriormente se revisaron las publicaciones en que se había utilizado el Cuestionario de Estilos Defensivos, en alguna de sus versiones, para determinar el mecanismo de defensa que correspondía a cada reactivo. Aunque existen solo dos versiones, una que consta de 88 reactivos, como ocurre en la publicación original, en el estudio de Vaillant, Bond y Vaillant (1986) y en el de Andrews, Singh y Bond (1993) se modificó el cuestionario para adecuarlo al glosario incluido en el DSM III R (1987) y constituir un instrumento de 40 reactivos, el DSQ 40 (Cuadro 2).

Cuadro 2. Reactivos del Cuestionario de Estilos Defensivos (DSQ) correspondientes a los mecanismos de defensa .

| MECANISMO DE DEFENSA | REACTIVO |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Altruismo | 1 |
| Proyección | 4, 12, 25, 36, 55, 60, 66, 72, 87 |
| Regresión | 9, 67 |
| Inhibición | 10, 17, 29, 41, 50 |
| Formación Reactiva | 13, 47, 56, 63, 65 |
| Negación | 16, 52 |
| Identificación Proyectiva | 19 |
| Exoactuación | 7, 21, 27, 33, 46 |
| Pasivo Agresividad | 2, 22, 39, 45, 54 |
| Somatización | 28, 62 |
| Aislamiento social | 32, 35, 49, 70, 76, 77, 83 |
| Fantasia | 40 |
| Escisión | 43, 53, 64 |
| Idealización | 51, 58 |
| Rechazo a la Ayuda | 69, 75, 82 |
| Anulación | 71, 78, 88 |
| Consumo | 73, 79, 85 |
| Supresión | 3, 59 |
| Sublimación | 5 |
| Anticipación | 68, 86 |
| Orientación al Trabajo | 74, 84 |
| Omnipotencia | 11, 18, 23, 24, 30, 37, 42 |
| Afiliación. | 80, 81 |
| Humor | 8, 34, 61 |

El resto de los reactivos pertenecen a una subescala relacionada con la veracidad de las respuestas dadas por el sujeto.

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Escala de veracidad | 6, 14, 15, 20, 26, 31, 38, 44, 48, 57 |
|---------------------|---------------------------------------|

Validez de constructo.

Se realizó un análisis factorial de los 88 reactivos del cuestionario a través del SPSS para windows versión 5.0 observando que se formaban 25 factores. La agrupación esperada era de 24 factores, ya que varios reactivos correspondían a cada uno de los mecanismos de defensa. La diferencia entre los 24 esperados y los 25 observados se debió a que el mecanismo de defensa del aislamiento incluía al aislamiento social (separarse de la gente, permanecer sólo) con el aislamiento mental (separar el contenido ideatorio de su afecto concomitante). Dado que conceptualmente son dos estrategia diferentes, se separaron los reactivos correspondientes a cada uno y se incluyeron unos en el aislamiento y otros en el aislamiento social. Los reactivos quedaron agrupados como se observa en el cuadro 3.

En total fueron 66 reactivos, que se agruparon en 25 mecanismos de defensa. Once reactivos adicionales correspondían a la escala de veracidad; estos reactivos no entraron al análisis factorial inicial.

Los otros 11 reactivos (8, 22, 34, 37, 39, 47, 58, 70, 86, 87, 88), que no están incluidos en el cuadro 2, tuvieron una carga factorial muy baja y no correlacionaron significativamente con ninguno de los 66 reactivos mencionados, razón por la que fueron excluidos.

Cuadro 3. Agrupamiento de los reactivos en veinticinco mecanismo de defensa según el análisis factorial realizado en 261 sujetos.

| Mecanismo de Defensa. | Reactivo. |
|---------------------------|--|
| Altruismo | 1. |
| Proyección | 4, 12, 25, 36, 55, 60, 66, 72, 87. |
| Regresión | 9, 67. |
| Inhibición | 10, 17, 29, 41, 50. |
| Formación reactiva | 13, 56, 63, 65. |
| Negación | 16, 52. |
| Identificación proyectiva | 19 |
| Exoactuación | 7, 21, 27, 33, 46. |
| Pasivo - agresividad | 54 |
| Somatización | 28, 62. |
| Aislamiento social | 32, 35, 49. |
| Aislamiento | 76, 77, 83. |
| Fantasia | 40. |
| Escisión | 23, 43, 53, 64. |
| Idealización | 30, 51. |
| Rechazo de ayuda | 69, 75, 82. |
| Anulación | 71, 78. |
| Consumo | 73, 79, 85. |
| Supresión | 3, 59. |
| Sublimación | 5. |
| Anticipación | 68. |
| Orientación al trabajo | 74, 84. |
| Omnipotencia | 11, 18, 24, 45. |
| Afiliación | 80, 81. |
| Humor | 61 |
| Escala de veracidad | 6, 14, 15, 20, 26, 31, 38, 42, 44, 48, 57. |

Los 66 reactivos fueron agrupados en el mecanismo de defensa correspondiente quedando las 25 categorías enlistadas en el cuadro. Posteriormente se realizó un nuevo análisis factorial con los 25 mecanismos de defensa, primero para cuatro factores como lo hizo el autor del cuestionario original. En este análisis se observó que los 25 mecanismos de defensa se agrupaban en tres factores. Se realizó el análisis factorial para tres factores,

primero sin rotación y posteriormente con rotación varimax, observándose que los dos primeros factores agrupaban adecuadamente a los mecanismos de defensa, pero el tercer factor quedaba constituido por los mecanismos de defensa del “humor” y de la “omnipotencia”, lo que conceptualmente no correspondía a la teoría, ya que el primero es considerado como maduro y el segundo como inmaduro. Debido a esto, para no eliminar estos dos mecanismos de defensa y buscando que el análisis estadístico fuera congruente con el marco teórico, se realizó un nuevo análisis factorial en esta ocasión para dos factores, primero sin rotarlo y posteriormente con rotación varimax, observándose que en los dos factores quedaban incluidos todos los mecanismos de defensa. En el primer factor se agruparon los siguientes mecanismos de defensa: la proyección con una carga factorial mas alta (.78480) y la omnipotencia con la carga factorial mas baja (.44160) . Entre estos dos mecanismos se encontraban, con cargas factoriales intermedias, la exoactuación, represión, somatización, fantasía, aislamiento, inhibición, rechazo a la ayuda, escisión, anulación, consumo, idealización, negación, aislamiento, identificación proyectiva y pasivo - agresividad. El segundo factor quedó constituido por: la supresión, con la carga factorial más alta (.65783) y el humor, con la carga factorial más baja (.29233). Entre estos dos mecanismos de defensa se encontraban, con carga factorial intermedia: la orientación al trabajo, sublimación, anticipación, afiliación, formación reactiva y pseudoaltruismo. En el cuadro 4 se observa el resultado del análisis factorial, para dos factores. Los resultados del análisis factorial sin rotación y con rotación varimax dieron el mismo agrupamiento y prácticamente las mismas cargas factoriales.

**Cuadro 4. Análisis factorial para dos factores ..
en 25 mecanismos de defensa del Cuestionario de Estilos Defensivos de Bond (DSQ).**

| Mecanismos de Defensa | Factor 1 | Factor 2 | Comunalidad |
|---------------------------|----------|----------|-------------|
| Proyección | .7848 | -.1178 | .6298 |
| Exoactuación | .7377 | -.0596 | .5478 |
| Regresión | .7135 | -.2566 | .5750 |
| Somatización | .6877 | -.0957 | .4821 |
| Fantasia | .6722 | .00684 | .4520 |
| Aislamiento social | .6088 | -.0358 | .3720 |
| Inhibición | .6050 | .0870 | .3736 |
| Rechazo de ayuda | .5918 | -.1260 | .3661 |
| Escisión | .5808 | .1674 | .3653 |
| Anulación | .5794 | .1625 | .3622 |
| Consumo | .5530 | -.1150 | .3191 |
| Idealización | .5398 | .0714 | .2965 |
| Negación | .5206 | .1341 | .2891 |
| Aislamiento | .5112 | .0850 | .2686 |
| Identificación proyectiva | .4877 | .0853 | .2451 |
| Pasivo -agresividad | .4796 | -.0439 | .2319 |
| Omnipotencia | .4416 | .0686 | .1997 |
| Supresión | -.1978 | .6578 | .4718 |
| Orientación al trabajo | .0936 | .5731 | .3373 |
| Sublimación | -.2296 | .5518 | .3639 |
| Anticipación | .0860 | .5499 | .2673 |
| Afiliación | -.0032 | .4817 | .2321 |
| Formación reactiva | .3585 | .4529 | .3159 |
| Pseudoaltruismo | .3024 | .3044 | .1841 |
| Humor | .0309 | .2928 | .0864 |

El eigenvalor del factor 1 fue de 6.47620 y el del factor 2 de 2.15939. El porcentaje de la varianza del factor 1 fue de 25.9 y del factor 2 de 8.6, el total del porcentaje de la varianza acumulado fue de 34.5%.

Confiabilidad.

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1. Donde un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad. Entre más se acerque el coeficiente a cero, hay mayor error en la medición.

Aunque hay diferentes procedimientos para determinar la confiabilidad, ésta se realizó a través del alfa de Cronbach.

El cálculo de este coeficiente de confiabilidad se llevó a cabo a través del SPSS para MS Windows, versión 5.0.

Primero se calculó el coeficiente alfa para el Cuestionario de Estilos Defensivos completo, de 88 reactivos. Posteriormente se calculó este coeficiente tomando con los 24 mecanismos de defensa en que se agrupan los 88 reactivos. Los resultados fueron los siguientes :

■ **DSQ-88 reactivos :**

Coeficiente alfa = .9080.

■ **DSQ 24 mecanismos de defensa :**

Coeficiente alfa = .8116.

Posteriormente se calculó el coeficiente alfa para la versión de 66 apartados del Cuestionario de Estilos Defensivos. Los resultados fueron los siguientes :

■ **DSQ - 66 reactivos :**

Coeficiente alfa = .8977.

■ DSQ 25 mecanismos de defensa :

Coefficiente alfa = . 8147.

En función a los resultados del análisis factorial, se decidió manejar solo los 66 reactivos que se agruparon en los dos factores de acuerdo al análisis factorial. Como en el primer factor se agrupan mecanismos de defensa primitivos (escisión, omnipotencia, exoactuación, idealización, identificación proyectiva, proyección, fantasía y negación), inmaduros (aislamiento social, inhibición, rechazo de ayuda, pasivo agresividad y consumo) y neuróticos (regresión, somatización, anulación, aislamiento) en general se les denominó, para este estudio a este grupo de mecanismos de defensa “Mecanismos Desadaptativos” o “Inmaduros”. En el segundo factor se agruparon los mecanismos de defensa maduros (supresión, sublimación , anticipación y humor) y adaptativos (formación reactiva, afiliación, altruismo, orientación al trabajo) por lo que se le denominó para este estudio “Mecanismos Adaptativos”.

SEGUNDA PARTE

SUJETOS.

Pacientes de la consulta Externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que acudieron por primera vez a recibir tratamiento, que presentaban Crisis de Angustia (Anexo 1) con o sin comorbilidad. Cuando existían padecimientos orgánicos asociados, éstos no debían interferir con la evaluación diagnóstica ni el tratamiento. No se incluyeron pacientes con trastornos psicóticos, ni con trastorno por uso de sustancias activo.

Los sujetos, de cualquier sexo, deberían tener cuando menos dieciocho años, y ser menores de 65, para que no existiera la posibilidad de un cuadro demencial subyacente que influyera en la evaluación. Todos los pacientes aceptaron participar en el estudio.

Cuando los pacientes tuvieron además de crisis de angustia algún otro problema de angustia (agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social, fobia simple) quedaron incluidos en el grupo 1 (grupo de pacientes con trastornos de angustia). Si los pacientes además de crisis de angustia tuvieron un problema del estado de ánimo (depresión mayor previa, o actual, distimia) o algún trastorno asociado al uso de alcohol (abuso o dependencia) quedaron incluidos en el grupo 2 (pacientes con crisis de angustia asociada a otros diagnósticos). Esta distribución se hizo en función al tamaño de muestra y buscando separar a los pacientes con trastornos de angustia puros de los pacientes con trastornos de angustia asociados a otras categorías diagnósticas.

El grupo control estuvo constituido por 32 sujetos de ambos sexos, estudiantes de las carreras de psicología y de medicina; las características sociodemográficas de este grupo se describen más adelante.

PROCEDIMIENTO .

Los pacientes siguieron el procedimiento de ingreso a la Consulta Externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Al llegar fueron evaluados por un médico residente de tercer año de la especialidad en Psiquiatría. En un período menor a una semana, fueron reevaluados por uno de los médicos adscritos especialista en Psiquiatría, con experiencia, que realizaba el

diagnóstico clínico definitivo del paciente. Cuando el diagnóstico fue de Crisis de Angustia, se le invitaba a participar en el estudio.

Durante la entrevista de evaluación se les explicó en que consistía la investigación, si los pacientes aceptaban, se les interrogaba primero acerca de los síntomas que presentaban, primero de Crisis de Angustia, a través de un listado de los criterios del DSM III R para este trastorno (Anexo 1).

Si el diagnóstico correspondía a Crisis de Angustia actuales, se realizaba un interrogatorio acerca de otros padecimientos de tipo psicótico, afectivo, de ansiedad (agorafobia, fobia simple y fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático), somatomorfo, adaptativo, preguntando los criterios mayores de cada uno; en caso de que contestaran afirmativamente para alguno de ellos, se les interrogaba acerca del resto de los síntomas para llegar a un diagnóstico.

Se evaluó el uso reciente de alcohol y de otras sustancias psicoactivas : alucinógenos, anfetaminas, ansiolíticos, tranquilizantes e hipnóticos, cannabis, cocaína, inhalantes, y opioides.

Si los pacientes tenían síntomas psicóticos, o habían utilizado sustancias en los últimos dos meses se les excluyó del estudio.

Se recolectaron además datos relacionados con:

a) Aspectos sociodemográficos: nombre, género, edad, estado civil, lugar de origen y residencia, escolaridad, ocupación, religión.

- b) Antecedentes heredofamiliares: padecimientos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia y otras psicosis, epilepsia, trastornos afectivos y de ansiedad, uso de sustancias.
- c) Antecedentes personales: separación en la infancia, enfermedades físicas importantes previas y actuales.
- d) Condiciones actuales del padecimiento principal: duración del episodio actual, fecha aproximada del inicio de los síntomas, factores desencadenantes, uso de medicamentos, fecha de inicio del tratamiento, tipo, dosis y respuesta; episodios previos de trastornos mentales, incluyendo episodios previos de crisis de angustia; hospitalizaciones psiquiátricas.

A continuación se aplicaron la Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad, de 14 apartados, la Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para Depresión de 22 apartados, calificándolas de acuerdo a las instrucciones de evaluación. Estas dos escalas permitieron determinar la intensidad de la sintomatología de angustia y depresión.

Se aplicó también la Impresión Global del Médico.

Por otra parte, el paciente contestó la Lista de 90 Síntomas de Hopkins (HSCL-90), la parte autoaplicable del (SCID II) y el Cuestionario de Estilos Defensivos de Bond (DSQ).

Ocho semanas después, tiempo durante el que recibieron tratamiento por parte de sus médicos tratantes de la Consulta Externa, se les reevaluó con los mismos instrumentos:

- a) Lista Criterios del DSM III R para Crisis de Angustia.
- b) Escala de Hamilton para Evaluación de Ansiedad.

- c) Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para Depresión.
- d) Impresión Global del Médico.
- e) Se utilizó además la Impresión Global del Paciente.
- f) El HSCL- 90.
- g) Además se registró el tratamiento que recibió y su dosificación.

INSTRUMENTOS

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (SCID II)

Antes de la introducción de criterios diagnósticos específicos, la confiabilidad del diagnóstico de los trastornos de la personalidad era baja.

Spitzer y Fleiss (1974) revisaron los estudios que se llevaron a cabo antes de la introducción del DSM III observando que la confiabilidad interobservador promedio (κ) para el diagnóstico clínico de los trastornos de la personalidad era de 0.32. Debido a que la baja confiabilidad disminuye la validez de cualquier evaluación se hizo necesario el añadir guías para la entrevista clínica buscando mejorar la confiabilidad. Para ello se han desarrollado entrevistas estructuradas y evaluaciones autoaplicables para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, siguiendo los criterios del DSM III, DSM III R y DSM IV.

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad (SCID II) fue creado por Spitzer y cols (1987) como complemento del SCID, que es una entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos mentales que están incluidos en el eje I. El

- c) Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para Depresión.
- d) Impresión Global del Médico.
- e) Se utilizó además la Impresión Global del Paciente.
- f) El HSCL- 90.
- g) Además se registró el tratamiento que recibió y su dosificación.

INSTRUMENTOS

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (SCID II)

Antes de la introducción de criterios diagnósticos específicos, la confiabilidad del diagnóstico de los trastornos de la personalidad era baja.

Spitzer y Fleiss (1974) revisaron los estudios que se llevaron a cabo antes de la introducción del DSM III observando que la confiabilidad interobservador promedio (κ) para el diagnóstico clínico de los trastornos de la personalidad era de 0.32. Debido a que la baja confiabilidad disminuye la validez de cualquier evaluación se hizo necesario el añadir guías para la entrevista clínica buscando mejorar la confiabilidad. Para ello se han desarrollado entrevistas estructuradas y evaluaciones autoaplicables para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, siguiendo los criterios del DSM III, DSM III R y DSM IV.

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad (SCID II) fue creado por Spitzer y cols (1987) como complemento del SCID, que es una entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos mentales que están incluidos en el eje I. El

SCID II permite hacer el diagnóstico de los 11 trastornos de la personalidad contemplados en el eje II, además de la personalidad autodevaluatoria del apéndice del DSM III R. Las preguntas están organizadas por diagnóstico, evaluando juntos a todos los criterios pertenecientes a cada trastorno de la personalidad, haciendo más simple, para el entrevistador, el evaluar uno por uno a los trastornos de la personalidad.

El SCID II contiene una parte que se aplica a través de entrevista clínica y una parte autoaplicable. Cada una de ellas, está constituida por 120 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 la personalidad. Posteriormente se entrevista al sujeto preguntando solo acerca de aquellos reactivos positivos.

En este estudio solo se administró la parte autoaplicable a los pacientes (Anexo 2).

LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM- A)

Es una de las escalas de aplicación por parte del clínico más utilizada para medir los trastornos de ansiedad. En un principio se utilizó para determinar la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada, pero en la actualidad se ha usado para evaluar también a las crisis de angustia. Contiene varios síntomas de ansiedad, pero también incluye algunos de depresión, por lo que es posible que se observe una correlación positiva con la Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 3).

Características de la escala.

Tipo: escala de síntomas.

Area de evaluación: ansiedad, severidad del trastorno.

Administración: escala que aplica el investigador, semiestructurada.

Período de evaluación: las 72 horas previas.

Número de reactivos: 14

Calificación de los reactivos: todos los reactivos se califican del 0 al 4.

Validez psicométrica: la escala contiene dos dimensiones, ansiedad psíquica vs somática.

Confiabilidad: la prueba de concordancia de Kendall es de 0.80, que corresponde a un acuerdo interobservador adecuado (Bech y cols 1993).

LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HAM- D)

La Escala de Depresión de Hamilton es una de las escalas mas ampliamente utilizadas internacionalmente y la que con más frecuencia se utiliza en los estudios de depresión, para determinar los cambios en la severidad de los síntomas depresivos (Anexo 4).

Características de la escala.

Tipo: escala de síntomas.

Areas de evaluación: depresión, perfil sintomático y severidad del trastorno.

Administración: escala de observación, la aplica el investigador.

Período de evaluación: las 72 horas previas.

Número de reactivos: 21 reactivos.

Calificación de los reactivos: ocho reactivos se califican del 0 al 2 y 9 del 0 al 4.

Validez psicométrica: hay una dimensión general de la depresión y una dimensión general de severidad. El análisis factorial también apunta hacia un factor general de severidad. Sin

embargo se han encontrado diversos agrupamientos factoriales, como el factor de sueño (reactivos 4,5,6) y el factor de angustia (9,10,11) entre los más importantes.

Confiabilidad: se ha encontrado que el coeficiente de correlación intraclase es de 0.86, lo que indica una correlación interobservador adecuada (Bech y cols 1993)

LISTA DE SINTOMAS DE HOPKINS (SCL - 90. Hopkins Symptoms Checklist)

Esta escala fue desarrollada en la Universidad de Hopkins en Baltimore. En estudios psiquiátricos se ha utilizado como un instrumento que mide la psicopatología general. Las subescalas derivadas del análisis factorial para evaluar los diversos síndromes psiquiátricos son: somatización (12 reactivos), obsesión- compulsión (10 reactivos), sensibilidad interpersonal (9 reactivos), depresión (13 reactivos), ansiedad (10 reactivos), rabia/hostilidad (6 reactivos), ansiedad fóbica (7 reactivos), pensamientos de contenido paranoide (6 reactivos), tendencias psicóticas (10 reactivos). La calificación de cada subescala se puede obtener después de haber sumado la calificación de los reactivos correspondientes (calificación de Likert) y dividirlos por su número. Por ejemplo, con una calificación de Likert total de 24 para la subescala de ansiedad, la calificación corregida es $24 / 10 = 2.4$. Se puede presentar gráficamente la calificación corregida de las diferentes subescalas y así obtener un perfil sintomático.

La calificación total de los 90 reactivos dividido entre 90 origina al Índice de Malestar Sintomático (Symptom Distress Index) que es la medición global más frecuentemente utilizada.

Es más recomendable, utilizar escalas de medición específicas, más que las subescalas del SCL- 90, si se desean evaluar síndromes psiquiátricos específicos, como la ansiedad o la depresión (Anexo 5).

Características de la escala.

Tipo: escala sintomática, mide la intensidad del malestar psicológico.

Áreas de evaluación: diversos síntomas que aparecen durante períodos de estrés, enfermedad y síntomas de diversos trastornos psiquiátricos.

Administración: cuestionario de autoaplicación.

Período que evalúa: en este estudio se utilizó para evaluar la intensidad de los síntomas de la semana anterior.

Número de reactivos: 90, aunque existen versiones anteriores con 35, 58 y 65.

Calificación de los reactivos: escala de cinco puntos (0= ausente, 4=muy grave o incapacitante).

Validez psicométrica: su validez es buena cuando se utiliza la calificación final. Cuando se ha utilizado para tamizaje, su sensibilidad y especificidad es parecida a la del Cuestionario General de Salud (GHQ- 30) que es de 80 a 90 % en relación con el diagnóstico con base clínica. El uso de los factores no ha sido lo suficientemente validada (Bech y cols, 1993).

IMPRESIÓN GLOBAL DEL MÉDICO

Esta escala está constituida por cuatro reactivos que son calificados por el investigador a través de la entrevista clínica (Anexo 6).

El primer reactivo hace referencia a que tan severos son los síntomas que presenta el paciente al momento de la evaluación; la calificación puede ser no son severos (no existen síntomas), muy leves, leves, moderados, marcados, severos y extremadamente severos.

El segundo reactivo hace referencia a la mejoría, las condiciones del paciente en referencia al inicio del tratamiento; la calificación puede ser muy mejorado, mejorado, mínimamente mejorado, sin cambios, mínimamente peor, empeorado y muy empeorado.

El tercer reactivo hace referencia al efecto del fármaco en el paciente; puede calificarse como empeorado, sin cambios, mínimo, moderado, marcado.

IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

Consta de un solo reactivo que el paciente califica. El paciente puede referirse como mucho mejor, algo mejor, aproximadamente igual, algo peor o mucho peor. Tiene espacio para que el paciente anote sus datos y firme la escala (Anexo 7).

RESULTADOS

Se evaluaron 49 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión. De estos pacientes uno fue excluido por que durante el estudio se detectó que manifestaba síntomas demenciales. En el cuadro 5 se encuentran las características de los pacientes estudiados. El grupo de pacientes estuvo constituido por 48 pacientes, 30 mujeres (62.5%) y 18 hombres (37.5%). Su edad promedio fue de 35.06 ± 10.62 años, la edad del menor de ellos fue de 18 y la mayor de 65. Seis habían cursado solo la primaria (12.5 %), 16 la secundaria (33.33 %), 8 la preparatoria (16.67 %) y 18 tuvieron escolaridad profesional (37.5%). 29 pacientes (60.42%) estaban casados al momento de la investigación, 14 eran solteros (29.17 %), 3 estaban separados o divorciados (6.25 %) y 2 eran viudos (4.17 %). 42 pacientes tenían alguna actividad laboral (87.5 %) ; se consideró el ser ama de casa como actividad de trabajo.

El grupo control estuvo constituido por 32 sujetos, 22 mujeres (68.75 %) y 10 hombres (31.25 %), con edad promedio de 21.97 ± 3.57 años, la tercera parte de los cuales eran casados (37.5 %), la mayoría cursando o habiendo cursado estudios a nivel profesional (81.25 %), todos con alguna actividad académica o laboral.

Los grupos fueron similares en cuanto a la distribución por sexos ($\chi^2= 0.328$, gl 1 p= n.s.) pero difirieron en edad ($F= 45.06$, gl 1, 78 p <.01), escolaridad ($\chi^2= 14.84$ gl 1, p<.01) ,estado civil ($\chi^2= 4.04$ gl 1, p<.05) y escolaridad ($\chi^2= 4.02$, gl 1, p<.05).

Cuadro 5. Características de los sujetos estudiados.

| | GRUPO CONTROL | PACIENTES | |
|---------------------|----------------------|------------------|----------------------------------|
| n | 32 | 48 | |
| Sexo | | | |
| Femenino | 22 (68.75 %) | 30 (62.5 %) | $\chi^2 = 0.328$ gl 1 p= n.s. |
| Masculino | 10 (31.25 %) | 18 (37.5 %) | |
| Edad | 21.97 ± 3.57 años | 35.06 ± 10.62 | F= 45.06, gl 1, 78 p<.01 |
| Escolaridad | | | |
| Primaria | 0 | 6 (12.5 %) | $\chi^2 = 14.84$ gl 1 p<.01 |
| Secundaria | 0 | 16 (33.33 %) | |
| Preparatoria | 6 (18.75 %) | 8 (16.66 %) | |
| Profesional | 26 (81.25 %) | 18 (37.5 %) | |
| Estado Civil | | | |
| Casados | 12 (37.5 %) | 29 (60.41 %) | $\chi^2 = 4.04$ gl 1 p<.05 |
| Solteros | 20 (62.5 %) | 14 (29.16 %) | |
| Separados | 0 | 3 (6.25 %) | |
| Viudos | 0 | 2 (4.17 %) | |
| Ocupación | | | |
| Empleados | 32 (100 %) | 42 (87.5 %) | $\chi^2 = 4.02$ gl 1 p<.05 |
| Desempleados | | 6 (22.5 %) | |

Todos los pacientes tuvieron diagnóstico de crisis de angustia. En el momento de la evaluación 32 sujetos cursaban solo con trastornos de angustia : 16 padecían por primera vez un trastorno mental (crisis de angustia), y 15 además de tener crisis de angustia en ese momento habían tenido este padecimiento previamente en la edad adulta o en la adolescencia, inclusive en dos de ellos se había acompañado de agorafobia, en uno de fobia específica a animales y otro presentaba fobia social al momento de la evaluación. Un paciente tuvo simultáneamente crisis de angustia y fobia social, sin antecedente previo de trastorno de angustia. Estos pacientes constituyeron el Grupo 1.

El grupo 2 se formó con los sujetos con crisis de angustia y otros trastornos mentales asociados.

Doce sujetos tuvieron trastornos afectivos asociados a las crisis de angustia : 6 tenían depresión mayor (50%) y 6 habían tenido depresión mayor en la adolescencia o en la edad adulta. Cuatro pacientes mas, además de las crisis de angustia, tenían el antecedente de abuso o dependencia a alcohol, sin que en la actualidad tuvieran alcoholismo activo ; uno de ellos cursaba con ansiedad generalizada asociada a las crisis de angustia y al antecedente de alcoholismo (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Trastornos mentales presentes en la muestra total.-
de acuerdo a la presencia de otros trastornos mentales asociados.**

| DIAGNÓSTICO | Grupo 1 Crisis de angustia y otros trastornos de angustia (n= 32) | Grupo 2 Pacientes con Crisis de Angustia con otros Trastornos Mentales asociados (n= 16) |
|---|--|---|
| Crisis de Angustia Puras | 28 (87.5 %) | 0 |
| Crisis de Angustia y Agorafobia | 2 (6.25 %) | 0 |
| Crisis de Angustia y Fobia Social | 2 (6.25 %) | 0 |
| Crisis de Angustia y Depresión Mayor | 0 | 12 (75 %) |
| Crisis de Angustia y Dependencia a Alcohol Inactiva. | 0 | 4 (25 %) |

Los 32 pacientes del grupo de crisis de angustia asociadas a otros trastornos de angustia tuvieron un promedio de 1.06 ± 0.25 trastornos mentales activos, con un mínimo de 1 y un máximo de 2, en el momento de la evaluación. Cuando se contabilizaron los trastornos presentados previamente por los pacientes sumados a los actuales activos tuvieron un promedio de 1.13 ± 0.34 , con un mínimo de 1 y un máximo de 2. Aunque 16 de los pacientes de este grupo tuvieron antecedentes de trastornos mentales previos, quince de ellos habían tenido episodios de crisis de angustia y solo 2 habían tenido otros trastornos de angustia (fobia simple y fobia social).

Los 16 pacientes del grupo con crisis de angustia asociadas a otros trastornos mentales tuvieron un promedio de 1.56 ± 0.89 trastornos mentales activos, con un mínimo de 1 y máximo de 3, en el momento de la evaluación. Cuando se contabilizaron los trastornos presentados por los pacientes previamente sumados a los actuales activos tuvieron un promedio de 2.38 ± 0.5 , con un mínimo de 2 y un máximo de 3.

En el cuadro 7 se muestran las puntuaciones de las escalas que se utilizaron para determinar la severidad de la angustia, la depresión y la psicopatología en general.

Cuando se determinó el número de pacientes que mejoraron, de acuerdo a si cumplían o no los criterios diagnósticos del DSM III R para crisis de angustia al final del estudio y tras cuando menos 8 semanas de tratamiento fueron para el grupo 1 dieciocho pacientes (58.06 %) y para el grupo 2 nueve (56.25 %). Los pacientes que no mejoraron fueron, en el grupo 1 ocho (25.80 %) y en el grupo 2 cuatro (25 %). En el grupo 1 hubo 5 pacientes (16.12 %) que desertaron y 1 que no fue evaluado, y en el grupo 2 tres pacientes

(18.75 %) que desertaron. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos (χ^2 .025, gl 1, $p = n. s.$).

Cuadro 7. Intensidad de la sintomatología de los pacientes estudiados.

| ESCALAS DE EVALUACIÓN | | Grupo 1 Trastornos de Angustia n= 32 | Grupo 2 Crisis de Angustia asociadas a otros Trastornos Mentales n= 16 | Muestra Total n= 48 |
|-----------------------|---------|--|--|------------------------|
| Ham - A | inicial | 28.44 ± 6.14 | 29.19 ± 8.12 | 28.69 ± 6.78 |
| | final | 16.92 ± 8.60 | 17.25 ± 7.39 | 17.03 ± 8.14 |
| Ham - D | inicial | 25.78 ± 6.66 | 26.69 ± 9.43 | 26.8 ± 7.60 |
| | final | 13.6 ± 8.10 | 15 ± 6.74 | 14.03 ± 7.62 |
| SCL 90 | inicial | 141.96 ± 54.16 | 162.69 ± 50.60 | 148.88 ± 53.38 |
| | final | 110.55 ± 62.06 | 124.67 ± 56.57 | 114.65 ± 59.93 |

Mecanismos de defensa adaptativos.

Los puntajes obtenidos en los mecanismos de defensa adaptativos por el grupo total de pacientes (n= 48) y los del grupo control (n= 32) se describen en el cuadro 8. La comparación del promedio de las defensas adaptativas de ambos grupos no mostró diferencia. La comparación de las puntuaciones resultó significativamente diferente en el caso de la formación reactiva, la sublimación y el humor. Los sujetos controles puntuaron significativamente más alto que los pacientes con crisis de angustia en la sublimación ($F = 4.94$ gl 1, 62 $p = .02$) y en el humor ($F = 8.48$ gl 1, 62 $p = .004$); en cambio los pacientes con crisis de angustia puntuaron significativamente más alto en la defensa formación reactiva que el grupo control ($F = 7.90$ gl 1, 62 $p = .006$).

Cuadro 8. Puntuación en los mecanismos de defensa adaptativos del grupo control y del grupo total de pacientes.

| MECANISMO DE DEFENSA | Grupo Control Sujetos sanos n= 32 | Pacientes con Trastornos de Angustia n= 32 |
|--|--|---|
| Altruismo | 4.84 ± 2.70 | 4.81 ± 2.83 |
| Formación Reactiva | 3.65 ± 2.45 | 4.85 ± 1.83** |
| Supresión. | 5.34 ± 2.40 | 5.09 ± 2.13 |
| Sublimación. | 6.13 ± 1.60* | 4.86 ± 2.79 |
| Anticipación. | 6.56 ± 2.42 | 7.28 ± 2.05 |
| Orientación al Trabajo. | 5.78 ± 2.60 | 5.73 ± 2.60 |
| Afiliación. | 5.14 ± 2.64 | 5.69 ± 1.93 |
| Humor | 5.59 ± 2.14** | 3.81 ± 2.72 |
| Puntaje Total de las Defensas Adaptativas | 4.96 ± 2.64 | 5.27 ± 1.03 |

* p< .05

** p< .01

Mecanismos de defensa desadaptativos.

Las puntuaciones obtenidas por el grupo control y el de pacientes con crisis de angustia se describen en el cuadro 9.

La comparación del promedio de las defensas desadaptativas usadas por el grupo control (2.97 ± .80) y el del grupo total de pacientes (4.04 ± .98) mostró que los pacientes con crisis de angustia puntuaron más alto en estas defensas que los sujetos sanos (F= 22.59 gl 1, 62 p= .00001).

La comparación por defensas individuales mostró que los pacientes con crisis de angustia utilizaron más la proyección (F= 13.09 gl 1, 62 p= .0005), regresión (F=21.77 gl 1, 62 p= .00001), inhibición (F =9.64 gl 1, 62 p= .002), negación (F = 11.66 gl 1, 62 p=.001), exoactuación (F = 12.25 gl 1, 62 p= .0008), somatización

(F=10.50 gl 1, 62 p= .002), aislamiento social (F= 4.02 gl 1, 62 p= .04), fantasía (F= 18.63 gl 1, 62 p= .00005), escisión (F = 11.65 gl 1, 62 p= .001), rechazo de ayuda (F=18.64 gl 1, 62 p= .00006), y anulación (F= 8.35 gl 1,62 p= .005).

Cuadro 9. Puntaje en los mecanismos de defensa desadaptativos del grupo control y el grupo de total de pacientes.

| MECANISMO DE DEFENSA | Grupo Control n= 32 | Grupo Total de Pacientes n= 32 |
|---|--------------------------------|---|
| Proyección | 2.03 ± .80 | 2.97 ± 1.24*** |
| Regresión | 3.27 ± 2.21 | 5.32 ± 1.87 *** |
| Inhibición | 3.10 ± 2.31 | 4.46 ± 2.02** |
| Negación | 2.08 ± 1.83 | 3.48 ± 1.96*** |
| Identificación Proyectiva | 3.22 ± 2.64 | 3.23 ± 2.93 |
| Exoactuación | 3.41 ± 2.45 | 4.77 ± 1.88*** |
| Pasivo - Agresividad | 2.75 ± 2.33 | 3.34 ± 2.59 |
| Somatización | 2.47 ± 1.67 | 4.20 ± 2.51*** |
| Aislamiento Social | 5.28 ± 1.90 | 6.21 ± 1.79* |
| Aislamiento | 3.53 ± 1.90 | 4.34 ± 2.15 |
| Fantasía | 2.91 ± 2.54 | 5.75 ± 2.72*** |
| Escisión | 2.19 ± 1.40 | 3.41 ± 1.45*** |
| Idealización | 1.95 ± 1.91 | 2.09 ± 1.61 |
| Rechazo de Ayuda | 2.28 ± 1.19 | 4.22 ± 2.24*** |
| Anulación | 2.27 ± 1.70 | 3.68 ± 2.17** |
| Consumo | 3.38 ± 1.93 | 3.25 ± 2.02 |
| Omnipotencia | 4.13 ± 1.79 | 3.90 ± 1.71 |
| Puntaje Total de las Defensas Desadaptativas | 2.97 ± 0.80 | 4.04 ± 0.98*** |

* p<.05

** p<.01

*** p<.001

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS CONTROL, TRASTORNOS DE ANGUSTIA Y CRISIS DE ANGUSTIA ASOCIADAS A OTROS DIAGNÓSTICOS.

Mecanismos de defensa adaptativos (cuadro 10).

Los puntajes obtenidos en los mecanismos de defensa adaptativos por el grupo de pacientes con trastornos de angustia (grupo 1), mostraron los siguientes resultados ($x \pm de$): altruismo (5.31 ± 3.45), formación reactiva (4.73 ± 3.20), supresión (5 ± 3.15), sublimación (5.16 ± 3.08), anticipación (7.63 ± 2.38), orientación al trabajo (5.81 ± 3.20), afiliación (5.92 ± 3.26), humor (3.78 ± 3.22). Como puede observarse las puntuaciones más bajas fueron las correspondientes al humor y los más altos fueron en el mecanismo de la anticipación. Al agrupar a todos los mecanismos de defensa adaptativos, su puntaje fue de 5.30 ± 3.26 .

Las puntuaciones obtenidas en los mecanismos de defensa adaptativos por el grupo de pacientes con crisis de angustia y otros diagnósticos (grupo 2), fueron ($x \pm de$): altruismo (5.31 ± 3.68), formación reactiva (5.48 ± 3.12), supresión (5.38 ± 2.78), sublimación (4.38 ± 3.22), anticipación (6 ± 3.37), orientación al trabajo (6.25 ± 2.18), afiliación (5.38 ± 2.25) y humor (4 ± 3.44). Al agrupar a todos los mecanismos de defensa adaptativos, su puntaje fue de 5.36 ± 3.26 .

Las puntuaciones obtenidas en los mecanismos de defensa adaptativos por el grupo de sujetos que sirvieron como grupo control, fueron ($x \pm de$) : altruismo (4.84 ± 2.70), formación reactiva (3.65 ± 2.45), supresión (5.34 ± 2.40), sublimación (6.13 ± 1.60), anticipación (6.56 ± 2.42), orientación al trabajo (5.78 ± 2.60), afiliación (5.14 ± 2.64) y humor (5.59 ± 2.14). Al agrupar a todos los mecanismos de defensa adaptativos, su puntaje fue de 4.96 ± 2.64 .

La comparación entre los dos grupos de pacientes con el grupo control demostró una mayor puntuación en la formación reactiva en los dos grupos de pacientes ($F= 5.91$ gl 2,77 $p= .004$), tanto para el grupo 1 (t dos colas -2.53 , gl 62 $p=.01$) como para el grupo 2 (t dos colas -3.23 , gl 46 $p= .002$) sin que se observara diferencia entre ellos (t dos colas -1.24 gl 46 $p= n.s.$) ; y en la defensa del humor ($F= 3.51$ gl 2,77 $p=.003$) que es más utilizada por el grupo control que el grupo de pacientes con trastornos de angustia (t dos colas 2.65 gl 54 $p= 0.01$). El resto de las defensas adaptativas fue similar en los tres grupos.

En el cuadro 10 se describen los puntajes por grupo, de cada uno de los mecanismos de defensa y los puntajes acumulados de todas las defensas adaptativas, evaluadas en el DSQ de 66 reactivos.

Cuadro 10. Puntuación en los mecanismos de defensa adaptativos de los tres grupos.

| MECANISMO DE DEFENSA | GRUPO CONTROL Sujetos sanos n= 32 | GRUPO 1 Pacientes con Trastornos de Angustia n= 32 | GRUPO 2 Pacientes con Crisis de Angustia y otros Diagnósticos n= 16 | ANOVA |
|--|--|---|--|-----------------------------------|
| Altruismo | 4.84 ± 2.70 | 5.31 ± 3.45 | 5.31 ± 3.68 | F= .203, gl 2,77 p=n.s. |
| Formación Reactiva | 3.65 ± 2.45 | 4.73 ± 3.20* | 5.48 ± 3.12** | F= 5.91 gl 2, 77 p= .004 |
| Supresión. | 5.34± 2.40 | 5 ± 3.15 | 5.38 ± 2.78 | F= .226 gl 2,77 p= n.s. |
| Sublimación. | 6.13 ± 1.60 | 5.16 ± 3.08 | 4.38 ± 3.22 | F= 2.58 gl 2,77 p= n.s. |
| Anticipación. | 6.56 ± 2.42 | 7.63 ± 2.38 | 6 ± 3.37 | F= 2.43 gl 2,77 p= n.s. |
| Orientación al Trabajo. | 5.78 ± 2.60 | 5.81± 3.20 | 6.25 ± 2.18 | F= .262 gl 2, 77 p= n.s. |
| Afiliación. | 5.14 ± 2.64 | 5.92 ± 3.26 | 5.38 ± 2.25 | F= 1.20 gl 2, 77 p= n.s. |
| Humor | 5.59 ± 2.14 | 3.78 ± 3.22 * | 4 ± 3.44 ‡ | F= 3.51 gl 2,77 p= 0.03 |
| Puntaje Total de las Defensas Adaptativas | 4.96 ± 2.64 | 5.30 ± 3.26 | 5.36 ± 3.26 | F= 1.7094 gl 2, 77, p= n.s. |

* Significativamente diferente al grupo control (p= 0.01)

** Significativamente diferente al grupo control (p= 0.002)

‡ Comparación con grupo control (p= .10)

Mecanismos de Defensa Desadaptativos (Cuadro 11).

En el cuadro 11 se describen las puntuaciones obtenidas por el grupo de pacientes con trastornos de angustia (n= 32), en las defensas desadaptativas.

El grupo 1 puntuó más alto que el grupo control en las siguientes defensas del estilo desadaptativo : proyección(t dos colas= -3.37, gl 62 p= .001), regresión (t dos colas= -4.25

gl 62 $p = .00007$), inhibición (t dos colas = -2.72 gl 62 $p = .01$), negación (t dos colas gl 62 $p = .002$), exoactuación (t dos colas = -3.14 gl 62 $p = .003$), somatización (t dos colas = -3.27 gl 62 $p = .002$), fantasía (t dos colas = -3.91 gl 62 $p = .001$), escisión (t dos colas = -2.44 gl 62 $p = .02$), rechazo de ayuda (t dos colas = -3.32 gl 62 $p = .002$) y anulación (t dos colas = -2.06 gl 62 $p = .04$).

El grupo 2 puntuó más alto que el grupo control en: proyección (t dos colas = -2.68 gl 46 $p = .01$), regresión (t dos colas -3 gl 46 $p = .004$), inhibición (t dos colas = -2.25 gl 46 $p = .03$), negación (t dos colas = -1.97 gl 46 $p = .05$), exoactuación (t dos colas = -2.64 gl 46 $p = .01$), fantasía (t dos colas = -2.76 gl 46 $p = .01$), escisión (t dos colas = -2.62 gl 46 $p = .01$), rechazo de ayuda (t dos colas = -3.78 gl 46 $p = .0004$), anulación (t dos colas = -2.91 gl 46 $p = .01$).

La comparación del total de la puntuación de las defensas desadaptativas del grupo constituido por pacientes con trastornos de angustia (grupo 1) y del grupo constituido por pacientes con crisis de angustia asociadas a otros diagnósticos (grupo 2) con el grupo control a través del análisis de varianza demostró que los dos grupos puntuaban significativamente más alto en los mecanismos de defensa desadaptativos (t dos colas -3.40 gl 62 $p = .001$ y t dos colas -3.33 gl 46 $p = .002$).

El grupo 1 puntuó más alto que el grupo control en la defensa de somatización, en cambio el grupo 2 no.

La comparación de las defensas desadaptativas de los dos grupos de pacientes, el grupo 1 y el grupo 2, no mostró diferencias.

Cuadro 11. Puntaje en los mecanismos de defensa desadaptativos de los tres grupos.

| MECANISMO DE DEFENSA | GRUPO CONTROL n= 32 | GRUPO 1 n= 32 | GRUPO 2 n= 16 | ANOVA |
|--|------------------------|------------------|------------------|------------------------------|
| Proyección | 2.03 ± 0.80 | 2.97 ± 2.85* | 2.74 ± 2.65* | F= 6.10 gl 2, 77 p<.01. |
| Regresión | 3.27 ± 2.21 | 5.25 ± 3.31* | 4.97 ± 3.46* | F= 9.27 gl 2, 77 p<.0002. |
| Inhibición | 3.10 ± 2.31 | 4.4 ± 3.45* | 4.31 ± 3.26* | F= 3.90 gl 2, 77 p<.02 |
| Negación | 2.08 ± 1.83 | 3.61 ± 3.18* | 3 ± 2.96 | F= 5.16 gl 2, 77 p<.01 |
| Identificación Proyectiva | 3.22 ± 2.64 | 3.03 ± 3.19 | 4.44 ± 3.76 | F= 1.17 gl 2, 77 p= n.s. |
| Exoactuación | 3.41 ± 2.45 | 4.73 ± 3.35* | 4.51 ± 3.36* | F= 5.29 gl 2, 77 p<.01 |
| Pasivo - Agresividad | 2.75 ± 2.33 | 3.22 ± 3.01 | 3.13 ± 3.16 | F= .242 gl 2, 77 p= n.s. |
| Somatización | 2.47 ± 1.67 | 4.39 ± 3.23* | 3.25 ± 3.14 | F= 5.29 gl 2, 77 p<.01 |
| Aislamiento Social | 5.28 ± 1.90 | 6.13 ± 3.15 | 5.67 ± 2.98 | F= 1.34 gl 2, 77 p= n.s. |
| Aislamiento | 3.53 ± 1.90 | 4.32 ± 3.34 | 4.69 ± 3.34 | F= 1.68 gl 2, 77 p= n.s. |
| Fantasia | 2.91 ± 2.54 | 5.38 ± 3.33* | 6.38 ± 2.87* | F= 9.30 gl 2, 77 p<.01 |
| Escisión | 2.19 ± 1.40 | 3.13 ± 2.93* | 3.38 ± 3.12* | F= 4.17 gl 2, 77 p<.01 |
| Idealización | 1.95 ± 1.91 | 2.16 ± 2.60 | 1.81 ± 2.19 | F= 0.24 gl 2, 77 p= n.s. |
| Rechazo de Ayuda | 2.28 ± 1.19 | 3.96 ± 3.36* | 4.38 ± 3.17* | F= 6.94 gl 2, 77 p<.002 |
| Anulación | 2.27 ± 1.70 | 3.30 ± 3.10** | 4.13 ± 3.46* | F= 4.30 gl 2, 77 p<.002 |
| Consumo | 3.38 ± 1.93 | 3.12 ± 3.18 | 3.38 ± 3.35 | F= 0.13 gl 2, 77 p= n.s. |
| Omnipotencia | 4.13 ± 1.79 | 3.80 ± 3.19 | 3.55 ± 3.10 | F= 0.50 gl 2, 77 p= n.s. |
| Puntaje Total de las Defensas Desadaptativas | 2.97 ± 0.80 | 3.88 ± 3.28 * | 3.83 ± 3.22* | F= 7 gl 2, 77 p<.001 |

* Significativamente diferente al grupo control (p< .01).

** Significativamente diferente al grupo control (p< .05).

Comparación de las defensas en pacientes con y sin respuesta a tratamiento.

Se dividieron a los pacientes en dos grupos de acuerdo a su respuesta a tratamiento, tomando como parámetro a la Escala de Impresión Global del Médico en su reactivo 2 "Mejoría", que evalúa el estado del paciente después del tratamiento (Anexo 6).

El grupo respondedor a tratamiento (n= 33) quedó constituido por aquellos pacientes que calificaron como muy mejorados (n=17) o mejorados (n= 16); el grupo no respondedor (n= 14) quedó constituido por los pacientes que calificaron como mínimamente mejorados(n= 3), sin mejoría (n= 1) y empeorados (n= 2) y por los que desertaron del estudio (n= 8). Se excluyó a un paciente que no fue evaluado al final del estudio.

En el cuadro 12 se describen las características de la muestra dividida en el grupo que respondió al tratamiento y el grupo en el que se incluye a los pacientes que no respondieron a tratamiento o bien desertaron del estudio. Se anotan las puntuaciones finales de la Escala de Hamilton de Ansiedad, la Escala de Hamilton de Depresión y del HSCL 90. Se describen también la calificación del reactivo Severidad de la Enfermedad de la Escala Impresión Global del Médico y la Impresión del Paciente, después de haber cumplido el tiempo de tratamiento establecido ; por último se anota el número de pacientes que al finalizar el estudio cumplían o no con los criterios de crisis de angustia según el DSM III R y el número de pacientes en cada grupo que cumplían con criterios de trastorno de la personalidad determinada por la parte de autoevaluación del SCID II también de acuerdo con el DSM III R.

Como puede observarse en los cuadros 12 y 13, las puntuaciones de las Escalas de Hamilton de Ansiedad y de Depresión, y del SCL 90 al final del estudio fueron significativamente más altas en el grupo de pacientes que no respondió a tratamiento que el grupo de pacientes que respondió adecuadamente al tratamiento instituido a lo largo del estudio. La proporción de pacientes que cumplían con los criterios de crisis de angustia al final del estudio también fue significativamente mayor en el grupo de pacientes no respondedores (83.33 %) que en el de pacientes que respondió al tratamiento (21.22 %) ($\chi^2=9.15$ gl 1 $p<.01$). Estas diferencias apoyan el uso del reactivo mejoría de la Escala de Impresión Global del Médico como parámetro para separar a la muestra en los grupos de respondedores y no respondedores, dado que los pacientes tuvieron niveles más altos de ansiedad, depresión y psicopatología en general, así como un mayor porcentaje tuvo sintomatología suficiente para cumplir con los criterios de crisis de angustia según el DSM III R al final del estudio. Un elemento más que apoya este agrupamiento es la Impresión del paciente, que es un reactivo de autoevaluación, que en un 100% de los pacientes incluidos en el grupo de respondedores se calificó como muy mejorados o mejorados ; en cambio ninguno de los pacientes incluidos en el grupo de no respondedores se calificó así.

Cuadro 12. Características de la muestra dividida en grupo que respondió a tratamiento (Grupo Respondedor a Tratamiento) y el grupo que no respondió a tratamiento o desertó del estudio (Grupo No Respondedor a Tratamiento).

| | Grupo Respondedor a Tratamiento Puntuación Inicial (n= 33) | Grupo No Respondedor a Tratamiento Puntuación Inicial (n=14) | Grupo Respondedor a Tratamiento Puntuación Final (n= 33) ^a | Grupo No Respondedor a Tratamiento Puntuación Final (n= 6) ^a | |
|--|---|---|--|--|---------------------------|
| Escala de Ansiedad de Hamilton | 29.52 ± 6.84 | 26.87 ± 6.50 | 14.59 ± 5.87* (n= 32) | 30 ± 6.07 (n= 6) | t= -5.73 gl 7 p<.01 |
| Escala de Depresión de Hamilton | 26.33 ± 7.53 | 25.33 ± 8 | 11.77 ± 5.27* (n= 31) | 25.67 ± 7.61 (n= 6) | t= -4.28 gl 6 p<.01 |
| SCL - 90 | 152.85 ± 54.96 | 140.13 ± 50.42 | 107.63 ± 5.27* (n= 27) | 162 ± 47.52 (n= 4) | t= -2.06 gl 5 p<.05 |
| DESERTORES | | | 0 | 8 | |
| Severidad de la Enfermedad | | | | | |
| No hay síntomas | 0 | 0 | 5 | 0 | |
| Muy Leves | 0 | 0 | 7 | 0 | |
| Leves | 0 | 0 | 14 | 0 | |
| Moderados | 4 | 3 | 6 | 3 | |
| Marcados | 13 | 7 | 1 | 1 | |
| Severos | 16 | 5 | 0 | 1 | |
| Muy severos | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | | | (n= 33) | (n= 6) | |
| IMPRESIÓN DEL PACIENTE | | | | | |
| Muy mejorados | | | 17 | 0 | |
| Mejorados | | | 16 | 0 | |
| Igual | | | 0 | 2 | |
| Algo peor | | | 0 | 1 | |
| Mucho peor | | | 0 | 3 | |

^a Se anota el tamaño de la muestra cuando alguno de los pacientes no fue evaluado.

* Grupo de respondedores vs no respondedores significativamente diferentes en la evaluación final.

Cuadro 13. Características de la muestra dividida en grupo que respondió a tratamiento (Grupo Respondedor a Tratamiento) y el grupo que no respondió a tratamiento o desertó del estudio (Grupo No Respondedor a Tratamiento).

| | Grupo Respondedor a Tratamiento Puntuación Inicial (n= 33) | Grupo No Respondedor a Tratamiento Puntuación Inicial (n=14) | Grupo Respondedor a Tratamiento Puntuación Final (n= 33) _a | Grupo No Respondedor a Tratamiento Puntuación Final (n= 6) _a | |
|--|--|--|---|---|----------------------------------|
| CRITERIOS DE CRISIS DE ANGUSTIA (DSM III R) | | | | | |
| Negativos | 0 | 0 | 26 (78.8 %)* | 1 (16.67 %) | $\chi^2= 9.15$ gl 1 p< .01 |
| Positivos | 33 | 15 | 7 (21.22 %) | 5 (83.33 %) | |
| Trastorno de la Personalidad | 31 (93.94 %) | 12 (85.71 %) | | | $\chi^2= 0.82$ gl 1 p=ns |
| Número de Trastornos de la Personalidad | 4.67 ± 2.90 | 4.36 ± 3.05 | | | t = 0.32 gl 23 p= ns |

a Se anota el tamaño de la muestra cuando alguno de los pacientes no fue evaluado.

* Grupo de respondedores vs no respondedores significativamente diferentes en la evaluación final.

Mecanismos de defensa adaptativos.

La comparación de los mecanismos de defensa adaptativos del grupo de respondedores y del grupo de no respondedores mostró que los puntajes de las defensas individuales y el promedio total de las defensas adaptativas fueron similares (Cuadro 14).

Cuadro 14. Comparación de los pacientes por grupo según su respuesta a tratamiento: Mecanismos de Defensas Adaptativas.

| MECANISMO DE DEFENSA | GRUPO DE PACIENTES QUE RESPONDIERON A TRATAMIENTO (n= 33) | GRUPO DE PACIENTES QUE NO RESPONDIERON A TRATAMIENTO (n=14) |
|--|--|--|
| Altruismo | 5.39 ± 3.52 | 4.85 ± 3.48 |
| Formación Reactiva | 4.90 ± 3.21 | 5.04 ± 3.30 |
| Supresión. | 5.05 ± 3.15 | 5.25 ± 3.15 |
| Sublimación. | 4.82 ± 3.26 | 5.07 ± 2.97 |
| Anticipación. | 6.73 ± 3 | 7.79 ± 2.33 |
| Orientación al Trabajo. | 5.77 ± 3.01 | 6.29 ± 3.56 |
| Afiliación. | 5.88 ± 3.16 | 5.18 ± 3.38 |
| Humor | 3.91 ± 3.32 | 3.86 ± 3.32 |
| Puntaje Total de las Defensas Adaptativas | 5.26 ± 3.21 | 5.36 ± 3.35 |

Mecanismos de defensa desadaptativos.

La comparación de los mecanismos de defensa del grupo de pacientes que respondieron a tratamiento con las del grupo de pacientes que no respondieron a tratamiento no mostró que existiera diferencia entre ellos en las defensas evaluadas individualmente ni en el puntaje total de las defensas desadaptativas ; excepto en el mecanismo de defensa amulación en que el grupo de pacientes que respondieron a tratamiento puntuaron más alto (4.08 ± 3.35) que el grupo de pacientes que no respondieron (2.57 ± 2.75) (t dos colas 2.01 gl 45, p< .05) (Cuadro 15).

Cuadro 15. Comparación de los pacientes por grupo según su respuesta a tratamiento: Mecanismos de Defensa Desadaptativos.

| MECANISMO DE DEFENSA | GRUPO DE PACIENTES QUE RESPONDIERON A TRATAMIENTO (n= 33) | GRUPO DE PACIENTES QUE NO RESPONDIERON A TRATAMIENTO. (n=14) |
|---|--|---|
| Proyección | 2.99 ± 2.85 | 2.76 ± 2.67 |
| Regresión | 5.32 ± 3.38 | 4.86 ± 3.39 |
| Inhibición | 4.64 ± 3.42 | 3.93 ± 3.28 |
| Negación | 3.48 ± 3.29 | 3.03 ± 2.67 |
| Identificación | 3.64 ± 3.52 | 3.36 ± 3.34 |
| Proyectiva | | |
| Exoactuación | 4.82 ± 3.39 | 4.51 ± 3.26 |
| Pasivo- Agresividad | 3.06 ± 3.05 | 3.36 ± 3.15 |
| Somatización | 3.77 ± 3.16 | 4.57 ± 3.41 |
| Aislamiento Social | 6 ± 3.09 | 6.05 ± 3.09 |
| Aislamiento | 4.74 ± 3.28 | 4.62 ± 3.48 |
| Fantasia | 5.76 ± 3.24 | 5.64 ± 3.29 |
| Escisión | 3.02 ± 2.83 | 3.75 ± 3.36 |
| Idealización | 2.02 ± 2.57 | 2.18 ± 2.31 |
| Rechazo de Ayuda | 4.34 ± 3.24 | 3.74 ± 3.43 |
| Anulación | 4.08 ± 3.35* | 2.57 ± 2.75 |
| Consumo | 3.22 ± 3.16 | 3.43 ± 3.47 |
| Omnipotencia | 3.69 ± 3.13 | 3.75 ± 3.28 |
| Puntaje Total de las Defensas Desadaptativas | 3.93 ± 3.28 | 3.79 ± 3.25 |

* Significativamente diferente al grupo de pacientes que no respondieron a tratamiento (p<.05).

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue el de abordar un fenómeno psicológico inconsciente a través de un instrumento con el que se recolectaran sus correlatos actitudinales y conductuales. De primera intención parecería imposible que un sujeto pudiera identificar sus mecanismos de defensa habituales por un cuestionario, debido a que depende de su capacidad de introspección. Bond (1983) creó un cuestionario y demostró que sus resultados correlacionaban con aquellos obtenidos por Vaillant a través de entrevistas y uso de viñetas (Vaillant y cols 1986). En el presente estudio se replicaron los hallazgos de Bond y otros autores, demostrando que las defensas identificadas por el Cuestionario de Estilos Defensivos adaptativas y desadaptativas se relacionaban con salud o enfermedad.

El presente estudio tiene un diseño transversal, lo que lo hace adecuado para explorar posibles relaciones entre los mecanismos de defensa y los trastornos de angustia, sin que se pueda establecer causalidad. Sin embargo los resultados que se obtuvieron permiten orientar las futuras investigaciones hacia factores concretos con el fin de establecer causalidad.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que a continuación quisiera plantear.

El procedimiento diagnóstico que se utilizó fue apropiado desde el punto de vista clínico, pues cada paciente fue evaluado cuando menos en tres ocasiones : en la primera por un residente de tercer año de la especialidad para su ingreso a la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en la segunda por un médico adscrito a este servicio y finalmente por el investigador. Sin embargo, aunque se utilizó una lista de criterios diagnósticos de acuerdo al DSM III R para corroborar el diagnóstico de crisis de angustia, el

resto de los diagnósticos se hicieron en base a las entrevistas clínicas, así para los diagnósticos de depresión mayor, agorafobia, fobia social, uso de alcohol, distimia, etc, no se utilizó una entrevista clínica estructurada.

El diagnóstico de trastorno de la personalidad, es una situación que en general es compleja, ya que a diferencia del diagnóstico de los trastornos del eje I, ni la misma entrevista clínica garantiza la validez del diagnóstico. 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. Sin embargo tanto la frecuencia, como el promedio de trastornos de la personalidad fueron similares en el grupo de pacientes que respondió a tratamiento y en el grupo no respondedor permite suponer que esta variable, no influyó en los resultados.

El grupo control resultó más joven y con mayor escolaridad. La mayor parte de los sujetos del grupo control estuvo constituido por estudiantes de carreras profesionales (medicina, psicología) o profesionistas. ¿Influyen la escolaridad y la preparación profesional en los mecanismos de defensa ? es posible, pero no hay estudios en este sentido. ¿Qué tanto puede influir la edad? Desde el punto de vista teórico, la personalidad se estructura principalmente en los primeros años de vida, sobre todo en el momento en que se introyectan las figuras parentales, sin embargo a lo largo de la vida y por las experiencias que el sujeto va teniendo, su personalidad va sufriendo modificaciones, lo que nos haría pensar que conforme va madurando el sujeto, las defensas adaptativas se van acrecentando y las inmaduras van disminuyendo.

El continuar utilizando las defensas desadaptativas pone en riesgo al sujeto de tener una vida más complicada, sufrir un mayor número de estresores y finalmente desarrollar algún trastorno mental. En este estudio, la mayoría de las defensas denominadas adaptativas (supresión, orientación al trabajo, anticipación, afiliación, formación reactiva, altruismo) fueron similares entre el grupo de sujetos sanos jóvenes, el de pacientes con trastornos de angustia y el de pacientes con crisis de angustia y otros diagnósticos añadidos. Esta similitud podría deberse a la edad de los controles. Pudiera ser que con un grupo de edad mayor, parecido al de los grupos de pacientes se pudiera observar diferencia en el sentido de mayor uso de defensas maduras en los controles.

La diferencia observada en las defensas desadaptativas, desde el punto de vista teórico, no se debe a la diferencia de edades entre los grupos, ya que las defensas desadaptativas se estructuran en etapas tempranas de la vida. Por ejemplo los mecanismos inmaduros, que se dan en los primeros años de vida, como la escisión, negación, proyección, identificación proyectiva, idealización, exoactuación, omnipotencia y devaluación que forman parte del funcionamiento temprano del yo, son sustituidos por defensas de mayor nivel en la etapa anal del desarrollo psicosexual (Kernberg 1993). Estas nuevas defensas basadas en la represión que ocasionan los síntomas neuróticos desde el punto de vista teórico, se integran al sistema defensivo del sujeto durante la infancia. El sujeto va seguir utilizando a lo largo de la vida este sistema defensivo y la única manera de modificarlo es través de tratamiento psicoterapéutico. No son funciones de la mente que puedan evolucionar espontáneamente a lo largo de la vida o se modifiquen a través del estudio o la adquisición de conocimientos. En el estudio de Spinhoven y cols (1997) se dio

el mismo problema, ya que tienen un grupo control con diferencias en el nivel escolar, sin embargo aunque analizan el efecto del género, sin encontrar influencia en los mecanismos de defensa, no analizan la escolaridad.

La división de la muestra en dos grupos, un grupo con trastornos de angustia (crisis de angustia y algún otro trastorno específicamente de angustia como agorafobia, fobia simple o social) y otro grupo con crisis de angustia que coexisten con trastornos mentales de otras categorías (depresión mayor, distimia, uso de alcohol previo, etc) aunque artificial, tuvo como finalidad determinar si el desarrollar otros trastornos mentales no relacionados con los trastornos de angustia, se relacionaba con mecanismos de defensa individuales diferentes. Lo ideal hubiera sido el tener grupos de pacientes con padecimientos puros, sin embargo debido al tamaño de la muestra y a la gran comorbilidad no fue posible. Buscando que los grupos fueran lo más homogéneos posible, se consideró inclusive la existencia de antecedentes de depresión mayor en el sujeto para ubicar al paciente dentro del grupo correspondiente, aunque en el momento actual no cursara con problema depresivo. La división de los pacientes dependió fundamentalmente de que tuviera o no otros trastornos que no pertenecieran a la categoría de trastornos de angustia.

Al parecer los grupos de pacientes fueron homogéneos en cuanto a la intensidad de la sintomatología inicial medida a través de diferentes escalas, ya que las puntuaciones de la escala de ansiedad de Hamilton, la de depresión y el SCL 90 fueron similares.

Aunque se ha establecido la participación de los mecanismos de defensa en la personalidad obsesiva (formación reactiva), la personalidad paranoide (proyección) y en el trastorno narcisista y límite de la personalidad (escisión, omnipotencia, idealización,

devaluación) y su presencia puede influir en la puntuación de las defensas, en el caso de la comparación de los pacientes que respondieron o no a tratamiento tuvieron frecuencias similares.

El hecho de que el tratamiento que recibieron los pacientes fuera farmacológico es una limitante potencial, sin embargo técnicamente, el tratamiento farmacológico no tiene relación con los mecanismos de defensa. La evaluación de las defensas en estos grupos fue un intento de aproximación ya que pudiera ser que las defensas faciliten u obstaculicen la adherencia al tratamiento o en algún caso pudieran predecir respuesta a tratamiento no necesariamente psicológico.

A continuación se discuten los resultados del estudio en relación a las hipótesis propuestas.

Hipótesis 1 : los pacientes utilizan menos las defensas adaptativas que los sujetos sanos.

No se encontraron diferencias en el puntaje total de las defensas adaptativas entre los grupos de sanos y enfermos. Sin embargo, cabe mencionar que los pacientes, tanto del grupo de trastornos de angustia, como del de crisis de angustia con otros diagnósticos puntuaron significativamente más alto que el grupo control en la defensa formación reactiva. Freud introdujo este constructo para explicar aquellos casos en los cuales las personas parecen favorecer alguna acción, punto de vista o intención, en contraposición con lo que realmente desean; su función es manejar las pulsiones sexuales y agresivas inconscientes. Tiene que ver con rasgos obsesivos de la personalidad, más que con síntomas psicopatológicos específicos. Dentro del análisis factorial quedó agrupada en el estilo "adaptativo" debido a que cumple con una función adaptativa dentro de la cultura (orden,

limpieza, responsabilidad, puntualidad, rigidez). En la psicoterapia, incluyendo, la de orientación cognitivo conductual, se han abordado a los pacientes intentando modificar estas características, que aunque dentro de un grado razonable tienen una función adaptativa, como ocurre en los controles, pueden generar angustia, tensión y limitación en la expresión emocional de los pacientes. En estudios previos como el de Pollock y Andrews (1989) se observó que pacientes con crisis de angustia (con o sin agorafobia), utilizaban esta defensa más que los controles; Bloch y cols (1993) también observaron en sus pacientes con crisis de angustia que puntuaban alto en la formación reactiva. El humor que puntuó por debajo de los controles en este estudio también puntuó bajo en el estudio de Pollock y Andrews (1989).

Se puede concluir a partir de estas observaciones que las defensas adaptativas como el humor y la sublimación se relacionan más con los sujetos normales, en cambio la formación reactiva, aunque adaptativa, cuando se utiliza más allá de lo normal, se asocia a trastornos de angustia.

Hipótesis 2 : los pacientes utilizan más las defensas desadaptativas que los sujetos sanos.

Los pacientes utilizaron más que el grupo control las defensas desadaptativas en general y algunas defensas desadaptativas individuales como la proyección, regresión, inhibición, negación, exoactuación, somatización, aislamiento social, fantasía, escisión, rechazo de ayuda y anulación.

Al dividir a todos los pacientes en dos grupos, el de trastornos de angustia y el de crisis de angustia asociadas a otros diagnósticos, ambos puntuaron significativamente más

alto en el estilo defensivo “desadaptativo” que el grupo control, lo que comprueba la hipótesis propuesta.

Spinhoven y cols (1997) utilizando una versión más breve del PDQ, constituida por 36 reactivos que evalúan 17 defensas y en el que el análisis factorial les arrojó 3 factores (inmaduro, neurótico y maduro), observaron que los pacientes con crisis de angustia y con depresión puntuaron más alto que los controles en el estilo “inmaduro” y “neurótico”, hallazgo similar al del presente estudio, ya que en el estilo “desadaptativo” del cuestionario utilizado, se encuentran incluidas las defensas inmaduras y la mayoría de las neuróticas.

El análisis de defensas individuales permite observar que los pacientes de los dos grupos puntuaron más alto que los controles en las siguientes defensas : proyección, regresión, inhibición, negación, exoactuación, fantasía, escisión, rechazo a la ayuda y anulación.

Pollock y Andrews (1989) observaron que los pacientes con crisis de angustia (con o sin agorafobia) utilizaban el desplazamiento, la somatización y la formación reactiva, esta última ya mencionada. La defensa “somatización” puntuó más alto también en este estudio específicamente en el grupo de trastornos de angustia con respecto al control, no así el grupo que además de tener crisis de angustia tiene otros padecimientos añadidos, hallazgo similar en ambos estudios. El desplazamiento, descrito en el estudio de Pollock y Andrews (1989) no es una defensa incluida en el DSQ.

Bloch y cols (1993) habían reportado previamente que los pacientes con crisis de angustia puntuaban más alto en la anulación, como ocurrió en este estudio.

El uso mayor de la proyección, regresión, inhibición, negación, exoactuación, fantasía, escisión, rechazo a la ayuda por los grupos de pacientes en este estudio es un hallazgo similar al descrito por Bloch y cols (1993) que reportaron el uso de defensas de “baja madurez” y por Busch y cols (1995) quienes describen a la negación y a la represión en pacientes con crisis de angustia y en pacientes distímicos.

El hecho de que los pacientes utilicen más las defensas desadaptativas apoya la propuesta de que ciertos mecanismos de defensa pudieran estar relacionados con el origen, la susceptibilidad de los pacientes a desarrollar diferentes formas de psicopatología o bien la tendencia del padecimiento a cronificarse y la necesidad de modificarlas como objetivo del tratamiento del paciente, cuando se utilizan formas de tratamiento no farmacológicas.

Hipótesis 3 : los pacientes con trastornos de angustia asociados a otros trastornos mentales utilizan más los mecanismos de defensa desadaptativos que los pacientes que sólo tienen el trastornos de angustia.

En casi todas las comparaciones realizadas entre los dos grupos de pacientes no se observaron diferencias significativas, en cuanto al uso de mecanismos de defensa adaptativos y desadaptativos. Sin embargo el grupo de pacientes con trastornos de angustia calificó más alto en el mecanismo de defensa de somatización que el grupo control. El grupo de pacientes con crisis de angustia asociadas a otros padecimiento no puntuó significativamente diferente que el control. La somatización tiene importancia desde el punto de vista teórico, por que así se explica el origen de la sintomatología física en las crisis de angustia. El porque de un mayor uso en el grupo de pacientes con trastornos de angustia y no en el grupo de crisis de angustia con otras padecimientos en comparación con el grupo control no es

posible mas que hipotetizarlo. Hace unos años, se ponía énfasis en la diferencia entre crisis de angustia que aparecían como el trastorno inicial y las secundarias a cuadros de depresión, debido a la posible necesidad de tratamiento farmacológico específico y a la observación de que las primeras aparecían en población más joven que cuando se asociaban a depresión mayor; mas recientemente se ha observado que la recurrencia de las crisis de angustia es más frecuente en los pacientes que cursan con cuadros de depresión mayor (Albus y Scheibe 1993). Es posible que cuando las crisis surgen como un fenómeno secundario, por ejemplo a la depresión mayor o bien al uso de alcohol y a los fenómenos de abstinencia asociados, el mecanismo de defensa de somatización juegue un papel secundario, a diferencia de cuando las crisis de angustia aparecen como el trastorno preponderante o inicial.

Hipótesis 4. Los pacientes con trastornos de angustia que no responden a tratamiento farmacológico utilizan más los mecanismos de defensa desadaptativos que los pacientes que responden a tratamiento.

Para probar esta hipótesis se dividió a la muestra en dos grupos, el grupo de pacientes que respondieron a tratamiento farmacológico y el grupo de pacientes que no respondieron a tratamiento, en función del reactivo relacionado con mejoría de los síntomas de la escala de Impresión Global del Médico. En el grupo de no respondedores se incluyeron a aquellos pacientes que desertaron del tratamiento. La división en función al reactivo mencionado parece apropiada ya que uno y otro grupo difirieron en la severidad de la angustia, de la depresión y de la psicopatología en general, según las escalas de Hamilton de ansiedad, de depresión y el SCL 90. También difirieron en la severidad de la enfermedad según la misma escala de Evaluación Global del Médico en donde 26 (78.8%) de los 33

pacientes fueron calificados como "sin síntomas", "síntomas muy leves" o "síntomas leves"; en cambio ninguno de los pacientes del grupo de respondedores calificó así y la totalidad calificó como con síntomas "marcados" a "muy severos". Y finalmente la proporción de pacientes que no cumplían con criterios de crisis de angustia difirió significativamente a favor del grupo respondedor.

No se observaron diferencias en el uso de las defensas adaptativas, entre los pacientes que respondieron a tratamiento y los que no respondieron. Tampoco se observaron diferencias en las defensas desadaptativas, a excepción de la defensa de anulación, que los pacientes respondedores a tratamiento usaron más que el grupo de no respondedores. La anulación se asocia generalmente con el trastorno obsesivo compulsivo. Con esta defensa, el paciente intenta reducir la ansiedad acompañante de los impulsos o fantasías, generalmente agresivos en naturaleza, retractándose de ellos en pensamiento o acción; es una forma de pensamiento mágico que tiene como base a los procesos psicológicos inconscientes (Nemiah, 1988). Llama la atención que no esté presente el trastorno obsesivo compulsivo en la muestra de pacientes y a pesar de ello puntúen alto en este mecanismo; no existen argumentos en la literatura que expliquen su relación con la respuesta a tratamiento, aunque el hecho de recurrir a algo que mágicamente resuelva un problema, pudiera estar relacionado con una buena adherencia al tratamiento farmacológico y una buena respuesta a éste.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes con trastornos de angustia acompañados o no de otros trastornos mentales no psicóticos utilizan más las defensas desadaptativas que los controles sanos.
2. Aunque no se observaron diferencias en el uso de las defensas adaptativas en general, los pacientes con trastornos de angustia utilizan menos las defensas del humor y de la sublimación y más la formación reactiva que los controles.
3. No se observaron diferencias, en ninguno de los mecanismos de defensa, entre los grupos de pacientes con trastornos de angustia puros y trastornos de angustia asociados a otros trastornos mentales.
4. La defensa que diferenció al grupo de pacientes respondedores a tratamiento de los no respondedores fue la anulación.
5. Este estudio presentó limitaciones como son : tener un diseño transversal, un grupo de comparación de menor edad y mayor escolaridad, un tamaño relativamente pequeño de muestra que impidió un agrupamiento más homogéneo de los pacientes y un enfoque farmacológico de tratamiento y no psicológico. Sin embargo la utilización de un instrumento estructurado para evaluar el uso de mecanismos de defensa, validado en la población mexicana, sana y enferma le dan fortaleza a los hallazgos; lo mismo la validez del diagnóstico de trastorno de angustia realizado por tres psiquiatras, el uso de escalas de evaluación autoaplicables y de aplicación por entrevista.
6. El abordar el papel de las defensas en la respuesta a tratamiento, que no se ha realizado en estudios previos, constituye un enfoque novedoso.

7. Existe coincidencia en la mayor parte de los hallazgos de este estudio con los descritos en la literatura internacional, a pesar que son pocos los estudios que utilizan el cuestionario de estilos defensivos en sus diferentes versiones.

BIBLIOGRAFIA.

- Akkerman K, Carr V, Lewin T : Changes in ego defenses with recovery from depression. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1992 ; **180** : 634- 638.
- American Psychiatric Association (1980). DSM III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3a Ed.) Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). DSM III R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. rev.) Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- Andreoli A, Frances A, Gex- Fabry M, Aapro N, Gerin P, Dazord A : Crisis intervention in depressed patients with and DSM III R personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993 ; **181** : 732 -737.
- Andrews G, Pollock C, Stewart G : The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry* 1989 ; **46** : 455- 460.
- Andrews G, Neilson M, Hurt C, Stewart G, Kiloh LG : Diagnosis, personality, and the long term outcome of depression. *British Journal of Psychiatry* 1990 ; **157** : 13- 18.
- Andrews G, Singh M, Bond M : The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993 ; **181** : 246 - 256.
- Asociacion Psiquiátrica Americana (1995). DSM IV .Manual Diagnóstico y Estadístico. Barcelona : Masson, S.A.
- Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R, Girest J: Effect of Axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive - compulsive disorder. *Archives of General psychiatry* 1992 ; **49** : 862 - 866.
- Bech P, Bolwig TG, Kramp P, Rafaelsen OJ : The Bech- Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1979 ; **59** : 420 - 430.
- Bech P, Allerup P, Maier W, Albus M, Lavori P, Ayuso JL : The Hamilton Scales and The Hopkins Symptom Checklist (SCL- 90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *British Journal of Psychiatry* 1994 ; **160** : 206 - 211.
- Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ : Mini- compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding

DSM- III syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1986 ; 73 (suppl 326) : 1- 37.

- Bech P, Maltz UF, Dencker SJ, Ahlfors UG, Elgen K, Lewander T, Lundell A, Simpson GM, Limjaerde O: Scales for Assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993 ; 87 (suppl 372) : 33-34.
- Black DW, Noyes R, Pfohl B, Goldstein RB, Blum N : Personality disorder in obsessive- compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first - degree relatives. *American Journal of Psychiatry* 1993 ;150 : 1226 - 1232.
- Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ: Empirical study of self - rated defense styles. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 333 - 338.
- Bond M, Vaillant JS : An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry* 1986 ; 43 : 285 -288.
- Bond M, Perry JC, Gaautier M, Goldenberg M, Oppenheimer U, Simand J : Validiting the self -report of defense styles. *Journal of Personality Disorders* 1989 ; 3 : 101 - 112.
- Buglass D, Clarke J, Henderson AS, Kreitman N, Presley AS : A study of agoraphobics housewives. *Psychological Medicine* 1977 ; 7 : 73 - 86.
- Busch FN, Shear MK, Cooper AM, Shapiro T, Leon AC : An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1995 ; 183 : 299 - 303.
- Chambless DL, Renneberg B, Goldstein A, Gracely EJ : MCMI- diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders* 1992 ; 6 : 193- 211.
- Clark LA, Watson D, Mineka S : Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1994 ; 103 : 103 - 116.
- Cooper AM: Will neurobiology influence psychoanalysis ?. *American Journal of Psychiatry* 1985 ; 142 : 1395 - 1402.
- Cramer P: The Defense Mechanism Inventory: a review of research and discussion of the scale. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52: 142 - 164.
- Crowe RR, Noyes R, Pauls DL: A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry* 1983 ; 40 : 1065 - 1069.

- Deltito JA, Perugi G, Maremmani Y, Miagnani V, y Cassano GB : The importance of separation anxiety in the differentiation of panic disorder from agoraphobia. *Psychiatric Developments* 1986 ; 3 : 227 -236.
- den Boer JA, Westenberg HG, Kamerbeek WD, Verhoeven WM, Kahn RS : Effect of serotonin uptake inhibitors in anxiety disorders: a double blind comparison of clorimipramine and fluvoxamine. *International Clinical Psychopharmacology* 1987 ; 2 : 21 - 32.
- den Boer JA, Westenberg HG : Effect of a serotonine and noradrenalin uptake inhibitor in panic disorder: a double- blind comparative study with fluvoxamine and maprotiline. *International Clinical Psychopharmacology* 1987 ; 3 : 59 - 74.
- Diaferia G, Scuito G, Perna G, Bernardeschi L, Battaglia M, Rusmini S, Bellodi L : DSM III R personality disorders in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 1993 ;7 : 153 - 161.
- Diguer L, Barber JP, Luborsky L : Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy for major depression. *American Journal of Psychiatry* 1993 ; 150 : 1246 - 1248.
- Dolan B, Evans C, Norton K :Multiple axis - II diagnoses of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 1995 ; 166 (1) : 107- 112.
- Duggan CF, Lee AS, Murray RM : Does personality predict long term outcome in depression? *British Journal of Psychiatry* 1990 ; 157 : 19 - 24.
- Edgerton JE, Campbell III RJ (1994) : American Psychiatric Glossary. American Psychiatric Press. Washingsgton DC. Séptima Edición. Página 2.
- Fals- Stewart, W, Lucente S : An MCI cluster typology of obsessive- compulsives: a measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behavior therapy. *Journal of Psychiatry Research* 1993 ; 27 : 139 - 154.
- Faravelli C, Albanesi G : Agoraphobia with panic attacks: one year prospective follow- up. *Comprehensive Psychiatry* 1987 ; 28 : 481 - 487.
- Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DJ, Shores MM, Dunner DL : DSM III R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders* 1993 ; 27 : 71 - 79.
- Freud A (1981): El Yo y los Mecanismos de Defensa. Editorial Paidós, España.2a Reimpresión. Capítulo 4, página 53.

- Freud A (1981) : Normalidad y Patología en la Niñez. Editorial Paidós, Argentina. Página 177.
- Freud S (1943) : Obras Completas. Inhibición, Síntoma y Angustia. Editorial Americana. Tomo IX, página 92.
- Freud S(1943) : Obras Completas. Los instintos y sus destinos. Editorial Americana, Tomo IX.
- Gabbard GO (1994) : Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM - IV Edition. Washington, American Psychiatric Press. Páginas 249 - 251.
- Gittelman R, Klein DF : Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology* 1984 ; 17 : 56 - 65.
- Gleser GC, Ihilevich D: An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1969; 33: 51 - 60.
- Harper M, Roth M : Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety-depersonalization syndrome, part I: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry* 1962 ; 3 : 129 - 151.
- Herbert JD, Hope DA, Bellack AS : Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1992 ; 101 : 332- 339.
- Hermesh H, Shahar A, Munitz C : Obsessive- compulsive disorder and borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1987 ; 144 : 120 -121.
- Holt CS, Heimberg RG, Hope DA : Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology* 1992 ; 101 : 318 - 325.
- Kandel ER: From methapsychology to molecular biology : explorations into the nature of anxiety. *American Journal of Psychiatry* 1983 ; 140 : 1277 - 1293.
- Karasu TB, Skodol AE : Vith axis for DSM III : psychodynamic evaluation. *American Journal of Psychiatry* 1980 ; 137 : 607 - 610.
- Katschnig H : Discontinuation and long - term follow - up of panic disorder. *Biological Psychiatry* 1991 ; 29 (suplemento) : 10s-16s.
- Kernberg OF (1985) : Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico. Editorial Paidós, Argentina. Primera reimpresión. Capítulo 1, páginas 40 - 44.

- Kernberg OF (1987) : Trastornos Graves de la Personalidad. México D.F. Editorial El Manual Moderno. Capítulo 1, pag 17.
- Kernberg OF(1993) : La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico. Editorial Paidós Mexicana. México D.F. 1993. Capítulo V, páginas 115- 122.
- Ko GN, Elsworth JD, Roth RH, Rifkin BG, Leigh H, Redmond DE Jr : Panic - induced elevation of plasma MHPG levels in phobic- anxious patients: effects of clonidine and imipramine. *Archives of General Psychiatry* 1983 ; 49 : 425 - 430.
- Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN, Vernon PA : Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1993 ; 150 : 1826 - 1831.
- Mavissakalian MR, Hamann MS : DSM III personality disorder in agoraphobia II: changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry* 1987 ; 28 : 356 - 361.
- Mavissakalian MR, Hamann MS, Haidar SA, De Groot CM: DSM III personality disorders in generalized anxiety, panic/agoraphobia, and obsessive compulsive - disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1993 ; 34 : 243 - 248.
- Michels, R., Frances, A., y Shear, M.K. (1985). Psychodynamic models of anxiety. En Truman, H.A. y Maser, J.D.(editores). Anxiety and anxiety disorders. Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum associates.
- Nemiah JC : A psychoanalytic view of phobias. *American Journal of Psychiatry* 1981 ; 41 : 115 - 120.
- Nemiah, J.C. (1988) : en The New Harvard Guide to Psychiatry. Editado por Nicholi, A. M. London, England: The Belknap Press of Harvard University Press. Capítulo 12, páginas 238 - 241, 243 - 244.
- Organización Mundial de la Salud (1992) : CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid. MEDITOR.
- Perry S, Cooper AM, Michels R : Psychodynamic formulation : its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry* 1987 ; 146 : 543 - 550.
- Pollock C, Andrews G : Defense Styles associated with specific anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 1989 ; 146 : 1500 - 1502.

- Redmond, D. E. Jr (1987) : Studies of the nucleus locus coeruleus in monkeys and hypotheses for neuropsychopharmacology, en Psychopharmacology : The Third Generation of Progress. Editado por Meltzer, H. Y. New York, Raven Press. Páginas 967 - 968.
- Reich JM, Vasile RG : Effect of personality disorders and the treatment outcome of axis I conditions: an update. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993 ; 181 : 475 - 484.
- Reich, W. (1981) : Análisis del Caracter, en Robert Fliess: Escritos Psicoanalíticos Fundamentales. Editorial Paidós, Buenos Aires. Primera edición castellana. Capítulo I , páginas 15 - 26.
- Roth M : The panic - agoraphobic syndrome: A paradigm of the anxiety group of disorders and its implications for psychiatry practice and theory. *American Journal of Psychiatry* 1996 ; 153 (7) : 111 - 124.
- Schneier FR, Spitzer RL, Gibbon M, Fyer AJ, Liebowitz MR : The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1991 ; 32 : 496 -502.
- Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, y Shapiro T : A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 1993 ; 150 : 859 - 866.
- Skodol AE, Perry JC : Should an axis for defense mechanisms be included in DSM -IV ? . *Comprehensive Psychiatry* 1994 ; 34 (2) : 108 -119.
- Smith C, Thienemann M, Steiner H: Defense style and adaptation in adolescents with depression and eating disorders. *Acta Paedopsychiatrica* 1992 ; 55 : 185 - 186.
- Snaith R. P., Ahmed S.N. Mehta S.,Hamilton M.: A clinical investigation of phobias. *Psychological Medicine* 1971 ; 1 : 143 - 149.
- Spinhoven P., Kooiman C.G.: Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *Journal of Nervous and Mental disease* 1997 ; 185 : 87 - 94.
- Spitzer RL, Fleiss JL: A re- analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 1974; 125: 341 - 347.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987): Structured Interview for DSM III R Personality Disorders (SCID II). New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.

- Stein D.J., Hollander E., Skoder A.E.: Anxiety disorders and personality disorders: a review. *Journal of Personality Disorders* 1993 ;7 : 87 - 104.
- Torgensen S.: Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 1983 ; 40 : 1085 - 1089.
- Turner S.M., Beidel D.C., Townsley R.M.: Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1992 ; 2 : 326 - 331.
- Vaillant G.E.: Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 1971 ; 24 : 107 - 118.
- Vaillant G. E. : Natural history of male psychological health: V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry* 1976 ; 33 : 535 - 545.
- Vaillant G. E., Bond M., Vaillant, C.O. : An empirical validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 1986 ; 43, 786 - 794.
- Vaillant G. (1988) en Nicholi AM *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Londres: The Belknap Press of Harvard University Press. Capítulo 10, página 201.
- Watchel PL : Cyclical process in personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 1994 ; 103 : 51 -54.

ANEXO 1

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

A. En algún momento durante la alteración, han aparecido una o mas crisis de angustia (periodos definidos de miedo o malestar intensos) de manera (1) inesperada v.gr. no ocurrieron inmediatamente antes o en situaciones que casi siempre generan ansiedad, y (2) no han estado relacionadas a situaciones en que la persona haya sido el foco de atención. _____ ()

B. En un periodo de cuatro semanas han ocurrido cuatro crisis de angustia o bien una o mas de estas crisis han condicionado un temor persistente a tener una nueva crisis de cuando menos un mes de duración. _____ ()

C. Cuando menos cuatro de los siguientes síntomas aparecieron durante una de las crisis:

- (1) **díscnea o sensación de falta de aire** _____ ()
- (2) **mareo, sensación de inestabilidad o de desmayo** _____ ()
- (3) **palpitaciones o taquicardia** _____ ()
- (4) **temb'or o sacudidas** _____ ()
- (5) **sudoración** _____ ()
- (6) **nudo en la garganta** _____ ()
- (7) **nausea y malestar abdominal** _____ ()
- (8) **despersonalización y desrealización** _____ ()
- (9) **adormecimientos o parestesias** _____ ()
- (10) **bochornos o escalofríos** _____ ()
- (11) **opresión o malestar en el pecho** _____ ()
- (12) **miedo a morir** _____ ()
- (13) **miedo a perder la razón o el control** _____ ()

NOTA: Las crisis de angustia se presentan con cuatro o mas síntomas. _____ ()

Las de síntomas limitados se presentan con menos de 4. _____ ()

D. En algunos de los ataques, cuando menos 4 de los síntomas del criterio C aparecieron bruscamente y se hicieron intensos en un periodo de diez minutos. _____ ()

E. No hay un factor orgánico determinado que sea responsable del trastorno : anfetaminas, cafeina o hipertiroidismo. _____ ()

APA Manual de Diagnóstico y Estadística 3a. edición revisada.

ANEXO 2

**ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL DSM III R
SCID II**

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCID 3/1/87.

INSTRUCCIONES:

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted generalmente, es decir, cómo es que usted se ha sentido o comportado usualmente durante los últimos años. Para responder, encierre en un círculo "SI" o "NO". Si usted no entiende la pregunta, déjela en blanco.

- | | | | |
|--|----|----|----|
| 1. ¿Se siente usted más fácilmente herido(a) en sus sentimientos, en comparación con la mayoría de las personas, si alguien critica o desapruéba algo que usted dice o hace? | NO | SI | 16 |
| 2. ¿Siente que no hay alguien, fuera de su familia inmediata, realmente cercana... gente en la que usted pueda confiar o hablar acerca de sus problemas personales? | NO | SI | 17 |
| 3. ¿Evita usted verse involucrado(a) con las personas, a menos que tenga la certidumbre de que realmente les agrada? | NO | SI | 18 |
| 4. ¿Trata usted de evitar situaciones que involucren muchos contactos con otras personas? | NO | SI | 19 |
| 5. En situaciones sociales ¿Se mantiene usted frecuentemente callado(a) debido a que tiene miedo de decir algo equivocado o ser incapaz de responder una pregunta? | NO | SI | 20 |
| 6. Cuando está enfrente de otras personas, ¿tiene usted frecuentemente miedo de verse nervioso(a), de llorar o de sonrojarse? | NO | SI | 21 |
| 7. ¿Hay muchas cosas que le parezcan a usted peligrosas y que no le parezcan peligrosas a la mayoría de la gente? | NO | SI | 22 |
| 8. ¿Necesita usted muchos más consejos que la mayoría de las personas antes de poder tomar decisiones cotidianas? | NO | SI | 23 |
| 9. ¿Ha permitido que otras personas tomen decisiones importantes por usted, como dónde vivir y qué trabajo tomar? | NO | SI | 24 |
| 10. ¿Manifiesta usted frecuentemente estar de acuerdo con la gente, aun cuando usted piensa que están equivocados? | NO | SI | 25 |
| 11. ¿Le es difícil hacer cosas si tiene que realizarlas totalmente por usted mismo(a)? | NO | SI | 26 |
| 12. ¿Frecuentemente se ofrece usted para realizar cosas que no le son placenteras pero que deben hacerse y ésto lo hace con el propósito de recibir la aprobación de la gente? | NO | SI | 27 |
| 13. ¿Le molesta a usted ocupar el tiempo en usted mismo(a)? | NO | SI | 28 |
| 14. Mucha gente se siente mal cuando una relación cercana termina. ¿Piensa usted que se siente más derrotado cuando esto le pasa en comparación con la mayoría de la gente? | NO | SI | 29 |
| 15. ¿Se preocupa mucho acerca de ser abandonado(a) o dejado solo(a) sin alguien que cuidara de usted? | NO | SI | 30 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| 16. ¿Le sucede frecuentemente que gaste mucho tiempo al tratar de hacer las cosas a la perfección y finalmente tenga problemas para terminar el trabajo? | NO | SI | 31 |
| 17. ¿Se fija usted tanto en los detalles de algunas cosas que llega a -- perder la visión de la meta principal? | NO | SI | 32 |
| 18. ¿Es usted más obstinado(a) que la mayoría de las personas acerca de insistir que otros hagan las cosas exactamente de la manera que usted quiere que las hagan? | NO | SI | 33 |
| 19. ¿Frecuentemente hace cosas por usted mismo(a) debido a que sabe que nadie más las haría bien? | NO | SI | 34 |
| 20. ¿Es usted devoto(a) a su trabajo de manera que difícilmente tiene - tiempo libre para sus amigos o simplemente para hacer cosas que son divertidas? | NO | SI | 35 |
| 21. ¿Frecuentemente tiene problemas en lograr que las cosas sean hechas debido a que no pueda decidir qué hacer primero o determinar la manera de resolver algún problema? | NO | SI | 36 |
| 22. ¿Se preocupa usted mucho acerca de que pudo haber hecho algo moralmente indebido? | NO | SI | 37 |
| 23. ¿Se siente usted enojado(a) con otra persona porque ésta hizo algo moralmente indebida? | NO | SI | 38 |
| 24. ¿Es difícil para usted hacerles saber a las personas cuanto se preocupa por ellas? | NO | SI | 39 |
| 25. ¿Es usted una persona que rara vez hace regalos o favores a otras -- personas? | NO | SI | 40 |
| 26. ¿Tiene usted problemas para deshacerse de las cosas debido a que -- piensa que pueden serle útiles algún día? | NO | SI | 41 |
| 27. ¿Frecuentemente usted pospone hacer las cosas hasta el último minuto y entonces se encuentra con que éstas no podrán ser hechas a tiempo? | NO | SI | 42 |
| 28. Algunas personas se irritan o se molestan cuando alguien les pide que hagan cosas que realmente no quieren hacer ¿usted es así? | NO | SI | 43 |
| 29. Algunas personas trabajan despacio deliberadamente o hacen un mal trabajo cuando se les pide que hagan algo que realmente no quieren hacer ¿usted es así? | NO | SI | 44 |
| 30. ¿La gente frecuentemente le hace a usted demandas irracionales? | NO | SI | 45 |
| 31. ¿Está usted predispuesto(a) a olvidar hacer cosas que supuestamente debería hacer, si es que realmente no quiere hacerlas? | NO | SI | 46 |
| 32. ¿Piensa usted frecuentemente que está haciendo un mejor trabajo en comparación con el crédito que otros le dan? | NO | SI | 47 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| 33. ¿Le incomoda que la gente le haga sugerencias de como podría hacer mejor las cosas? | NO | SI | 46 |
| 34. ¿Se ha quejado constantemente la gente de que usted las ha demorado por no hacer la parte de su trabajo? | NO | SI | 49 |
| 35. ¿Frecuentemente acaba usted trabajando sometido a gente que no hace tan bien el trabajo como usted lo podría hacer? | NO | SI | 50 |
| 36. ¿Ha escogido a amigos o amantes quienes le hayan sacado ventaja o maltratado? | NO | SI | 51 |
| 37. ¿Se ha visto usted frecuentemente envuelto en situaciones conflictivas de trabajo o en la escuela, en las que termina contrariado o herido? | NO | SI | 52 |
| 38. ¿Rechaza usted con frecuencia la ayuda de otras personas? | NO | SI | 53 |
| 39. ¿Encuentra usted que la ayuda que la gente le ofrece no es usualmente la que usted necesita? | NO | SI | 54 |
| 40. Algunas personas se deprimen cuando tienen éxito, o sienten que ellas no sirven para el éxito, o hacen cosas para estropear el éxito. ¿Es usted así? | NO | SI | 55 |
| 41. ¿Frecuentemente se ha sorprendido o desconcertado al encontrarse que algo que usted ha dicho o hecho a alguien le ha puesto muy enojado? | NO | SI | 56 |
| 42. ¿Rechaza usted frecuentemente la oportunidad de hacer algo que realmente le divertiría? | NO | SI | 57 |
| 43. ¿Cuando hace algo que debería ser divertido ¿Le sucede frecuentemente que no se divierta usted? | NO | SI | 58 |
| 44. ¿Frecuentemente usted no hace lo que tendría que hacer de manera adecuada para obtener el éxito u obtener lo que usted desea? | NO | SI | 59 |
| 45. ¿Frecuentemente usted se siente derrotado debido a que no logra hacer algo que usted necesita hacer? | NO | SI | 60 |
| 46. Algunas personas encuentran gente que es amable pero para ellos aburrida, en cambio encuentran gente que no es amable y para ellos es más interesante ¿Es usted de este tipo? | NO | SI | 61 |
| 47. ¿Está usted haciendo casi siempre lo que es bueno para otras personas más que lo que es bueno para usted? | NO | SI | 62 |
| 48. ¿Se queja la gente de que usted hace cosas para ellos aún cuando ellos no quieren que usted las haga? | NO | SI | 63 |
| 49. ¿Se mantiene usted frecuentemente a la expectativa para impedir que la gente abuse de usted? | NO | SI | 64 |
| 50. ¿Algunas veces se encuentra usted preocupado(a) de que amigos o compañeros de trabajo no sean realmente leales o confiables? | NO | SI | 65 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| 51. ¿Frecuentemente usted observa o intruye amenazas ocultas en lo que la gente dice o hace? | NO | SI | 16 |
| 52. ¿Le toma un largo tiempo perdonar a alguien si le ha insultado o herido? | NO | SI | 17 |
| 53. ¿Se ha dado cuenta que para usted es mejor no permitir que otras personas conozcan mucho acerca de usted? | NO | SI | 18 |
| 54. ¿Se ve usted frecuentemente enojado debido a que alguien le ha insultado o menospreciado de alguna manera? | NO | SI | 19 |
| 55. ¿Es usted una persona muy celosa? | NO | SI | 20 |
| 56. ¿Ha sospechado usted constantemente que su esposa(o) o pareja le fue infiel? | NO | SI | 21 |
| 57. Cuando usted ve gente hablando entre ellos, ¿Se pregunta si estarán hablando de usted? | NO | SI | 22 |
| 58. ¿Ha notado que un evento u objeto común parezcan ser una señal especial para usted? | NO | SI | 23 |
| 59. ¿Frecuentemente se siente nervioso(a) cuando está con un grupo de personas que no son familiares para usted? | NO | SI | 24 |
| 60. ¿Ha tenido usted experiencias con lo sobrenatural? | NO | SI | 25 |
| 61. ¿Y acerca de la astrología, visión del futuro, OVNIS, experiencias extrasensoriales o un "sexto sentido"? | NO | SI | 26 |
| 62. ¿Ha confundido usted frecuentemente objetos o eventos con personas, o viceversa por error? | NO | SI | 27 |
| 63. ¿Ha tenido usted constantemente la sensación de que alguna persona o fuerza está alrededor de usted, aun cuando no pueda ver a nadie? | NO | SI | 28 |
| 64. Cuando mira usted a otra persona o a usted mismo(a) en el espejo, ¿Ha visto que le cambie la cara justo ante sus ojos? | NO | SI | 29 |
| 65. ¿Podría usted ser feliz sin relaciones cercanas, como una familia o como amigos? | NO | SI | 30 |
| 66. ¿Haría usted mejor las cosas sol. que con amigos? | NO | SI | 31 |
| 67. Algunas personas parecen nunca tener sentimientos fuertes, como estar muy enojado o muy feliz. ¿Es usted de esta manera? | NO | SI | 32 |
| 68. ¿Podría usted vivir contento(a) sin verse constantemente envuelto en vida sexual con otra persona? | NO | SI | 33 |
| 69. Algunas personas no se preocupan de haber sido o no elogiadas por algo que han hecho bien. ¿Es usted de esta forma? | NO | SI | 34 |
| 70. ¿Frecuentemente usted está pendiente de los demás para sentirse aprobado, elogiado o confiado? | NO | SI | 35 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| 71. ¿Coquetea usted mucho? | NO | SI | 36 |
| 72. ¿Le molesta a usted más que a la mayoría de la gente si usted no se ve atractivo(a)? | NO | SI | 37 |
| 73. Algunas personas expresan sus emociones muy fuertemente. Por ejemplo, pueden abrazar gente que ellos no conocen muy bien o tienen berrinches temperamentales cuando las cosas van mal. ¿Es usted de esta forma? | NO | SI | 38 |
| 74. ¿Le gusta ser el centro de atención? | NO | SI | 39 |
| 75. ¿Está usted frecuentemente muy interesado en algo o alguien y entonces repentinamente pierde interés? | NO | SI | 40 |
| 76. ¿Se irrita o enoja fácilmente y se calma con la misma rapidez? | NO | SI | 41 |
| 77. ¿Está usted usualmente más preocupado con sus propias necesidades que con las necesidades de los demás? | NO | SI | 42 |
| 78. ¿Le han dicho a usted constantemente que sólo se preocupa por usted mismo? | NO | SI | 43 |
| 79. Algunas personas pueden tolerar lo necesario hasta que ellos sepan que eventualmente obtendrán lo que quieren. A otras personas les cuesta trabajo esperar para obtener lo que quieren. ¿Es usted de este tipo de personas que no pueden esperar? | NO | SI | 44 |
| 80. Cuando usted es criticado(a), ¿frecuentemente se siente muy enojado, avergonzado o rebajado, inclusive horas o días después? | NO | SI | 45 |
| 81. ¿Varias veces ha tenido usted que usar a otras personas para obtener lo que quiere? | NO | SI | 46 |
| 82. ¿Ha estado usted en situaciones donde tuviera que pasar sobre alguien con el propósito de obtener lo que necesitaba? | NO | SI | 47 |
| 83. ¿Siente usted que es una persona con talentos especiales o habilidades que otros no han reconocido? | NO | SI | 48 |
| 84. ¿Le ha dicho alguna persona constantemente a usted que tiene una alta opinión de usted mismo? | NO | SI | 49 |
| 85. ¿Diría usted que los problemas que usted enfrenta son tan especiales que pocas personas pudieran llegar a entenderlos? | NO | SI | 50 |
| 86. ¿Tiene usted frecuentemente ensueños durante el día acerca de conseguir grandes cosas, como ser exitoso(a), poderoso(a), brillante, atractivo(a) o grandemente amado(a)? | NO | SI | 51 |
| 87. ¿Piensa usted frecuentemente que las reglas no deberían aplicarse a usted? | NO | SI | 52 |
| 88. ¿Es muy importante para usted que la gente le ponga atención o le admire de alguna manera? | NO | SI | 53 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| 89. ¿Le han dicho otras personas que usted no es compasivo o comprensivo con los problemas de ellos? | NO | SI | 54 |
| 90. ¿Siente usted frecuentemente envidia de otras personas? | NO | SI | 55 |
| 91. ¿Sus sentimientos hacia las personas algunas veces cambian tanto que usted alguna vez ame y admire grandemente a alguien y repentinamente odie o se sienta terriblemente contrariado(a) por la misma persona en otra ocasión? | NO | SI | 56 |
| 92. ¿Ha hecho frecuentemente cosas que podrían haberlo envuelto en problemas como: comprar cosas que no podría pagar? | NO | SI | 57 |
| 93. ... tener sexo con alguien a quien apenas si conoce? | NO | SI | 58 |
| 94. ... beber mucho o tomar drogas? | NO | SI | 59 |
| 95. ... manejar imprudentemente? | NO | SI | 60 |
| 96. ... comer desafortadamente? | NO | SI | 61 |
| 97. ... robar en alguna tienda? | NO | SI | 62 |
| 98. ¿Tiene usted frecuentemente subidas y bajadas en su ánimo, algunos períodos de depresión, irritabilidad o ansiedad? | NO | SI | 63 |
| 99. ¿Tiene usted frecuentemente berrinches de mal genio o se siente tan enojado que pierda el control? . | NO | SI | 64 |
| 100. ¿Le pasa que algunas veces le pegue a la gente cuando está muy enojado? | NO | SI | 65 |
| 101. ¿Ha intentado usted en alguna ocasión herirse, matarse o ha amenazado con hacerlo? | NO | SI | 66 |
| 102. ¿Ha tratado usted algunas veces de herirse teniendo un accidente? | NO | SI | 67 |
| 103. ¿Es usted tan diferente con gente diversa o en diferentes situaciones de tal manera que algunas veces no sepa quién es realmente usted? | NO | SI | 68 |
| 104. ¿Está usted frecuentemente confundido acerca de ... cuáles son sus metas a largo plazo o qué planes tiene en su carrera? | NO | SI | 69 |
| 105. ... qué tipos de amigos o amantes quiere? | NO | SI | 70 |
| 106. ... cuáles son sus valores? | NO | SI | 71 |
| 107. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido o con un vacío interno? | NO | SI | 16 |
| 108. ¿Se siente fuera de control si usted piensa que alguien importante lo(a) va a dejar? | NO | SI | 17 |

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que usted pudo haber hecho antes de que cumpliera 15 años.

| | | | |
|--|----|----|----|
| 109. ¿Se iba usted frecuentemente de "pinta"? | NO | SI | 18 |
| 110. ¿Se salía usted constantemente de su casa y permanecía afuera durante la noche? | NO | SI | 19 |
| 111. ¿Comenzaba usted las peleas? | NO | SI | 20 |
| 112. ¿Utilizó usted algunas armas en las peleas? | NO | SI | 21 |
| 113. ¿Algunas veces forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted? | NO | SI | 22 |
| 114. ¿Hirió algunas veces a cualquier animal a propósito? | NO | SI | 23 |
| 115. ¿Hirió usted alguna vez a otras personas a propósito? (diferente a una pelea) | NO | SI | 24 |
| 116. ¿Dañaba usted deliberadamente cosas que no fuesen suyas? | NO | SI | 25 |
| 117. ¿Ha usted prendido fuego deliberadamente? | NO | SI | 26 |
| 118. ¿Miente usted con frecuencia? | NO | SI | 27 |
| 119. ¿Algunas veces roba usted cosas? | NO | SI | 28 |
| 120. ¿En algunas ocasiones ha robado, o asaltado a alguien? | NO | SI | 29 |

ANEXO 3

**LA ESCALA DE CALIFICACIÓN ANSIEDAD DE HAMILTON
(HAM - A)**



ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACION DE LA ANSIEDAD

| | | |
|-------------------------------|---------------------|-----------------|
| REGISTRO N° | NOMBRE DEL PACIENTE | FECHA |
| CAUSA PRIMARIA DE LA CONSULTA | | RECOMENDADO POR |

INSTRUCCIONES ESTA LISTA ES PARA AYUDAR AL MEDICO EN LA EVALUACION DE CADA PACIENTE EN CUANTO AL GRADO DE ANSIEDAD Y ESTADO PATOLOGICO POR FAVOR, HAGA SU EVALUACION DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES VALORES

AUSENTE = 0 LEVE = 1 MODERADO = 2 GRAVE = 3 GRAVE, TOTALMENTE INCAPACITADO = 4

| PATOLOGIA | | VALORES | PATOLOGIA | | VALORES |
|-----------------------------|--|---------|--|---|---------|
| ESTADO ANSIOSO | PREOCUPACIONES TEMOR DE QUE SUCEDA LO PEOR TEMOR ANTICIPADO IRRITABILIDAD | | SISTEMA SOMATICO (SENSUAL) | TUMOR VISION BORROSA DIFADAS DE ENJO Y CALOR SENSACION DE LIBRIDAD SENSACION DE FUROR | |
| TENSION | SENSACION DE TENSION FATIGABILIDAD SOBRESALTO AL RESPONDER LLANTO FACIL TEMBLOR SENSACION DE INQUIETUD IMPOSIBILIDAD PARA RELAJARSE | | SINTOMAS LAMBU VASCULARES | TAUDICANCIA PALPITACIONES DOLOR PRECORDIAL PULSACIONES VASCULARES FIBRILACIONES SENSACION DE DESMAYO ARRITMIA | |
| TEMORES | DE LA OSCURIDAD DE EXTRAÑOS DE SER DEJADO SOLO DE ANIMALS DEL TRAFICO DE LAS MULTITUDES | | SINTOMAS RESPIRATORIOS | OPRESION O CONSTRICCION TORACICA SENSACION DE ANGOJA SUSPIROS DISNEA | |
| INSOMNIO | DIKULTAD PARA CONERIR EL SUEÑO SUEÑO INTRUMPIDO SUEÑO INCIERTO YACIONO Y SENSACION DE FATIGA AL DESPERTAR SUEÑOS PESADILLAS TERNORES NOCTURNOS | | SINTOMAS GASTRO INTESTINALES | DIKULTAD AL DEGLUTIR FETURENCIA DOLOR ABDOMINAL SENSACION DE ANGOJA PESADIZ ABDOMINAL NAUSEAS VOMITOS BURBUJOSOS HICES BLANDAS FERUIDA DE PESO ESTIMIMIENTO | |
| INTELLECTUAL (COMPRESION) | DIKULTAD DE CONCENTRACION MEMORIA POBRE | | SINTOMAS UNTO UNIBANOS | POLACUNOMA INCCION URGENTE AMENORRHEA MENORRAGIA FRIGUIZ, ITACUACION PRECOZ FERUIDA DE LIBIDO IMPOTENCIA | |
| ESTADO DEPRESIVO | PERDIDA DE INTERES FALTA DE PLACER EN LOS PASATIEMPOS DEPRESION DESPERTAR TEMPRANO TRANSPOSICION DE SUEÑO Y VIGILIA | | SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO | SIQUEDAD BUCAL RUBOR PALIDEZ TENDENCIA A LA SUDORACION VERTIGO CEJALEAS PUN TENSION ERECTISMO PLESO | |
| SISTEMA SOMATICO (MUSCULAR) | DOLORES Y MAJIAS ESPASMOS MUSCULARES O CALAMBRES RIGIDEZ TICS MIOCIONICOS RECHINAR DE DIENTES VOZ VACANTE, TONO MUSCULAR AUMENTADO | | COMFORTA MIENTO DE ENTREVISTA | INQUIETUD IMPACIENCIA O INTRANQUILIDAD TEMBLOR DE MANOS TRUNCIMIENTO DEL CERO ROSTRO PREOCUPADO SUSPIROS O RESPIRACION RAPIDA PALIDEZ FACIAL DECCION DE SALIVA ERUCTOS TICS MURMURS EXOTAFAMA | |

TOTAL

ANEXO 4

**LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE DEPRESIÓN DE HAMILTON
(HAM - D)**

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

| | |
|----------------------------------|------------------|
| Enfermo | Fecha |
| Edad | Valoración |
| Estado | Sexo |
| Tratamiento | Dosis |
| Indicar 0, 1, 2 o 3 no aplicable | |

Completar todos los puntos. Responder con un círculo el número que mejor caracterice al paciente

| | |
|---|---|
| 1. Humor deprimido <small>(Pensamientos, sentimientos, sentimientos negativos)</small> | 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se refieren oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea |
| 2. Sensación de culpabilidad | 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras. |
| 3. Suicidio | 0. Ausente 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4). |
| 4. Insomnio precoz | 0. No tiene dificultad para dormirse 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche. |
| 5. Insomnio medio | 0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar). |
| 6. Insomnio tardío | 0. No hay dificultad 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama. |
| 7. Trabajo y actividades | 0. No hay dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad (trabajo o aficiones) 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades) 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar estas sin ayuda. |
| 8. Interacción <small>(Cantidad de diálogo normal y de palabras, facilidad de conversación espontánea, cantidad palabras desahucadas)</small> | 0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta. |
| 9. Agitación | 0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se esfuerza las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc. |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|--------------------|
| 10. Ansiedad psíquica | <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud expresiva apremiante en la expresión o en el habla 4. Temores expresados sin preguntarle | | | | | | |
| 11. Ansiedad somática | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Severa 4. Incapacitante </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalealgias Respiratorios - hiperventilación, suspiros Frecuencia urinaria Sudación </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Severa 4. Incapacitante | } | Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalealgias Respiratorios - hiperventilación, suspiros Frecuencia urinaria Sudación | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Severa 4. Incapacitante | } | Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalealgias Respiratorios - hiperventilación, suspiros Frecuencia urinaria Sudación | | | | | |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita tarantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales | | | | | | |
| 13. Síntomas somáticos generales | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalealgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2. | | | | | | |
| 14. Síntomas genitales | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales. </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante | Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante | Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales. | | | | | | |
| 15. Hipochondría | <ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipochondríacas | | | | | | |
| 16. Pérdida de peso (Comparar A e B) | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">Por término medio.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">Por término medio.</td> </tr> </table> | A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) | } | Por término medio. | B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. | } | Por término medio. |
| A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) | } | Por término medio. | | | | | |
| B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. | } | Por término medio. | | | | | |
| 17. Insight (Cautela de sí mismo) | <ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad PERO atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que este enfermo. | | | | | | |
| 18. Variación diurna | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> M T </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave | M T | Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave | M T | Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) | | | | | |
| 19. Despersonalización y falta de realidad | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera. Como Sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave. 4. Incapacitante | | | | | | |
| 20. Síntomas paranoides | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. } Sospechosos. 2. } Sospechosos. 3. Ideas de referencia 4. Delirios de referencia y de persecución | | | | | | |
| 21. Síntomas obsesivos y compulsivos | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes 1. Ligeros. 2. Graves | | | | | | |
| 22. Otros síntomas (Especificar) | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves | | | | | | |
| | Suma total puntuaciones <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |

ANEXO 5
LISTA DE SÍNTOMAS DE HOPKINS
(SCL 90)

SCL 90

Nombre del proyecto: _____
 Responsables del proyecto: _____
 Lugar: _____
 Nombre: _____ # ID: _____
 Fecha: _____ Evaluación : Basal , 1a , 2a , 3a , 4a , 5a , 6a , 7a , 8a , final .

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de molestias y quejas que la gente tiene a veces. Marque uno de los cuadros de la derecha que describa mejor el síntoma que tuvo o le molestó durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Marque solamente un número para cada síntoma y no deje vacío ningún cuadro.

| | | | | |
|-----------|---------------------|-------------------|------------------|-------------|
| 0 = Nunca | 1 = Muy pocas veces | 2 = Algunas veces | 3 = Muchas veces | 4 = Siempre |
|-----------|---------------------|-------------------|------------------|-------------|

Qué tan frecuentemente ha tenido:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Dolor de cabeza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Nerviosismo o temblor interior | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Malos pensamientos, ideas o palabras | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Debilidad o mareos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Pérdida del interés o placer sexual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Actitud crítica hacia los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. La sensación de que alguien puede controlar sus pensamientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. La creencia de que a otros se les debe culpar de sus problemas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Problemas para recordar las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Preocupación por su descuido o actitud indiferente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Molestarse o irritarse fácilmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Dolor en el pecho o en el corazón | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Miedo en los espacios abiertos o en las calles | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Falta de energía o lentitud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Pensamientos de acabar con su vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Voces que los demás no oyen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Temblor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. La sensación de que la mayoría de la gente no es de confianza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Poco apetito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Ganas de llorar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Dificultad en el trato con el sexo opuesto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. La sensación de sentirse atrapado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. La sensación de asustarse sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Explosiones temperamentales incontrolables | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

SCL 90.

Hoja 2

Nombre: _____ # ID: _____

Fecha: _____ Evaluación : Basal , 1a , 2a , 3a , 4a , 5a , 6a , 7a , 8a , final .

| | | | | |
|-----------|---------------------|-------------------|------------------|-------------|
| 0 = Nunca | 1 = Muy pocas veces | 2 = Algunas veces | 3 = Muchas veces | 4 = Siempre |
|-----------|---------------------|-------------------|------------------|-------------|

Qué tan frecuentemente ha tenido**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25. Miedo a salir solo de casa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Sentimientos de culpabilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Dolor en la parte baja de la espalda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. La sensación de estar limitado para hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. La sensación de estar solo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Tristeza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Demasiada preocupación por las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Falta de interés en las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Miedo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. El sentirse herido en sus sentimientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. De que los demás están enterados de sus pensamientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. De que los demás no lo entienden o que no es simpático | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. La sensación de que la gente no es amigable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. La necesidad de hacer las cosas muy despacio para asegurarse de que están bien hechas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Latidos rápidos o fuertes del corazón | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Náuseas o malestar de estómago | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. La sensación de ser inferior a los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Dolor muscular | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. La sensación de que está siendo vigilado o que los demás hablan de usted | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Dificultad para quedarse dormido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. La necesidad de comprobar los que hace, una o dos veces | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Dificultad para tomar decisiones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Miedo a viajar en autobús, metro o trenes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Sensación de ahogo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Sensaciones de frío o calor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

SCL 90.

Hoja 3.

Nombre: _____ # ID: _____

Fecha: _____ Evaluación : Basal , 1a , 2a , 3a , 4a , 5a , 6a , 7a , 8a , final .

0 = Nunca 1 = Muy pocas veces 2 = Algunas veces 3 = Muchas veces 4 = Siempre

Qué tan frecuentemente ha tenido??

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 50. La necesidad de evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que le asustan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. La sensación de que su mente se queda en blanco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Adormecimiento u hormigueo en alguna parte de su cuerpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. La sensación de nudo en la garganta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. La sensación de desesperación frente al futuro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Dificultad para concentrarse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. La sensación de debilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Tensión o inquietud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Pesadez en brazos o piernas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Pensamientos acerca de morir o de estar agonizando | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. La necesidad de comer en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. La sensación de incomodidad cuando la gente le mira o le habla | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Pensamientos que no son suyos propios | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. La necesidad urgente de golpear, lastimar o herir a alguien | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Despertares muy tempranos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. La necesidad de repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Sueño inquieto o alterado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. La necesidad de romper o destrozar cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Ideas o creencias que otros no comparten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Sentirse muy tímido delante de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70. Sensación de incomodidad en las multitudes por ejemplo en el cine o al hacer compras | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. La necesidad de esforzarse para hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Periodos de terror o pánico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. La sensación de incomodidad al comer o beber en público | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. La necesidad de involucrarse en discusiones frecuentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Nerviosismo cuando se queda solo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. La sensación de que no le reconocen los méritos por sus logros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

SCL 90.

Hoja 4.

Nombre: _____ # ID: _____

Fecha: _____ Evaluación : Basal , 1a , 2a , 3a , 4a , 5a , 6a , 7a , 8a , final .

| | | | | |
|-----------|---------------------|-------------------|------------------|-------------|
| 0 = Nunca | 1 = Muy pocas veces | 2 = Algunas veces | 3 = Muchas veces | 4 = Siempre |
|-----------|---------------------|-------------------|------------------|-------------|

Qué tan frecuentemente ha tenido??

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 77. La sensación de estar solo aún cuando está con otra gente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. Tanta intranquilidad que no puede quedarse quieto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. La sensación de ser inútil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. La sensación de que las cosas conocidas son extrañas o irreales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. El impulso de gritar o tirar cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Miedo a desmayarse en público | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. La idea de que los demás se aprovecharán de usted si lo permite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84. Pensamientos sobre el sexo que le molestan mucho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. La sensación de que debe ser castigado por sus pecados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. La sensación de estar obligado a tener las cosas hechas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. La idea de que algo grave le pasa a su cuerpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. No sentirse cerca de las personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Sentimientos de culpa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. La sensación de que algo malo está pasando en su mente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 6

IMPRESIÓN GLOBAL DEL MÉDICO

IMPRESION GLOBAL DEL MEDICO

NOMBRE: _____

No EXP: _____ FECHA: _____

1. CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA CLINICA, ¿QUE TAN SEVEROS SON LOS SINTOMAS DEL PACIENTE EN ESTE MOMENTO, EN COMPARACION CON OTROS PACIENTES CON EL MISMO DIAGNOSTICO?

- ____ NO SON SEVEROS
- ____ MUY LEVES
- ____ LEVES
- ____ MODERADOS
- ____ MARCADOS
- ____ SEVEROS
- ____ EXTREMADAMENTE SEVEROS

2. COMPARANDO CON LAS CONDICIONES DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO, ¿QUE TANTO SE HAN MODIFICADO?

- ____ MUY MEJORADAS
- ____ MEJORADAS
- ____ MINIMAMENTE MEJORADAS
- ____ SIN CAMBIOS
- ____ MINIMAMENTE PEOR
- ____ EMPEORADAS
- ____ MUY EMPEORADAS

3. SELECCIONE EL TERMINO QUE CARACTERIZA AL EFECTO DEL FARMACO EN EL PACIENTE.

- ____ EMPEORADO
- ____ SIN CAMBIOS
- ____ MINIMO
- ____ MODERADO
- ____ MARCADO

4. SELECCION EL TERMINO QUE MEJOR DESCRIBE LA SEVERIDAD DE LOS EFECTOS COLATERALES.

NINGUNO: _____
NO INTERPIERE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE: _____
INTERPIERE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE: _____
NULLIFICA POR COMPLETO EL EFECTO TERAPEUTICO: _____

ANEXO 7

IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

No. EXPEDIENTE: _____ No PAC: _____

INSTRUCCIONES:

POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ (X) EL CASILLERO QUE CORRESPONDA A COMO SE SIENTE USTED DESDE QUE COMENZÓ A RECIBIR EL TRATAMIENTO.

1. MUCHO MEJOR _____

2. ALGO MEJOR _____

3. APROXIMADAMENTE IGUAL _____

4. ALGO PEOR _____

5. MUCHO PEOR _____

FIRMA: _____

ANEXO 8

**CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS DE 88 REACTIVOS
(DSQ)**

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS.

RESPONSABLE: DR ENRIQUE CHAVEZ LEON.

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario consiste de 88 enunciados cada uno de los cuales se califica de acuerdo a la siguiente escala:

En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo.

Usted debe marcar que tanto está de acuerdo o no con cada enunciado, para ello debe marcar:

1
si está en total desacuerdo
(lo que dice la frase no va de acuerdo con su forma habitual de pensar o de actuar)

5
si está de acuerdo unas veces sí y otras no
(si algunas veces usted piensa o actua así pero no siempre)

9
si está totalmente de acuerdo
(si lo que dice la frase va de acuerdo con su forma habitual de pensar o de actuar siempre)

Por ejemplo:

Si el enunciado o frase dijera:

La capital de México es México D.F.

En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo

Si usted está de acuerdo deberá marcar el 9, si usted cree que no es así deberá marcar 1.

1984

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
SIR MORTIMER B. DAVIS-JEWISH GENERAL HOSPITAL
MONTREAL.

CUESTIONARIO DE ESTILOS DEFENSIVOS

1. Me satisface ayudar a otros, si me lo impidieran me sentiría deprimido.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
2. La gente a menudo me llama enojón.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
3. Soy capaz de sacar los problemas de mi mente hasta que tengo oportunidad de enfrentarlos.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
4. Siempre se me trata injustamente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
5. Yo manejo mi angustia haciendo algo constructivo y creativo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
6. De vez en cuando dejo para mañana lo que debía hacer hoy.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
7. Siempre me meto en el mismo tipo de situación frustrante no sé porqué.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
8. Soy capaz de reirme de mi facilmente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
9. Actúo como un niño cuando me siento frustrado.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
10. Soy muy tímido para defender mis derechos con la gente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
11. Soy superior a la mayor parte de la gente que conozco.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
12. La gente tiende a tratarme mal.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
13. Si alguien me asalta y roba mi dinero,preferiría que ayudaran a quien lo hizo en lugar de castigarlo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
14. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no puedo hablar acerca de ellas.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
15. De vez en cuando me río de los chiste colorado.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo

16. La gente dice que soy como el avestruz, con la cabeza escondida en la tierra. En otras palabras, tiendo a ignorar los hechos desagradables como si no existieran.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
17. Evito meterme a fondo cuando compito por algo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
18. A menudo me siento superior a la gente con la que estoy.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
19. Alguien se ha aprovechado de mi emocionalmente
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
20. Me enoja algunas veces.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
21. Frecuentemente me obligan a actuar impulsivamente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
22. Preferiría morir de hambre a que se me forzara a comer.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
23. Ignoro el peligro como si yo fuera supermán.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
24. Me precio de saber poner a la gente en su lugar.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
25. La gente me dice que tengo delirio de persecución.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
26. Cuando me siento mal, me pongo de mal humor.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
27. A menudo actúo impulsivamente cuando algo me molesta.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
28. Cuando las cosas no van bien para mí, me enfermo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
29. Soy una persona muy cohibida.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
30. Soy un artista no reconocido.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
31. No siempre digo la verdad.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
32. Me separo de las personas cuando me siento herido.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo

33. A menudo voy tan lejos, que la gente tiene que ponerme límites.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
34. Mis amigos me ven como un payaso.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
35. Cuando me enojo, me aislo de la gente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
36. Desconfío de la gente que se porta demasiado amistosamente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
37. Tengo habilidades especiales que permiten llevar mi vida sin problemas.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
38. Algunas veces en las elecciones voto por gente de las que - sé poco.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
39. A menudo llego tarde a mis compromisos.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
40. Arreglo mas cosas en mi imaginación que en la vida real.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
41. Soy muy tímido(a) para acercarme a la gente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
42. No temo a nada.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
43. Algunas veces pienso que soy un angel y otra veces un demonio
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
44. Prefiero ganar que perder en los juegos.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
45. Me pongo muy sarcástico cuando me enojo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
46. Me pongo agresivo cuando siento que me hieren.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
47. Creo en lo de poner la otra mejilla cuando alguien me lastima
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
48. No me gusta leer los editoriales de los periódicos.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
49. Cuando estoy triste prefiero estar sólo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo

50. Soy tímido con respecto al sexo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
51. Siempre siento que alguien que conozco es como mi ángel guardián.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
52. Mi filosofía es no oír nada malo, hacer nada malo, ni ver nada malo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
53. Desde mi punto de vista, la gente sólo puede ser o buena o mala.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
54. Si mi jefe me presiona, cometo errores en mi trabajo o empiezo a hacerlo más despacio para desquitarme.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
55. Todos están contra mí.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
56. Trato de ser agradable con la gente que no me cae bien.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
57. Me sentiría muy nervioso si estuviera en un avión al que se le descompusiera un motor en pleno vuelo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
58. Hay alguien que yo conozco que es capaz de hacerlo todo y es absolutamente honrado y justo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
59. Puedo mantener controlados mis sentimientos cuando siento - que pueden interferir con lo que estoy haciendo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
60. Algunas gentes están conspirando para matarme.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
61. Soy capaz de ver el aspecto humorístico inclusive de situaciones dolorosas.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
62. Cuando tengo que hacer algo que no me gusta, me da dolor de cabeza.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
63. A menudo soy muy bueno con la gente con la que con toda - razón debería estar enojado(a).
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo

64. No hay esa cosa de que "todos tienen su lado bueno", si eres malo, eres totalmente malo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
65. Nunca deberíamos enojarnos con la gente que no nos gusta
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
66. Estoy seguro que me tocó mala suerte en la vida.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
67. Me desmorono cuando estoy bajo presión (stress).
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
68. Cuando sé que tengo que enfrentarme a una situación difícil, como un exámen o una entrevista para un trabajo, trato de -- imaginarme como será y planeo la forma de enfrentarme a ella.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
69. Los doctores nunca saben de lo que estoy enfermo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
70. Yo no me he alterado cuando alguien cercano a mi ha muerto.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
71. Después de que defiendo mis derechos, tiendo a disculparme
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
72. La mayor parte de lo que me sucede no es mi responsabilidad
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
73. Cuando estoy deprimido(a) o ansioso(a), el comer me hace -- sentir bien.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
74. Trabajar duro me hace sentir bien.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
75. Mis médicos no son capaces de ayudarme a solucionar mis -- problemas.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
76. Me dicen a menudo que no muestro mis sentimientos.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
77. Creo que las gentes ven mas significados en las películas, - obras y libros de los que realmente tienen.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
78. Tengo hábitos o rituales que me siento obligado a hacer o -- algo terrible puede ocurrir.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo

79. Tomo drogas, medicinas o alcohol cuando estoy tenso.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
80. Cuando me siento mal, trato de estar con alguien.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
81. Si puedo prever que me voy a poner triste mas adelante, lo -
puedo evitar.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
82. No importa cuanto me queje, nunca logro una respuesta satis-
factoria de la gente.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
83. A menudo veo que no siento nada, aún cuando la situación -
debería hacerme sentir alguna emoción fuerte.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
84. Meterme en el trabajo, me mantiene libre de la depresión y -
de la ansiedad.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
85. Fumo cuando estoy nervioso.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
86. Si yo estuviera viviendo una crisis emocional, buscaría a -
otra persona que estuviera en el mismo problema.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
87. No se me puede culpar de lo que hago mal.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo
88. Si tengo un pensamiento agresivo, siento la necesidad de -
hacer algo para compensarlo.
En total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalmente de acuerdo

NOMBRE: _____

No EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____