

# La relación entre los mecanismos de defensa y los trastornos de angustia

Enrique Chávez León,\* Ma. del Carmen Lara Muñoz,\* Martha P. Ontiveros Uribe

## Summary

This report presents the advances of the investigation on the relationship between the psychological defensive mechanisms (as measured by the Defensive Style Questionary) and the intensity and number of disorders that frequently run with panic attacks. Patients with high scores in adaptative defenses correlated with a low intensity of anxiety, depression and psychological symptoms.

## Resumen

Se presentan los resultados preliminares del estudio acerca de la relación que existe entre los mecanismos de defensa (medidos con el Cuestionario de Estilos Defensivos), y la intensidad de los síntomas de angustia, así como con la comorbilidad que frecuentemente acompaña a las crisis de angustia.

Se observó una correlación significativa entre los mecanismos de defensa adaptativos y una menor intensidad de los síntomas de angustia, de depresión y de malestar psicológico.

Los mecanismos de defensa pueden definirse como procesos inconscientes, algunas veces patológicos, que se emplean para resolver el conflicto entre las necesidades instintivas, las prohibiciones internalizadas y la realidad exterior.<sup>1</sup> A partir de que S. Freud los definió en su obra, los mecanismos de defensa han sido conceptualizados como instrumentos para comprender los fenómenos psicológicos<sup>2</sup> como causas de enfermedad,<sup>3</sup> y/o relacionándolos con el grado de madurez de la personalidad.<sup>4,5</sup>

Con el análisis factorial, se han agrupado cuatro estilos defensivos:

- 1) maladaptativos de acción,
- 2) de imagen distorsionada,
- 3) de autosacrificio y
- 4) los adaptativos.

## Objetivos

Se correlacionaron los mecanismos de defensa que utilizan los pacientes con diagnóstico de crisis de angustia y algún otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, con la intensidad de la sintomatología y el número de trastorno que presentan.

## Método

Los pacientes fueron evaluados por primera vez en el Servicio de Consulta Externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Se incluyeron a aquellos con edades entre 18 y 65 años que llenaran los criterios de crisis de angustia

\* División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco 14370, México, D.F.

o de algún otro trastorno no psicótico y que aceptaron participar en el estudio, excluyendo a aquellos cuya sintomatología tuviera causa orgánica. Los diagnósticos se realizaron de acuerdo a los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R). Los mecanismos de defensa fueron evaluados y agrupados de acuerdo al Cuestionario de Estilos Defensivos de Bond. Para evaluar la intensidad de los síntomas de ansiedad se usó la Escala de Ansiedad de Hamilton, y para los síntomas depresivos, la Escala de Depresión de Hamilton. Además se utilizó la Lista de 90 Síntomas de Hopkins (SCL-90), para cuantificar la intensidad global de la sintomatología. El Cuestionario de Estilos Defensivos y el SCL-90 son instrumentos autoaplicables; los restantes fueron aplicados por los entrevistadores.

## Resultados

Se reporta que 26 pacientes evaluados consecutivamente padecían crisis de angustia, sólo en cuatro de ellos no se observó otra patología añadida; sin embargo, en veintidos sujetos, coexistieron otros diagnósticos.

En el grupo de pacientes que tuvieron el diagnóstico único de crisis de angustia ( $n = 4$ ), la mitad fueron mujeres con una edad promedio de 34.2 años, la mitad estaba casada, tres eran originarios y residentes del Distrito Federal, tres con estudios a nivel licenciatura, todos estaban empleados y la mayoría era católica.

El grupo que además de crisis de angustia presentaba algún otro trastorno psiquiátrico, estaba constituido por 22 sujetos con edad promedio de 35 años. Doce mujeres (54 %), trece estaban casados (59 %), diecisiete eran originarios y residentes del Distrito Federal (77.2 %). Sólo nueve (40.9 %) tenían escolaridad a nivel licenciatura, la mayor parte estaban empleados ( $n = 18$ , 81.8 %) y sólo un sujeto de la muestra no era católico.

La comorbilidad de este segundo grupo consistió en: 16 pacientes con depresión mayor, 14 pacientes con agorafobia, 3 pacientes con fobia social, 2 pacientes con alcoholismo 1 paciente con distimia, 1 con fobia simple, y 1 paciente con ansiedad generalizada.

En cuanto a la intensidad de los síntomas, el grupo de crisis de angustia tuvo promedio en el HAM A de  $23.2 \pm$

4.9, en el HAM D de  $17 \pm 4.3$ , y en el SCL 90 de  $100 \pm 30.3$ .

El grupo de comorbilidad tuvo en el HAM A  $29.6 \pm 6.2$ , en el HAM D  $28 \pm 6.1$ , y en el SCL 90  $163 \pm 79.1$ ; en promedio este grupo tuvo  $2.72 \pm 0.63$  diagnósticos.

Los mecanismos de defensa en los cuatro estilos defensivos, calificaron de manera similar para los dos grupos.

Las correlaciones del estilo defensivo maladaptativo con la intensidad de los síntomas de ansiedad (HAM A) y de depresión (HAM D), fueron significativas ( $r = 0.49$ ,  $p < 0.05$ ;  $r = 0.632$ ,  $p < 0.01$ ), y tendió a ser significativa con el número de diagnósticos ( $r = 0.40$ ,  $p < .10$ ) en el grupo de comorbilidad.

Se observó una correlación negativa entre el estilo defensivo adaptativo y la intensidad de los síntomas de ansiedad (HAM A) ( $r = -0.953$ ,  $p < 0.05$ ), que tendió a ser significativa con la intensidad de los síntomas de depresión (HAM D) ( $r = -0.93$ ,  $p < .10$ ), en el grupo con diagnóstico único de crisis de angustia.

Al realizar la correlación en el grupo total ( $n = 26$ ), el estilo defensivo maladaptativo, correlacionó positivamente con la intensidad de los síntomas de ansiedad ( $r = 0.48$ ,  $p < 0.02$ ), con la puntuación del SCL 90 ( $r = 0.62$ ,  $p < 0.01$ ), y con el número de diagnósticos ( $r = 0.39$ ,  $p < 0.05$ ). En cambio, el estilo defensivo adaptativo correlacionó negativamente con la puntuación total del SCL 90 ( $r = -0.39$ ,  $p < 0.05$ ).

El resto de los estilos defensivos no mostraron correlación significativa en ninguno de los dos grupos.

## Referencias

1. NESSE RM: The evolutionary functions of repression and the ego defenses. *J Academ Psychoanal*, 18(2):260-285, 1990.
2. VAILLANT GE: Theoretical hierarchy of adaptative ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, 24:107-118, 1971.
3. MARGO GM, BREENBERG RP, FISCHER S, DEWAN M: A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry*, 34(1):65-69, 1993.
4. BATTISTA JR: Empirical test of Vaillant's hierarchy of ego functions. *Am J Psychiatry*, 139(3):356-357, 1982.
5. VAILLANT GE, DRAKE RE: Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II, Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 42:597-601, 1985.