

La relación de los mecanismos de defensa con los trastornos de angustia

Enrique Chávez-León*
María del Carmen Lara*
Martha Ontiveros*
José Cortés*

Cuando uno oye hablar de los mecanismos de defensa, es inevitable relacionarlos con el psicoanálisis, considerando que son funciones que lleva a cabo el Ego y que muchas veces son responsables de la aparición de problemas mentales o caracterológicos, que son conceptos antiguos y que en la nosología actual de los trastornos psiquiátricos ya no tienen cabida. Sin embargo, desde su conceptualización inicial por Freud, y su posterior desarrollo por Ana Freud (1), los mecanismos de defensa han tenido por lo menos dos vertientes de desarrollo. La primera, en la génesis de los denominados trastornos graves de la personalidad, y la segunda, en el establecimiento de la relación entre los diversos mecanismos de defensa y la evolución de los trastornos mentales, esto es, la existencia de defensas psicológicas que se relacionan con el pronóstico de diferentes trastornos mentales.

Kernber (2) propuso que hay por lo menos tres niveles de funcionamiento psicológico: el nivel psicótico, el nivel fronterizo o límite y el nivel neurótico. Cada uno de ellos representa grados diversos de desarrollo y capacidad de adaptación característicos, dependiendo del tipo utilizado de mecanismos de defensa. En los niveles psicótico y límite, la predominante es la constelación defensiva derivada de la escisión (omnipotencia, devaluación, idealización, negación, proyección, identificación proyectiva y exoactuación); el nivel neurótico se caracteriza por el uso de mecanismos de defensa asociados con la represión (regresión, aislamiento, desplazamiento, anulación, conversión y volverse contra sí mismo). Implícitamente queda incluido el concepto de maduración, ya que los dos primeros niveles de funcionamiento psicológico se refieren a los primeros estadios de desarrollo del Ego, mientras que el nivel neurótico se refiere a un nivel más avanzado. El uso de los mecanismos primitivos de defensa ocasionará o explicará la aparición de síntomas psicóticos, o bien del trastorno límite de la personalidad; en cambio, el uso de mecanismos de defensa más avanzados y específicos causará la aparición de entidades psiquiátricas previamente denominadas como neuróticas.

Vaillant (3) desarrolló una línea de investigación en la que demuestra que el uso de los mecanismos de defensa de los distintos niveles de madurez se relacionan con la capacidad adaptativa del sujeto y también con el pronóstico de diversos trastornos mentales.

Bond (4) desarrolló un instrumento denominado Cuestionario de Estilos Defensivos en el que integró los mecanismos de defensa de la corriente psicoanalítica y los mecanismos de afrontamiento (en total, 24 mecanismos) y los agrupó en cuatro estilos defensivos (maladaptativo, de imagen distorsionada, de auto-sacrificio y adaptativo) que conceptualmente hacen referencia a niveles de madurez y patología asociada. El Patrón Maladaptativo de Acción incluye el aislamiento, la exoactuación, la regresión, la inhibición, la agresividad pasiva, el rechazo a la ayuda, la proyección, la identificación proyectiva y la fantasía. El Estilo Distorsionador de la Imagen, a la omnipotencia, la idealización primitiva y la escisión. El Estilo de Autosacrificio, a la formación reactiva, al pseudoaltruismo y a la negación. El Estilo Defensivo Adaptativo incluye el humor, la sublimación, la anticipación, la orientación hacia el trabajo y la supresión.

El primero está relacionado con un nivel de funcionamiento psicológico muy primitivo; el segundo, con el funcionamiento límite, el tercero, con problemas neuróticos, y el último, con una personalidad madura.

La Asociación Psiquiátrica Americana (5) también propuso que en el momento de evaluar clínicamente a un paciente se detectaran los mecanismos de defensa predominantes, utilizando una clasificación mucho más amplia.

Hipótesis

En este trabajo se buscó comprobar la asociación de los mecanismos de defensa con la severidad de los trastornos de angustia y con su respuesta al tratamiento, asumiendo que los mecanismos de defensa maladaptativos estaban presentes en aquellos pacientes que presentaban un mayor grado de patología psiquiátrica, y en los que se adherían y respondían menos bien al tratamiento.

* Médicos Adscritos a la División de Servicios Clínicos. IMP, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Objetivos

Determinar y cuantificar los mecanismos de defensa utilizados por los pacientes que presentaban trastornos de angustia, simples o asociados con otros trastornos mentales no psicóticos.

Determinar y cuantificar los mecanismos de defensa utilizados por los pacientes que después de haber recibido tratamiento mostraran una mejoría importante de los síntomas, o bien, que no mostraran respuesta o adherencia adecuada al tratamiento.

Método

Los pacientes que acudieron por primera vez al Servicio de Consulta Externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría y que al ser evaluados presentaron un problema mental diagnosticado como crisis de angustia, fueron nuevamente evaluados para incluirlos dentro del protocolo. Si el paciente presentaba síntomas de crisis de angustia, establecidos como criterios diagnósticos de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM-III, versión revisada, se le aplicaba una entrevista estructurada para conocer las variables sociodemográficas, los antecedentes familiares y personales y las características del trastorno de angustia actual y, cuando era el caso, los episodios anteriores y el tratamiento farmacológico, la hospitalización y su respuesta. Para determinar la intensidad de la sintomatología depresiva y de angustia, se utilizaron las Escalas de Hamilton de Ansiedad (HAM A), y de Depresión (HAM D). Dado que los pacientes tuvieron otras patologías asociadas, se utilizó la Escala de 90 Síntomas de Hopkins (SCL 90) para determinar la presencia de sintomatología psicológica y su gravedad. Las escalas de HAM son de evaluación clínica, esto es, son aplicadas por el médico, mientras que el SCL 90 lo contesta directamente el paciente. Los mecanismos de defensa se evaluaron por medio del Cuestionario de Estilos Defensivos de Bond (CED B). También se consideró la posibilidad de determinar la presencia de los trastornos de la personalidad con el SCID II, que es una entrevista estructurada para detectar los trastornos de la personalidad, utilizando la parte de autoevaluación.

Tras ocho semanas de tratamiento se evaluaron los pacientes para determinar la gravedad de su sintomatología, aplicándose, además de los instrumentos mencionados, la Escala de Impresión Global del Médico y la del Paciente, y nuevamente, los criterios de las crisis de angustia del DSM-III-R.

Los criterios de inclusión

Los pacientes que aceptaran participar en el estudio.

Que fueran mayores de 18 años y menores de 65.

De uno y otro sexo.

Diagnosticados con crisis de angustia, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

Que tuvieran otros trastornos mentales no psicóticos ni orgánicos.

Que hubieran sido tratados en la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Los criterios de exclusión

Los pacientes que no hubieran aceptado entrar al protocolo.

Que no llenaran los requisitos de la edad señalada.

Que su diagnóstico de crisis de angustia fuera dudoso.

Que su diagnóstico de trastorno psicótico asociado fuera actual o anterior.

Que se hubieran encontrado anomalías neurológicas en los exámenes de laboratorio o de gabinete.

Que su trastorno de angustia se debiera al uso de sustancias.

Resultados

Se evaluó un total de 51 sujetos de 35 años en promedio, que llenaban los criterios de inclusión, y de los cuales, treinta y dos (62.74 %) eran mujeres, 62.7 % eran casados y la mayoría (78.4 %), originarios y residentes (86.2 %) del Distrito Federal. Todos tenían alguna escolaridad pero la mayoría tenía estudios superiores a preparatoria (54.8 %) y alguna ocupación (88.2 %); todos eran de religión católica (92.1 %).

Al incluirlos en el estudio, todos los pacientes llenaban los criterios del diagnóstico de crisis de angustia, sin embargo, en sólo seis de ellos era éste el único diagnóstico (11.76 %): seis más tenían, además, algún otro trastorno de angustia (11.76 %), la mayoría presentaba además, algún trastorno del estado de ánimo (66.66 %), y en menor proporción, habían recibido otros diagnósticos además de la crisis de angustia (9.8 %). La comorbilidad se describe en el cuadro 1, en donde se agruparon los pacientes de acuerdo a:

1. Si habían recibido solamente el diagnóstico de crisis de angustia.
2. Si ésta se presentaba acompañada de otros trastornos de angustia.
3. Si se acompañaba de trastornos del estado de ánimo.
4. Si se acompañaba de algún otro trastorno no relacionado con los trastornos de angustia o afectivos, sino con problemas de alcoholismo o drogadicción, o bien con alguna otra patología.

Cuarenta y ocho pacientes (94.1 %) tenían antecedentes heredofamiliares de trastornos mentales; 10 de ellos tenían antecedentes de crisis de angustia, 8 de depresión mayor, 10, de ambos y 20, de distintos padecimientos. El promedio de padecimientos en los familiares de los sujetos de la muestra fue de 2.13 ± 1.23 ; los antecedentes más frecuentes fueron de alcoholismo en 28 familiares, de crisis de angustia en 17, de depresión mayor en igual número, de crisis convulsivas generalizadas en 11, de abuso de sustancias en 9, de suicidios o intentos suicidas en 8, de trastornos de angustia en 6, de trastorno bipolar y demencia en 3, y de actos delictivos en 2.

Doce de los sujetos de la muestra (23.52 %) tenían el antecedente de haber padecido la desintegración o separación de su familia: 5 por la muerte de sus progenitores, 3 por separación temporal, 2 por haber teni-

do un padre ausente, 1 por abandono del padre y 1 por adopción temporal.

En 49 de los sujetos (96.07 %) se encontraron estresores desencadenantes del padecimiento actual. El máximo número fue de 3, pero, en general, cada sujeto tuvo 1.35 ± 0.68 estresores. Los tipos de estresores que más se encontraron, utilizando la clasificación del DSM-IV, fueron: en el grupo primario, de apoyo 30; los económicos 15; los relacionados con el ambiente social, 4; los ocupacionales 4; los educacionales, 1 y los legales, 1. No se describieron los estresores relacionados con la habitación ni con otras probables fuentes de estrés.

Las enfermedades físicas consistieron en faringitis, 2; menopausia, 1; aborto, 1; coleditiasis, 1; migraña, 1 y obstrucción nasal crónica, 1.

La frecuencia con la que se relacionó el alcohol y el uso de alguna sustancia con el inicio de las crisis de angustia fue como sigue: con el alcohol, 3; con el tabaco, 1; con el metronidazol, 1; y con los antagonistas del calcio, 1.

La duración del episodio actual de crisis de angustia se encontró en el rango de 1 mes a 22 años, con 2.23 ± 4.44 años en promedio (mediana de .41 años o cinco meses).

Veinticinco de los sujetos no habían tenido episodios anteriores de crisis de angustia (49.01 %); 19 habían tenido un episodio anterior (37.25 %) y 7, dos episodios (13.72 %). El promedio de episodios anteriores fue de 0.76 ± 0.83 en promedio en cada paciente.

Los trastornos mentales que los sujetos habían padecido previamente fueron: crisis de angustia, 26; depresión mayor, 8; alcoholismo, 2; agorafobia, 2; así como intentos suicidas, ansiedad generalizada, hipocondriasis, por el uso de cannabis, fobia social y reacción adaptativa con ansiedad en algunos casos.

Sólo 9 de los pacientes no habían recibido tratamiento antes de llegar al Instituto (17.64 %). De los 42 pacientes tratados previamente, 19 habían recibido benzodiazepinas (45.23 %); 3, antidepresivos (7.14 %) y 20, la combinación de ambos (47.61 %).

La respuesta al tratamiento fue buena en 13 pacientes (30.95 %); regular en 11 (26.19 %) y mala en 18 (42.85 %).

La intensidad de la ansiedad valorada por el HAM D fue de 28.74 ± 6.74 al inicio ($n = 51$) y de 16.61 ± 8.43 al final ($n = 39$, deserción 9, no evaluados 3). La intensidad de la depresión, medida a través del HAM D fue de 25.9 ± 7.7 al inicio ($n = 51$) y de 13.55 ± 7.83 al final ($N = 38$, deserción 9, no evaluados 4). El puntaje inicial del SCL 90 fue de 147.38 ± 52.56 al principio ($n = 49$) y de 114.64 ± 59.92 al final ($N = 31$, deserción 9, no evaluados 11).

La impresión global del médico sobre la severidad de los síntomas fue como sigue: Del total de 51 pacientes, en 7 era moderada, en 21, marcada y en 23, severa. Al final se habían evaluado 40 pacientes, 9 desertaron y 2 no se evaluaron, observándose los siguientes resultados: en 4 no hay; en 8 son muy leves; en 13 son leves; en 10 son moderados; en 1 son marcados; en 3 son severos, y en 1 son exageradamente severos.

La impresión global del paciente se anotó al final del estudio en 40 sujetos, ya que 9 desertaron y 2 no fueron evaluados. De acuerdo con ella, 18 se encontraban mucho mejor (45 %) y 16, algo mejor (40 %), lo que representa 85 %. Dos se sentían igual que al principio (5 %), 1, algo peor (2.5 %) y 3, mucho peor (7.5 %), lo que representa 15 %.

Desertaron 9 sujetos; en el seguimiento se perdieron dos sujetos de la muestra total y uno de ellos está en estudio por un proceso demencial.

El tratamiento que recibieron los sujetos del estudio fue administrado por el médico tratante de la consulta externa. Los resultados son los de 40 sujetos, ya que 9 desertaron y dos no fueron evaluados. Cinco pacientes recibieron únicamente benzodiazepinas (13.15 %). Dos recibieron solamente antidepresivos (5.26 %), mientras que 31 fueron tratados con la combinación de estos dos medicamentos (63.26 %).

El tiempo de tratamiento fue de 6 a 20 semanas, con un promedio de 9.29 ± 3.04 semanas.

Al finalizar el estudio, 12 pacientes (30 %) recibieron el diagnóstico de crisis de angustia pero 28 (70 %) no tenían suficiente sintomatología como para recibir este diagnóstico.

Mecanismos de defensa. Para determinar si había diferencia entre los mecanismos de defensa utilizados por los sujetos menos enfermos y los más enfermos, se consideró primero el número de diagnósticos, por lo que la muestra se dividió en dos grupos: los que tenían uno y dos diagnósticos y los que tenían tres y cuatro diagnósticos. Las características de la muestra se describen en el cuadro 2.

Se hizo un análisis multivariado de medidas repetidas, de los perfiles de ambos grupos de acuerdo con la puntuación obtenida en el Cuestionario de Estilos Defensivos, para determinar si había diferencias entre los mecanismos de defensa, pero no resultaron diferentes [$F = 2.91$ (gl 1,48) $p = 0.094$]. Sin embargo, al compararlos por medio del análisis univariado se observó que el puntaje de los mecanismos de defensa, denominados "de patrón maladaptativo de acción", que corresponde a los mecanismos primitivos de defensa, tendieron a tener un puntaje más alto en los sujetos con mayor número de diagnósticos: proyección (51.04 ± 10.32 vs 56.24 ± 8.06 , $F [1,48] = 3.968$ $p = 0.052$), inhibición (50.5 ± 9.31 vs 56.36 ± 12.38 , $F [1,48] = 3.53$ $p = 0.066$) y rechazo de la ayuda (52.47 ± 13.88 vs 59.86 ± 12.39 , $F [1,48] = 3.97$ $p = 0.052$). Un mecanismo de defensa considerado como adaptativo, la orientación hacia el trabajo, tuvo un puntaje significativamente más alto en los sujetos con mayor número de diagnósticos (45.99 ± 13.31 vs 54.94 ± 11.91 , $F [1,48] = 4.121$ $p = 0.048$). El resto de los mecanismos defensivos no mostró diferencias significativas entre los dos grupos. En la gráfica 1 se observan los puntajes de los mecanismos de defensa de acuerdo con el número de diagnósticos.

Al dividir la muestra en sujeto con trastornos de angustia ($n = 11$) y sujetos con trastornos de angustia asociados con trastornos del estado de ánimo ($n = 34$), observamos que en el análisis multivariado no se encontraron diferencias en cuanto a los perfiles de uno y otro grupo, sin embargo, nuevamente el análisis

univariado mostró que los pacientes con trastornos de angustia asociados con problemas afectivos, tendieron a puntuar más alto en los mecanismos de defensa de inhibición ($p = 0.10$), identificación proyectiva ($p = 0.068$) y rechazo de ayuda ($p = 0.094$). El mecanismo de orientación al trabajo fue significativamente mayor en este grupo que en el de trastornos de angustia.

Cuando se compara el puntaje de los pacientes que mostraron una mejoría importante ($n = 17$) con los que no mejoraron o que desertaron ($n = 11$) se observó que el primer grupo calificó más alto en las defensas de regresión ($p = 0.047$), anulación ($p = 0.016$) y afiliación ($p = 0.088$). cuando se incluyó en el análisis univariado a todos los pacientes que mostraron mejoría en mayor o menor grado ($n = 37$) y se compararon con los que no mejoraron y con los que habían desertado se observó diferencia en los mecanismos de defensa de

anulación ($p = 0.031$) y de afiliación ($p = 0.041$), ya que el grupo de los pacientes que mejoraron calificó más alto.

Conclusiones

Los pacientes que tiene mayor número de diagnósticos de diferente tipo nosológico (angustia y depresión concomitantes) utilizan mecanismos de defensa agrupados de acuerdo con el Cuestionario de Estilos Defensivos, en el Patrón Maladaptativo de Acción, lo que parece sugerir que si los mecanismos de defensa son poco evolucionados, primitivos o poco adaptativos, el sujeto tiende a mostrar mayor patología.

En cuanto a la mejoría, no parece que estos mecanismos participen en la predicción de su respuesta al tratamiento ni en su adherencia a éste.

REFERENCIAS

1. FREUD A: *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. Biblioteca de Psicología Profunda. Paidós, Buenos Aires, 1981.
2. KERNBERG O: La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. *Biblioteca de Psicología Profunda*. Paidós, Buenos Aires, 1977.
3. VAILLANT GE: *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. American Psychiatric Press, Washington, 1992.
4. BOND M: An empirical study of defensive styles: The defense style questionnaire. En: Vaillant GE (ed). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. American Psychiatric Press, Washington, 1992.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. American Association Press, Washington, 1994.