

Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad

María Elena López Ramírez,* Enrique Chávez León**

RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad. Se utilizaron dos cuestionarios autoaplicables (Cuestionario de Estilos Defensivos de 40 reactivos (DSQ- 40) y el Cuestionario para los Trastornos de la Personalidad, versión 4 Plus (PDQ- 4+)) que se aplicaron a 241 sujetos. El análisis de regresión múltiple señaló que las defensas que predijeron las calificaciones en los trastornos de la personalidad en el Grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) y en el Grupo B (narcisista, antisocial, límite e histriónico) fueron los mecanismos de defensa primitivos. En cambio, los mecanismos de defensa que predijeron las puntuaciones de los trastornos de personalidad del Grupo C (obsesivo compulsivo, dependiente y evitativo) fueron las defensas neuróticas. El peso de las defensas en la varianza de cada grupo es variable, lo que señala que su participación en la génesis de estos trastornos también es diversa.

Palabras clave: mecanismos de defensa, psicoanálisis, cuestionario de estilos defensivos, personalidad, trastornos de la personalidad.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between defence mechanisms and the personality disorders. Two hundred forty-one subject answered two auto-applicable questionnaires: The Questionnaire of Defensive Styles of 40 items (DSQ - 40) and the Questionnaire for the Disorders of Personality - 4 Plus (PDQ - 4 +) version. Multiple regression analysis pointed out that defenses that predicted scores on the personality disorders of the groups A and B were the primitive, and defenses that predicted the scores of Group C were the neurotic. The weight of the defenses in the variance of each group is variable, which indicates that their involvement in the genesis of these disorders is also diverse.

Key words: Defense mechanisms, psychoanalysis, questionnaire of defensive styles, personality, personality disorders.

Los mecanismos de defensa los describió por vez primera Sigmund Freud en 1894 y la Asociación Psiquiátrica Americana los incluyó en el DSM-IV-TR en la Escala de Mecanismos de Defensa, que los

clasificó en siete niveles defensivos, con posibilidad de incluirlos en el eje II.¹

Kernberg² estableció la organización de la personalidad con base en tres elementos fundamentales: la integración de la identidad, el tipo de mecanismos de defensa y la prueba de realidad. Para ello utilizó un modelo estructural que supone la existencia de dos niveles generales de organización de las defensas del yo: un nivel básico, cuyo mecanismo más importante es la escisión o disociación primitiva y un nivel más avanzado, en el que la represión reemplaza a la escisión como mecanismo central.

Las defensas maduras, como: el humor, el altruismo y la sublimación se asocian con un funcionamiento adaptativo alto y las defensas inmaduras o de bajo nivel se utilizan, primordialmente, por los pacientes con algún trastorno mental (de la personalidad,^{3,4,5} depresión o angustia).^{6,7} Devens y Erickson⁸ observaron, en un estudio con pacientes psiquiátricos, mediante la Entrevista Estructurada para los Trastornos de la Personalidad

* Maestra de la Facultad de Psicología, Universidad Anahuac México Norte.

** Coordinador del Área Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México Norte

Correspondencia: Mtra en Psicología María Elena López Ramírez.
Correo electrónico: mariaelena_lopez73@hotmail.com
Recibido: Agosto 2012. Aceptado: 02 octubre 2012.

Este artículo debe citarse como: López ME, Chávez-León E. Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad. Rev Latinoam Psiquiatría 2012;11(3):73-81.

del DSM-IV y el Cuestionario de Estilos Defensivos (DSQ-40) que los pacientes con trastorno límite de la personalidad usan principalmente las defensas maladaptativas y de distorsión de imagen y poco las defensas adaptativas. En este estudio, las defensas inmaduras predijeron al trastorno histriónico, esquizoide, límite, dependiente y narcisista. La exo-actuación y el desplazamiento, principalmente, predijeron características del trastorno límite de la personalidad. En otro estudio⁹ se observó, en 50 pacientes adultos de la consulta externa con diagnóstico de trastorno límite, narcisista e histriónico, una relación significativa entre las defensas de bajo nivel (defensas de acción, proyección) y los trastornos del grupo B (trastornos de personalidad narcisista, antisocial, límite e histriónico). En cambio, las defensas de alto nivel correlacionaron positivamente con los trastornos de personalidad del Grupo C (trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo, evitativo y dependiente). Los pacientes histriónicos utilizaron defensas de distintos niveles de adaptación, los pacientes con trastorno antisocial recurrieron con mayor frecuencia a la proyección y la intelectualización y los pacientes con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo utilizaron defensas narcisistas. Los resultados de este estudio sugieren que las defensas maduras juegan un papel importante en el funcionamiento sano y las defensas inmaduras o de bajo nivel están asociadas con síntomas más graves y mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial.

También se ha estudiado la asociación entre los síntomas de malestar psicológico, los mecanismos de defensa y el éxito terapéutico. Perry¹⁰ evaluó el funcionamiento defensivo de once pacientes con trastornos de la personalidad que ingresaron a psicoterapia para determinar si existía una relación entre el nivel defensivo de los pacientes y el apego de éstos al tratamiento y encontró que aunque los pacientes con trastornos de personalidad utilizan todas las defensas, las más usadas son las defensas de bajo nivel, es decir, las “inmaduras” y “neuróticas”. Asimismo, los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite utilizaron mecanismos de defensa más inmaduros que los pacientes con otros trastornos de la personalidad. Sorprendentemente, Perry encontró que este tipo de pacientes también hace uso de defensas maduras, pero no lo hacen tan consistentemente. Por último, concluyó que el funcionamiento defensivo de alto nivel se asocia de forma importante con el apego al proceso terapéutico de al menos

un año y con la permanencia en procesos terapéuticos de dos sesiones de terapia a la semana.

Es ampliamente sabido que los pacientes con trastornos de la personalidad son resistentes al tratamiento y que presentan altos niveles de deserción terapéutica. La deserción del tratamiento se asocia con un funcionamiento defensivo significativamente más bajo, por lo que la terapia debe enfocarse a las intervenciones dirigidas al trabajo con las defensas para promover una alianza terapéutica positiva y un buen resultado terapéutico.¹⁰

Poco se ha estudiado acerca del funcionamiento de las defensas psicológicas en sujetos con trastornos de la personalidad en poblaciones sin trastorno mental, como la de estudiantes universitarios. Sinha y Watson¹¹ examinaron la prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de estudiantes universitarios de primer año con el Inventario Coolidge del Eje II (CATI), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)¹² y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Escala de Trastornos de la Personalidad (MMPI-PD).¹³ El estudio reveló una prevalencia del 0-16% de trastornos de personalidad en los hombres y de 1 a 26% en mujeres. Los varones tuvieron prevalencias mayores de los trastornos de la personalidad narcisista y antisocial, y las mujeres de los trastornos de la personalidad evitativo, histriónico y paranoide. En el estudio realizado por Chabrol y colaboradores,¹⁴ los trastornos más frecuentes en los adolescentes fueron el límite, depresivo y dependiente. Lenzenweger, Loranger, Korfine y Neff¹⁵ también realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de los trastornos de la personalidad en una población universitaria no clínica. El diagnóstico de los trastornos de la personalidad lo establecieron clínicos que administraron el IPDE-S (Entrevista Clínica Estructurada para Tamizaje del DSM-III-R) para detectar los trastornos del Eje II del DSM-III-R, la Entrevista Semiestructurada para establecer diagnósticos del Eje I del DSM-III-R (SCID-NP) y una entrevista semiestructurada (Examen Internacional para los Trastornos de la Personalidad, IPDE) para establecer diagnósticos del Eje II del DSM-III-R. El cuestionario de tamizaje (IPDE-S) detectó a todos los sujetos que luego recibieron un diagnóstico definitivo de trastorno de la personalidad a través del IPDE. Este estudio reveló que los trastornos de la personalidad coexisten en 11% en población no clínica.

El objetivo de este estudio fue: determinar, en un grupo de sujetos sanos de una población universitaria mexicana, la relación entre características de personalidad y determinados mecanismos de defensa.

MÉTODO

En este estudio participaron 241 sujetos, con edad promedio de 21.40 ± 3.15 años, en su mayoría cursando el cuarto semestre de la carrera de Psicología. Ciento setenta y tres (71.8 %) se diagnosticaron con trastorno de personalidad de los que 135 eran mujeres (78%) y 38 hombres (22%). Sólo 68 sujetos (28.2%) no tuvieron diagnóstico de trastorno de la personalidad, 51 eran mujeres (75%) y 17 eran hombres (25%). La edad promedio fue 22.8 ± 5.96 años y casi todos cursaban el quinto semestre de la carrera (Cuadro 1).

Instrumentos

Evaluación de los trastornos de la personalidad. El Cuestionario para el Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-4+)¹⁹ es autoadministrable y consta de cien preguntas formuladas en un formato de falso-verdadero, consistentes con los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad

del Eje II del DSM-IV. Toma aproximadamente de 20-30 minutos contestarlo. Cada ítem del PDQ-4+ corresponde directamente a un criterio diagnóstico del DSM-IV y una respuesta que sea contestada como *verdadera* indica que el ítem debe ser registrado como patológico. Si la persona responde positivamente a cuatro ó cinco ítems, para cada trastorno de personalidad, existe una alta probabilidad de que tenga ese trastorno. Se obtiene una puntuación total al sumar todas las respuestas patológicas (excluyendo las preguntas de sospecha). Existe una calificación de cada trastorno de personalidad por separado. El cuestionario incluye una entrevista semi-estructurada para afinar el diagnóstico de trastornos de la personalidad. Para el presente estudio, se tradujo el instrumento en colaboración con una persona que tiene por lengua materna el inglés, con el fin de traducir el instrumento con mucha mayor precisión y que el sentido de las preguntas no fuera cambiado con una traducción literal.

Evaluación de los mecanismos de defensa. Bond y su grupo,¹⁶ 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 y objetivo de los mecanismos de defensa en sus tres niveles: maduros, neuróticos e inmaduros. El cuestionario original contenía 97 reactivos, posteriormente se depuró a 88 reactivos. La versión del cuestionario que se utilizó en esta investigación se redujo a 40 reactivos después de pasar por un proceso de análisis y depuración que realizaron los autores del cuestionario y otros investigadores.¹⁷ Los reactivos son tipo Likert, en donde el sujeto debe indicar en qué grado está de acuerdo con el contenido del reactivo, con una escala de nueve puntos cuyas respuestas varían desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*. Toda la escala fue construida de tal manera que la calificación más alta indicara que el sujeto utilizaba más esa defensa. Por medio de este cuestionario se aborda la medición de los mecanismos de defensa a través de los derivados conscientes, esto es, el mismo paciente señala qué actitudes y conductas descritas en el cuestionario se presentan frecuentemente en su vida. Se realizó un análisis factorial y alfa de Cronbach para ambos cuestionarios.

De acuerdo con el análisis factorial del DSQ-40 realizado para la presente investigación se observó que los reactivos de este cuestionario se agruparon en tres factores. En el Factor 1 se agruparon los mecanismos de

Cuadro 1. Descripción de las características socio-demográficas de la muestra

	Grupo con trastornos de la personalidad n = 173	Grupo sin trastornos de la personalidad n= 68	
Sexo			
Femenino	135 (78 %)	51 (75 %)	$\chi^2 = .255$ gl 1 p= n.s
Masculino	38 (22 %)	17 (25 %)	
Edad	21.40 ± 3.15	22.87 ± 5.96	F= 4.67 gl 239 p= n.s
Semestre	4.33 ± 2.43	5.13 ± 2.55	F= .004 gl 85.35 p= < .05
Estado civil			
Soltero	167 (96.5 %)	61 (89.7 %)	$\chi^2 = 4.45$ gl 1 p= < .05
Casado	6 (3.5 %)	7 (10.3 %)	
Ocupación			
Estudiante	166 (96 %)	60 (88.2 %)	$\chi^2 = 4.98$ gl 1 p= < .05
Profesionista	7 (4 %)	8 (11.8 %)	

defensa de anticipación, sublimación, pseudoaltruismo, formación reactiva, y supresión. Este factor se denominó “nivel adaptativo alto”. En el Factor 2 se agruparon los mecanismos de defensa de disociación, negación, idealización, humor y aislamiento. Este factor se llamó “nivel de distorsión menor de imagen e inhibición”. En el Factor 3 se agruparon los mecanismos de defensa de fantasía autista, agresión pasiva, somatización, proyección, desplazamiento, escisión, exoactuación, devaluación, anulación y racionalización. Este factor se denominó “nivel de encubrimiento, distorsión mayor de imagen, acción y desequilibrio defensivo” (Cuadro 2). El *eigenvalor* del factor 1 fue de 3.669, del factor 2 de 1.882 y del factor 3 de 1.447. El porcentaje de la varianza del factor 1 fue de 18.343, del factor 2 de 9.408 y del factor 3 de 7.236; el total del porcentaje de la varianza acumulada fue de 34.99%.

Procedimiento

Previo consentimiento, se proporcionaron dos cuestionarios autoaplicables a 241 sujetos: el Cuestionario de Estilos Defensivos de 40 reactivos (DSQ- 40) para evaluar 20 distintos mecanismos de defensa. Con el Cuestionario para los Trastornos de la Personalidad, versión 4 plus (PDQ- 4+), se diagnosticaron los 12 trastornos de la personalidad de acuerdo con el DSM- IV, utilizando los criterios establecidos para ello.

Análisis estadístico

La comparación de las medias de los mecanismos de defensa de los sujetos con trastorno y sin trastorno de la personalidad se realizó con la prueba t para medidas independientes. Para analizar el peso de los 40 mecanismos defensivos en las características de los 12 trastornos de la personalidad se realizó un análisis de regresión múltiple. Además, se utilizó la correlación de Pearson para establecer la relación entre las defensas y las características del trastorno de la personalidad.

RESULTADOS

De los 173 sujetos diagnosticados con trastorno de la personalidad, 95 (54.6%) cumplieron con el de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, 71 (40.8%) con el de trastorno límite, 58 (33.3%) con el paranoide, 39 (22.4%) con el evitativo, 22 (12.6%) con el depresivo, 20 (11.5%) con el pasivo agresivo, 19 (10.9 %) con el trastorno histriónico, 13 (7.5%) con el esquizoide, 13 (7.5%) con el esquizotípico, 12 (6.9%) con el antisocial, 5 (2.9) con el dependiente y 4 (2.3%) con el narcisista. Un sujeto podía cumplir con los criterios de uno o varios trastornos de la personalidad (Cuadro 3).

Al analizar las diferencias en el uso de los mecanismos defensivos entre los grupos con y sin trastorno de la personalidad, realizado a través de la prueba t para medidas independientes, se notó que los sujetos del grupo con trastorno de personalidad obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que el grupo sin trastorno en los

Cuadro 3. Distribución de los diagnósticos que cumplieron los sujetos con trastorno de la personalidad (n = 173). La frecuencia se muestra en orden descendente

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>
Obsesivo compulsivo	95 (54.9%)
Limítrofe	71 (41 %)
Paranoide	58 (33.5 %)
Evitativo	39 (22.5 %)
Depresivo	22 (12.76 %)
Pasivo agresivo	20 (11.6 %)
Histriónico	19 (11 %)
Esquizoide	13 (7.5 %)
Esquizotípico	13 (7.5 %)
Antisocial	12 (6.9 %)
Dependiente	5 (2.9 %)
Narcisista	4 (2.3 %)

* El porcentaje es mayor al 100% debido a que algunos pacientes cumplieron con mas de un trastorno.

Cuadro 2. Análisis factorial de los mecanismos defensivos medidos a través del DSQ-40

<i>Factor</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Rango de la carga factorial</i>
Nivel adaptativo alto	30, 35, 3, 38, 7, 28, 1, 3, 2, 25	.416- .619
Nivel de distorsión menor de imagen, inhibición	9, 15, 8, 18, 21, 24, 5, 26, 34, 37	.433- .649
Nivel de encubrimiento, distorsión mayor de imagen, acción y desequilibrio defensivo	14, 17, 23, 36, 12, 27, 6, 29, 31, 33, 19, 22, 11, 20, 10, 13, 32, 40, 4, 16	.320- .654

tres factores: en el del “nivel de encubrimiento, distorsión mayor de imagen, acción y desequilibrio defensivo” (80.43 ± 19.14 vs. 66.19 ± 14.24 $F= 8.219$, $t= 5.558$ $gl= 239$, $p=.000$), en el de “nivel de distorsión menor de imagen, inhibición” (44.26 ± 11.45 vs. 37.57 ± 9.37 $F=1.521$, $t=4.282$, $gl= 239$, $p=.000$) y en el de “nivel adaptativo alto” (54.50 ± 9.33 vs. 51.71 ± 8.28 $F=3.038$, $t=2.160$, $gl=239$, $p=.032$) (Cuadro 4).

Cuadro 4. Puntuaciones obtenidas por los sujetos del grupo con trastornos de la personalidad y sin trastornos de la personalidad en los tres factores obtenidos en esta investigación en el análisis factorial del DSQ-40

Factor	Grupo con trastornos de la personalidad	Grupo sin trastornos de la personalidad
Nivel adaptativo alto	54.50 ± 9.33 *	51.71 ± 8.28
Nivel de distorsión menor de imagen, inhibición	44.26 ± 11.45 **	37.57 ± 9.37
Nivel de encubrimiento, distorsión mayor de imagen, acción y desequilibrio defensivo	80.43 ± 19.14 **	66.19 ± 14.24

* $p < .05$, ** $p < .000$

El análisis factorial del PDQ-4+ reveló tres dimensiones para cada uno de los tres grupos (A, B y C). Los reactivos se incluyeron en cada dimensión cuando su carga factorial fue igual o mayor a .30. El grupo A se constituyó con tres dimensiones: de “búsqueda de significados ocultos y experiencias extrasensoriales” (reactivos 10, 23, 36, 50 y 71), de “ansiedad en las relaciones interpersonales” (reactivos 22, 47, 48, 62, 72, 86 y 95) y de “desconfianza y temor a ser dañado” (reactivos 9, 11, 24, 37, 61 y 85). El *eigenvalor* del factor 1 fue de 2.68, del factor 2 de 1.93 y del factor 3 de 1.474. El porcentaje de la varianza explicada para el factor 1 fue de 12.19%, del factor 2 de 8.65% y del factor 3 de 6.70%. El porcentaje total de la varianza acumulada fue de 27.55% (Cuadro 5).

El grupo B estuvo constituido por tres dimensiones: “alteraciones de la identidad e inestabilidad emocional” (reactivos 21, 31, 32, 45, 58, 69, 77, 78, 90 y 98), “búsqueda de conductas de riesgo” (4, 8, 46, 68, 75, 91, 94, y 98) y “necesidad de llamar la atención” (reactivos 6, 17, 19, 33, 43, 44, 63, 67, 80 y 92). El *eigenvalor* del factor 1

fue de 4.37, del factor 2 de 2.39 y del factor 3 de 1.87. El porcentaje de la varianza del factor 1 fue de 11.21 %, del factor 2 de 6.14 % y del factor 3 de 4.78 %. El porcentaje total de la varianza acumulada fue de 22.12% (Cuadro 5).

El grupo C estuvo compuesto por tres dimensiones: “necesidad excesiva de apoyo” (reactivos 1, 2, 15, 27, 39, 40, 53, 65, 82 y 88), “baja autoestima y excesiva autocrítica” (reactivos 3, 14, 26, 52, 83, 84, 97) y “rigidez y excesivo perfeccionismo” (reactivos 16, 29, 41, 42, 54, 56 y 66). El *eigenvalor* del factor 1 fue de 3.61, del factor 2 de 1.85 y del factor 3 de 1.80. El porcentaje de la varianza del factor 1 fue de 12.46 %, del factor 2 de 6.37 % y del factor 3 de 6.20 %. El porcentaje total de la varianza acumulada fue de 25.03% (Cuadro 5).

Cuadro 5. Análisis factorial de los cuestionarios (PDQ-4+) contestados por los sujetos con un trastorno de la personalidad con tres dimensiones para cada uno de los tres grupos del eje II del DSM-IV

Grupo A *	Grupo B **	Grupo C ***
Búsqueda de significados ocultos-experiencias extra sensoriales	Alteraciones de la identidad-inestabilidad emocional	Necesidad excesiva de apoyo
Ansiedad en las relaciones interpersonales	Búsqueda de conductas de riesgo	Baja autoestima-excesiva autocrítica
Desconfianza y temor a ser dañado	Necesidad de llamar la atención	Rigidez-excesiva autocrítica

* Trastorno de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico.

** Trastorno de personalidad límite, narcisista, antisocial e histriónico.

*** Trastorno de personalidad obsesivo, dependiente, evitativo.

El análisis de correlación de Pearson entre los mecanismos de defensa y las dimensiones de cada grupo descrito por el DSM-IV-TR para el eje II, reveló que la mayor parte de los mecanismos de defensa del nivel de “distorsión mayor de imagen y acción” correlacionan de forma positiva con todas las dimensiones de los tres grupos (Cuadro 6).

El análisis de regresión múltiple realizado para conocer la participación de los 40 reactivos del DSQ-40 en las nueve dimensiones descritas, reveló que las defensas de exoactuación, escisión, fantasía autista y proyección se asocian con las manifestaciones de la dimensión “alteraciones de la identidad y la inestabilidad emocional”. Estas defensas permiten predecir 35.9% de la puntuación de esta dimensión. Las defensas de pseudoaltruismo,

Cuadro 6. Correlación entre los mecanismos de defensa (DSQ-40) y las dimensiones de los grupos (Clusters) A, B y C (DSM-IV-TR)

DIMENSIÓN ►	Cluster A			Cluster B			Cluster C		
	Búsqueda de significados ocultos	Ansiedad en las relaciones interpersonales	Desconfianza y temor a ser dañado	Alteraciones de la identidad/ inestabilidad emocional	Búsqueda de conductas de riesgo	Necesidad de llamar la atención	Necesidad excesiva de apoyo	Baja autoestima	Excesivo perfeccionismo
Distorsión mayor de imagen y acción									
Fantasia autista	.226 **	.313 **		.423 **	.189 **	.217 **	.325 **	.230 **	
Agresión pasiva	.141 *	.242 **	.270 **	.431 **	.197 **	.186 **	.340 **	.293 **	
Somatización			.217 **	.306 **		.215 **	.258 **	.175 **	.251 **
Proyección			.284 **	.403 **		.165 *	.276 **	.413 **	
Desplazamiento			.140 *	.288 **		.174 **	.168 **	.293 **	.218 **
Escisión	.284 **	.204 **	.276 **	.361 **	.330 **	.237 **	.233 **	.140 *	
Exo-actuación		.157 *	.214 **	.407 **	.353 **	.323 **	.209 **	.233 **	.137 *
Devaluación		.284 **		.235 **			.236 **	.136 *	.145 *
Anulación				.157 *	.151 **	.196 **	.127 *		
Racionalización									
Distorsión menor de imagen									
Disociación	.291 **				.325 **	.163 *			
Negación	.213 **				.185 **				
Idealización	.280 **				.204 **	.129 *			
Humor	.134 *				.189 **		-.137 *		
Aislamiento		.205 *	.170 **		.165 *				
Nivel adaptativo alto									
Anticipación									.164 **
Sublimación									
Formación reactiva				.137 *					.216 **
Pseudo altruismo	.148 *			.170 **			.237 **		.280 **
Supresión				-.212 **	-.145 *	-.164 *	-.204 **		

* $p < .05$ ** $p = .000$

agresión pasiva y anulación se asocian con la aparición de la dimensión de la “necesidad excesiva de apoyo”; mientras que las defensas de humor y supresión se asocian con menores manifestaciones de esta dimensión. Estas defensas permiten predecir 20.1% de la puntuación de esta dimensión. (Cuadro 7) La influencia de las defensas en otras dimensiones de la personalidad se observa en el Cuadro 7.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio sugiere que la frecuencia de trastornos en población universitaria general es alta. Chabrol y su grupo¹⁴ reportaron que en una muestra no clínica de adolescentes, los trastornos más frecuentes eran el límite, depresivo y dependiente. En nuestra investigación se encontró que los trastornos más frecuentes fueron el obsesivo-compulsivo, límite y paranoide. De la muestra

total, 173 sujetos cumplieron con los criterios diagnósticos de alguno de los 12 trastornos de la personalidad y algunos sujetos cumplieron con más de un diagnóstico. No se realizó la entrevista clínica complementaria para afinar el diagnóstico clínico de cada uno de los sujetos, lo que es recomendable para muestras clínicas y no generales.

Existe una creencia general que indica que las defensas maduras, como el humor, el altruismo y la sublimación se asocian con un funcionamiento adaptativo y que las defensas inmaduras o de bajo nivel se asocian con conductas o rasgos de personalidad desadaptativos. Nuestro estudio apoya esta idea porque observamos diferencias significativas en el uso de los mecanismos defensivos medidos a través del DSQ-40 entre los sujetos con trastornos de la personalidad y sin éstos. Los sujetos con trastornos de la personalidad utilizan más consistentemente las defensas inmaduras y neuróticas. Asimismo, se observa que usan también las defensas maduras, aunque no lo hacen de

Cuadro 7. Resultados del análisis de regresión múltiple que muestra las defensas que predicen altas puntuaciones en cada dimensión de cada grupo

	<i>Dimensión</i>	<i>Mecanismos de defensa</i>	<i>Anova</i>	<i>R 2 Corregida</i>
GRUPO A	Búsqueda de significados ocultos-experiencias extra sensoriales	Disociación ($\beta=.206$), escisión ($\beta=.167$), fantasía autista ($\beta=.138$), idealización ($\beta=.145$)	F=12.879 gl 4,236 p= .000	16.5 %
	Ansiedad en las relaciones interpersonales	Devaluación ($\beta=.203$), fantasía autista ($\beta=.235$), aislamiento ($\beta=.144$)	F=15.019 gl 3,236 p= .000	15 %
	Desconfianza y temor a ser dañado	Escisión ($\beta=.215$), proyección ($\beta=.226$)	F= 16.769 gl 2,238 p= .000	11.6%
GRUPO B	Alteraciones de la identidad-inestabilidad emocional	Exo-actuación ($\beta=.262$), proyección ($\beta=.242$), fantasía autista ($\beta=.269$), escisión ($\beta=.145$)	F= 34.633 gl= 4,236 p= .000	35.9 %
	Búsqueda de conductas de riesgo	Exo-actuación ($\beta=.232$), disociación, ($\beta=.257$), escisión ($\beta=.185$) *supresión ($\beta=-.125$)	F= 19.105 gl 4,236 p= .000	23.2 %
	Necesidad de llamar la atención	Exo-actuación ($\beta=.323$)	F= 27.821 gl 1,239 p= .000	10.1%
GRUPO C	Necesidad excesiva de apoyo	Pseudo-altruismo ($\beta=.189$), agresión pasiva, ($\beta=.286$) anulación ($\beta=.150$), *sublimación ($\beta=-.152$), humor ($\beta=-.139$)	F=13.112 gl 5,235 p= .000	20.1 %
	Baja autoestima-excesiva autocrítica	Proyección ($\beta=.382$), devaluación ($\beta=.161$)	F=28.682 gl 2,237 p= .000	18.8 %
	Rigidez-excesivo perfeccionismo	Pseudo-altruismo ($\beta=.207$), formación reactiva ($\beta=.145$), somatización ($\beta=.204$)	F= 12.934 gl 3,237 p= .000	13.0 %

* Mecanismos de defensa que predicen negativamente las puntuaciones de la dimensión.

forma consistente. Estos hallazgos concuerdan con los resultados del estudio realizado por Perry¹⁰ en el que se reporta que los sujetos con trastornos de la personalidad utilizan todas las defensas, aunque principalmente recurren a las defensas de bajo nivel; es decir, las defensas primitivas y neuróticas.

Al realizar el análisis factorial del PDQ-4+ de los sujetos que cumplieron con los criterios diagnósticos de algún trastorno de la personalidad, se encontró que existen tres dimensiones para cada uno de los tres grupos propuestos por la APA¹ para el capítulo de Trastornos de la Personalidad (Cuadro 5).

Sinha y Watson¹¹ evaluaron la eficacia del DSQ-40 para predecir los trastornos de la personalidad (descritos en el DSM-III-R) en una muestra no clínica. A diferencia de nuestro estudio, en donde se usó un solo cuestionario para evaluar los trastornos de la personalidad (PDQ-4), ellos aplicaron tres instrumentos para evaluar los trastornos de la personalidad. Los resultados de ese estudio revelaron que casi todos los trastornos de la personalidad están positivamente asociados con el estilo defensivo altamente maladaptativo e inmaduro, y que están negativamente asociados con el estilo defensivo maduro. El único trastorno de la personalidad que correlacionó positivamente con el factor de defensas neuróticas, a lo largo de los tres instrumentos, fue el trastorno de personalidad dependiente. Observaron que el estilo defensivo inmaduro explicaba porcentajes considerables de la varianza en los trastornos esquizotípico, límite y paranoide en las tres medidas. En general, concluyen que las defensas altamente maladaptativas e inmaduras son buenas predictoras de casi todos los trastornos de la personalidad y que los estilos defensivos maduros contribuyen negativamente a la predicción de casi todos los trastornos de la personalidad.²⁰

En este estudio se obtuvieron resultados similares. Los grupos y dimensiones en los que se demostró que las defensas tienen mayor peso son el B, que incluye a los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista y en el C, que incluye los trastornos obsesivo-compulsivo, evitativo y dependiente. Del Grupo B, la dimensión que mide la identidad e inestabilidad emocional tiene un peso importante en los mecanismos de exo-actuación, proyección y fantasía autista, escisión ($R^2 = 35.9\%$). En el Grupo C, la dimensión que mide la necesidad excesiva de apoyo se predice en 20.1% por los mecanismos defensivos de pseudoaltruismo, agresión pasiva y anulación. En el

Grupo B se encontró que la defensa que más consistentemente predice las altas puntuaciones en las dimensiones del grupo, es la exo-actuación. Debido a ello se propone que este mecanismo defensivo es central en la patología limítrofe.

En las demás dimensiones, las defensas juegan un papel menor. Sólo dos dimensiones, una del grupo B (alteraciones de la identidad-inestabilidad emocional) y una del grupo C (necesidad excesiva de apoyo) mostraron tener mayor peso por parte de algunos mecanismos defensivos.

El peso de los mecanismos de defensa en las dimensiones de los trastornos de la personalidad es relativamente bajo y varía considerablemente entre cada dimensión. Esto hace necesario que se realicen más estudios acerca de la relación entre las defensas y la personalidad. Al contar con mayor evidencia empírica podría seleccionarse adecuadamente el tipo de abordaje terapéutico a emplear en cada caso (psicoterapia psicodinámica de apoyo, psicoterapia expresiva psicodinámica u otro enfoque).

El peso que tuvieron las defensas en la predicción de las distintas dimensiones de los trastornos de la personalidad fue variado, lo que indica la existencia de otros factores que influyen en la etiología de estos trastornos. Se han propuesto factores neurobiológicos, temperamentales, patrones disfuncionales de interacción familiar, trauma real (por ejemplo, incesto, abuso sexual) y sucesos traumáticos asociados con las fases de separación-individuación y reaproximación propuestas por Mahler.¹⁸

Los resultados en este estudio apoyan otras observaciones y resultados de estudios realizados en población mexicana con enfermedad médica (cardiopatías)²¹ y pacientes con distintos trastornos mentales.^{22, 23}

REFERENCIAS

1. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. 4a ed. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
2. Kernberg O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson, 1975.
3. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnormal Psychol* 1994;103:44-50.
4. Perry JC, Cooper SH. A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 1986;34:863-893.
5. Sammallahiti P, Aalberg V, Penttinsaari JP. Does defense style correlate with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiat Scand* 1994;90:290-294.

6. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:455-460.
7. Pollock C, Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146:1500-1502.
8. Devens M, Erickson MT. The relationship between defense style and personality disorders. *J Pers Disord* 1998;2(1):86-93.
9. Lingiardi V, Lonati C, Delucchi F, Fossati A, Vanzulli L, Maffei C. Defense mechanisms and personality disorders. *J Nerv Mental Dis* 1999;187(4):224-228.
10. Perry C. A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *J Nerv Mental Dis* 2001;189(10):651-660.
11. Sinha BK, Watson DC. Predicting personality disorder traits with the defense style questionnaire in a normal sample. *J Pers Disord* 1999;13(3):281-286.
12. Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory II Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1987.
13. Morey LC, Waugh MH, Blashfield RK. MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates. *J Pers Assessment* 1985;49:245-251.
14. Chabrol H, Chouicha CH, Montovany A, Callahan S, Duconge E, Szulman H. Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents. *Encephale* 2002;28(6):520-524.
15. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff C. Detecting personality disorders in a nonclinical population. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(4):345-351.
16. Bond M, Gardner S, Christian J, Sigal J. Empirical study of self-related defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333-338.
17. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Mental Dis* 1993;181(1):246-256.
18. Livesley WJ. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press, 2001.
19. Hyler SE, Rieder RO, Williams JBW. *Personality Diagnostic Questionnaire Revised (PDQ-R)*. New York: New York State Psychiatric Institute, 1994.
20. Sinha BK, Watson DC. Personality disorder in university students: A multitrait method matrix study. *J Pers Disord* 2001;15(3):235-244.
21. Ríos Martínez BP, Chávez-León E, Rangel Rodríguez GA, Pedraza Moctezuma LG. Defense mechanisms in cardiovascular disease patients with and without panic disorder. *Salud Mental* 2010;33: 219-227.
22. Chávez-León E, Lara-Muñoz MC, Ontiveros-Urbe MP. An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *Salud Mental* 2006;29(6):15- 22.
23. Benitez-Camacho E, Chávez-León E, Ontiveros-Urbe MP, Yunes-Jiménez A, Náfate López O. The levels of psychological functioning of personality and the mechanisms of defense. *Salud Mental* 2010; 33:517- 526.