

**EL USO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA  
COMO HERRAMIENTAS DE AFRONTAMIENTO  
POR VETERANOS ISRAELÍES DEPRIMIDOS  
Y CON TEPT**

***THE USE OF DEFENSE MECHANISMS AS COPING  
TOOLS BY PTSD AND DEPRESSED ISRAELI  
VETERANS***

**Sharon Galor\* y Uwe Hentschel\*\***

**Resumen**

Objetivo: detectar los mecanismos de defensa correspondientes a veteranos con TEPT (Trastorno por Estrés Post-Traumático), deprimidos y controles.

Muestra: 155 participantes: grupo control (N = 55), veteranos deprimidos (N=39), veteranos con TEPT (N=61).

Instrumentos: cuestionario de TEPT versión para civiles, escala Hamilton, Cuestionario de Experiencias Depresivas (CED), Índice de Estilo de Vida (LSI).

Resultado: se detectaron diferentes combinatorias de mecanismos de defensa en cada uno de los grupos estudiados. El grupo de deprimidos reporta un mayor uso de la regresión y la proyección que el grupo control. Los individuos con TEPT utilizan la proyección, regresión y formación reactiva más que el grupo control. Por consiguiente, los grupos diagnosticados utilizan mecanismos de defensa diferentes de los del grupo control, lo cual confirma la hipótesis. Los individuos con TEPT utilizan la intelectualización más que los deprimidos y, entonces, la hipótesis de que existen diferencias entre estos dos grupos también se sostiene.

**Palabras clave:** mecanismos de defensa, veteranos, TEPT, depresión.

**Summary**

Objective: to detect the defense mechanisms corresponding to PTSD (Post traumatic stress disorder) and depressed Israeli veterans and control group.

Sample: 155 participants: control group (N=55), depressed veterans (N=39). veterans suffering from PTSD (N=61).

---

\*University of Innsbruck, Austria    \*\* Leiden University, The Netherlands

Instruments: PTSD questionnaire, version for civilians, Hamilton scale. Questionnaire of Depressive Experiences (QDE), Life style index (LSI).

Result: different combinations of defense mechanisms were detected in each of the studied groups. The group of the depressed reports greater use of regression, projection and reaction formation than the control group. Accordingly, the diagnosed groups use different defense mechanisms from those of the control group, therefore confirming the hypothesis. The individuals manifesting TEPT use intellectualization more than the depressed ones, so the hypothesis that there are differences between these two groups can be maintained.

**Key words:** defense mechanisms, veterans, PTSD, depression.

El modelo topográfico de Freud consiste en el ello, el yo y el superyó y puede ser operacionalizado con la ayuda de una computadora (Maldavsky, 2005). El ello es la parte inconsciente, en que se sitúan las pulsiones. Los impulsos agresivos y sexuales demandan satisfacción. Debido al proceso de desarrollo y maduración, y como resultado de la interacción con la realidad externa, una parte del ello se desarrolla en el yo. El superyó contiene la consciencia individual. El yo controla los impulsos del ello poniéndolos bajo la presión de las restricciones sociales y las demandas morales. El yo se centra en la autopreservación y opera con ayuda de los mecanismos de defensa. A diferencia del ello, que es completamente inconsciente, el yo y el superyó son parcialmente inconscientes.

El yo se enfrenta con la difícil tarea de satisfacer los impulsos provenientes del ello y al mismo tiempo cumplir con las demandas del superyó. Si surge un conflicto despierta ansiedad. El yo protege al individuo de la ansiedad mediante los mecanismos de defensa. Las defensas proporcionan una sensación de confort y seguridad, aunque su uso tiene implicancias negativas. Los mecanismos de defensa no resuelven la fuente ansiedad. Solo reducen la sensación de ansiedad, si es que funcionan bien. El conflicto continua existiendo bajo otras condiciones. Puede tomar incluso otra forma, por ejemplo, la formación de síntomas patológicos. Los síntomas patológicos son resultado de la fijación de un determinado mecanismo de defensa. Para Freud los síntomas son irracionales y sin control debido a su origen inconsciente (de Wolf, 1998).

A. Freud (1937) describe el yo como dividido en dos facetas. La primera faceta incluye el conocimiento del mundo exterior que ayuda a ajustarse a la realidad. Neutraliza los conflictos y mantiene las fronteras. Esta parte es responsable de la adaptación. La falta de adaptación se percibe como falta de armonía entre las estructuras y el mundo. La otra faceta es un sistema de mecanismos de defensa del yo que protege contra el mundo interno inconsciente.

Los mecanismos de defensa son una forma alternativa de expresión de impulsos que no creara conflicto con la sociedad o el superyó. Las defensas posibilitan la autoprotección al reducir la consciencia acerca de pensamientos, deseos, miedos, sentimientos displacenteros y ansiedad que se origina debido a los conflictos internos (A. Freud, 1937). Los mecanismos de defensa pueden ser reacciones rígidas y automáticas. Las defensas que actúan frente al ello son inconscientes y sus actividades no son visibles. Las actividades defensivas se vuelven visibles cuando el conflicto entre el ello y el yo se vuelve consciente. No obstante, Maser y Cloninger (1990), declaran que las defensas son procesos psicológicos protectores que permiten al individuo lidiar con las amenazas externalizadas así como con los estresores internalizados que crean conflictos.

Baumeister, Dale y Sommer (1998) afirman que la función de los mecanismos de defensa es mantener y proteger el *self* de los conflictos internos y externos que pueden amenazar y dañar la percepción positiva del *self*. Los mecanismos de defensa promueven bienestar psicológico, incrementan la adaptabilidad, posibilitan un desarrollo psicológico normal y mantienen la autocoherencia, debido al hecho de que reducen, alteran y manipulan la propia consciencia respecto de percepciones, deseos, pensamientos y sentimientos perturbadores (Cramer, 1998). Las defensas tienen una función dual (Schafer, 1968). Protegen y defienden al yo de los impulsos indeseables, y al mismo tiempo encuentra una manera de expresar la misma pulsión indeseable y proporcionan al ego un cierto nivel de gratificación. Como resultado de esto, la naturaleza del funcionamiento defensivo se mantiene inconsciente.

Vaillant (1977) identificó cinco funciones mayores de los mecanismos de defensa. Las defensas restauran el balance emocional y mantienen el afecto dentro de límites aceptables. Permiten al individuo tener el tiempo necesario para adecuarse a nuevas condiciones y cambios en la imagen de sí mismos. Las defensas ayudan también a lidiar con los conflictos irresueltos con otras personas y con la consciencia. El fracaso de los mecanismos de defensa en preservar sentimientos de resiliencia y confianza en habilidades de afrontamiento derivara eventualmente en la aparición de trastornos psicológicos.

Los mecanismos de defensa se construyen, según Vaillant (1977), en una jerarquía de cuatro niveles. La jerarquía se basa en el nivel de distorsión de la realidad. El nivel más alto de distorsión de la realidad ocurre en el primer nivel y el más bajo, en el último. En el primer nivel tenemos los mecanismos proyectivos, que incluyen la desmentida y la proyección alucinatoria. En el segundo nivel tenemos los mecanismos inmaduros. Las fantasías esquizoides, la proyección, el *acting out*, la disociación, la hipocondriasis y la conducta pasivo agresiva entran en esta categoría. Los mecanismos neuróticos del tercer nivel incluyen el desplazamiento, la represión, la formación reactiva, el aislamiento, la desmentida, la racionalización y la intelectualización. Los

mecanismos maduros incluyen la supresión, el humor, la sublimación, la anticipación y el altruismo. A diferencia de Freud, Vaillant y especialmente Bond (1986) ven a las defensas también, en parte, como mecanismos conscientes.

El enfoque psicodinámico asume que la adecuación de las defensas utilizadas puede detonar o mantener síntomas de psicopatología. Los mecanismos de defensa son utilizados en momentos de gran ansiedad, amenaza y estrés (Haan, 1977). El grado de confianza en mecanismos de defensa es determinado en gran medida por la privación emocional y el nivel de dolor psicológico. Cada individuo tiende a utilizar el mismo patrón de defensas en diferentes situaciones. Un patrón estable de mecanismos de defensa sugiere la existencia de un rasgo. De acuerdo con A. Freud (1937) es producto de las actividades inconscientes de los mecanismos de defensa.

Bajo circunstancias estresantes la integridad del yo se ve amenazada. Defensas mal adaptativas protegen al individuo reduciendo su capacidad de percatarse. La regresión, la represión, la proyección, la desmentida, la vuelta contra sí mismo y la formación reactiva son defensas mal adaptativas e inmaduras que producen una percepción subjetiva y distorsionada de la realidad (Hentschel, Smith, Draguns, & Ehlers, 2004). El individuo puede no percibir, recordar, entender o incluso registrar el significado de adversidades que constituyen amenazas internas o externas (Cramer, 1998).

Burtos (1992) argumenta que incluso las defensas inmaduras son mecanismos adaptativos bajo circunstancias anormales. Los mecanismos de defensa proporcionan medios para atravesar un evento traumático (Lazarus, 1993). Las defensas permiten al sobreviviente del trauma ir comprendiendo gradualmente y pudiendo lidiar con la experiencia traumática en la medida en que sea cómodo y no demasiado abrumador para él o ella. Para poder determinar si las defensas son adaptativas o no, uno debe considerar el contexto en que son activadas y la frecuencia con que se utilizan (Cramer, 2000). De acuerdo con Baumeister, Dale y Sommer (1998) el uso frecuente de defensas maduras e infrecuente de defensas inmaduras garantiza el bienestar psicológico del individuo al prevenir las consecuencias devastantes del trauma.

Los mecanismos de defensa son parte del funcionamiento normal pero pueden considerarse patológicos bajo las siguientes condiciones: Las defensas utilizadas son inapropiadas; tienen una alta intensidad; el uso continuo e inapropiado de defensas incluso cuando están fuera de lugar; la cantidad excede la cualidad (Cramer, 1998). Los mecanismos de defensa son una herramienta de protección necesaria, no obstante, la sobre-utilización de defensas puede desembocar en consecuencias negativas mayores: la supresión de sentimientos; el desarrollo de síntomas psicológicos y físicos (Kreitler, 2004), posiblemente causados por los sentimientos reprimidos; en el *self* y aumento de la dependencia en hábitos y fantasía, que perjudica el propio funcionamiento; falta de honestidad e intimidad en las relaciones.

En situaciones en que no se percibe el estrés el yo será más flexible, provechoso y permitirá la expresión emocional. Las estrategias conscientes que son seleccionadas en estados emocionales calmos no suelen recurrir a distorsiones de la realidad (Haan, 1977). Debemos darnos cuenta que en la realidad, a veces una persona exhibirá un manejo racional en simultáneo con defensas patológicas. Ambos procesos, defensas y afrontamiento, se activan en momentos de adversidad y estrés. Reducen el incremento de emociones negativas. Aún más, ambos procesos apuntan a lograr la adaptación, solo varían los medios para alcanzar ese fin.

Las defensas ayudan al individuo posiblemente al distorsionar la percepción de la realidad mientras que las estrategias de afrontamiento intentan cambiar la realidad (Cramer, 1998). La operación de los mecanismos de defensa consiste en actividades sin esfuerzo, decisión o intencionalidad consciente (Maldavsky, 2005). Las defensas son más rígidas, posiblemente distorsionan la percepción de la realidad, no son plausibles de ser detenidas y su objetivo es reducir la ansiedad, no resolver la fuente de la misma (Haan, 1977). Diferentes situaciones pueden conducir a distintas estrategias de afrontamiento. Hentchel, Smith, Draguns y Ehlers (2004) resumen la diferencia entre los dos procesos al referirse a las preguntas “cómo” y “qué”. Los mecanismos de defensa, de acuerdo con los autores, lidian con el “qué” del evento estresante, mientras que las estrategias de afrontamiento se encargan de “cómo” el evento debería ser manejado.

La guerra es un evento abrumador, que lleva a la duda respecto de si uno va a sobrevivir o no. La exposición a condiciones de guerra hace peligrar la integración cognitiva, la fortaleza del yo y promueve sensaciones de desvalimiento (Shaw, 1990). Los mecanismos de defensa se activan tras un trauma, para neutralizar las emociones negativas y proteger el *self* (van der Hart, 1995). Los individuos varían en el modo de responder a los eventos traumáticos. Los teóricos cognitivos afirman que los pensamientos y creencias mal adaptativos aumentan el riesgo de depresión. Los psicoanalistas, por otro lado, afirman que el proceso defensivo inconsciente y la pérdida de un objeto o el autocontrol los que nos vuelven más vulnerables a la depresión.

Un estilo atributivo negativo y defensas inmaduras se asocian con síntomas depresivos. Un alto uso de defensas inmaduras se asocia con síntomas depresivos según el estilo atributivo utilizado. Blatt (2004) examinó la relación entre los mecanismos de defensa y el estilo depresivo dependiente vs. el autocrítico. La depresión dependiente se caracteriza por el uso excesivo de la represión y la desmentida. Las defensas de evitación le permiten al depresivo dependiente negar la existencia del enojo, ante el miedo de perder la relación con el objeto. El deprimido tiende también a negar la responsabilidad que tiene por sus problemas. El deprimido autocrítico tiene tendencias más obsesivas y paranoides. Su miedo de perder el control y ser criticados lleva al uso de la intelectualización, la formación reactiva y la proyección.

Las víctimas de un trauma, que han perdido el deseo de vivir, recurren a la desmentida, desinversión y regresión más seguido que los otros (Katching, 1986). Se entregan al

estrés y comúnmente sufren de insensibilidad emocional. Se descubrió que, los individuos que reportan síntomas de TEPT, utilizan defensas que limitan más la consciencia, distorsiones inmaduras de la realidad y defensas de escape de la realidad. Las defensas inmaduras elevaban la severidad del TEPT. El bajo registro de síntomas de TEPT se asocia con defensas más maduras (Punamaki, Kanninen, Qouta, & Elsarraj, 2002). La desmentida, la represión, la identificación con el agresor y la vuelta en contra del propio self son ejemplos de mecanismos de defensa utilizados por sobrevivientes de traumas repetidos (Everly, & Lating, 1995). La desmentida masiva se correlaciona con una extrema retracción (Terr, 1991). Una persona que utiliza la desmentida se vuelve indiferente al dolor, carece de empatía y tratara de evitar la intimidad emocional con otros. La evitación y la desmentida son considerados defensas inmaduras, no obstante Solomon (1993) descubrió que estas defensas son usualmente efectivas en sobrevivientes del Holocausto. Se puede concluir que los mecanismos de defensa juegan un papel importante en el proceso de afrontamiento psicológico del trauma.

La idea de que los mecanismos de defensa puedan producir comportamientos adaptativos y funcionales es aun controvertida. En el largo plazo, los mecanismos de defensa si contribuyen al desarrollo de patologías severas, no obstante el hecho de que parecen ayudar al individuo, no deberían ser ignoradas o desestimadas (cf. Sandler, 1960). Las defensas son mecanismos eficientes que ayudan a confrontar estresores amenazantes y traumáticos. La patología probablemente no se origina en el uso de mecanismos de defensa; es causada por el recurso constante a las defensas, en lugar de intentar realmente resolver los problemas nucleares.

La hipótesis de este estudio es simple. Se hipotetiza que los sujetos con TEPT y los veteranos deprimidos utilizan diferentes mecanismos, tanto entre sí como con respecto al grupo control.

A continuación, se presenta la muestra de mecanismos de defensa y sus descripciones:

- 1. Formación reactiva:** un proceso de conversión de deseos o impulsos, percibidos como amenazantes, en sus opuestos y con ello, la prevención de su peligrosa expresión (Moore, & Fine, 1995). La formación reactiva involucra la conversión de un impulso indeseable e inaceptable en una forma más positiva y aceptable. La transformación protege la autoestima del individuo, proporcionándole y aumentando la autoimagen (Baumeister et al., 1998). Los mecanismos de defensa inconscientes tales como la formación reactiva ayudarán a un hombre agresivo, por ejemplo, a protegerse de sus propios impulsos agresivos al motivarlo a actuar lo opuesto. Este proceso puede convertirse en una parte del carácter del individuo.
- 2. Intelectualización:** exceso en la aplicación de la lógica y del pensamiento abstracto como forma de evadir la experiencia de las emociones. El resultado es la

separación de la experiencia afectiva respecto de la situación dolorosa. Las emociones son pensadas en lugar de sentidas. Al suprimir los sentimientos, el individuo intenta recuperar el control sus peligrosos y amenazantes impulsos (Conte & Plutchik, 1995; Conte, Plutchik & Draguns, 2004).

3. **Proyección:** al atribuirle los rasgos “negativos” a los otros, el yo se protege de una amenaza (Baumeister et al., 1998). Al observar rasgos negativos en los otros, los ponemos en una luz negativa y desfavorable, lo cual pone indirectamente una luz más positiva sobre uno mismo. El self es percibido como superior, ya que no posee esos rasgos intolerables.
4. **Regresión:** retracción a una etapa previa del desarrollo que involucra una conducta que ha sido dejada atrás o superada. Involucra comportamientos inmaduros (Conte et al., 2004). La regresión permite evitar ansiedades u hostilidades correspondientes a una posterior etapa del desarrollo (Vaillant, 1992).

#### *Método*

##### *Muestra*

Todos los participantes eran veteranos israelíes de entre 25 y 51 años, que hablaban en hebreo y tenían un mínimo de 9 años de escolaridad. Los participantes representan el perfil socio-demográfico de Israel y habían vivido al menos 5 años en ese país. Dado que la población israelita es una mezcla de muchas culturas, es imposible controlar las diferencias en esta población. Creemos que un inmigrante, que habla el idioma, sirvió en el ejército israelita y ha vivido al menos 5 años en Israel, está completamente integrado a esa sociedad.

El criterio de exclusión de este estudio consiste en participantes con labilidad mental, los que padecían esquizofrenia o estaban en un estado maniaco; todos los trastornos de personalidad del conjunto A, los trastornos de personalidad Borderline, trastornos de personalidad Antisocial, depresión bipolar, síndromes de Tourette, adicciones al alcohol/drogas, bajo CI y déficit atencional, por ejemplo, un desorden de hiperactividad. Los participantes, que no se encontraban atravesando un proceso de consumo, no estaban en tratamiento ni tenían un diagnóstico de psicopatología integraban el grupo control. Las víctimas de abuso sexual y/o físico o violación fueron excluidas de este estudio. Las experiencias traumáticas de todos los participantes consistían en un escenario amenazante (por ejemplo, ataque de misiles, ser testigos de atrocidades). Las experiencias traumáticas y los eventos negativos de su vida fueron controlados por la lectura del expediente y el completamiento de un cuestionario de eventos de su vida.

En total hubo 155 participantes: el grupo control (N = 55), los veteranos deprimidos (N=39), los veteranos con TEPT (N=61). Conviene mencionar que todos los pacientes deprimidos fueron incluidos en el diagnóstico general de “deprimido”.

### *Instrumentos*

Los diagnósticos (DSM-IV) fueron inicialmente determinados por un psiquiatra. Todos los participantes fueron, además, estudiados por el primer autor en cuanto a síntomas de TEPT y depresivos actuales. Se utilizó el cuestionario de TEPT versión para civiles (PCL-C; Weathers, Huska, & Keane, 1991), para estudiar el TEPT. Este instrumento autoadministrado con una escala Lickert de 5 puntos tiene 17 ítems, definidos por los criterios diagnósticos B, C, D para TEPT en el DSM-IV; los puntajes van entre 17-85. Un puntaje total > 50 implica un TEPT activo (Berlant, 2004), por lo cual se utilizó un corte de 50. Proporciona una sensibilidad diagnóstica de .82 y una especificidad de .83 con un coeficiente Kappa de .64 (McKnight, McFall, & Kivilahan, 2001).

Los síntomas depresivos fueron estudiados con la escala Hamilton (Hamilton, 1960) y el Cuestionario de Experiencias Depresivas (CED; Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976). La escala Hamilton es una escala puntuada por el observador, comúnmente utilizada para estudiar la presencia y la severidad de la depresión. Se suele administrar a modo de entrevista semi-estructurada, en que se evalúan 17 síntomas relacionados con depresión. Es un instrumento de diagnóstico altamente confiable y válido. De 10 estudios comparables, Kobak y co-autores (2000) establecieron una medida de error estándar de 3.07; y una confiabilidad *test-retest* luego de 24 horas de .98. El CED es un cuestionario autoadministrado de 66 ítems con una escala de 7 puntos. Se solicita al sujeto que mida sus sentimientos subjetivos respecto de sí mismo y de la relación con los otros. Las escalas permiten la identificación de depresiones dependientes y autocríticas. Demuestra un alfa de Cronbach elevado (>.75) y una confiabilidad *test-retest* (12 meses) de .74 (Zuroff, Stotland, Sweetman, Craig, & Koestner, 1995). El Índice de Estilo de Vida (Plutchik, Kellerman, & Conte, 1979) contiene 224 ítems, representa 16 defensas y tiene 8 escalas: desmentida, compensación, desplazamiento, intelectualización, proyección, formación reactiva, regresión y depresión. El *test* se presenta en forma autoadministrada. Está compuesto por afirmaciones que describen sentimientos que surgen en situaciones diferentes. Al utilizar afirmaciones que reflejan conductas y tendencias, mide indirectamente la naturaleza inconsciente de las defensas psicológicas. En cada ítem del *test* se solicita al sujeto que indique si la afirmación aplica o no a sí mismo, completando *si/no*. Los resultados del *test* proporcionan una razón para la elección de la defensa y también ayuda a definir la relación entre las defensas seleccionadas. Olf y Andersen (1991) descubrieron que los resultados del LSI se mantienen estables a lo largo del tiempo de una forma que casi simula los rasgos de carácter. Los puntajes se dan en percentiles, basados en grupos normativos (Conte & Plutchik, 1995). Los análisis psicométricos llevaron a una reducción en el número de ítems y mecanismos. Basado en las consistencias internas (coeficientes alfa) encontradas por Olf y Andersen (1991), las siguientes defensas fueron seleccionadas para ser testeadas en este estudio: regresión, proyección, intelectualización y formación reactiva. El cuestionario proporcionado a los respondientes en el presente estudio incluye, entonces, solo 48 ítems de los 224 originales.



*Procedimiento*

Los respondientes fueron encontrados en varias ubicaciones en Israel: el hospital Hillel Yaffe (sala de psiquiatría general), las clínicas de salud mental regionales de Hadera y Tirat, el centro de salud mental de Tirat Acarmel.<sup>2</sup> Los controles fueron reclutados mediante propagandas colocadas en espacios públicos.

Los diagnósticos y criterios de exclusión fueron controlados mediante la lectura de los expedientes. Nos acercamos a los pacientes una vez que tuvimos el permiso de sus terapeutas. Los participantes del grupo experimental recibieron una carta que describía el propósito del estudio y el procedimiento concreto. Esta decía que el objetivo del estudio era recolectar información acerca de sus pensamientos, emociones y comportamientos cotidianos. Se les aseguró a los respondientes que su participación era voluntaria y que la información permanecería anónima y confidencial. Todos los gastos de transporte fueron reembolsados y se les dio a los controles una pequeña remuneración.

Las entrevistas individuales con cada respondiente comenzaron con una corta introducción. Luego se les administró el PCL-C, DEQ, la escala Hamilton y el LSI. Al final de la sesión los participantes discutieron sus impresiones e hicieron preguntas acerca del estudio. Los respondientes que estuvieran emocionalmente excitados o cansados podían parar y concertar una segunda entrevista. También se les permitía beber, comer y tomarse recreos durante la entrevista. La data fue codificada y analizada mediante el SPSS.

*Resultados*

**Table 1. The results of the analysis of variance of the differences in of the chosen variables between PTSD, depression and the control group**

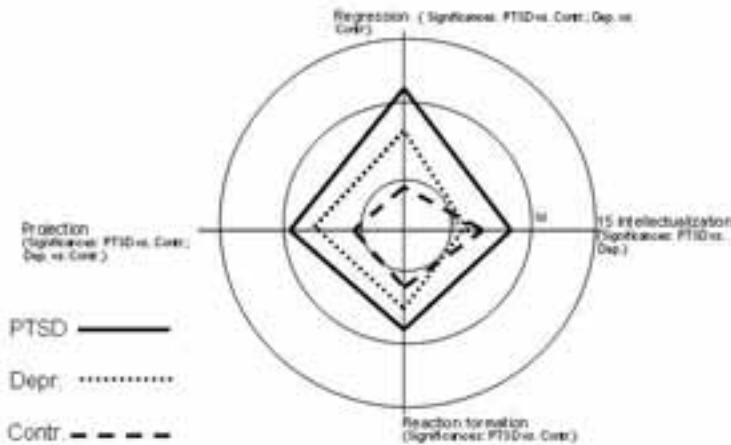
	F/(df)	Significance	PTSD (N=61) vs. Depression (N=39)	PTSD (N=61) vs. Controls (N=55)	Depression (N=39) vs. Controls (N=55)
<b>Intellectualization</b>	3.779/(2,152)	p = .025	*		
<b>Reaction formation</b>	9.836/ (2,152)	p = .000		***	
<b>Regression</b>	41.886 / (2,152)	p = .000		***	***
<b>Projection</b>	17.355 / (2,152)	p = .000		**	***

\* p < .05, \*\*p < .025, \*\*\* p < .001

<sup>2</sup> The ethic committees of both hospitals approved the study and each respondent signed an informed consent.

La Tabla 1 ilustra los resultados del significativo ANOVA de los cuatro mecanismos de defensa y los grupos diagnosticados. La intelectualización fue el mecanismo más utilizado entre los veteranos TEPT, en comparación con los deprimidos. Los veteranos con TEPT presentan también el mayor uso de formación reactiva entre los grupos. Diferencias más significativas fueron aparentes entre los TEPT y los deprimidos, en comparación con el grupo control.

**Figure 1. A summary of the results**



*Discusión*

El grupo de deprimidos reporta un mayor uso de la regresión y la proyección que el grupo control. Los individuos con TEPT utilizan la proyección, regresión y formación reactiva más que el grupo control. Por consiguiente, los grupos diagnosticados utilizan mecanismos de defensa diferentes de los del grupo control, lo cual confirma la hipótesis. Los individuos con TEPT utilizan la intelectualización más que los deprimidos y, entonces, la hipótesis de que existen diferencias entre estos dos grupos también se sostiene.

El hecho de que la intelectualización sea más utilizada por individuos con TEPT y de que no haya diferencias significativas observables entre deprimidos y controles, sugiere que la intelectualización puede ser percibida como un mecanismo de defensa propio del TEPT. Los estudios mencionados en la introducción aseguraban que los individuos con TEPT solo utilizan defensas inmaduras y distorsionadoras de la realidad. Este estudio no confirmó los resultados de aquella investigación. Por el contrario, demostró que los individuos con TEPT también utilizan mecanismos de defensa más adaptativos, los cuales no son utilizados habitualmente por deprimidos. Otro mecanismo de defensa que

no es altamente utilizado por los deprimidos es la formación reactiva, que puede ser estudiada aplicando un cuestionario. Hentschel, Kiessling, Teubner-Berg y Dreier (2004) detectaron un mayor nivel de aislamiento/formación reactiva en los deprimidos, si este mecanismo de defensa pudiese ser dividido en fases, lo cual es verdadero para el Test de los Mecanismos de Defensa (Kragh, 1985).

Los individuos con TEPT reportan un uso excesivo de formación reactiva. Los cuatro mecanismos de defensa que son altamente utilizados por el grupo con TEPT, llamados regresión, proyección, formación reactiva e intelectualización, fueron encontrados en estudios anteriores como parte de los mecanismos de defensa utilizados por “suicidas” (Apter, 1992).

Debido a la confiabilidad del instrumento seleccionado, el presente estudio solo ha testeado cuatro mecanismos de defensa. Aunque el LSI ha sido utilizado en estudios previos, futuras investigaciones deberían, incuestionablemente, seleccionar otro instrumento que evalúe más mecanismos de defensa. Un cuestionario que examine una variedad más amplia de mecanismos de defensa producirá un patrón, que podrá ilustrar de mejor manera las tendencias de los grupos diagnosticados.

El grupo de deprimidos y el de TEPT obtuvieron un mayor puntaje en la escala de proyección. La proyección mantiene los rasgos no deseados y percibidos subjetivamente como negativos fuera de la consciencia, los cuales son luego atribuidos a objetos externos (Newman, Duff, & Baumeister, 1997; Mikulincer, & Horesh, 1999). El uso de la proyección permite al individuo sentir que solo los otros poseen rasgos indeseables y negativos. Los deprimidos y los individuos con TEPT pueden preocuparse por la negatividad que los rodea, lo cual puede también explicar las tendencias evitativas de ambos grupos. La proyección puede producir emociones tales como ansiedad y enojo hacia los otros.

La regresión es la segunda defensa que ambos grupos, los deprimidos y las personas con TEPT, tienen en común. La regresión, por definición, consiste en el retraimiento bajo estrés hacia patrones más inmaduros de comportamiento y gratificación de necesidades psicológicas (Conte & Plutchik, 1995). El uso frecuente de la regresión implica que estos individuos se encuentran malhumorados, lloran fácilmente, están irritables, impulsivos y actúan de manera infantil, cuando están enojados o frustrados. Los individuos que pertenecen a este grupo, se encuentran constantemente en un conflicto entre ser tan maduros y altamente obstinado, como les gustaría verse y tan enojados e infantiles como se suelen comportar.

Assumiendo que un mecanismo de defensa inconsciente puede ser similar o correspondiente al patrón de mecanismos de afrontamiento, uno puede preguntarse si hay también un estilo específico de afrontamiento, correspondiente a cada grupo. Un estilo

consciente correspondiente a la regresión, por ejemplo, puede ser el comportamiento dependiente que consiste en la búsqueda constante de apoyo emocional y social por parte del entorno.

Se requiere mayor investigación para encontrar otros posibles factores contribuyentes, que pueden influenciar el uso de mecanismos de defensa. La educación, por ejemplo, puede ser uno de estos factores (cf. Hentschel, Kiessling, & Wiemers, 1998). Los participantes tienen distintos niveles de educación. Guiados por la suposición de que la educación influye en la forma de comportamiento de manera directa e indirecta, sería también interesante examinar si el nivel de educación nos influye de manera inconsciente. Esto podría constituirse en una interesante futura pregunta de investigación. Otros factores que pueden influenciar el uso de mecanismos de defensa podrían ser la ansiedad social, los eventos de vida y la cultura. Investigar sus influencias puede contribuir a incrementar nuestro conocimiento sobre el grupo de los deprimidos y de los que padecen TEPT.

La selección del Índice de Estilo de Vida surgió de una decisión consciente de testear los mecanismos de defensa inconscientes, como los definió Freud. Se realizó una reducción en la defensas, de 8 a 4 (regresión, proyección, formación reactiva e intelectualización), basada en la consistencia interna (Olf & Andresen, 1991). Testear solo cuatro defensas limita las posibilidades de encontrar un patrón completo de mecanismos de defensa que sea utilizado por los múltiples grupos, pero, por otro lado, el hecho de utilizar escalas poco fiables reduciría la confiabilidad de los resultados.

Una de las ventajas de utilizar el LSI es la vaguedad de los ítems y su poca familiaridad para los entrevistados. Este cuestionario era nuevo para los participantes. Además, la formulación de las preguntas es indirecta e indistinta (cf. Smith & Hentschel, 2004). La intención de las preguntas no es clara para el ojo sin entrenamiento y, entonces, el riesgo de manipulación de la información es reducido. Las preguntas son formuladas en lenguaje simple y cotidiano. Los ítems discutidos se refieren a hábitos cotidianos. Aún más, el cuestionario es fácil de administrar, ya que toma menos tiempo que si fuera, por ejemplo, en una entrevista.

El cuestionario se basa en respuestas por “sí” o por “no”, lo cual limita las respuestas de los participantes. A veces la respuesta no es corta y concisa, y puede estar en intermedios como, por ejemplo, “raramente” o “a veces”. Debido a que estas opciones no se ofrecen en este cuestionario, el entrevistado se ve forzado a elegir una respuesta que puede no reflejar su realidad. En algunos casos esto puede generar quejas o negativas a responder las preguntas. En las muestras examinadas no se presentaron estos casos. Los participantes incluso comentaron cuánto más fácil y mejor era tener solo dos opciones. La mayoría de los participantes comentaron que el hecho de tener una

escala más larga que ofrezca más opciones, como en los otros cuestionarios administrados, creaba un sentimiento enredado y confuso a la hora de responder.

### **Bibliografía**

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental*

*disorders* (4th. ed. text revision). Washington DC: Author.

Apter, A. (1992). Hebrew translation of LSI. In H. R. Conte and R. Plutchik. (1995). *Ego defenses: theory and measurement* (pp. 191–196). New York: John Wiley & sons.

Baumeister, R.F.; Dale, K. & Sommer, K.L. (1998). Freudian defence mechanisms and empirical findings in modern social psychology: reaction formation, displacement, undoing, isolation, sublimation and denial. *Journal of Personality*, 66, 1081–1115.

Berlant, J.I.L. (2004). Prospective open-label study of add-on and monotherapy topiramate in civilians with chronic no hallucinatory posttraumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 4(24).

Blatt, S.J. (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical and research perspectives*. Washington: American Psychological Press.

Blatt, S.J.; D’Affliti, J.P. & Quinlan, D.M. (1976). *Depressive experiences questionnaire*. New Haven (CT): Yale University Press.

Bond, M. (1986). Bond’s defense style questionnaire (1984 version). In G.E. Vaillant (Ed.). *Empirical studies of ego mechanisms of defense* (pp. 146–152). Washington: American Psychiatric Press.

Burtos, E. (1992). Psychodynamic approaches in the treatment of torture survivors. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (pp. 182–225). New York: Cambridge University Press.

Conte, H.R. & Plutchik, R. (1995). *Ego defenses: theory and measurement*. New York: Wiley.

Conte, H.R.; Plutchik, R. & Draguns, J.G. (2004). The measurement of ego defense mechanisms in clinical research. In U. Hentschel; G. Smith; J.G. Draguns & W. Ehlers (Eds.). *Defense mechanism. Theoretical, research and clinical perspectives* (pp. 393–414). Amsterdam: Elsevier.

Cramer, P. (1998). Defensiveness and defense mechanisms. *Journal of Personality*, 66, 878–894.

Cramer, P. (2000). Defense mechanism in psychology today. *American Psychologist*, 6, 637–646.

de Wolf, M.H.M. (1998). *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie* [Introduction in psychoanalytic therapy]. Bussum: Countinho.

Everley, G.S. & Lating, J.M. (1995). *Psychotraumatology: key papers and core concepts in post traumatic stress*. New York: Plenum Press.

Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press.

Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New York: Academic Press.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.

Hentschel, U.; Kiessling, M. & Wiemers, M. (1998). Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien–FKBS Manual [Inventory of conflict overcoming strategies–FKBS manual]. Göttingen: Beltz Test.

Hentschel, U.; Kiessling, M.; Teubner–Berg, H. & Dreier, H. (2004). Intellectual performance and defense mechanisms in depression. In U. Hentschel; G. Smith; J.G. Draguns & W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanism. Theoretical, research and clinical perspectives* (pp. 431–451). Amsterdam: Elsevier.

Hentschel, U.; Smith, G.; Draguns, J.G. & Ehlers, W. (Eds.). (2004). *Defense mechanism. Theoretical, research and clinical perspectives*. Amsterdam: Elsevier.

Katching, H. (1986). *Life events and psychiatric disorders: controversial issues*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kobak, K.A.; Mundt, J.C.; Greist, J.H.; Katzelinck, D.J. & Jefferson, J.W. (2000). Computer assessment of depression: automating the Hamilton depression Rating scale. *Drug Information*, 34, 145–156.

Kragh, U. (1985). *Defense Mechanism Test. DMT manual*. Stockholm: Persona.

Kreitler, S. (2004). Defense mechanisms and physical health. In U. Hentschel; G. Smith; J.G. Draguns & W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanism. Theoretical, research and clinical perspectives* (pp. 477–519). Amsterdam: Elsevier.

Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.

Maldavsky, D. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*. Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

Maser, J.D. & Cloninger, C.R. (1990). *Co-morbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.

McKnight, K.M.; McFall, M.E. & Kivilahan, D.R. (2001). Trauma symptoms of PTSD and associated problems among incarcerated veterans. *Psychiatric Services*, 52, 959–964.

Mikulincer, M. & Horesh, N. (1999). Adult attachment and the perception of others: the role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1022–1034.

Moore, B.E. & Fine, B.D. (1995). *Psychoanalysis—the major concepts*. Michigan: Yale University Press.

Newman, C.S.; Duff, K.J. & Baumeister, R.F. (1997). A new look at defensive projection: thought suppression, accessibility and bias person perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 980–1001.

Olf, M. & Andersen, I. (1991). The Dutch and Norwegian translations of the Plutchik questionnaire for psychological defense. In M. Olf (Ed.). *Defense and coping: self reported health and psychobiological correlates* (pp. 57–69). Utrecht: ISOR.

Plutchik R, Kellerman H, Conte HR (1979), A structural theory of ego defenses and emotions. In C.E. Izard (Ed.), *Emotions in Personality and Psychopathology*. (pp. 229– 257). New York: Plenum.

Punamaki, R.L.; Kanninen, K.; Qouta, S. & Elsarraj, E. (2002). The role of psychological defenses in moderating between trauma and posttraumatic symptoms among Palestinian men. *International Journal of Psychology*, 37, 5, 286–296.

Sandler, J. (1960). The background of safety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 352–356.

Schafer, R. (1968). The mechanisms of defense. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 49–62.

Shaw, J. A. (1990). Stress engendered by military action on military and civilian population. In J. D. Noshpitz, & R. D. Coddington. *Stressors and adjustment disorders* (pp. 340–361). New York: Wiley.

Smith, G. & Hentschel, U. (2004). Percept–genetic identification of defense. In U. Hentschel; G. Smith; J.G. Draguns & W. Ehlers (Eds), *Defense mechanism. Theoretical, research and clinical*

*perspectives* (pp. 129–152). Amsterdam: Elsevier.

Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: the enduring toll of war*. New York: Plenum Press.

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.

Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little Brown.

Vaillant, G.E. (1992). *Ego mechanism of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press.

van der Hart, O. (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation and hypnosis]. Deventer: Swets & Zeitlinger.

Weathers, F.; Huska, J. & Keane, T. (1991). *The PTSD checklist– civilian version*. Boston: National Center for PTSD.

Zuroff, D.C.; Stotland, D.; Sweetman, E.; Craig, J. & Koestner, R. (1995). Dependency, self criticism and social interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 543–553.

*Fecha de recepción: 2/11/12*

*Fecha de aceptación: 14/12/12*