



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLINICA PSIQUIATRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

**COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR E
INTENTO SUICIDA Y SIN INTENTO SUICIDA, Y SU ASOCIACIÓN A ESTILOS
DEFENSIVOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO**

DR. JUAN FRANCISCO HERNÁNDEZ GÓMEZ

DIRECTOR CLÍNICO

DR. JESÚS FRANCISCO GALVÁN MOLINA

DIRECTORA METODOLÓGICA

DRA. MARÍA SUSANA JUÁREZ TOBÍAS

ENERO DEL 2022



COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR E INTENTO SUICIDA Y SIN INTENTO SUICIDA, Y SU ASOCIACIÓN A ESTILOS DEFENSIVOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO by Juan Francisco Hernández Gómez is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLINICA PSIQUIATRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

**COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR E
INTENTO SUICIDA Y SIN INTENTO SUICIDA, Y SU ASOCIACIÓN A ESTILOS
DEFENSIVOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO**

DR. JUAN FRANCISCO HERNÁNDEZ GÓMEZ

No. de CVU del CONACYT: 828420; Identificador de ORCID: 0000-0001-8280-3170

DIRECTOR CLÍNICO

DR. JESÚS FRANCISCO GALVÁN MOLINA

No. de CVU del CONACYT: 296777; Identificador de ORCID: 0000-0002-0400-6886

DIRECTOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA SUSANA JUÁREZ TOBÍAS

No. de CVU del CONACYT: 290914; Identificador de ORCID: 0000-0003-0688-4145

SINODALES

Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo
Presidente

Dra. Nélida Linett Ibáñez García
Sinodal

Dra. Laura Elena Pérez Ramos
Sinodal

Dra. María del Rosario Narváez
Sinodal suplente

ENERO DEL 2022



RESUMEN

El suicidio se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en las últimas décadas. Los pacientes con depresión tienen un riesgo mayor de presentar un intento suicida. Los mecanismos de defensa son procesos inconscientes que protegen al individuo de emociones dolorosas, y se pueden dividir en maduros, neuróticos e inmaduros. Los mecanismos maduros brindan una mayor adaptación al estrés, y se han asociado a mejor salud mental, mientras que los inmaduros están relacionados con estrés y pobre tolerancia a la frustración. El objetivo principal fue determinar si existe asociación entre estilos defensivos específicos e intento suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. El diseño del estudio fue transversal analítico. Se incluyeron 80 pacientes pertenecientes a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Para evaluar la presencia de trastorno depresivo mayor, se utilizó la herramienta MINI en su módulo A. Para evaluar estilos defensivos se utilizó la escala DSQ-88. 65 pacientes fueron mujeres (81.25%) y 15 hombres (18.75%). 50% del total (40/80) tenían antecedente de intento suicida. La edad promedio fue 34 años. Al evaluar la frecuencia de tipo de estado civil con respecto al antecedente de intento suicida, encontramos una diferencia significativa ($p=0.003$). No se observó una diferencia significativa en el nivel educativo con respecto a ambos grupos ($p=0.69$). El estilo defensivo más frecuentemente usado por los pacientes con intento suicida fue el inmaduro ($p=0.0001$). Los pacientes sin intento suicida tuvieron un promedio alto en el estilo maduro en comparación con los demás ($p=0.001$). Se llevó a cabo un análisis de regresión logística múltiple, y se encontró asociación entre ser soltero y tener intento suicida ($p=0.027$). Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el uso prioritario de un estilo defensivo inmaduro y presentar intento suicida, independientemente del estado civil mencionado ($p=0.05$). Se demostró una asociación entre el intento suicida y la presencia de un estilo defensivo inmaduro en pacientes con trastorno depresivo mayor. Este estudio abre las puertas para una evaluación exhaustiva de los estilos defensivos como potenciales factores de riesgo o protección para tener o no un intento suicida en esta población.

ÍNDICE

	Página
Resumen	1
Índice	2
Lista de cuadros	4
Lista de figuras	5
Lista de abreviaturas	6
Lista de definiciones	7
Dedicatorias	8
Reconocimientos	9
Antecedentes	10
Justificación	21
Pregunta de investigación	22
Hipótesis	23
Objetivos	23
Sujetos y métodos	24
Análisis estadístico	27
Consideraciones éticas.....	28
Resultados	29
Discusión	34
Fortalezas y limitaciones del estudio	37
Conclusiones	38
Bibliografía	39

Anexo 1: Carta de consentimiento informado	42
Anexo 2: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	44
Anexo 3: Escala DSQ-88	45

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1: Variables dependiente, independiente y de control	20
Cuadro 2: Estado civil y nivel educativo de los pacientes con respecto al sexo	29
Cuadro 3: Tabulación cruzada entre estado civil y antecedente de intento suicida ...	31
Cuadro 4: Antecedente de intento suicida comparado con estilos defensivos	32
Cuadro 5: Regresión logística múltiple sobre la variable de intento suicida	33

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Frecuencia de mecanismos de defensa maduros.....	29
Figura 2: Frecuencia de mecanismos de defensa neuróticos.....	30
Figura 3: Frecuencia de mecanismos de defensa inmaduros	30
Figura 4: Mecanismos de defensa inmaduros en pacientes con intento suicida ..	32
Figura 5: Mecanismos de defensa maduros en pacientes sin intento suicida	33

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

MINI: La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos.

DSQ-88: Cuestionario de Estilos Defensivos, una escala de auto reporte desarrollada en 1983 por Bond y cols. con el fin de medir las posibles derivadas conscientes de los mecanismos de defensa, con la intención de “dilucidar las manifestaciones explícitas del estilo específico que una persona tiene para lidiar con el conflicto, de forma consciente o inconsciente”.

TDM: Trastorno depresivo mayor

IS: Intento suicida

LISTA DE DEFINICIONES

Mecanismos de defensa: Descritos por primera vez por Sigmund Freud en 1894, son procesos inconscientes que protegen al individuo de emociones dolorosas, ideas e impulsos. Son inconscientes, dinámicos, reversibles y pueden ser tanto adaptativos como patológicos.

Estilos defensivos: Es el predominio del uso, en frecuencia, de mecanismos de defensa principalmente maduros, neuróticos o inmaduros en un individuo.

Mecanismos de defensa maduros: Son los mecanismos de defensa que brindan una mayor adaptación al estrés, y se han asociado a mejor salud mental y física.

Mecanismos de defensa neuróticos: Son el punto medio entre los mecanismos de defensa maduros e inmaduros, y brindan una adaptación parcial al estrés, siendo los más frecuentemente usados por la población general.

Mecanismos de defensa inmaduros: Son los mecanismos de defensa que más están relacionados con la mala adaptación, con un aumento en los niveles de estrés, y con pobre tolerancia a la frustración, así como con una mayor agresividad en general.

Intento suicida: Antecedente de comportamiento potencialmente autolesivo, con resultado no fatal en donde hay evidencia, al interrogatorio, de que la persona tenía la intención de fallecer.

Trastorno depresivo mayor: Enfermedad mental en la que la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas, entre otros síntomas acompañantes.

DEDICATORIAS

Para mis pacientes.

Espero que lo poco o mucho que pueda aportar en mi vida sirva para el beneficio de muchas personas como ustedes.

RECONOCIMIENTOS

A mis padres, por la paciencia, el amor y el apoyo que me han dado desde que nací.

A mis abuelos que siempre han estado ahí para mí,

A mis hermanos, que me aman y apoyan de forma incondicional.

A mis amigos, que alegran mi día a día.

A mi futura esposa, porque ella le da sentido a todo y me da la fuerza para seguir.

A mi enano, por darme ilusión y esperanza.

A Dios, por este mundo maravilloso.

ANTECEDENTES

El suicidio es un serio problema de salud pública a nivel global. De acuerdo con la OMS (1), cerca de 800 000 personas fallecen por suicidio todos los años. El suicidio es una de las primeras veinte causas de muerte a nivel mundial, la reducción de la mortalidad por suicidio constituye una prioridad para la OMS y se encuentra incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS). A nivel mundial, la tasa de suicidio promedio en la población fue de 10.5 por cada 100 000 habitantes en 2016. La tasa de suicidio estandarizada por edad fue 1.8 veces mayor en hombres que en mujeres (1). La mayoría de las muertes a nivel mundial provienen de países de ingresos medios a bajos. En cuanto a la edad, más de la mitad ocurrieron en sujetos menores a 45 años. Cada suicidio es una tragedia, es notable que es la primera causa de muerte en la población entre 15 y 29 años en mujeres y en adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial (2).

De acuerdo con las proyecciones de la OMS, habrán más de un millón de muertes atribuibles a suicidio para el año 2030, y este será la quinceava causa de muerte más frecuente a nivel mundial, contribuyendo a un total del 1.4% de las muertes en todo el mundo. Es evidente que el impacto de esta enfermedad conlleva una trascendencia a futuro de enorme magnitud, y que influir positivamente en ella pudiera salvar millones de vidas (1). En México, un estudio basado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas (ENCODAT), realizado en 2016, reveló que la prevalencia general de ideación suicida en un periodo de 12 meses fue de 2.3%, 0.8% reportaron tener planeación suicida y 0.7% haber tenido al menos un intento suicida (3). De acuerdo con este estudio, en San Luis Potosí se reportó una prevalencia de 2.1%, 0.5% y 0.5% respectivamente para los datos mencionados.

Estas cifras han aumentado desde los años 50s, y se considera que, en México, los cambios que pueden estar asociados a este aumento incluyen la urbanización, el aumento en tasas de divorcio, el envejecimiento demográfico, el aumento de la gente que vive sola, el acceso restringido a la educación, las crisis económicas y el aumento de la desigualdad, así como el aumento de la violencia y la criminalidad (4). En un estudio

realizado por Cervantes y cols., (5) se observó un incremento importante en la carga de mortalidad por suicidio en México entre 1990 y 2017, principalmente entre hombres y mujeres jóvenes, aunque los autores destacan también la importancia del impacto de esta enfermedad en el adulto mayor como un reto adicional para los servicios de salud. Los resultados pusieron de manifiesto un panorama preocupante desde los puntos de vista sociales, económico, de salud y en políticas públicas. Los autores llaman la atención sobre la necesidad de implementar acciones de identificación oportuna, por medio de la prevención y el estudio de los factores de riesgo asociados.

Es evidente que el suicidio es un problema de salud pública tanto en México como a nivel mundial. De estos datos destaca la importancia de tomar acciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas a la ideación suicida, de determinar, identificar y buscar reducir los factores de riesgo asociados, así como de tomar acciones a nivel de salud pública para prevenirlo. En este estudio, se busca determinar la presencia de diferentes estilos defensivos como un probable factor asociado a un mayor riesgo para presentar intentos suicidas en una población vulnerable, aquellos con trastorno depresivo mayor. Una vez que se cuenten con los resultados del estudio, se pudiera objetivar un nuevo blanco terapéutico para la creación de nuevas estrategias que tengan como resultado la prevención del suicidio.

El suicidio y sus consecuencias representan un problema de salud pública a nivel mundial, y los esfuerzos para disminuir su incidencia y prevalencia han sido insuficientes a pesar de las medidas tomadas por la Organización Mundial de la Salud para atender el problema (1). Esta organización concluye que es imperativo que se tomen medidas urgentes para identificar y prevenir esta precaria enfermedad. Se ha observado que la tasa de suicidio estandarizado para edad está en cierto declive, sin embargo, esto no es cierto para todos los países y, de continuar con la tasa de disminución actual, los objetivos mundiales para reducir la tasa de suicidio no se lograrán a tiempo. La OMS recomienda el apoyo a la investigación referente al tema, así como la implementación de medidas preventivas efectivas tales como disminución del acceso a medios que promuevan el suicidio, el entrenamiento con respecto al autocuidado, la identificación

temprana del riesgo suicida, su manejo y seguimiento, así como acciones preventivas en materia de salud mental (1).

Existe evidencia que ha establecido de una forma contundente que los pacientes con trastornos afectivos tienen un riesgo mayor de presentar un intento suicida comparados con la población general. En un meta-análisis realizado por Bostwick y cols., se encontró que la probabilidad de suicidio en pacientes con trastornos afectivos era casi tres veces mayor que la población general, con cifras que oscilaban entre 7.1 y 30.7% de riesgo de suicidio en los pacientes con estos padecimientos (6). Es notable que el comportamiento suicida ha sido implicado como una comorbilidad de varios trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo el trastorno de personalidad límite, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otros trastornos afectivos. El trastorno depresivo mayor afecta de un 15 a un 17% de la población a nivel mundial, y ha sido asociado con un sufrimiento personal significativo, discapacidad física y mental, así como a una importante elevación del riesgo suicida. La asociación entre el trastorno depresivo mayor y la ideación o intentos suicidas se ve incrementada durante episodios depresivos, con un riesgo de suicidio de hasta el 15% (7).

En un estudio sistemático de literatura internacional realizado por Hawton y cols., los factores de riesgo asociados significativamente a suicidio en pacientes con depresión fueron: género masculino, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, intento suicida previo, depresión severa, desesperanza y comorbilidades psiquiátricas, incluyendo trastornos de ansiedad y consumo de alcohol y sustancias (8). Los autores determinaron que los factores identificados deben ser incluidos en la evaluación del riesgo suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. A pesar de muchos estudios que se han enfocado en estos factores de riesgo conocidos, pocos son los que han explorado el aspecto psicológico profundo de la cuestión, uno de los cuales y que representa en buena medida la capacidad de afrontamiento ante la angustia de los pacientes con trastorno depresivo mayor son los mecanismos de defensa (9).

Los mecanismos de defensa fueron descritos por primera vez por Sigmund Freud en 1894, como procesos inconscientes que protegen al individuo de emociones dolorosas, ideas e impulsos. Para Freud, los “afectos incomprensiblemente fuertes” eran explicados por mecanismos regulatorios que eran imperceptibles por el paciente hasta que no se le hacían notar, ya que se encontraban bajo el dominio del inconsciente (9). Freud identificó, además, cinco propiedades importantes: 1) los mecanismos de defensa son formas importantes de manejar el instinto y el afecto, así como su interacción con los estresores de la vida diaria, 2) son inconscientes, 3) son discretas (entre ellas), 4) son dinámicos y reversibles, 5) pueden ser tanto adaptativas como patológicas. Aunque hay una cantidad considerable de mecanismos de defensa definidos por teóricos psicodinámicos, estos pueden ser agrupados en diferentes estilos defensivos (10).

Una forma de categorizarlos con base en evaluaciones psicométricas es dividirlos en tres grupos: mecanismos de defensa maduros, neuróticos e inmaduros. Entre los mecanismos de defensa maduros, podemos encontrar la supresión, la orientación a la tarea, la anticipación, la sublimación y el humor. Los mecanismos neuróticos incluyen la formación reactiva, la anulación, la inhibición, la retirada, la idealización y el pseudoaltruismo. Los mecanismos inmaduros están conformados por la proyección, la agresión pasiva, el acting-out, la omnipotencia, la devaluación, el aislamiento, la fantasía, la escisión, la identificación proyectiva, la regresión, la somatización y la negación (11).

De acuerdo con Vaillant y cols., en general, el uso de los mecanismos maduros brinda una mayor adaptación al estrés, y se han asociado a mejor salud mental y física. En cambio, los mecanismos de defensa inmaduros están relacionados con la mala adaptación, con un aumento en los niveles de estrés, con pobre tolerancia a la frustración, así como con una mayor agresividad en general (9). Los mecanismos maduros son los más saludables, y ayudan al individuo a integrar los estresores conflictivos y mantener el balance psicológicos. Mecanismos como la racionalización o la anticipación lidian con los conflictos por medio de la derivación de la frustración hacia causas lógicas o anticipando las reacciones emocionales antes de que estas se manifiesten, respectivamente (10).

Los mecanismos neuróticos tienen ventajas a corto plazo, pero, a la larga, pueden generar problemas inter e intrapersonales, aunque no con la severidad de los mecanismos inmaduros. Por ejemplo, el mecanismo de la formación reactiva lidia con la ansiedad por medio de la exageración de lo opuesto al pensamiento o emoción inaceptables (9). Los mecanismos inmaduros involucran la eliminación de la necesidad de lidiar con la realidad. Estos frecuentemente van acompañados de alteraciones en las funciones de la conciencia, la memoria, la percepción, la atención y la orientación, así como alteraciones en comportamiento. El mecanismo de la proyección, por ejemplo, lidia con los sentimientos internos inaceptables por medio de su atribución a una fuente externa, por lo general a otra persona. La disociación involucra una desintegración de las funciones cognitivas mencionadas mediada por la ansiedad psíquica (10).

En un estudio realizado por Corruble y cols., en el que se evaluaron 156 pacientes adultos con trastorno depresivo mayor diagnosticado por criterios del DSM-IV y que se valoraron además con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, se evaluaron los estilos defensivos (usando la escala DSQ-40) que más se correlacionaron con síntomas depresivos y severidad de depresión (evaluada por la escala Hamilton de 17 preguntas) (12). Se encontró que la intensidad de la depresión en pacientes con trastorno depresivo mayor estaba negativamente correlacionada con el uso de mecanismos de defensa maduros, y los pacientes deprimidos que recientemente habían intentado suicidarse tenían mayores puntuaciones en el uso de mecanismos de defensa inmaduros en comparación con sus contrapartes sin intento suicida.

Además, este mismo estudio encontró que los mecanismos de defensa de humor y sublimación estaban aún más relacionados con bajos niveles de intensidad de depresión. Los autores llegan a la conclusión de que, de ser posible confirmar estos resultados, el papel de los estilos defensivos en la severidad de la depresión pudiera ser de mucha relevancia (12). Los mecanismos de defensa pueden ser valorados por un clínico experimentado, o bien, ser medidos por una serie de instrumentos bien definidos. Bond y cols. desarrollaron, en 1983, una escala de auto reporte para medir las posibles derivadas conscientes de los mecanismos de defensa, con la intención de “dilucidar las

manifestaciones explícitas del estilo específico que una persona tiene para lidiar con el conflicto, de forma consciente o inconsciente”. Se le llamó el Cuestionario de Estilos Defensivos (DSQ-88 por sus siglas en inglés) (13).

En 2009, Hovanesian y cols. realizaron un estudio en pacientes internados en un hospital general, en el que evaluaron tres grupos de pacientes: deprimidos sin ideación suicida, con ideación suicida, pero sin intento suicida y con intento suicida. Se les realizó la escala DSQ-40 (versión acortada de 40 reactivos) durante las primeras 48 horas tras ser hospitalizados, y se realizaron regresiones logísticas para determinar los mejores predictores para su estado actual, suicida o no. Descubrieron que el uso de mecanismos de defensa inmaduros eran los mejores predictores para un intento suicida, incluyendo severidad de síntomas e intentos previos (10).

Tomando en consideración los datos obtenidos de la literatura, se ha observado la influencia de los mecanismos de defensa y los tres estilos defensivos en la capacidad de tolerancia a la frustración y el riesgo suicida. El problema en cuestión es el hecho de que no se ha estudiado con suficiente profundidad ni minuciosidad el peso que pueden llegar a tener estos componentes psicológicos en el riesgo suicida que presentan los pacientes con trastorno depresivo mayor (12).

Si tomamos en cuenta la línea de pensamiento de investigadores como Hawton y cols. (8), tendríamos que considerar que, en caso de que se demostrara que un estilo defensivo específico conlleva un mayor riesgo suicida, entonces tendríamos que plantearnos que este factor también debe ser incluido en la evaluación del riesgo suicida en esta población. Es por este motivo que el hecho de investigar y demostrar la influencia de los estilos defensivos puede ser de vital importancia para la evaluación del paciente con trastorno depresivo mayor y riesgo suicida. Escalas como el DSQ-88 pueden ser muy valiosas para determinar de forma objetiva la prevalencia del uso de un estilo de defensa específico (14).

El DSQ-88 es un cuestionario auto aplicable de 88 ítems. Evalúa 25 mecanismos de defensa y proporciona puntuaciones en un para tres estilos defensivos: estilo defensivo maduro, neurótico e inmaduro. Los ítems están evaluados en una escala tipo Likert de la siguiente manera: del 1 que equivale a estar totalmente en desacuerdo con la aseveración hasta el 9 que significa estar totalmente de acuerdo (15). Las normas de corrección consisten en la simple suma de las puntuaciones de cada mecanismo y dividirla entre el número de ítems. La media para todos los estilos es de 4.5 puntos, y a partir de esto se ve si el paciente está o no por encima de la media en cada uno de los mecanismos. Posteriormente se promedian las puntuaciones para cada uno de los estilos y se obtiene una puntuación final para cada estilo. El estilo defensivo (maduro, neurótico o inmaduro) con mayor puntuación es el más usado por la persona. Esta escala ha sido validada en español previamente, y cuenta con una confiabilidad por alfa de Cronbach de .898 (16). El tiempo estimado para la realización de esta escala es de 15 minutos.

A continuación explicaremos definiremos los mecanismos de defensa que explora la escala DSQ-88:

- Mecanismos maduros:
 - Supresión: mecanismo en el que los individuos lidian con los contenidos mentales estresantes a través de hacer esfuerzos voluntarios para sacarlos de la conciencia hasta que exista una oportunidad para afrontarlos de forma adaptativa (17).
 - Orientación a la tarea y sublimación: involucra expresar un impulso en una esfera o manera que no muestra relación con su objetivo original, y que es canalizado hacia actividades con un adecuado valor social (18).
 - Humor: fenómeno complejo compuesto por una mezcla de experiencias intelectuales, emocionales y fisiológicas que contienen una observación de la verdad, que permite adaptar las situaciones depresivas o estresantes de forma optimista (19).

- Anticipación: proceso en el que se visualiza la adversidad futura con un propósito adaptativo, activando mecanismos afectivos, cognitivos y conductuales para minimizar las lesiones físicas y psicológicas (20).
- Mecanismos neuróticos:
 - Formación reactiva: lidiar con comportamientos, pensamientos y sentimientos inaceptables a través de exhibir el comportamiento opuesto (21).
 - Anulación: compensar los pensamientos, sentimientos y comportamientos prohibidos a través de acciones que buscan deshacerlos o neutralizarlos.
 - Inhibición: disminución de la respuesta y velocidad de esta ante la interacción con situaciones estresantes (22).
 - Retirada: el sujeto se aleja de los pensamientos, sentimientos y comportamientos aversivos en vez de enfrentarlos, y no muestra cambios adaptativos (23).
 - Idealización: tendencia a creer que otra persona o situación contiene atributos positivos que no contiene necesariamente, o que es incapaz de equivocarse, con el objetivo de contar con un objeto seguro que sirva como apoyo emocional (24).
 - Pseudoaltruismo: lidiar con el estrés a través de proveer ayuda a los demás, pero con una motivación egoísta inconsciente, a diferencia del altruismo verdadero en el que no hay una expectativa de ganancia personal (25).
- Mecanismos inmaduros:
 - Proyección: proceso en el que una persona le atribuye rasgos de la personalidad, características o motivaciones a otras personas en función de sus propios rasgos, características o motivaciones, con el fin de disminuir la ansiedad derivada de ellos (26).
 - Agresión pasiva: comportamientos no verbales que expresan ira directa e indirectamente en contra de una fuente de estrés, en una forma que puede ser negada de forma subsecuente, incluyendo asociaciones hostiles,

ironía, criticismo supuestamente constructivo y disculpas o retractaciones no sinceras (27).

- Acción (*acting out*): proceso en el que hay una expresión motriz directa de un deseo o conflicto inconsciente, de forma que le permite al individuo permanecer inconsciente de la idea o afecto que la acompaña (28).
- Omnipotencia y devaluación: la primera es una característica del pensamiento mágico primitivo, en el que hay una satisfacción ilusoria asociada al narcisismo primario y la creencia de que se poseen cualidades que no se tienen. La segunda es su contraparte, e involucra eliminar las posibles características positivas de una fuente de estrés con el objetivo de neutralizarla (29).
- Queja (*help-rejecting complaining*): comportamiento en el que una persona critica y/o rechaza la ayuda que se le ofrece, debido a una certeza inconsciente de no poder ser entendido o ayudado con el fin de disminuir el estrés que le genera el fallo en el tratamiento previo (30).
- Fantasía: proceso autista en el que la persona se retira a un mundo interno fantástico con el objetivo de escapar del estresor real (31).
- Aislamiento: existe una separación de ideas y sentimientos originalmente asociados, con el fin de apartar el contenido afectivo asociado a una idea determinada, pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (23).
- Escisión: este mecanismo emerge cuando las perspectivas polarizadas del sí mismo y de los demás son emociones en conflicto intolerables, por lo que las separa y divide, permitiéndole mantener actitudes simultáneas y contradictorias con respecto al sí mismo y los demás, pero le incapacita para integrar ambas cualidades de forma concurrente (17).
- Identificación proyectiva: posterior al proceso de escisión, la persona proyecta sobre sí misma y los demás las diferentes divisiones que hizo de las emociones conflictivas, de tal forma que puede idealizar o devaluarlos de forma cambiante e incongruente (17).

- Regresión: volver a una etapa del desarrollo previa en un esfuerzo de disminuir el estrés originado por el conflicto actual (21).
- Somatización: es la expresión de conflictos intrapsíquicos a través de síntomas físicos (17).
- Negación: oposición inconsciente a los aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas evidentes para los demás, a través de la incapacidad para identificarlas por lo que quedan como inexistentes. A nivel psicótico, este mecanismo afecta de forma total la capacidad para percibir la realidad de forma normal (23).
- Afiliación: solicitar la ayuda o apoyo de otros (21).
- Consumo: uso de sustancias psicoactivas o alimentos para reducir la tensión e inhibir los impulsos instintivos básicos (32).

La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos (33). Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado, y se ha demostrado que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve que otros instrumentos. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. El módulo A del instrumento evalúa la presencia de trastorno depresivo mayor con episodio actual activo. Esta evaluación permite llegar a un diagnóstico rápido y eficaz de estas y otras enfermedades mentales. En el módulo A, una puntuación mayor o igual a 5 hace el diagnóstico de trastorno depresivo mayor con episodio actual activo. El tiempo estimado para realización de este módulo de la escala MINI es de 5 minutos.

Definición operacional de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Intento suicida	Antecedente de comportamiento potencialmente autolesivo, con resultado no fatal en donde hay evidencia, al interrogatorio, de que la persona tenía la intención de fallecer.	Sí o no	No aplica	Categórica nominal binaria

VARIABLE INDEPENDIENTE				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Estilos defensivos	Tipo de estilo defensivo predominante evaluado por la escala DSQ-88.	Inmaduro, neurótico, maduro	No aplica	Categórica nominal

VARIABLES DE CONTROL (CONFUSORAS)				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Sexo biológico	Condición de hombre o mujer	Masculino o femenino	No aplica	Categórica nominal binaria
Edad	Años cumplidos	18-99	Años	Continua
Estado civil	Conjunto de las circunstancias personales en función de si tienen o no pareja	Soltero/a, casado/a, divorciado/a, en unión libre, viudo/a	No aplica	Categórica nominal
Nivel educativo	Etapas de nivel educativo de acuerdo con el programa educativo mexicano	Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado	0-5	Categórica ordinal

Cuadro 1: Variables dependiente, independiente y de control

JUSTIFICACIÓN

Como se expuso con anterioridad, el suicidio es un problema de salud pública que afecta millones de vidas y que se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad (1). Miles de mexicanos fallecen anualmente a causa de suicidio (3). La identificación de los factores de riesgo que conllevan a esto es vital para establecer acciones de salud pública que promuevan la prevención y la disminución del riesgo suicida. Se ha observado que la comorbilidad más importante y que conlleva mayor riesgo para suicidio es el trastorno depresivo mayor (6). La valoración del riesgo suicida en estos pacientes a menudo se basa en escalas y en la experiencia del evaluador, así como en datos de la historia clínica que orienten a un mayor riesgo de acuerdo con estudios que han evaluado los factores asociados a suicidio con anterioridad (8), pero es poco el impacto que se ha dado a los mecanismos de defensa y los estilos defensivos como factor asociado a un aumento o disminución del riesgo suicida. La prioridad fue determinar si los mecanismos de defensa, como un elemento primordial en la personalidad de los pacientes con trastorno depresivo mayor, impacta de forma significativa o no en el riesgo de intento suicida. En caso de demostrarse, sería de vital importancia en la mejora de los criterios y políticas para la evaluación de pacientes con trastorno depresivo mayor y riesgo suicida. El único estudio identificable que cumple con estas características pertenece a Hovanesian y cols. (10). Dicho estudio contaba con una serie de limitaciones tales como el uso de una muestra pequeña, el haberse limitado únicamente a pacientes hospitalizados, además de que se utilizó una versión reducida de la escala DSQ-88, la escala DSQ-40, que ha demostrado tener menos validez que el original (14). No existen estudios similares que evalúen la asociación entre estilos defensivos e intento suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor en nuestra población. Además, el uso de la escala DSQ-88 en su versión original aportaría una mayor validez al estudio, y la realización de pruebas de concordancia interobservador darán incluso mayor peso a los resultados, al eliminar el riesgo de sesgo por la variabilidad para las evaluaciones entre los investigadores (14). Las limitaciones temporales y espaciales que consideramos que se presentarían incluyen trabajar en un tiempo de seis meses y en una población perteneciente únicamente a un hospital psiquiátrico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el intento suicida y los estilos defensivos evaluados por la escala DSQ-88 en pacientes con trastorno depresivo mayor en un hospital psiquiátrico?

HIPÓTESIS

Existe una asociación entre el intento suicida y los estilos defensivos evaluados por la escala DSQ-88 en pacientes con trastorno depresivo mayor en un hospital psiquiátrico.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar si existe asociación entre estilos defensivos específicos e intento suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor en un hospital psiquiátrico, comparados con los pacientes con trastorno depresivo mayor sin intento suicida.

Objetivos específicos:

- Determinar si existe asociación entre un estilo defensivo específico y el presentar intento suicida en esta población.
- Determinar los estilos defensivos encontrados con mayor frecuencia en pacientes con trastorno depresivo mayor mediante la escala DSQ-88.

Objetivos secundarios:

- Determinar si existen otros factores demográficos asociados a un mayor riesgo suicida en la población con trastorno depresivo mayor.
- Determinar cuáles son los mecanismos de defensa individuales (independientemente de los estilos defensivos) más frecuentes en los pacientes con trastorno depresivo mayor con y sin intento suicida.
- Determinar si es o no valiosa la evaluación de mecanismos de defensa en pacientes con trastorno depresivo mayor debido a su posible asociación con intento suicida.

SUJETOS Y MÉTODOS

Material y métodos:

Diseño del estudio: Transversal analítico.

Lugar de realización: Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Población y grupos de estudio:

- A) Pacientes con trastorno depresivo mayor y antecedente de intento suicida, que acudan a la consulta externa, a urgencias o pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.
- B) Pacientes con trastorno depresivo mayor sin antecedente de intento suicida, que acudan a la consulta externa, a urgencias o pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor diagnosticados por MINI, con antecedente de intento suicida: usuarios pertenecientes a los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Everardo Neumann Peña.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor diagnosticados por MINI, sin antecedente de intento suicida: usuarios pertenecientes a los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Everardo Neumann Peña.
- Cualquier sexo.
- Que acepten participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Consumo de sustancias activo en patrón de abuso.

- Diagnóstico previo de trastorno mental y del comportamiento por disfunción cerebral.
- Diagnóstico previo de trastorno bipolar.
- Diagnóstico previo de esquizofrenia.
- Psicosis activa durante la entrevista de cualquier origen.
- Edad menor a 18 años.

Criterios de eliminación:

- No aplica.

Tipo de muestreo:

Muestreo no aleatorio, consecutivo por conveniencia: pacientes pertenecientes a los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Everardo Neumann Peña, que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento informado.

Plan de trabajo:

Se realizó una evaluación inicial para determinar la validez interobservador entre los evaluadores por medio de la aplicación de la escala MINI a pacientes pertenecientes al servicio de hospitalización en las diferentes salas de la clínica y que acepten participar en dicho procedimiento tras la firma de consentimiento informado. Se calculó la fiabilidad interobservador por medio de Kappa de Cohen y posteriormente se procedió a la recolección de datos.

Se incluyeron a todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio y que cumplieron con los criterios de selección mencionados. Inicialmente se identificaron a los pacientes hospitalizados en las áreas de urgencias y sala general con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, con o sin antecedente de intento suicida. Se solicitó su consentimiento informado y se incluyeron en el estudio a aquellos que aceptaron

participar. Además, se identificaron a los pacientes que acudieron a consulta externa y al servicio de urgencias durante los periodos del 28 de enero al 7 de abril de 2021 y que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado. A todos ellos se les solicitaron datos demográficos y se les aplicaron las escalas mencionadas a continuación:

Para evaluar la presencia de trastorno depresivo mayor, se utilizó la herramienta MINI en su módulo A, y para evaluar estilos defensivos se utilizó la escala DSQ-88. En todo momento se consideró y se protegió la confidencialidad de los pacientes participantes. Los datos fueron recolectados en una base de datos de Excel que luego fue exportada al paquete estadístico SPSS versión 20 para su análisis estadístico. Posterior a ello se procedió a la escritura de los resultados, discusión y conclusiones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para cada una de las variables según su escala y su distribución. Para determinar la asociación entre el intento suicida y los factores propuestos se realizó un análisis de regresión logística múltiple. Se consideró significativo si $p < .05$.

Pruebas de concordancia:

Se realizaron pruebas de concordancia con Kappa de Cohen para evaluar la concordancia diagnóstica entre dos residentes de psiquiatría para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor evaluado por MINI. Se encontró una Kappa de Cohen equivalente a 1, con un porcentaje de concordancia del 100%, por lo que se considera un acuerdo perfecto entre ambos observadores.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Para conseguir el objetivo primario se planteó un modelo multivariable de regresión logística que, de acuerdo con la fórmula clásica de Freeman (34), tenemos que:

Intento suicida ~ estilo defensivo + sexo + edad + estado civil + nivel educativo:

$$n = 10 * (k + 1)$$

El tamaño de muestra fue de diez veces el número de variables a estimar más uno:

$$n = 10*(6 + 1) = 70$$

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se considera una investigación mínimo riesgo, en la cual no se solicita identidad del participante; sin embargo, se solicitará consentimiento informado, de acuerdo a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y a Ley de Protección de Datos Personales del estado de San Luis Potosí; así como las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; y también el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki en su revisión 2013 (JAMA 2013;310(20):2191-2194).

De esta manera, los datos no podrán tratarse, transferirse o utilizarse para fines no descritos expresamente en este documento, a menos que sea estrictamente necesario para el ejercicio y cumplimiento de las atribuciones y obligaciones expresamente previstas en las normas que regulan la actuación de los investigadores responsables del estudio; se dé cumplimiento a un mandato legal; sea necesarios por razones de seguridad pública, orden público, salud pública o salvaguarda de derechos de terceros. El presente protocolo fue sometido a revisión y autorización por parte del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, y fue aprobado por el mismo el día 20 de noviembre de 2020, con el número de registro **CEI-CPENP-20-02**. Lo anterior con sustento en la Guía Nacional para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta Edición 2015.

Carta de consentimiento informado: (Ver Anexo 1)

Financiamiento de la investigación:

Proporcionado por los investigadores. No existe conflicto de interés.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 80 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de los cuales 65 fueron mujeres (81.25%) y 15 hombres (18.75%). 50% del total (40/80) tenían antecedente de intento suicida. La edad promedio fue 34 años con desviación estándar de 11.22 años. En el cuadro 2 se presentan las variables de estado civil y nivel educativo con respecto a sexo.

Sexo		Hombres	Mujeres	Total
Estado civil	Solteros	7 (8.75%)	33 (41.25%)	40 (50%)
	Casados	3 (3.75%)	14 (17.5%)	17 (21.25%)
	Divorciados	1 (1.25%)	7 (8.75%)	8 (10%)
	En unión libre	4 (5%)	9 (11.25%)	13 (16.25%)
	Viudos	0 (0%)	2 (2.5%)	2 (2.5%)
Nivel educativo	Primaria	1 (1.25%)	12 (15%)	13 (16.25%)
	Secundaria	4 (5%)	14 (17.5%)	18 (22.5%)
	Preparatoria	9 (11.25%)	18 (22.5%)	27 (33.75%)
	Licenciatura	1 (1.25%)	21 (26.25%)	22 (27.5%)
	Posgrado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Cuadro 2. Estado civil y nivel educativo de los pacientes con respecto al sexo

En todos los participantes se evaluaron 5 mecanismos de defensa maduros, 6 neuróticos y 14 inmaduros usando la escala DSQ-88. Con respecto a los mecanismos maduros, la orientación a la tarea fue el más frecuentemente usado, seguido de la anticipación, la supresión, la sublimación y finalmente el humor, como se puede apreciar en la figura 1.

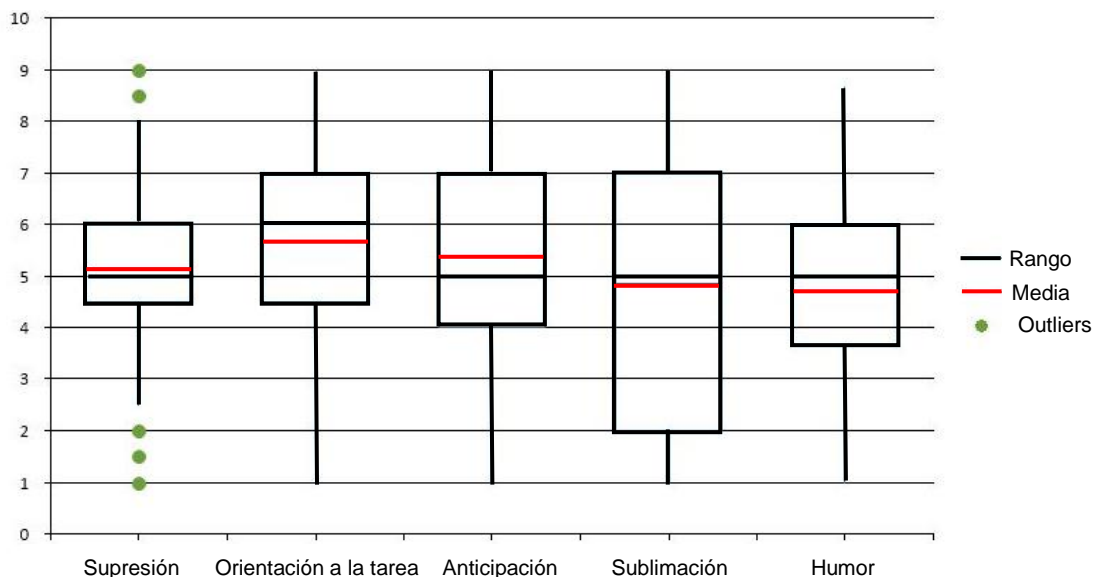


Figura 1. Frecuencia de mecanismos de defensa maduros

En la figura 2 se observan los mecanismos de defensa neuróticos, de los cuales el más frecuente fue la retirada, seguido del pseudoaltruismo y la inhibición. Los menos usados fueron la formación reactiva, la idealización y la anulación.

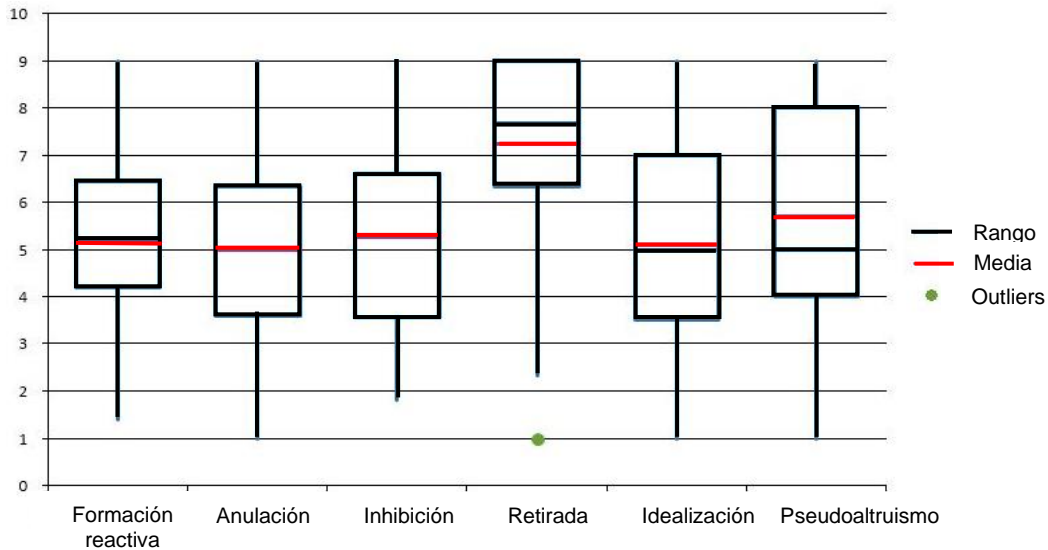


Figura 2. Frecuencia de mecanismos de defensa neuróticos

En cuanto a los mecanismos de defensa inmaduros, observamos que el más usado fue la somatización, seguido de la acción y la fantasía, mientras que los menos usados fueron la proyección, el consumo y la omnipotencia. La figura 3 muestra el rango intercuartílico de los mecanismos inmaduros.

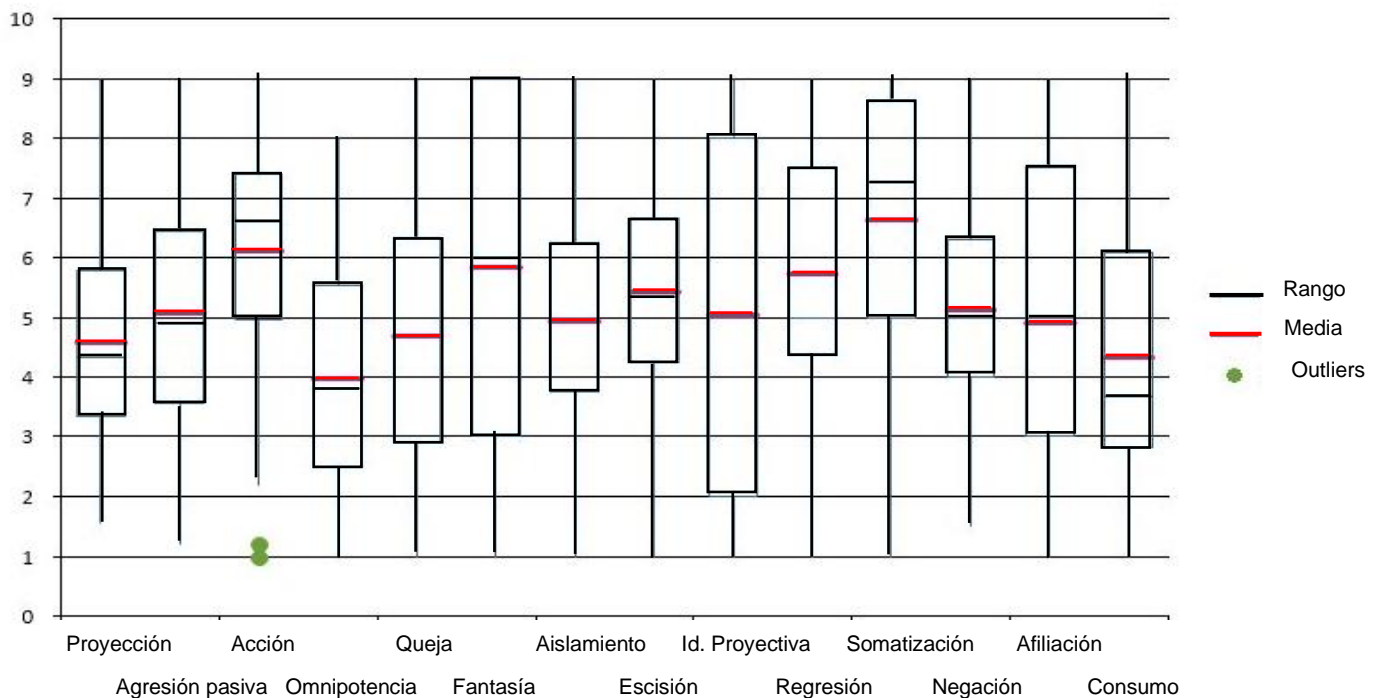


Figura 3. Frecuencia de mecanismos de defensa inmaduros

Del total de los pacientes incluidos, la mitad tuvieron antecedente de intento suicida (50%). De las mujeres, 33 de 65 (50.7%) presentaron antecedente de intento suicida, lo cual es similar a lo observado en los hombres, siendo estos 7 de los 15 incluidos (46.6%), ($p=0.77$).

La edad promedio en el grupo de intento suicida fue ligeramente menor, 31.9 años (DE=13 años), en comparación con los que no lo tuvieron, que fue de 36.5 años (DE=14.9 años) aunque no se demostró diferencia significativa ($p=0.21$).

Al evaluar la frecuencia de tipo de estado civil con respecto al antecedente de intento suicida, encontramos una diferencia ampliamente significativa ($p=0.003$), ya que, como se puede observar en el cuadro 3, un poco más del 50% (21/40) de los que tuvieron este antecedente eran solteros.

Estado civil	No antecedente de intento suicida	Antecedente de intento suicida	Total
Solteros	19	21	40
Casados	15	2	17
Divorciados	2	6	8
En unión libre	4	9	13
Viudos	0	2	2
Total	40	40	80

Cuadro 3. Tabulación cruzada entre estado civil y antecedente de intento suicida. $p= 0.003$

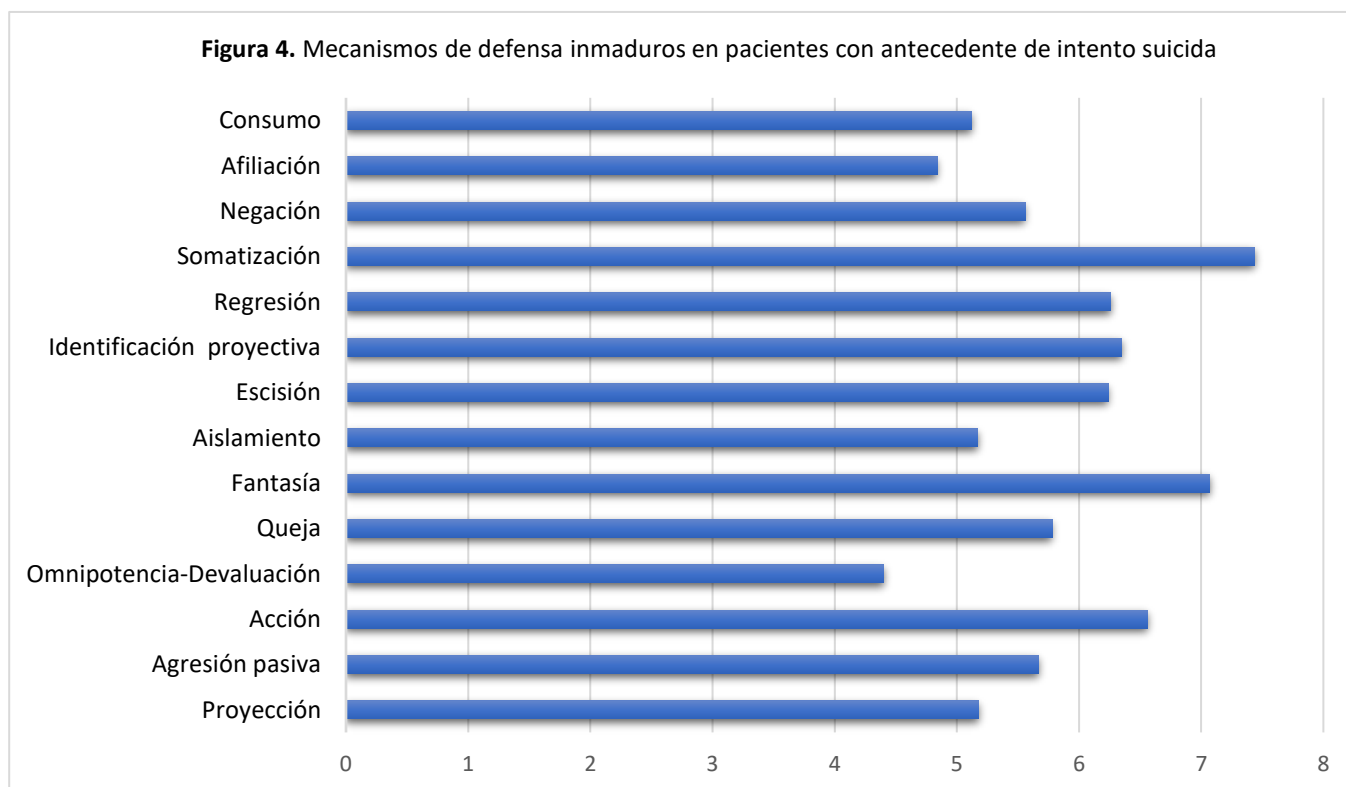
El nivel educativo predominante en el grupo con intento suicida fueron los que tuvieron la preparatoria terminada, seguido de los que solo terminaron la primaria y la secundaria, aunque no se observó una diferencia significativa ($p=0.69$).

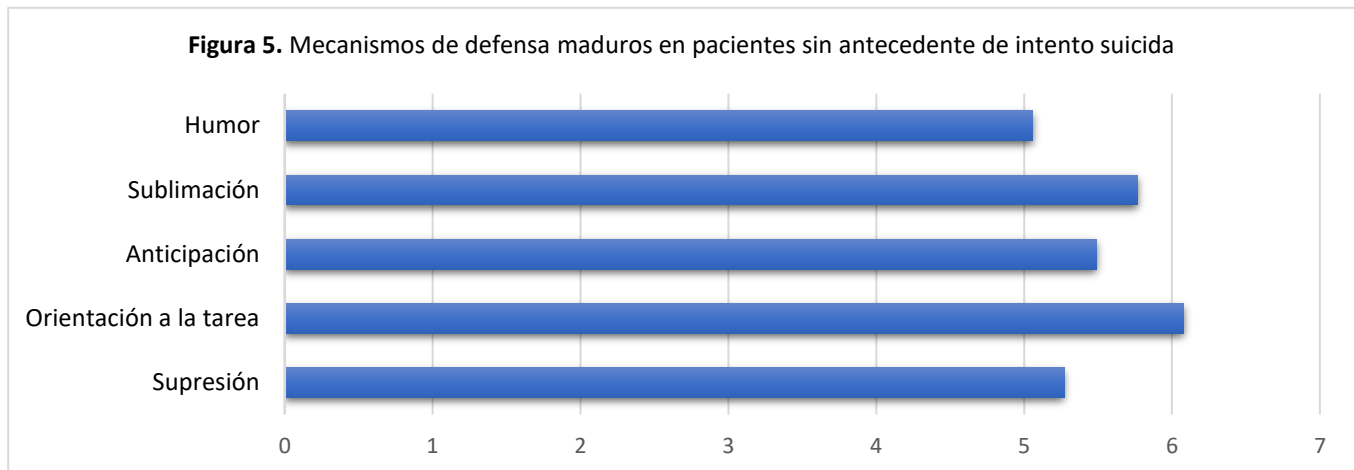
En el cuadro 4 se presentan el antecedente de intento suicida y el promedio para cada uno de los estilos defensivos. En ella podemos observar que el mayor valor para los pacientes que tuvieron intento suicida previo se encontró en el estilo de defensa inmaduro ($p=0.0001$). Para aquellos que no tuvieron intento suicida, el estilo defensivo con mayor predominancia fue el neurótico, siendo el promedio de este valor muy similar al obtenido por los pacientes con intento suicida ($p=0.98$). Sin embargo, destaca que los pacientes sin intento suicida tuvieron un promedio alto en el estilo maduro en comparación con los que presentaron intento suicida ($p=0.001$).

	Antecedente de intento suicida	N	Promedio	Desviación estándar	Error estándar de la media
Estilo defensivo maduro *	No	40	5.53	1.079	0.171
	Sí	40	4.75	0.985	0.156
Estilo defensivo neurótico **	No	40	5.56	1.414	0.224
	Sí	40	5.57	1.166	0.184
Estilo defensivo inmaduro ***	No	40	4.51	1.201	0.19
	Sí	40	5.83	1.024	0.162

Cuadro 4. Antecedente de intento suicida comparado con estilos defensivos. * $p=0.001$, ** $p=0.98$, *** $p=0.0001$

Como podemos observar en la figura 4, el mecanismo de defensa inmaduro más frecuentemente utilizado por los pacientes con intento suicida fue la somatización, seguido de la fantasía, y en tercer lugar la acción. A su vez, el mecanismo de defensa maduro más usado por los pacientes sin intento suicida fue la orientación a la tarea, seguido de la anticipación, como se observa en la figura 5.





Se llevó a cabo un análisis de regresión logística múltiple, incluyendo únicamente aquellas variables que en el análisis bivariado resultaron significativas, el cual se presenta en el cuadro 5. Se puede observar que existe asociación entre ser soltero y tener intento suicida previo ($p=0.027$). Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el uso prioritario de un estilo defensivo inmaduro y presentar intento suicida, independientemente del estado civil mencionado ($p=0.05$).

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Constante	0	0.224	0	1	1	1
Variables en la ecuación						
Estado civil	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Soltero			10.932	4	0.027	
Casado	-20.703	28420.942	0	1	0.999	0
Divorciado	-22.879	28420.942	0	1	0.999	0
En unión libre	-19.501	28420.942	0	1	0.999	0
Viudo	-20.114	28420.942	0	1	0.999	0
Estilo defensivo inmaduro	1.064	0.546	3.795	1	0.05	2.897
Constante	20.139	28420.942	0	1	0.999	557637458
Variables introducidas en la ecuación: estado civil, antecedente de intento suicida						

Cuadro 5. Regresión logística múltiple sobre la variable de intento suicida en 80 pacientes con trastorno depresivo mayor.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demuestran que los estilos defensivos tienen una relevancia estadísticamente significativa para presentar o no antecedente de riesgo suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor en un hospital psiquiátrico.

En este estudio, no se encontró una influencia significativa de las variables de sexo, edad ni el nivel educativo asociados al antecedente de intento suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. Esto llama la atención debido a que, en estudios previos, se ha observado que las mujeres suelen tener más riesgo de presentar uno o más intentos suicidas. Además, un nivel educativo bajo y ciertos grupos de edad también se han asociado como factores de riesgo. El estado civil, por el contrario, si se asoció a este antecedente, lo cual es congruente con estudios anteriores en los que se ha observado que este es un factor de riesgo importante para presentar intento suicida.

Los mecanismos de defensa inmaduros que, como se ha descrito con anterioridad, se asocian a personalidades poco funcionales, también se asociaron a una mayor frecuencia de antecedente de intento suicida. Cabe destacar que el uso de un estilo defensivo en particular no es exclusivo de una persona en específico ni se espera que se use en todo momento, es decir, todas las personas pueden llegar a utilizar cualquier mecanismo o estilo defensivo en cualquier momento determinado dependiendo de los factores estresantes. Lo que cobra importancia es la frecuencia de uso de cada uno de ellos, que es precisamente lo que mide la escala de estilos defensivos. El estilo defensivo más frecuente fue el neurótico, como era de esperarse de acuerdo con estudios previos en la población general. También se encontró que el uso prioritario de un estilo de defensa maduro se asoció a no tener antecedente de intento suicida, por lo que pudiéramos sugerir que esta característica es un factor de protección para tenerlo.

Los mecanismos de defensa específicos más usados por las personas con antecedente de intento suicida fueron la somatización, la fantasía y la acción (también llamado *acting*

out). Esto es interesante si consideramos que el suicidio puede ser visto como una forma de escape de la realidad en una situación de extrema ansiedad, tristeza o estrés, de la misma manera que la somatización es una forma de negación de la sintomatología psicológica en favor de sintomatología somática, la fantasía es un escape de la realidad en favor de la imaginación, y la acción es un escape a través de la ejecución de acciones determinadas.

En cuanto a los mecanismos de defensa maduros más usados por los pacientes sin antecedente de intento suicida, destacan la orientación a la tarea, la sublimación y la anticipación. El manejo adecuado del estrés, la tristeza y la ansiedad en personas con trastorno depresivo mayor a través de la realización de actividades que disminuyan la sintomatología en favor de la productividad o la generación de elementos socialmente aceptables, además de la preparación previa intencional para lidiar con esto de una manera sana corresponde con un mejor manejo de las emociones y un afrontamiento sano de la realidad.

En el análisis multivariado se observó que el estado civil fue significativo en cuanto a la población de solteros, lo cual nuevamente tiene sentido con lo reportado en la literatura. La red de apoyo aportada por un cónyuge puede ser importante para la disminución del riesgo suicida. Esto cobra importancia en la evaluación de los pacientes con trastorno depresivo mayor y riesgo suicida, ya que determinar el estado civil además de si existe o no una red de apoyo puede ser un factor de riesgo o protector a considerar. Además, un estilo de defensa inmaduro nuevamente se asoció de forma significativa a presentar intento suicida, incluso a pesar de la influencia del estado civil, que fue la única otra variable asociada.

Estos resultados nos demuestran que la evaluación de mecanismos de defensa y estilos defensivos tiene una relevancia fundamental en la valoración de riesgo suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. Este tipo de evaluación se puede realizar a través de las escalas que hemos comentado previamente, incluyendo el DSQ-88, que

puede realizarse en un periodo de tiempo relativamente corto de veinte minutos, y cuyo resultado cobra importancia en esta evaluación.

Otro detalle importante radica en el hecho de que también se puede realizar una valoración clínica psicológica que tome en cuenta los mecanismos de defensa evaluados sin necesidad de una escala específica, lo cual suma un punto muy relevante a este tipo de evaluación en cuanto a la estimación del riesgo suicida en esta población. Lo mismo puede decirse con respecto a los estilos defensivos maduros, ya que su presencia de forma prevalente en pacientes con trastorno depresivo mayor se asocia a una menor frecuencia de intento suicida, lo que nos orienta a un factor de protección.

En contraste con los estudios publicados previamente en la literatura, se investigó una población mayor, se usó la escala DSQ-88 original y se realizó un análisis interobservador previo para mayor validez en las observaciones. Los resultados fueron similares a los observados en la literatura, aunque en nuestro estudio también se observa la importancia del factor sociodemográfico del estado civil para presentar riesgo suicida.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las fortalezas de este estudio podemos encontrar el hecho de que se incluyó a una población mucho más amplia que la que se había estudiado previamente, con un total de 80 casos. Además, la realización de pruebas de concordancia entre los evaluadores suma a la validez interna de la evaluación, especialmente tomando en cuenta que el porcentaje de concordancia fue del 100%. Otra ventaja es que se evaluó a población mexicana perteneciente a una institución pública, lo que permite que los resultados sean relevantes para esta misma población. Finalmente, el análisis multivariado permitió delimitar la influencia específica de cada variable y demostrar una asociación entre los estilos defensivos y el antecedente de intento suicida, lo cual genera un precedente que luego puede investigarse en estudios de causalidad.

Las debilidades principales del estudio se deben a que, al tratarse de un estudio transversal, no se puede determinar causalidad ni riesgos relativos para estas variables en esta población. Además, al ser un estudio no aleatorizado, existe un riesgo de sesgo de selección, aunque consideramos que es bajo.

CONCLUSIONES

En general, se demostró que existe una asociación entre el intento suicida y la presencia de un estilo defensivo inmaduro en pacientes con trastorno depresivo mayor.

De forma secundaria, también se demostró que existe asociación entre el estado civil soltero y este mismo antecedente.

También encontramos que tener un estilo defensivo maduro se asocia de forma significativa a no presentar intento suicida.

Podemos concluir que los estilos defensivos en esta población cobran una relevancia contundente tanto para aumento como disminución del riesgo suicida

Los estilos defensivos deben considerarse como un punto importante a valorar en todo paciente con dicho riesgo.

Este estudio abre las puertas para una evaluación más exhaustiva de los mecanismos y estilos defensivos como potenciales factores de riesgo o protección.

Es importante realizar más estudios, especialmente de tipo prospectivo, que puedan contribuir a determinar el papel causal que tienen o no los mecanismos de defensa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3).
- 2.- Wasserman, D. (Ed.). (2016). Suicide: an unnecessary death. Oxford University Press.
- 3.- Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., & Díaz-Salazar, J. (2019). Ideación e intento de suicidio en México: Encodat 2016. *Salud Pública de México*, 61(1), 6-15.
- 4.- Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69-101.
- 5.- Cervantes, C. A. D., & Montaña, A. M. P. (2020). Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200069.
- 6.- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925-1932.
- 7.- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., ... & De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry investigation*, 17(3), 207.
- 8.- Hawton, K., Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 17-28.
- 9.- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Pub.
- 10.- Hovanesian, S., Isakov, I., & Cervellione, K. L. (2009). Defense mechanisms and suicide risk in major depression. *Archives of Suicide Research*, 13(1), 74-86.
- 11.- Ruuttu, T., Pelkonen, M., Holi, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Heilä, H., ... & Marttunen, M. (2006). Psychometric properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in adolescents. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 98-105.
- 12.- Corruble, E., Bronnec, M., Falissard, B., & Hardy, P. (2004). Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(3), 285-288.

- 13.- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*.
- 14.- Ramkissoon, M. (2014). Examining the Defense Style Questionnaire 88 (DSQ-88) in an employee sample: Items and a two-factor model. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 291-299.
- 15.- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of general psychiatry*, 40(3), 333-338.
- 16.- Chávez-León, E., Lara Muñoz, M. D. C., & Ontiveros Uribe, M. P. (2006). An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *Salud mental*, 29(6), 15-22.
- 17.- Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. K. (Eds.). (2020). *Encyclopedia of personality and individual differences*. Cham: Springer International Publishing.
- 18.- Baumeister, R. F., Dale, K., & Sommer, K. L. (1998). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: Reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of personality*, 66(6), 1081-1124.
- 19.- Ostrower, C. (2015). Humor as a Defense Mechanism during the Holocaust. *Interpretation*, 69(2), 183-195.
- 20.- Grupe, D. W., Oathes, D. J., & Nitschke, J. B. (2013). Dissecting the anticipation of aversion reveals dissociable neural networks. *Cerebral cortex*, 23(8), 1874-1883.
- 21.- Thobaben, M. (2005). Defense mechanisms and defense levels. *Home Health Care Management & Practice*, 17(4), 330-332.
- 22.- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child development*, 1459-1473.
- 23.- Izquierdo-Sotorrío, E. (2015). Los mecanismos de defensa desde la perspectiva de género y su impacto sobre la salud. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1 (5), 1-27.
- 24.- Yazdanshenas Ghazwin, M., Tavakoli, S. A. H., Latifi, S., Saberi, H., Derakhshanrad, N., Yekaninejad, M. S., ... & Ghodsi, S. M. (2017). Psychological defense mechanisms among individuals with SCI with adjustment disorder. *The journal of spinal cord medicine*, 40(5), 538-547.

- 25.- Feigin, S., Owens, G., & Goodyear-Smith, F. (2014). Theories of human altruism: A systematic review. *Annals of Neuroscience and Psychology*, 1(1), 1-9.
- 26.- Holmes, D. S. (1978). Projection as a defense mechanism. *Psychological Bulletin*, 85(4), 677.
- 27.- Kantor, M. (2002). *Passive-aggression: A Guide for the Therapist, the Patient, and the Victim*. Greenwood Publishing Group.
- 28.- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 44.
- 29.- Kernberg, O. F. (1995). Omnipotence in the transference and in the countertransference. *The Scandinavian psychoanalytic review*, 18(1), 2-21.
- 30.- Sammallahti, P., Lehto-Salo, P., Mäenpää, H., Elomaa, I., & Aalberg, V. (1995). Psychological defenses of young osteosarcoma survivors. *Psycho-Oncology*, 4(4), 283-286.
- 31.- Watson, D. C. (2002). Predicting psychiatric symptomatology with the Defense Style Questionnaire-40. *International Journal of Stress Management*, 9(4), 275-287.
- 32.- Amador Jiménez, D. E. (2020). El trastorno por consumo de alcohol como producto del conflicto intrapsíquico. *Revista Torreón Universitario*. 9 (26).
- 33.- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrum. Detección Orientación Diagnóstica*.
- 34.- Ortega Calvo, M., & Cayuela Domínguez, A. (2002). Regresión logística no condicionada y tamaño de muestra: una revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 85-93.

Anexo 1: Carta de consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Luis Potosí S.L.P., a _____ de _____ del 20_____.

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

I. Se le invita a participar en el proyecto de investigación titulado “**COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR E INTENTO SUICIDA Y SIN INTENTO SUICIDA, Y SU ASOCIACIÓN A ESTILOS DEFENSIVOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO**”, el cual fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, con el número de registro CEI-CPENP-20-02.

II. El objetivo del estudio es buscar una asociación entre los mecanismos de defensa psicológicos y el riesgo de presentar intento suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor de la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

III. Para llevar a cabo este trabajo de investigación se le realizará el cuestionario MINI de depresión. Además, se le solicitará contestar el Cuestionario de Estilos de Defensa de Bond (DSQ-88).

IV. Al ser una investigación en la que solamente se realizarán escalas a modo de cuestionario, no existe un riesgo real para su salud. Además, se le darán a conocer los resultados de dichas escalas de forma inmediata.

V. En caso de encontrar alguna situación relevante o que represente un riesgo para usted, se le informará de ello y se le ofrecerá en ese caso una valoración psiquiátrica exhaustiva y, en caso necesario, se le ofrecerá tratamiento.

VI. El Dr. Juan Francisco Hernández Gómez, investigador principal, se compromete a responder cualquier pregunta y a aclarar sus dudas sobre los procedimientos que se llevarán a cabo o sobre cualquier asunto relacionado con la investigación.

VII. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que se me brinda en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

VII. El investigador principal está comprometido a guardar confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos, así como a proporcionarle la información que se obtenga durante el mismo.

VIII. Los resultados obtenidos se darán a conocer en eventos académicos y científicos, además de publicar los mismos en revistas científicas, comprometiéndose el investigador a NO dar a conocer su identidad.

Con fecha _____, y hora _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ acepto participar en el estudio titulado:

“COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR E INTENTO SUICIDA Y SIN INTENTO SUICIDA, Y SU ASOCIACIÓN A ESTILOS DEFENSIVOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO”

Nombre y firma de la persona que consiente o responsable legal:

Nombre y firma del testigo 1: _____

Relación que guarda con el paciente: _____

Nombre y firma del testigo 2: _____

Relación que guarda con el paciente: _____

Nombre y firma del investigador principal: _____

Anexo 2: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SÍ	

NO SÍ
**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
ACTUAL**

Anexo 3: Escala DSQ-88.

BOND'S DEFENSE STYLE

Nombre y Apellidos:	Fecha:
---------------------	--------

Instrucciones:

Este cuestionario se compone de 88 afirmaciones (o frases), cada una de ellas va seguida por una escala de valoración:

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

Valora del 1 al 9 el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas afirmaciones, tachando con una cruz en la columna de la derecha

Ejemplo: Montreal es una ciudad de Canadá.

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

Ahora conteste con la mayor sinceridad posible a las siguientes cuestiones:

- | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me gusta ayudar a los demás. Si me quitaran la posibilidad me deprimiría. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. A menudo la gente me llama malhumorado (me dice que soy malhumorado, que me mosqueo fácilmente). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. Soy capaz de mantener alejado un problema de mi cabeza hasta tener tiempo para afrontarlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. Siempre me tratan injustamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. Supero mi ansiedad haciendo algo constructivo y creativo, como pintar, trabajar la madera, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. Algunas veces dejo para mañana lo que tengo que hacer hoy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. Me sigo metiendo (enredando) en el mismo tipo de situaciones frustrantes y no se la razón. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. Soy capaz de reírme de mi mismo con mucha facilidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. Me comporto como un niño cuando estoy frustrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. Soy muy tímido para defender mis derechos ante la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11. Soy superior a la mayoría de la gente que conozco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 12. La gente tiende a tratarme mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 13. Si alguien me asaltase y me robase dinero preferiría que le ayudasen a que le castigasen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 14. A veces pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 15. A veces me río de chistes verdes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 16. La gente dice que soy como un avestruz, con la cabeza enterrada en la arena. En otras palabras, que atiendo a los hechos desagradables, como si no existieran. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 17. Me controlo para no convertirlo todo en una competición. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 18. A menudo me siento superior a la gente con la que estoy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 19. Alguien me está quitando todo lo que tengo emocionalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 20. Me enfado a veces. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Muy de acuerdo*

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21. A menudo tiendo a actuar impulsivamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 22. Preferiría morirme de hambre que ser obligado a comer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 23. Ignoro el peligro como si fuera Superman. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 24. Me precio de mi habilidad para catalogar a la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 25. La gente me dice que tengo complejo de persecución. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 26. A veces cuando me siento bien me siento culpable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 27. A menudo actúo impulsivamente cuando algo me molesta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 28. Enfermo físicamente cuando las cosas no me van bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 29. Soy una persona muy tímida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 30. Soy un artista frustrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 31. No siempre digo la verdad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 32. Me alejo de la gente cuando me siento dolido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 33. A menudo exijo tanto a mí mismo que los otros tienden a ponerme límites. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 34. Mis amigos no me ven como un payaso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 35. Me aislo de la gente cuando estoy enfadado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 36. Tiendo a ponerme en guardia con la gente, que resulta ser luego más amistosa de lo que yo esperaba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 37. Tengo cualidades especiales que me permiten andar por la vida sin problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 38. A veces en las elecciones voto a personas de las que conozco muy poco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 39. A menudo llego tarde a las citas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 40. Hago más cosas en mis fantasías que en la vida real. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 41. Soy muy tímido para acercarme a la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 42. No tengo miedo a nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 43. Algunas veces pienso que soy un ángel y otras un demonio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 44. Prefiero ganar que perder en un juego. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 45. Soy muy sarcástico cuando me enfado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 46. Soy muy agresivo cuando me siento herido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 47. Creo en poner la otra mejilla cuando alguien me hiere. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 48. No leo todas las editoriales (artículos de opinión) del periódico o diario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 49. Me alejo de la gente cuando estoy triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 50. Soy tímido en el sexo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 51. Yo siempre siento que alguien que conozco es como un ángel de la guarda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 52. Mi filosofía es: no oír lo malo, no hacer el mal y no ver el mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 53. En mi opinión, la gente con la que estoy o es buena o es mala. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 54. Si mi jefe está encima de mí y me presiona, podría cometer errores o trabajar más despacio para devolvérselo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 55. Todo el mundo está contra mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 56. Yo intento ser agradable con la gente que no me gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 57. Me pondría muy nervioso si en un avión en el que estoy volando se estropease el motor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 58. Hay alguien que conozco que puede hacer cualquier cosa y que es absolutamente claro y justo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 59. Algunas personas están conspirando para matarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 60. Soy capaz de ocultar mis sentimientos si el mostrarlos puede inferir con lo que estoy haciendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 61. Habitualmente soy capaz de ver el lado divertido de una situación dolorosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre y Apellidos:	Fecha
---------------------	-------

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

- | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 62. Se me pone dolor de cabeza cuando tengo que hacer algo que no me gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 63. A menudo me encuentro a mí mismo siendo agradable con la gente con la que realmente debería estar enfadado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 64. No es cierta la opinión: Todo el mundo tiene una parte buena. Si eres malo lo eres totalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 65. Nunca deberíamos enfadarnos con la gente que nos gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 66. Estoy seguro que me toca la parte dura y mala de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 67. Cuando estoy estresado me hundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 68. Cuando sé que tendré que enfrentarme con una situación difícil, como un examen o una entrevista de trabajo, yo trato de imaginarme como será y preveo medios para superarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 69. Los médicos nunca entienden lo que realmente me pasa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 70. Cuando alguien cercano a mí se muere, no me siento muy afligido o alterado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 71. Después de luchar por mis derechos, yo tiendo a disculparme por haberlo hecho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 72. La mayoría de lo que me sucede no es responsabilidad mía. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 73. Cuando estoy deprimido o ansioso, comer me hace sentir mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 74. Trabajar duro me hace sentirme mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 75. Mis médicos no son capaces de ayudarme realmente o resolver mis problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 76. Me dicen a menudo que no muestro mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 77. Yo creo que la gente habitualmente ve más significados en películas, obras o libros de los que realmente tienen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 78. Tengo costumbres o hábitos que me siento impulsado a hacer, o de lo contrario, siento que sucederá algo terrible. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 79. Tomo drogas, medicinas o alcohol cuando estoy tenso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 80. Cuando me siento mal intento estar con alguien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 81. Si yo puedo predecir que voy a estar triste de antemano, puedo superarlo mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 82. No importa cuánto reclame o me queje, nunca obtengo una respuesta satisfactoria. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 83. A menudo descubro que no siento nada cuando la situación debería provocarme sentimientos fuertes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 84. Tener cosas entre manos me previene de la depresión y de la ansiedad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 85. Fumo cuando estoy nervioso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 86. Si yo estuviera en una crisis, buscaría hablar con otra persona que tuviera el mismo problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 87. No puedo ser criticado o censurado por lo que hago mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 88. Si tengo un pensamiento agresivo siento la necesidad de hacer algo para compensarlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre: Fecha:

FORMAS DE DEFENSA MADURAS

1. Supresión.

3	60	X	X/2

2. Orientación a la tarea

74	84	X	X/2

3. Anticipación

68	81	X	X/2

4. Sublimación

5	X

5. Humor

8	34	61	X	X/3

FORMAS DE DEFENSA NEURÓTICAS

6. Formación reactiva

13	47	56	63	65	X	X/5

7. Anulación

71	78	88	X	X/3

8. Inhibición

10	17	29	41	50	X	X/5

9. Retirada

32	35	49	X	X/3

10. Idealización

51	58	X	X/2

11. Pseudoaltruismo

1	X

FORMAS DE DEFENSA INMADURAS

12. Proyección

4	12	25	36	55	59	66	72	87	X	X/9

13. Agresión Pasiva

2	22	39	45	54	X	X/5

14. Acción

7	21	27	33	46	X	X/5

15. Omnipotencia-Devaluación

11	18	23	24	30	37	X	X/6

16. Queja

69	75	82	X	X/3

17. Fantasía

40	X

18. Aislamiento

70	76	77	83	X	X/4

19. Escisión

43	53	64	X	X/3

20. Identificación proyectiva

19	X

21. Regresión

9	67	X	X/2
	X/2		

22. Somatización

28	62	X

23. Negación

16	42	52	57	X	X/4

24. Afiliación

80	86	X	X/2

25. Consumo

73	79	85	X	X/3

DEF. MADURAS	
DEF. NEURÓTICAS	
DEF. INMADURAS	