

INVESTIGACIÓN SOBRE MECANISMOS DE DEFENSA

RESEARCH ON DEFENSE MECHANISMS

Uwe Hentschel* y Manfred Kießling**

Resumen

Los autores examinan el problema de los mecanismos de defensa, su categorización y tipos de clasificación así como también exponen diversos métodos que encaran la investigación de tales mecanismos. Se refieren principalmente a los métodos del DMT (Kragh, 1985) y del FKBS (Hentschel et al., 1998). Ambos métodos se describen en detalle. En la discusión se evalúan críticamente los resultados y se consideran direcciones para investigaciones futuras.

Palabras clave: mecanismos de defensa, categorización, confiabilidad.

Summary

The authors examine issues concerning defense mechanisms, their categorization and types of classification and show different methods concerning their research. They concentrate mainly on the following methods: the DMT (Kragh, 1985) and the FKBS (Hentschel et al., 1998). Both these methods are described in detail. In the discussion section, results are critically evaluated and directions for future research are considered.

Key words: defense mechanisms, categorization, reliability.

Introducción

Todos los mecanismos de defensa, excepto los cuestionarios, necesitan algunas categorizaciones. Pueden registrarse utilizando solo las categorizaciones, mediante las transcripciones de terapia y mediante el uso de *tests*.

Freud (1893) los introdujo en base a categorizaciones únicamente. Su hija (A. Freud, 1937) también los estructuró mediante el uso de clasificaciones. Posteriormente se desarrollaron *tests* (véase por ejemplo Rosenzweig, 1945/46; Kragh, 1985; Smith, Johnson, Almgren y Johanson, 2002) que utilizan estímulos visuales, pero como en todo *test* proyectivo, se requiere también algún tipo de ordenamiento.

* University of Leiden.

** GPS, Mainz.



Fig. 1

Los supuestos básicos subyacentes a los mecanismos de defensa se presentan en la Figura 1. Son tal vez la contribución más original de Freud a la comprensión del hombre por el hombre¹ (Vaillant, 1977, p. 77). Resulta algo difícil clasificarlos, porque la interferencia depende a menudo solo de una ausencia en la reacción de quien responde. La viñeta de Vaillant acerca del hematólogo es un buen ejemplo de esto: “Sus responsabilidades profesionales eran exclusivamente clínicas pero últimamente había adoptado el hobby de estudiar cultivos celulares. En una entrevista reciente describió con especial interés y animación un interesante cultivo de linfocitos que él había obtenido de su madre. Recién al final de la entrevista de repente reveló que su madre había muerto de un ataque solo tres semanas antes. La descripción que hizo de su muerte era trivial y sin preocupación observable” (Vaillant, 1971, p. 113). El nivel atenuado de ansiedad solo puede tomarse como un criterio, en caso de que el mecanismo de defensa sea exitoso. Cuando fracasa, generalmente no existe tal criterio.

Es posible formalizar los mecanismos de defensa restringiéndolos a solo un operador (Holanda, 1973) o bien introduciendo varias transformaciones como hicieron Sappes y Warren (1975). Si se desea incluir al actor, la acción y el objeto en estas transformaciones, se obtienen 29 defensas. Si se incluye la identificación (transformaciones en el actor mismo), el resultado suma hasta 44 mecanismos de defensa. El número más alto que se encuentra en la literatura es mucho más elevado y puede expresar asimismo problemas relacionados con el concepto. Sin embargo, los mecanismos de defensa deben considerarse como un constructo empíricamente investigable, lo cual es excepcional para el psicoanálisis, el cual desconoce muchos de estos constructos.

¹ Cita textual en el texto original: “perhaps... Freud’s most original contribution to man’s understanding of man”.

El algoritmo David Liberman (ADL) se usa generalmente con transcripciones de la sesión de terapia o de otras fuentes para que sea categorizado (Liberman & Maldavsky, 1975). Sobre este tema existe un libro en inglés también (Maldavsky, 2005). En otra aplicación, la interacción de los encuestados se filma y, a continuación, también el comportamiento defensivo se clasifica (ver Peham, Benecke y Bänninger-Huber, 2006). Cramer (1991) utilizó el *Test* de Apercepción Temática (TAT) como método para estimar las defensas. Perry (1990) desarrolló escalas de codificación especiales, que se aplican a entrevistas o a transcripciones.

Los cuestionarios, cuya confiabilidad se pueda evaluar fácilmente, son los instrumentos más problemáticos para la estimación de los mecanismos de defensa inconscientes. La mayoría de los cuestionarios carece de todo contenido proyectivo, lo cual es una desventaja para registrar los mecanismos de defensa. La característica de casi todos los cuestionarios es que implican un alto grado de conciencia. Bond (1986), autor de un inventario no proyectivo, sostuvo, sin embargo, que los encuestados podrían volverse conscientes de sus reacciones porque las personas que los rodean les hablan de ellas. Gleser y Ihilevich (1969) crearon el primer cuestionario proyectivo, el Inventario de Mecanismos de Defensa (*Defense Mechanism Inventory* DMI). Preservando el contenido proyectivo de Rosensweig (1945/46) y basándose en el DMI (Hentschel, Kießling y Wiemers, 1998) construyeron un nuevo cuestionario, “Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien-FKBS”, (Inventario de estrategias para resolver conflictos- FKBS). Inventariaron para muchos nuevos relatos y solicitaron a los encuestados menor cantidad de reacciones. De este modo, la confiabilidad estimada de la FKBS se compara con la del DMI. El modo de respuesta para el FKBS está representado esquemáticamente en la Figura 2.

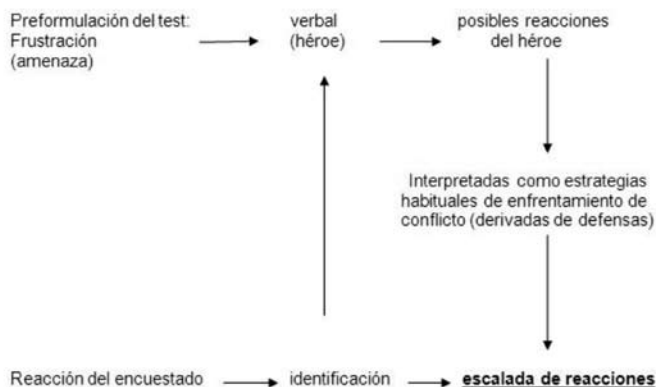


Fig. 2

El presente informe resumirá principalmente la investigación de dos métodos, es decir, el DMT (Kragh, 1985) y el FKBS (Hentschel et al., 1998). Ambos métodos se describirán con mayor detalle en la sección sobre métodos. En la discusión se evalúan críticamente los resultados y se proponen direcciones para investigaciones futuras.

Método

Los dos procedimientos utilizados en este informe para exponer mecanismos de defensa:

1. El DMT

El DMT (Kragh, 1985) es un *test* taquitoscópico. Las defensas que permite manifestar son bastante estables, si no hay interferencia psicoterapéutica, .85 después de cinco años. Muestra un estímulo edípico (figura de padre -o madre- amenazante) y un héroe del mismo sexo que el encuestado, con quien se espera que él o ella se identifique. Comenzando con una presentación subliminal (5 mseg.) se acrecienta con la misma diapositiva en 22 pasos hasta que por lo general un reconocimiento consciente se alcanza (2 seg.).

La tarea de los encuestados consiste en hacer dibujos e informar sobre el contenido y los sentimientos relacionados con ellos. Los mecanismos de defensa se clasifican como desvíos del contenido objetivo de la diapositiva: 1) represión, 2) aislamiento, 3) formación reactiva 4) identificación con el agresor, 5) vuelta contra sí mismo, 6) introyección del sexo opuesto, 7) identificación polimórfica, 8) desmentida, 9) proyección, 10) regresión. La serie completa de presentación puede dividirse en tres partes: temprana, media, tardía.

Aun habiendo miles de protocolos para el *test* (véase, por ejemplo, Torjussen & Vaernes, 1991) no existe una normalización del mismo. Los experimentadores entrenados logran un alto acuerdo inter-jueces. Una distribución sesgada de algunos signos defensivos impide el análisis paramétrico habitual, además no hay muchos estudios clínicos que utilicen el DMT, dado que el *test* tiene más adeptos en el campo de selección de pilotos (Neuman, 1978; Torjussen & Vaernes, 1991). La aplicación del *test* es bastante complicada.

2. El FKBS

El FKBS reconoce 10 narraciones de contenido conflictivo, en las que existe un héroe que se frustra. Las respuestas están preformuladas, con tres niveles de estimación: sentir/pensar, hacer y una puntuación combinada (general). La confiabilidad y las explicaciones relativas al contenido se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Escalas	FKBS:	Cronbachs α	r_{tt}
TAO [Vuelta contra el objeto]	Agresión substituta contra objeto externo	.90	.78
TAS [Vuelta contra si mismo]	El (ella) mismo (a) es causa de frustración	.86	.77
REV [Inversión]	Se atribuyen rasgos positivos o neutrales	.80	.84
INT [Intelectualización]	Fragmentación del afecto por racionalización o disminución	.78	.79
PRO [Proyección]	Motivos negativos o característicos se atribuyen a la persona que causa frustración	.72	.71

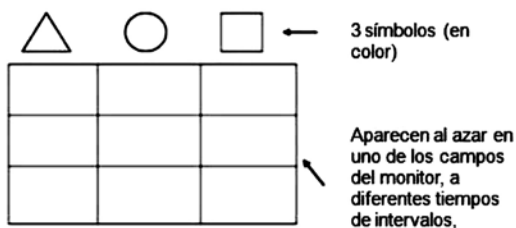
El *test* tiene un manual (Hentschel et al., 1998), que contiene una normalización para la población alemana. Otros idiomas en el que el *test* está disponible son inglés, holandés y georgiano, para los cuales, sin embargo, no existe una normalización.

Resultados propios, utilizando la DMT

Se realizó un experimento con el DMT para predecir el comportamiento en situaciones en las que la estimulación era inadecuada. El diseño del experimento se muestra en el Cuadro 2. Los resultados del experimento (véanse Figuras 3 y 4) mostraron que

Cuadro 2

Tarea en la PC:



Situaciones:

- Monotonía (M) = 1 símbolo con muy largos intervalos de separación
- Estatización (S) = 1 símbolo en series a repetición
- Estrés (St1) = alta frecuencia (1 símbolo correcto en combinación con 2 irrelevantes)
- Estrés 2 (St2) = igual que en St1, pero además con cambio de colores de fondo
- Normal (N) = 1 símbolo correcto en combinación con 2 irrelevantes, pero en frecuencia controlable

Reacciones de los encuestados en el teclado

los mecanismos de defensa y ansiedad predicen el comportamiento en la subestimulación así como en la sobreestimulación. La ansiedad es lo único que sufre variaciones. Esta se calculó mediante un cuestionario (véase el Cuadro 3). La ansiedad resulta alta en caso de subestimulación y baja en caso de sobreestimulación, en comparación con la situación normal.

Cuadro 3

Medidas de ansiedad

IAF (Inventario de Ansiedad de Interacción: Becker, 1982)

55 ítems

6 escalas básicas, 2 escalas combinadas, 1 estimación general, en el nivel de 'hábitos'.

Ansiedad debida a

- 1: lesiones
- 2: actuación (por ejemplo en el teatro)
- 3: desviación de la norma
- 4: patología y tratamiento
- 5: asertividad
- 6: desvalorización e inferioridad

7: agresiones físicas y psicológicas (Σ 1+4+6)

8: situaciones de prueba (Σ 2+5)

Puntaje general: Suma de todos los valores de la escala 1-6 (Rasgo ansiedad)

Consistencias Internas: .74 -- .86

Fig 3(Monotonía)

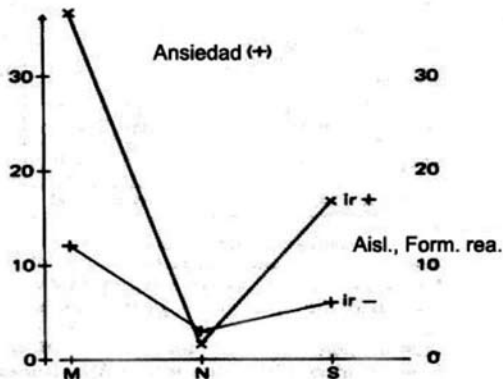
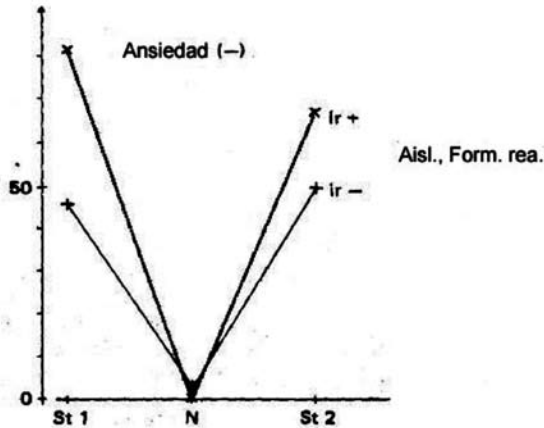
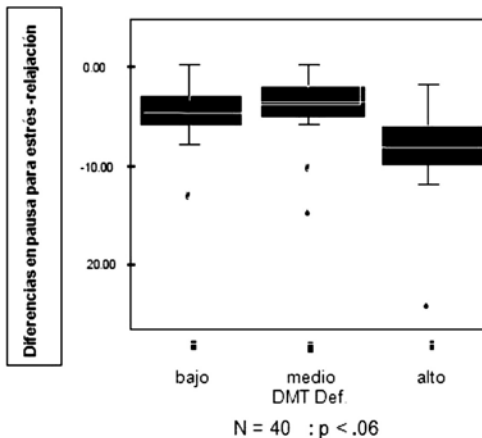


Fig. 4 (Estrés)



Las defensas DMT también tienen un efecto en la respiración. A mayor nivel de defensas le corresponde un menor nivel de la medida de relajación del estrés en la respiración. La divergencia entre relajación-estrés en este experimento se dio a partir de sentarse en una silla relajante o tratar de mantener el ritmo en una tarea de decisión múltiple, de velocidad creciente, en la PC. La tarea de decisión implicaba 4 colores diferentes en la PC. Los encuestados solo debían reaccionar a uno de ellos así como a un tono más alto y a un tono más bajo en los auriculares (véase figura 5).

Fig. 5



La correlación entre las 2 variables $p < .05$; diferencias de grupo son más ilustrativas

También hay una muestra clínica mayor (véase el Cuadro 4).

Cuadro 4

DMT:

(investigación propia combinando diferentes muestras)
 N = 414

Grupos clínicos:

Enfermedad de Crohn	n = 77	36	41
Poliartritis	n = 30	15	15
Fobia	n = 24	9	15
Depresión	n = 29	--	29
Grupo control	n = 254	115	139

Considerando únicamente los mecanismos de defensa que se dan de modo independiente, las mujeres muestran diferencias significativas, mientras que los hombres no muestran resultados significativos. Los resultados de las mujeres se muestran en la Figura 6.

Fig. 6

Análisis de variación de defensas aisladas:

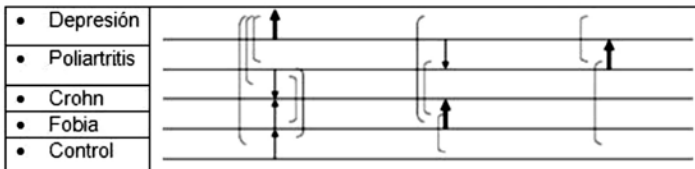
Grupo control comparado con grupos clínicos

Grupos de hombres: Sin signos. Diferencias

Grupos de mujeres:

- Formación reactiva
- Identificación con el contrario
- Regresión

(Formación reactiva) (Ident. con otro sexo) (Regresión)



[] = Significados en tests de seguimiento

En la muestra femenina todos los grupos clínicos muestran diferencias significativas en relación al grupo control.

Medidas del proceso:

Valores más altos de formación reactiva en depresivos manifestados en fases tardías.

Mayores puntuaciones de regresión para la poliartritis se relacionan sobre todo con

Fases tempranas.

Los mecanismos de defensa, sin embargo, generalmente no se dan como variables aisladas. Una forma posible de resumir esto es por medio del análisis de conglomerados. Aquí también se pueden encontrar algunas diferencias entre hombres y mujeres. Para las mujeres se muestran más conglomerados que para los hombres. Los resultados se muestran en las Figuras 7, 8 y 9.

Fig. 7

Para un grupo control (N=164) se formaron aglomerados separados para hombres y mujeres

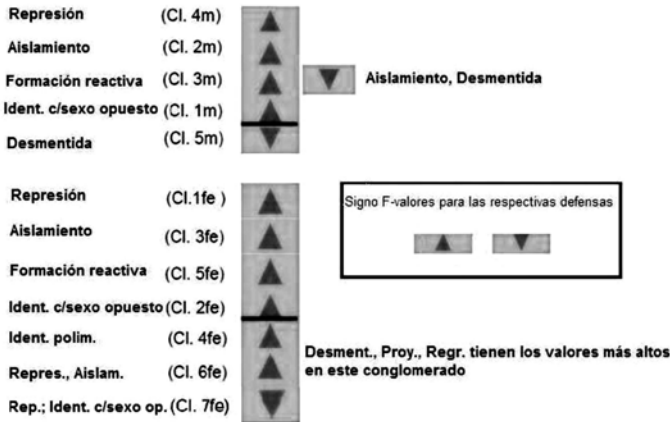


Fig. 8

Correspondencia entre los aglomerados de defensas para el grupo control

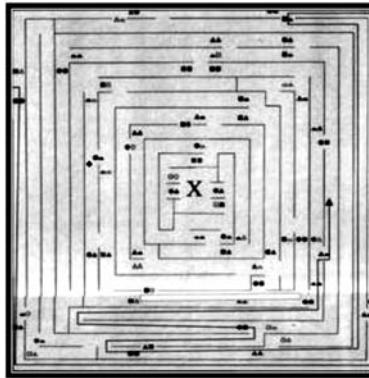
Crohn	Aislamiento (Cl. 2m.) Desmentida (Cl. 5m.)	→ Aislamiento (Cl. 3 fe.)
Poliartritis	Desmentida (Cl. 5m.)	↓ Repr., Aisla., (Cl. 6 fe.)
Fobia	Ident. c/sexo o. (Cl. 1m.)	→ Ident. c/sexo o. (Cl. 2 fe.) Formac. react. (Cl. 3 fe)
Depresión		Formación react. (Cl. 5 fe.)

Resultados del FKBS

El FKBS fue aplicado junto con el *Test* del Laberinto de Símbolos (*Symbol Maze Test* SMT, Hentschel y Kießling, en preparación) en un estudio ya publicado (Hentschel &

Kießling, 1990). El SMT es un laberinto desprovisto de senderos cortados, en el cual los encuestados tienen que acertar el camino, el cual está indicado por símbolos, que son abstractos, y que indican la solución correcta. El SMT anteriormente utilizaba una tablilla magnética (ahora está totalmente computarizado). La tablilla magnética podía utilizarse para registrar las reacciones fisiológicas del encuestado al mismo tiempo, cada vez que los encuestados atravesaban un punto de toma de decisión. La retroalimentación respecto de tomar el sendero equivocado consistía en un tono alto y no se emitía señal alguna si se atravesaba un símbolo correcto. Se hicieron comparaciones para el GSR² y la frecuencia cardíaca en los puntos de toma de decisiones correctas y en los senderos en los que no debía tomarse ninguna decisión (ambas condiciones exentas de tono). El laberinto de instrucciones del SMT con símbolos abstractos, que se muestra en la Figura 9, muestra también la entrada del laberinto, marcada por una flecha así como los primeros pasos que deben ejecutarse. El objetivo está marcado con una X.

Figura 9



Se utilizó un diseño condicional, a partir de hipotetizar que algunas escalas del FKBS no tendrían buen comportamiento en la tarea de formación de concepto, es decir, en el SMT. Sucedió así en el caso de los encuestados cuya puntuación en el TAS era alta y para los encuestados cuya puntuación era alta en el INT. Estas escalas se partieron en la mediana. El GSR arrojó valores más bajos para el TAS y valores más altos para el INT. Respecto de la frecuencia cardíaca esta relación se invertía radicalmente, aunque este resultado se mantuvo por encima del umbral de sensibilidad del 5% (ver Figuras 10 y 11). Este resultado puede resultar entendible si uno se remite a los pensamientos privados de los encuestados. Los encuestados cuyos valores eran altos en el TAS podrían haber pensado “Esto es demasiado difícil para **mi**” o “**Yo** soy demasiado limitado

² N del T: La sigla GSR representa la relación entre el INT y el TAS en la Figura 10.

como para resolver esto” y se los relevaba de encontrar la solución. Los encuestados cuyos valores eran altos en el INT podrían haber pensado “Esta es una **tarea** difícil (irresoluble)” y se asombraban de haber encontrado la solución. De este modo, en la versión de la tableta magnética de los laberintos, se combinaron la resolución de problemas, es decir el procesamiento de la información (cf. Lacey, 1959; Sokolov, 1969), los mecanismos de defensa y las reacciones fisiológicas.

Fig. 10

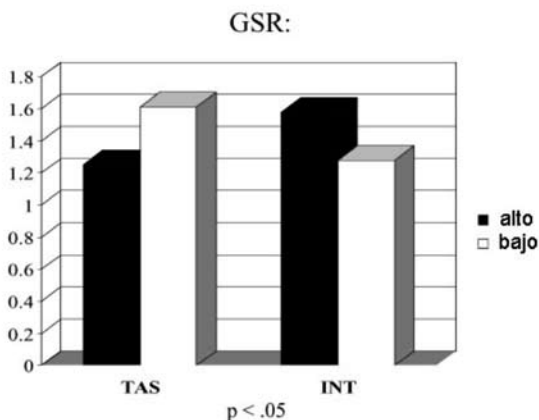
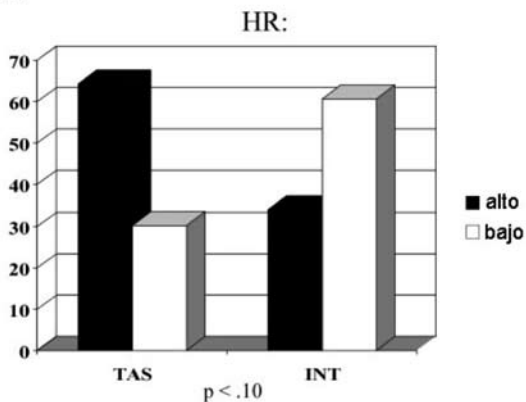


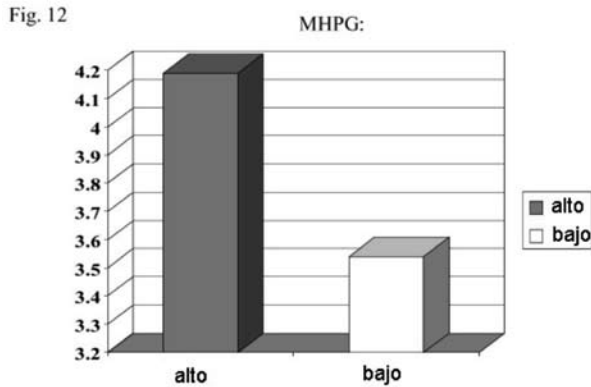
Fig. 11



Otro resultado que ya fue publicado se muestra a continuación (De Leeuwe, Hentschel, Tavenier y Edelbroek, 1992). La tarea de U.H. consistió en seleccionar, entre un total de 87 especialistas en informática, una población de encuestados resistentes y de encuestados no resistentes al estrés. Esto se realizó por medio del FKBS, un diferencial semántico sensible a la discrepancia del yo y el ideal del yo (Hentschel & Klintman,

1974) y un cuestionario motivacional (Hermans, 1976). 17 encuestados se estimaron como resistentes al estrés y 13 se estimaron no resistentes al estrés. Los encuestados tenían que jugar al Tetris a un alto ritmo en la PC mientras escuchaban una historia que se les narraba por medio de auriculares. La narración era seguida de una serie de preguntas, a las que los encuestados debían responder.

Poco después del experimento a los encuestados se les extraían muestras de sangre, para comprobar la existencia de 3-metoxi-4-hydroxyphenylglycol (MHPG), un metabolito de la norepinefrina. La mayoría de los estudios de análisis MHPG se realiza a animales, especialmente ratas (véase DeMet & Halaris, 1979) y el estrés muestra un incremento del nivel de MHPG. La sangre de los encuestados resistentes al estrés y la de los no resistentes al estrés mostró una diferencia significativa en el nivel de MHPG (véase Figura 12).



Como los evaluadores determinaron que probablemente esta diferencia no se debía a las defensas, se calculó también un análisis de regresión gradual que mostró resultados significativos para el TAS, el INT y el REV ($R = .57$; $p < .01$).

Otro resultado ya publicado con el FKBS está en idioma alemán y sus encuestados son sujetos de sueño perturbado (Hermann Maurer et al., 1992). Dos escalas del cuestionario, el TAO y PRO, mostraron diferencias significativas. Según el resultado, la falta de impulsos agresivos parece ser una característica de pacientes de sueño perturbado.

Están disponibles dos estudios que utilizan el FKBS en el caso de pacientes estacionarios, después de haber pasado por una intervención psicoterapéutica (Geiser, Imbierowicz, Conrad, Wegener y Liedtke, 2005; Liedtke, Lempa y Künsebeck, 1991). Mientras que el primer estudio de Liedtke et al. se hizo en alemán, el segundo por Geiser et al. puede realizarse en inglés, a modo de evaluación cruzada. En ambos casos, los valores del

TAS y PRO son más bajos al final de la intervención terapéutica, lo cual significa que el yo y otros logran mayor confianza.

Discusión

Se requiere una normalización del DMT, aun cuando los encuestados deban ser principalmente hombres. Casualmente me enteré que se había planificado una normalización del *test* para una muestra de hombres y mujeres, pero nunca se llevó a cabo. Si bien podrían existir diferencias culturales estas deben evaluarse empíricamente.

Se dice que el DMT manifiesta un espectro de reacciones fisiológicas más variadas que otros *tests*, pero también en este caso corresponde hacer una evaluación empírica de la aplicación de diferentes experimentos.

El FKBS y el DMT no muestran una alta relación (ninguna correlación es superior que .25); mejores resultados se obtienen usando criterios externos. Ambos *tests* deben investigarse en relación al resultado de la terapia especialmente. Sobre todo el DMT necesita mayor validación en estudios clínicos, además de su evaluación en entrenamiento de pilotos y experiencia de buceo.

Diez mecanismos de defensa se utilizan correctamente en el DMT y deben ser validados por separado y juntos, por ejemplo, mediante el análisis de conglomerados, tratando así de reducir potencialmente su número. El FKBS, que tiene solo 5 escalas, es, sin embargo, más fácil de aplicar y su confiabilidad es más fácil de estimar. La correlación que falta con los mecanismos de defensa del DMT es más que un defecto del corpus, es un problema teórico para el constructo de mecanismos de defensa en general. El argumento de Vaillant (Vaillant, 1998), según el cual debería ser posible agrupar los mecanismos de defensa afines en el mismo grupo, no ha caído en el olvido, como tampoco han sido olvidados sus otros argumentos tendientes a incrementar la confiabilidad de los mecanismos de defensa y prestar mayor atención a las contiendas de terminologías.

El deseo, como se dijo en la introducción, es, como Grünbaum (1998) ha demostrado, una variable psicoanalítica no confiable, al menos en los sueños, pero probablemente también en otros contextos menos frecuentes. La imaginación que no implique un deseo es probablemente más frecuente.

Se me permitirán algunas observaciones generales para terminar este artículo: Freud, en su larga vida, escribió mucho. A menudo se lo considera como uno de los fundadores de la psicología moderna. Algunos de sus documentos tienen, sin embargo, ya más de cien años. Esto no implica necesariamente que estuviese equivocado en sus apreciaciones. Al contrario, su habilidad de observación del otro en la situación terapéutica continúa impresionando, pero el tiempo que pasa no lo está favoreciendo a él ni a su teoría. Es una pena que el psicoanálisis está lentamente muriendo, en algunos

países más o menos completamente. El remedio es probablemente una nueva conceptualización del psicoanálisis, pero como Freud escribió tanto, nadie se atreve a utilizar su obra como base. Algunos conceptos permanecen y deben permanecer conectados con su nombre, definitivamente incluyendo los mecanismos de defensa ya que son su fundamento, y también lo son de una ciencia empírica.

Bibliografía

- Becker, P. (1982). *Interaktions-Angst-Fragebogen [Interaction-Anxiety-Inventory]*. Weinheim: Beltz.
- Bond, M. (1986). An empirical study of defense styles. In: Vaillant, G.E. (ed.). *Empirical studies of ego mechanisms of defense* (pp. 2-29). Washington: American Psychiatric Press.
- Cramer, P. (1991). *The development of defense mechanisms: Theory, research and assessment*. New York: Springer.
- De Leeuwe, J.N.; Hentschel, U.; Tavenier, R. & Edelbroek, P. (1992). Prediction of stress reactions by means of personality variables. *Psychological Reports, 70*, 791-802.
- DeMet, E.M., & Halaris, A.E. (1979). Origin and distribution of 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol in body fluid. *Biochemical Pharmacology, 28*, 3043-3050.
- Freud, S. (with Breuer, J.; 1893). On the psychical mechanisms of hysterical phenomena: Preliminary communication. In: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume 3* (pp. 3-183). London: Hogarth Press.
- Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press.
- Geiser, F., Imbierowicz, K., Conrad, R., Wegener, I., & Liedtke, R. (2005). Turning against self and its relation to symptom distress, interpersonal problems, and therapy outcome: A replicated and enhanced study. *Psychotherapy Research, 15*, 357-365.
- Gleser, G.C., & Ihlevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 51-60.
- Grünbaum, A. (1998). Freuds Theorie der Wunscherfüllung im Traum [Freud's theory of wishfulfillment in dreams]. In: Boothe, B.; Wepfer, R. & von Wyl, A. (eds.). *Über das Wünschen [About wishing]* (pp. 148- 169). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hentschel, U. & Kießling, M. (1990). Are defense mechanisms valid predictors of performance on cognitive tasks? In: van Heck, G.; Hampson, S.; Reykowski, J. &

Zakrzewski, J. (eds.). *Personality Psychology in Europe, Vol. 3. Foundations, models, and inquiries* (pp. 203-223). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Hentschel, U. & Kießling, M. (in preparation). *The Symbol Maze Test-SMT manual*. Cincinnati: Assessment Systems Corporation.

Hentschel, U. & Klintman, H. (1974). A 28-variable semantic differential: I. On factorial identification of content. *Psychological Research Bulletin*, 14(4).

Hentschel, U.; Kießling, M. & Hosemann, A. (2004). Adaptation to boredom and stress: The effects of defense mechanisms and concept formation on attention in situations with inadequate stimulation. In: Hentschel, U.; Smith, G.; Draguns, J.G. & Ehlers, W. (eds.). *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives* (pp. 303-323). Amsterdam: Elsevier.

Hentschel, U.; Kießling, M. & Wiemers, M. (1998). *Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien-FKBS Manual* [Inventory on conflict overcoming strategies- FKBS manual]. Göttingen: Beltz Test.

Hermans, H. (1976). *Prestatie Motivatie Test (PMT)* [Achievement motivation test (PMT)]. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Hermann-Maurer, E.K.; Drews, U.; Imhof-Eichenberger, E.; Knab, H.; Schneider-Helmert, D.; Hentschel, U. & Schoenenberger, G. A. (1992). Schlafstörungen: Konfliktbewältigungsstrategien von Insomniepatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 40, 34-46.

Holland, N.N. (1973). Defence, displacement and the ego's algebra. *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 247-257.

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

Lacey, J.I. (1959). Psychophysiological approaches to the evaluation of psychotherapeutic process and outcome. In: E. A. Rubenstein & M. B. Parloff (eds.). *Research in psychotherapy* (pp. 160-208). Washington: American Psychological Association.

Liberman, D. & Maldavsky, D. (1975). *Psicoánlisis y semiótica*. Buenos Aires: Paidós.

Liedtke, R.; Lempa, W.; Künsebeck, H-W. (1991). Abwehrverhalten und Symptomatik ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie [Resistance behavior and symptoms after one year of inpatient psychosomatic therapy]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37, 185-193.

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

Neuman, T. (1978). *Dimensionering och validering av perceptgenesens försvarsmekanismer. En hierarkisk analys mot pilotens stressbeteende* [Dimensions and validation of percept-genetic defense mechanisms. A hierarchical analysis of the stress behavior of pilots]. FOA rapport C 55020-H6. Stockholm: Försvarets forskningsanstalt.

Peham, D.; Benecke C. & Bänninger-Huber, E. (2006). Interactive affect regulation and defense in panic-disordered patients. Paper presented at the 37th Annual Meeting of the SPR, Edinburgh, June 21-24.

Perry, J. C. (1990). *The Defense Mechanism Rating Scales manual* (5th edition). Cambridge, MA.

Rosenzweig, S. (1945/1946). The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal of Personality*, 14, 3-23.

Smith, G.; Johnson, G.; Almgren, P-E & Johanson, A. (2002). *MCT-The Meta-Contrast Technique*. Lund: Dept.of Psychology.

Sokolov, E.N. (1969). The modelling properties of the nervous system. In: Cole, M. & Maltzman, I. A. (eds.). *Handbook of Contemporary Soviet Psychology* (pp. 672-704). New York: Basic Books.

Suppes, P. & Warren, H. (1975). On the generation and classification of defense mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 405-414.

Torjussen, T. & Vaernes, R. (1991). The use of the Defense Mechanism Test (DMT) in Norway for selection and stress research. In: Olff, M.; Godaert, G. & Ursin, H. (eds.). *Quantification of human defence mechanisms*. Berlin: Springer.

Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.

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

Vaillant, G.E. (1998). Where do we go from here? *Journal of Personality*, 66, 1147-1156.

Cuadros

Cuadro 1: Escalas, explicaciones relativas al contenido y estimaciones de confiabilidad del FKBS.

Cuadro 2: Diseño del experimento de estimulación inadecuada con el DMT.

Cuadro 3: Medidas de ansiedad en el experimento de estimulación inadecuada.

Cuadro 4: La muestra clínica para investigación con el DMT.

Figuras

Figura 1: Supuestos básicos relativos a mecanismos de defensa.

Figura 2: Reacción a las situaciones frustrantes en el FKBS.

Figura 3: Reacción a la situación monótona en el experimento de estimulación inadecuada.

Figura 4: Reacción a la situación estresante en el experimento de estimulación inadecuada.

Figura 5: Resultados del experimento de respiración.

Figura 6: Resultados para el grupo femenino en la muestra clínica

Figura 7: Aglomerados DMT defensivos para hombres y mujeres usando parte del grupo control.

Figura 8: Correspondencia entre los aglomerados de defensas de hombres y mujeres.

Figura 9: Representación esquemática del laberinto introductorio del SMT.

Figura 10: Diferencias del GSR y defensas en los laberintos.

Figura 11: Diferencias del HR y defensas en los laberintos.

Figura 12: Diferencias del MHPG de encuestados resistentes y no resistentes al estrés.

Fecha de recepción: 27/09/10

Fecha de aceptación: 23/11/10