



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

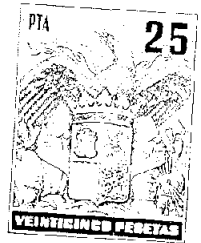
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

PERFIL PSICOLÓGICO DE LA
PERSONALIDAD DEPRESIVA.

AUTOR: Pedro Benjumea Pino

DIRECTOR: José Giner Ubago

8 de Septiembre de 1982



UNIVERSIDAD DE SEVILLA - FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

PROF. DR. JOSE GINER UBAGO

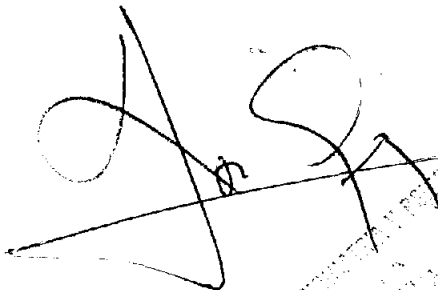
T.D.
B/31

DON JOSE GINER UBAGO, CATEDRATICO-DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE/
SEVILLA,

C E R T I F I C A :

Que D. PEDRO BENJUMEA PINO, ha realizado la Tesis Doctoral sobre:
"PERFIL PSICOLOGICO DE LA PERSONALIDAD DEPRESIVA", bajo mi direc-
ción, considerándola apta para la presentación y lectura en ésta/
Facultad de Medicina de Sevilla.

Y para que conste, firmo el presente en Sevilla a ocho de Septiembre
de mil novecientos ochenta y dos.


Fdo: Prof. Dr. D. Jose Giner Ubago.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA
Director: Prof. Dr. D. JOSE GINER UBAGO

P E R F I L P S I C O L O G I C O

D E L A

P E R S O N A L I D A D D E P R E S I V A

P e d r o B E N J U M E A P I N O

Septiembre 1982

AGRADEZCO :

Al Profesor GINER UBAGO, por su dirección y orientación en la realización de esta Tesis, y por alentar mi vocacional dedicación a la docencia y a la investigación.

Al Profesor RODRIGUEZ SACRISTAN, maestro, profesor y amigo por sus desvelos en mi formación profesional.

Al Profesor GONZALEZ INFANTE, por iniciarme en el estudio clinico de las Depresiones.

A todos los que con su colaboración han facilitado la ejecución de este trabajo. Especialmente, a D. Juan POLO PADILLO por su contribución al analisis estadístico de los datos. Y, sobre todo, a las personas (pacientes y controles) que se prestaron a realizar los Cuestionarios e Inventarios presentados.

A quienes hicieron, y hacen, posible
mi existencia.

A Carmen,
palabra hecha conciencia.

1. INTRODUCCION	8
1.1. Algunas anotaciones historicas	9
1.2. Personalidad y depresión (Planteamiento conceptual)...	21
1.2.1. Personalidad: concepto y límites	22
1.2.1.1. Tipologias	28
1.2.1.2. Teoria de la personalidad de SJOBRING	31
1.2.2. La depresión como entidad clinica	37
1.2.2.1. Modelos explicativos de la depresión	40
1.2.2.2. Nosologia de la depresión	46
1.2.3. La personalidad depresiva	50
1.2.3.1. Concepto	51
1.2.3.2. El " Typus Melancholicus " de TELLENBACH	55
1.2.3.3. Aportaciones psicoanaliticas	57
1.2.4. La personalidad del sujeto depresivo	61
1.2.4.1. La personalidad ciclotímica	62
1.2.4.2. La personalidad sintónica	65
1.2.4.3. La personalidad histérica	66
1.2.4.4. La personalidad obsesiva	68
1.2.4.5. La personalidad depresiva	71
1.3. Actualidad e importancia del tema	81
1.3.1. Analisis bibliográfico	82
1.3.2. Indice de autores	85

1.4. El estudio de la personalidad del sujeto depresivo	89
1.4.1. Consideraciones metodológicas	90
2. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS	99
3. MATERIAL Y METODOS	101
4. RESULTADOS	115
5. DISCUSION	272
6. CONCLUSIONES	293
7. APENDICE	297
8. BIBLIOGRAFIA	306

1. INTRODUCCION

1.1. ALGUNAS ANOTACIONES HISTORICAS

La primera descripción clínica estructurada de la melancolía se la debemos a HIPOCRATES (s IV a. C.). Sin embargo, verdaderas descripciones de síntomas e incluso de temperamento melancólico podemos encontrarlas en la Biblia: El rey SAUL padecía, según se refiere en el Libro I de SAMUEL, lo que hoy llamaríamos una depresión involutiva con algunos signos paranoides. El análisis de los datos que el relato bíblico nos aporta, nos hace concebir que la melancolía de SAUL venía provocada por un factor, diríamos, disposicional : "el temperamento extremo", al que habría que añadir la edad avanzada; unos factores sensibilizantes: conciencia de su repulsa por Dios, abandono de SAMUEL, sentimientos de culpa, injurias narcisísticas, pérdida de estima etc.

Estos factores señalados, sobre todo el de su temperamento tienen un notable interés histórico, aparte de no haber sido puesto de manifiesto por ningún autor la importancia del temperamento en la constelación de su melancolía de la que se describen cuatro fases o episodios: "SAUL estaba poseído por el espíritu de Dios" y encontraba "calma y bienestar con la cítara de DAVID".

Pero al abordar consideraciones históricas, resulta necesario obrar cautelosamente y sin olvidar el marco cultural y social correspondiente.

La palabra melancolía ha tenido numerosas y diferentes concepciones a lo largo de los siglos. Así, ha servido para señalar una enfermedad, un vicio, una virtud, una actividad de la mente o un de-

terminado tipo de humor.

La melancolia, en el Corpus Hippocraticum, es la "bilis negra" que perturba la sangre donde reside el espíritu, pues ésta se mezcla con bilis y flema.

HIPOCRATES afirma que : " los tipos biliosos corren el riesgo de ser afectados por la enfermedad melancolia". Pero ello no es suficiente para provocarla. Ni tampoco la única causa o razón para padecer melancolia: " Los melancólicos devienen epilepticos y estos melancólicos", dirá en uno de sus aforismos. Es decir, distingue los melancólicos - aquellos que tienen bilis negra en gran proporción - de los que sufren, diriamos, patológicamente melancolia.

Hay, pues, en HIPOCRATES, como señala TELLENBACH (1976), no un Tipo Melancólico bien perfilado, ni siquiera una definición completa de melancolia como entidad nosológica, sino que se apunta el perfil de una tipología predisponente o disposicional para una determinada enfermedad del espíritu.

Será más tarde ARISTOTELES, que tanta influencia tendrá en la filosofía y en la medicina hasta el siglo XVIII, quien se formule la siguiente pregunta:

¿ Por qué todos los hombres extraordinarios tanto en filosofía, política, literatura o bien en las artes son manifiestamente melancólicos e incluso están afectados por manifestaciones patológicas debidas a la bilis negra ?

Bajo su influencia aparece también reflejada esta relación entre la genialidad o el saber intelectual y la melancolia en el ECCLESIASTES (7. 3-4)

" Más vale llorar que reir,
Pues tras una cara triste hay un corazón feliz
El corazón de los sabios está en la casa de luto
Mientras el corazón de los necios en la casa de
la alegría!"

A partir de las palabras de ARISTOTELES en su libro
XXX de los Problemas, intenta TELLENBACH (1976), forzando sin duda su
lectura, relacionar la genialidad del melancólico aristotélico con la
destreza, laboriosidad y alta valoración social del "Typus Melancholicus"
que el describe.

Olvida TELLENBACH que ARISTOTELES dice mucho más del
temperamento melancólico , bien es verdad que en franca oposición a los
presupuestos que configuran la teoría del autor alemán. Así, HUARTE DE
SAN JUAN (siglo XVI) en su " Examen de Ingenios " cita textualmente
a ARISTOTELES y traduce así:

" Las señales con que se conocen los hombres de
temperamento melancólico son muy manifiestas:

Tienen el color del rostro verdinegro o cenizoso

Los ojos muy encendidos

Cabello negro y calvos

Carnes pocas y asperas, llenas de vello

Venas muy anchas

Son de buena conversación y afables

pero lujuriosos, soberbios, altivos , renegadores

astutos doblados, injuriosos, amigos de hacer mal

y vengativos!"

Parece obvio que estos adjetivos que ARISTOTELES apli

ca al sujeto de temperamento melancólico estan muy lejos de esa alta valoración social que, como antes indicábamos, TELLENBACH atribuye al melancólico.

La genialidad, en el sentido aristotélico, está presente en las palabras del propio HUARTE DE SAN JUAN cuando afirma:

" Los melancólicos por adustión juntan grande entendimiento con mucha imaginativa, pero todos son faltos de memoria, por la mucha sequedad y dureza que hizo el cerebro en ellos la adustión".

Este binomio genialidad-melancolia de ARISTOTELES se opone claramente al sustentado por PLATON que hablaba justamente de lo contrario al considerar al melancólico como un ignorante, " aquel que no aprende " y en cierto modo, como prototipo de "loco". En cualquier caso es una catalogacion marcadamente peyorativa del melancólico frente a la mania que es considerada como propia de hombres extraordinarios : profetas y poetas.

En la literatura española medieval podemos encontrar interesantísimas descripciones de los " ombres Malencónicos " aportamos aquí la encontrada por nosotros en A. MARTINEZ DE TOLEDO en su "Corbacho" (Arcipreste de Talavera que habla de los vicios de las malas mugeres e complexiones de los hombres) que al hablar de " La calydad del ombre malenconico " nos dice:

" Ay otros ombres que son malenconicos: a estos corresponde la tierra, que es el cuarto elemento, la cual es fria y seca. Estos tales ombres son muy yrados, syn tiento nin mesura. Son muy escasos en superlativo grado; son yncomportables donde quiera que usan, mucho riñosos e con todos rrifadores. Non tyenen tem-

pranca en cosa que fagan, synon dar con la cabeca a la pared. Son muy ynicos, maldizientes, tristes, sospirantes, pensativos; fuyen de todo logar de alegria; non les plaze ver ombre que tomè solás con un paperote. Son sañudos, e luego las puñadas en la mano, porfiados, mentirosos, engañosos; e ynumera- bles otras tachas e males tyenen. Son podridos, gargajosos, ceñudos e crueles syn mesura en sus fechos. Son de sus preduminaciones tres sygnos : Taurus, Virgo e Capricornio. Reynan estos tres syg nos, al mediodia color tyenen cetrinos."

No queda, aquí, precisamente bien parado en su concep tualización por los demás el melancólico. Esto va a ser una constante en los tratados de moral medievales y renacentistas.

Con esta misma perspectiva moralizante podemos enten- der la acidia o acedia: especie de melancolia - entre el pecado (la pereza) y la enfermedad - conocida en la edad media y a la que tenian una clara predisposición los monjes, dado su aislamiento y " actividad intelectual" que ejercian con la oración. Sus manifestaciones clinicas aparecian englobadas bajo una suerte de melancolia moral traduciendo sus efectos en: inhibición psicomotora, tristeza, apatia, desinteres y " apocamiento de la voluntad ".

Ya en la época moderna, encontramos nuevamente esta relación entre actividad intelectual y melancolia. VOLTAIRE fue el pri mero en utizar la palabra inglesa Spleen para designar una especie de " tedium vitae " del que se veian afectados los filosofos y escritores de su siglo. Más adelante constituiria una verdadera moda entre los auto

res románticos.

Hemos visto hasta aquí, las primeras referencias históricas de las que tenemos conocimiento en torno a la disposición para padecer melancolia a través del temperamento. Los límites de este capítulo no nos permiten abordar otros aspectos de la historia de la melancolia que suponen una vía de investigación de notable interés personal.

Por otra parte, hemos aportado algunas inéditas descripciones del carácter melancólico que, como hemos visto no son en modo alguno uniformes en cuanto a su valoración. Aparece un espectro arquetípico que va desde la genialidad en ARISTOTELES o algunas "características virtuosas del temperamento melancólico" que HUARTE DE SAN JUAN atribuye al mismo Jesucristo junto a "los vicios que demuestra tener (antes de su conversión) muestran tener también esa temperatura " que suponen el envés o polo negativo de estas descripciones, llegando a su extremo con las palabras de MARTINEZ DE TOLEDO.

1.1.1. SATURNO Y "SUS HIJOS"

La doble y antagónica consideración social del Temperamento melancólico tiene, también, su correlato en la astrología que tan marcada influencia en la explicación etiológica y aplicación terapéutica de numerosas enfermedades, ha tenido a lo largo de la historia de la medicina.

" Para sanar al doliente - dice TORRES DE VILLARROEL (1727) - lo más importante es conocer la condición

de los años, el ceño de las estaciones, la actividad del sol, la fuerza de la luna, el rigor del aire, la disposición de la tierra, el impetu de los planetas y el humoral y propio temperamento de los sujetos!..

Tradicionalmente, se considera que Saturno preside el bazo y la melancolia. Hay, por lo tanto, una enorme afinidad entre la acción del planeta y, no solo la enfermedad melancolia, sino también con su "causa efficiens" : el bazo, que sería en última instancia quien provoca la disfunción del humor melancólico (bilis negra). Teoría ésta puesta en voga nuevamente por el neo-hipocrotico Ambrosio PARE en Italia.

Juan de AVIÑÓN hacia 1400, apunta en el mismo sentido cuando afirma: "... así el corazón es comparado al sol, el cerebro a la luna y la melancolia a Saturno.".

Los sujetos bajo su influjo podrán ser sabios, pero no felices y están condenados a la melancolia.

Es el planeta más frío, lento (describe una trayectoria más larga) y seco.

Incluso, hoy día, calificamos de saturnino a: " Aquella persona de genio triste y taciturno". CASARES (1979).

Indiscutible, pues, la relación entre Saturno y el humor melancólico y la propia melancolia.

La consideración a nivel social de los "hijos de Saturno" , al igual que los sujetos de temperamento melancólico referidos en el apartado anterior, ha sido bien diferente a lo largo de la historia. Los nacidos bajo su signo eran considerados como los más desgraciados e indeseables. Se les asocia, como indica PANOVSFISKY (1972), con los: labradores, criminales, limpiadores de letrinas, pobres, tullidos, vagabundos etc.", según las representaciones iconográficas hasta el siglo XV.

Pero, es a finales de este siglo con los neoplatónicos cuando se vuelve a identificar a Saturno, como lo habían hecho PLOTINO Y ARISTOTELES, con la genialidad. La melancolia saturniana se relaciona con la contemplación religiosa y filosófica. Así FICIN (1489) llega a decir : " EL temperamento melancólico, bajo el influjo de Saturno, predispone a ser filósofo, poeta e intelectual. Pero este destino comporta riesgos, como el de perder los espíritus que permiten los más nobles pensamientos."

1.1.2. HUMORES ACIDOS Y TEMPERAMENTO MELANCOLICO

Los cuatro humores basados en los otros tantos elementos fundamentales, constituyen todo un cuerpo doctrinal desde HIPOCRATES que ha tenido una influencia notoria en toda la historia de la medicina.

Practicamente hasta ESQUIROL (1819) prevalece la teoría de los humores en la etiología de la melancolia. El humor melancólico está emparentado con la " Tierra y el otoño " dirá FERNEL (1607), añadiendo: " Es espeso en consistencia, frío y seco en su temperamento ".

"La melancolia dispone a la tristeza y a pensar cosas molestas ". Leemos en BAYLE Y GRANGEONS (1682). Es decir existe una interrelación causal entre melancolia (como temperamento) y tristeza (como sintoma patológico). Una provoca la otra y viceversa. Ello hace, creemos, no tan novedosa la frase de W. JAMES: " Estamos tristes porque lloramos o lloramos porque estamos tristes".

Desde la teoría de los humores, la melancolia en el siglo XVII es entendida como: " Una locura sin fiebre ni furor, acompañada de miedo y de tristeza. Son los humores ácidos los que suben al cere-

bro ". WILLIS (1681).

Queda configurada la melancolia como una unidad simbólica formada por: La languidez de los fluidos, el oscurecimiento de los espíritus animales, la viscosidad de la sangre, el espesor de los vapores que se vuelven negruzgos, deletéreos y acres, y por las funciones viscosas lentas (órganos viscosos).

La ametria en el sentido de PLATON provoca la enfermedad. Como indica SABUCO DE NANTES (1888) : " La enfermedad ponen en ametria que es una desmedida y desproporción de los cuatro humores ". Y añade: " Los médicos antiguos, la salud ponen en simetria, que es medida y proporción de los humores".

La quimica de los ácidos supone toda una fenomenologia de la experiencia melancólica, como dice FOUCAULT (1976).

Pero, una pregunta clave se da a principios del siglo XVII. ¿ Resulta necesario tener un temperamento melancólico para padecer la melancolia ?

Ambrosio PARE, años antes, al referirse a la " Melancholia " (bilis negra) dice: " En su justa proporción nos es absolutamente necesaria. Pero, si aumenta puede provocar la enfermedad, dependiendo de la dirección del viento, las edades de la vida , los momentos del día y las estaciones del año ". Y añade: " El temperamento melancólico predispone a los individuos a ser tristes, callados, severos, rudos, envidiosos tímidos y fastidiosos". El humor melancólico es " frio y seco, graso y espeso, negro y ácido".

Del mismo modo, DU LAURENS (1660) Relaciona melancolia y sueño, de los que dice: " Tienen un mismo origen. El sueño se encuentra marcado por el temperamento del sujeto. Así, tambien hay una melancolia

colia que tiene su origen en la complexión del enfermo".

Los humores intervienen en la melancolia por su cualidad. Para LA MESNARDIER (s. XVII) " El jugo melancólico posee más propiamente las condiciones necesarias para producir melancolia, (...) puesto que por su frialdad, disminuye la calidad de los espíritus; por su sequedad, les hace capaces de conservar durante un largo tiempo una especie de fuerte y tenaz imaginación; y por su negrura, los priva de su claridad y de su sutileza natural".

También facilitan la melancolia, los antagonismos de los humores: "El frío y la sequedad pueden entrar en conflicto con el temperamento, haciéndolo aparecer los síntomas de la melancolia, dependiendo el grado de ésta de la violencia de la oposición". Dirá el mismo autor frances.

Ausias MARCH (s. XV) pondrá de manifiesto la labilidad de los humores:

" Dentro del cuerpo del hombre los humores se discordian, de tiempo en tiempo su poder se transmuda: en un solo día reina melancolia, y aquel mismo cólera, sangre y flema!"

Respecto a la importancia de la herencia en la disposición humoral y constitucional a la melancolia, BURTON (1621) cita a RODRIGO DE FONSECA quien señala la existencia de un hijo de madre melancólica que padecía también esta enfermedad y afirma el autor inglés: " Si el temperamento se hereda, también lo hará el temperamento melancólico".

Por último, señalemos que las mujeres, por una parte, son consideradas como poco propicias a padecer melancolia pues, como refiere el citado LA MESNARDIER, "son poco accesibles, por su naturaleza, a ella. Pero cuando la sufren lo hacen con mayor crueldad, porque siendo la melancolia más opuesta a su temperamento, las aleja más de su constitución natural. Ellas viven en la ociosidad, y siendo su cuerpo menos

transpirador, permanecen dentro de él los calores, los espíritus y los humores". Un siglo más tarde WIER (1885) sin ocultar su misoginia llega a decir: " El diablo cauteloso y astuto induce, a menudo, al se xo femenino que es inconstante, malicioso, impaciente y melancólico".

La teoría de los humores supone , a nuestro entender, algo más que una cuestión histórica pues, en definitiva, intenta relacionar aspectos somáticos con determinadas conductas y comportamientos, tanto normales como patológicos. Y no está tan lejos, salvando las naturales distancias, de las investigaciones neurofisiológicas, metabólicas y hormonales cotejándolas con rasgos de personalidad en los trastornos afectivos que se llevan a cabo actualmente.

1.1.3. UNA ANATOMIA DE LA MELANCOLIA: R. BURTON

BURTON (1621), es sin lugar a dudas uno de los más sorprendentes en sus consideraciones en torno a la melancolia. La insuficiente traducción española de una parte de su obra (1947), nos obliga a dedicarle un subapartado subrayando, así, su importancia.

Establece un continuum entre los factores psicológicos y no psicológicos que predisponen a la melancolia, a la que considera como una enfermedad moral.

De la disposición a la melancolia transitoria dirá:

" Ningun hombre vivo está libre . Ella aparece y desaparece a la minima ocasión de pena, necesidad, enfermedad, dificultad, miedo, dolor, perturbación de la mente!..

2

Pero además de estas reacciones depresivas que diríamos con lenguaje actual, BURTON distingue una melancolía de mayor entidad psicopatológica, cuyas causas serían:

" Dios, mala dieta, hechicería , estrellas, edad avanzada, herencia , aire viciado, trastorno de la función intestinal, excesivo ejercicio, y tipo de sueño".

Como causas psicológicas señala:

" Imaginación excesiva, tristeza, miedo, dolor y desgracia, envidia, maldad , odio, angustia, avaricia o descontento; ambición, apetito concupiscible; orgullo y vanagloria; excesivo amor por el juego y los placeres y excesivo amor por el aprendizaje o desmesura en el estudio".

Con esta enumeración de causas, se puede perfilar perfectamente un tipo predepresivo con las constantes que hemos visto a lo largo de este capítulo. Creemos que hacemos una justa, y nada forzada, lectura de BURTON al considerar la presencia de una verdadera definición del llamado carácter pre-depresivo. Si bien es cierto que a esta lista de causas psicológicas, el autor inglés añade otras " outward, adventitious or accidental causes" ajenas a la responsabilidad y al temperamento del propio sujeto. Estas son reflejadas a modo de factores sensibilizantes como: educación imperfecta, terrores y sustos repetidos; burlas, calumnias; pérdida de libertad: encarcelamiento; muerte de los amigos etc.

Hasta aquí, hemos abordado con perspectiva histórica el tema de la melancolía, haciendo especial referencia a la disposición a padecerla.

Hemos aportado textos inéditos, aplicados a este campo, acudiendo, para ello, a fuentes originales tanto del área de la medicina, como de la filosofía y la literatura.

1.2. PERSONALIDAD Y DEPRESION (PLANTEAMIENTO CONCEPTUAL)

1.2.1. PERSONALIDAD: concepto y límites.

El estudio de la personalidad resulta uno de los temas más apasionantes de la psicología, de la psicopatología y de la propia clínica y nosología psiquiátricas. Los trabajos de investigación que sobre el tema se vienen publicando en los últimos cuarenta años suponen un punto definitorio de su interés e importancia. Ello hace, incluso, que algunos autores intenten darle un carácter de ciencia con cuerpo doctrinal propio que conocemos bajo el nombre de Personalística.

La investigación de la personalidad ha recorrido tres fases:

1ª.- Estadio general literario y de observación.

Eran los escritores y autores teatrales los que definían "personajes" con determinadas características comportamentales. Citemos a SHAKESPEARE, a CALDERÓN o a la literatura francesa y rusa del XIX con FLAUBERT o DOSTOIEVSKI.

2ª.- Una segunda fase mucho más sistematizada y nacida a partir del campo propio de la medicina, a partir de la observación clínica, o de la psiquiatría con FREUD y seguidores o con los grandes iniciadores de la clínica psiquiátrica - KRAEPELIN y KRETSCHMER - y los grandes fenomenólogos.

3ª.- Fase experimental.

Aparece esta tercera fase a partir de los años treinta de nuestro siglo, propiciando instrumentos y nuevas metodologías para su desarrollo.

Pero, qué entendemos por personalidad.

Definir el término ha sido tarea, a veces infructuosa, de numerosos autores. ALLPORT (1966) refiere casi cincuenta diferentes intentos de definición correspondientes a otros tantos autores.

Ello indica, evidentemente, la complejidad del tema. Esta viene dada, a nuestro entender, porque no siempre se delimitan adecuadamente algunos conceptos íntimamente relacionados con el de personalidad.

Así, mientras que el temperamento es entendido como el conjunto de factores biológicos integrantes de la personalidad. Ya desde HIPOCRATES y sobre todo con la sistematización de GALENO- sanguíneo, colérico, melancólico y linfático- éste término ha tenido una gran influencia en el pensamiento médico y psicológico. Influencia que, aun en nuestros días, tiene vigencia pues tipologías como las de EYSENCK (1959) se basan, matizadas, en aquellas aportaciones.

Para THOMAS, CHASE, BIRCH (1968) los aspectos de la conducta denominados " temperamentales " e incluidos en la personalidad serían :

- 1º.- El nivel de actividad general.
- 2º.- Las conductas rítmicas (sueño etc.).
- 3º.- La tendencia al acercamiento o a la huida ante nuevas situaciones.
- 4º.- La adaptabilidad continuada.
- 5º.- La intensidad de las reacciones.
- 6º.- El nivel de responsabilidad.
- 7º.- La cualidad del humor básico.
- 8º.- La distraibilidad.
- 9º.- El tipo de atención y su persistencia.

El temperamento corresponde, pues, al cómo de la conducta frente al qué y al por qué (motivación)

Pese a estar intimamente relacionado el temperamento con factores biológicos, no quiere decir que sea permanente e inmutable, pues puede cambiar ante determinadas situaciones, a lo largo de la vida de un individuo. Diríamos que el temperamento "se hace" .

El carácter , en cambio, supone un conjunto de tendencias e-motivo-afectivas, hereditarias o adquiridas, que regulan las condiciones del individuo con las condiciones del medio ambiente. Es un concepto puramente funcional , y por ello en absoluto estable o permanente.

Como dice ROJO (1980) " el carácter es siempre dialéctico hasta consigo mismo y es, de por si, dinámico, metamorfoseante e individual".

Siguiendo en nuestro intento de llegar a una definición de personalidad, centramos las dificultades para ésta tarea en cinco puntos:

- a.- En su descripción. El número de adjetivos utilizados para definir aspectos del carácter es enorme. ALLPORT (1966) llegó a contar hasta 17.000.
- b.- En las dificultades de clasificación.
- c.- En la propia naturaleza del término.
- d.- En la complejidad de la conducta humana.
- e.- En la evidencia de que la conducta no siempre es lo que aparenta.

Derivadas de éstas dificultades debemos tener en cuenta que toda definición ha de ser reflejo de las conductas que constituyen el punto de atención del investigador y de las técnicas aplicadas para su estudio.

Pero además, no podemos olvidar que no existen definiciones verdaderas o falsas. Solo debemos aceptarlas o no por su grado de utilidad.

Así, si bien la definición de personalidad más completa y ajustada es la propuesta por ALLPORT (1966) cuando afirma: "Es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento" no deja de ser como dice MUSO (1970) un concepto causalista.

Las características comunes al concepto de personalidad podemos resumirlas en estos nueve apartados:

- a.- Unicidad.
- b.- Individualidad.
- c.- Estabilidad.
- d.- Posibilidad de predicción.
- e.- Autoconstrucción.
- f.- Historicidad.
- g.- Función de ajuste.
- h.- Depositaria de la vivencia del yo.
- i.- Bisagra para la enfermedad.

De ellos, nos interesan aquí fundamentalmente dos: la individualidad y la posibilidad de predicción. Esto llevó a CATELL (1950) a definir la personalidad como "aquello que nos hace predecir lo que una persona hará en una situación determinada".

Aportación fundamental de este mismo autor es el análisis factorial basado en la teoría de los rasgos.

El rasgo es definido por el propio CATELL (1950) como: " la estructura mental inferida a partir de la conducta observada, índice de la regularidad de ésta".

Puede considerarse, así, como distintivo, como estructura

disposicional o facilitadora y como fuerza.

La ventaja que la teoría de los rasgos tiene, viene dada fundamentalmente por ser ecléctica, permitiendo su uso por otros modelos de personalidad además del factorial.

Existen infinitud de teorías sobre la personalidad que corresponden a otras tantas concepciones filosóficas del hombre. Los filósofos existencialistas han señalado tres modos humanos de expresión:

- El UMWELT o mundo de lo biológico.
- El MITWELT o mundo de la relación con los demás.
- El EIGENWELT o mundo de la relación con uno mismo.

Mientras no exista una integración de estos tres mundos englobados en una definición de personalidad, los estudios e investigaciones se limitarán únicamente a aspectos concretos de la conducta.

Factores genéticos - - - - -

PERSONALIDAD

Factores sociales

Factores ambientales

- - - - -

Institucionalización

Cultura

Familia

-frustración

-modelos de identificación

-recompensa selectiva

- - - - -

1.2.1,2. TIPOLOGIAS

Como afirma SARRO (1979): "La psiquiatría abordó el tema de la personalidad por tres vías: la tipología de las personalidades y reacciones psicopáticas, los análisis de la personalidad prepsicótica según la orientación constitucionalista de KRETSCHMER y el análisis de la paranoia, que por ser un trastorno monosintomático en una personalidad aparentemente conservada, planteaba el enigma que se intentaba descifrar profundizando en la "personalidad paranoica". Ello es debido, añadimos nosotros, al no existir una teoría general de la personalidad.

Hablamos de tipo al referirnos a un conjunto de rasgos y actitudes que pueden ser distinguidos de otros conjuntos semejantes. Es decir, el término implica un conjunto de modos particulares de reacción o bien una estructura específica de personalidad.

Siguiendo a DELAY y PICHOT (1977), las tipologías humanas podemos clasificarlas en cuatro grandes grupos, según la metodología utilizada (rasgos externos, endocrinos, etc.).

- a.- Tipologías morfológicas.
- b.- Tipologías fisiológicas.
- c.- Tipologías psicológicas.
- d.- Tipologías mixtas.

Veamos a continuación tres grandes ordenaciones tipológicas con sus autores más destacados.

Desde un punto de vista historiográfico distinguimos a:

- HIPOCRATES
- Apopléticos (gruesos y bajos)
 - Tísicos (altos y delgados)

- GALENO
- Flemático (lentos y débiles)
 - Sanguineo (rápidos, vivaces y activos)
 - Melancólico (fuertes y lentos)
 - Colérico (explosivos y rápidos)

A partir de las doctrinas psicoanalíticas se elaboran algunas tipologías llamadas psicológicas puras:

- Oral (pasivo-dependiente)
- Anal (pulcro, pedante y ordenado)
- Uretral (ambicioso e inseguro)
- Fálico (aventurero y riesgoso)
- Genital (normalidad ideal de la personalidad).

- JUNG
- Introvertido
 - Extrovertido

Otras son fundamentalmente constitucionalistas como las de:

PENDE

- Longilíneos asténicos
- Longilíneos esténicos
- Brevilíneos asténicos
- Brevilíneos esténicos

KRETSCHMER

- Picnico-ciclotímico
- Leptosómico-esquizotímico
- Atlético-enequético
- Displásico

SHELDON

- Endomorfo-viscerotómico
- Ectomorfo-cerebrotómico
- Metomorfo-somatotómico

Ha sido nuestra intención resumir aquí las tipologías que han supuesto a lo largo de la historia una aportación importante en mayor o menor grado.

Evitamos realizar una exposición detallada de cada uno de los epígrafes, pero hemos considerado de notabbe interés traer esta enumeración para mejor comprender la tipología basada en los presupuestos teóricos de SJOBRING (1973) que son motivo del siguiente apartado.

1.2.1.3. TEORIA DE LA PERSONALIDAD DE SJOBRING.

Henrik SJOBRING aporta un modelo de personalidad basado fundamentalmente en los planteamientos que sobre este tema realizan JANET (1909) en cuanto a su concepción energética de la personalidad y en STERN (1911) por su acento en la disposicionalidad o en los factores predisponentes ligados a la personalidad.

SJOBRING (1879-1956) planteó su teoría a lo largo de su vida en múltiples trabajos que fueron publicados póstumamente en 1958, realizándose su traducción francesa e inglesa muy posteriormente 1979 y 1973 respectivamente.

Parte este autor de dos caminos principales para fundamentar su teoría: uno el biológico - no olvidemos que él trabajó en la histolo

gia del sistema nervioso- y otro el fenomenológico. Afirma que el desarrollo y estructuración de la personalidad han de estar bajo el dominio de la integración . De aquí infiere el siguiente aserto: los trastornos psiquiátricos son formas desintegradas o integradas imperfectamente.

Las dimensiones básicas en su modelo estructural de la personalidad son:

CAPACIDAD

VITALIDAD

ESTABILIDAD

SOLIDEZ

Estas dimensiones son consideradas como un continuum con dos posiciones extremas super y sub.

La primera de ellas - capacidad - incluye el potencial de inteligencia en un individuo. Esta dimensión no nos interesa aquí, tanto por su expresión como por la metodología propia utilizada para su evaluación.

Por ello, quedarían tres dimensiones fundamentales en la concepción de la personalidad por este autor sueco.

Vitalidad.- Corresponde al término inglés de "strength" primitivamente utilizado o al más extendido de "validity". Resulta necesario aclarar que nosotros hemos traducido no literalmente por validez. Pues al tratarse de una dimensión que se puede cuantificar mediante cuestionarios, da lugar a confusiones con su homónimo utilizado para reseñar el valor de un determinado test. Proponemos, en cambio el término ya reseñado de vitalidad en el sentido de ORTEGA Y GASSET (1932). EL propone una caracteriológica basada en el alma el espíritu y la vi-

lidad. Nos dice de ésta: "Ciertamente que apenas si sabemos lo que es; pero cada cual advierte que todos sus actos mentales o materiales manan como de un hontanar, de un oculto tesoro de energía viviente, que es el fondo de su ser. Al entrar en contacto con otro hombre se nota al punto la cantidad y calidad de la vitalidad ajena". Y añade: "Hay dos clases de seres: unos, dotados de vitalidad rebotante, que se mantienen siempre en superávit; otros, de vitalidad insuficiente, siempre en déficit". Incluso llega a relacionar esta subvi-talidad con la depresión al decir: "El defecto de esta vitalidad nos sorbe vida, nos deprime y mengua".

Creemos suficientemente justificado aplicar aquí, en esta dimensión, la palabra vitalidad.

La subvitalidad, siguiendo ahora en la concepción de SJOBRING, de un individuo le hace mostrarse cauto y discreto, tenso y ocupado, cuidadoso, escrupuloso y considerado. Obsérvese el paralelismo de estos adjetivos aplicados al individuo infradotado de la dimensión vitalidad en su personalidad con los adjetivos utilizados para describir la personalidad del sujeto depresivo (véase Cuestionario P.D. 22 elaborado por nosotros y que se incluye en el apartado material).

En cambio, la supervitalidad de un individuo vendría definida por ser activo, incansable, emprendedor, efectivo, seguro de sí mismo, enérgico, vigoroso e implacable.

Estabilidad.- Los sujetos subestables son: cálidos, viscosos, ingenuos, toscos, trabajadores, sociables y extrovertidos.

Mientras que los superestables son: tranquilos, con pensamiento abstracto y discursivo, precisos y elegantes en sus movimientos y sofisticados.

Solidez.- Las personas subsólidas son descritas como: histriónicas, agudas (rápidas), agradables, ágiles e impredecibles, volubles, intolerantes, subjetivas, egocéntricas y de respuestas inmediatas. En tanto que las personas supersólidas serían: pausadas, firmes, constantes, serias, seguras, prudentes y objetivas.

H. SJOBRING aportó toda una teoría de la personalidad traducida a una tipología completa y fundamentada.

Vamos a comparar, de forma esquemática, en los siguientes cuadros donde relacionamos estas tres disposiciones, con algunas otras tipologías indicadas en el capítulo anterior.

V I T A L I D A D

(+)

Activo
Esténico
Somatotómico
Dominante

Extrovertido
Ciclotímico

ESTABILIDAD

(-)

Sintónico
Viscerotónico

(+)

Introvertido
Esquizotímico
Cerebrotómico

(-)

Inactivo
Asténico
Sumiso

S O L I D E Z

(+) Dominancia de
la función secundaria
(emocionabilidad madura)

(-) Predominio de
la función primaria
(emocionabilidad inmadura)

1.2.2. LA DEPRESION COMO ENTIDAD CLINICA

Nos interesa delimitar, aquí, el término depresión, en cuanto trastorno afectivo, dentro de un marco conceptual y nosológico.

Dada la complejidad nosotaxica dentro del campo de los citados trastornos afectivos, consideramos de suma importancia realizar esa delimitación. Pues, en el terreno experimental y en el area de la investigación, ya sea psicopatológica, clinica, psicológica o terapéutica, resulta necesario una precisión y homologación terminológica que posibilite su general comprensión dentro de una comunidad científica e impida el "babelismo" terminológico y el uso de lenguajes "autistas" demasiado frecuente en determinadas escuelas psiquiatricas.

La depresión puede ser entendida como sintoma, como síndrome KLERMAN (1975), PICHOT (1978) y como entidad nosológica. La gran cantidad de formas clinicas, y las dificultades para verificar el no menos importante número de hipótesis etiopatogénicas dan lugar a confusiones semanticas puestas de manifiesto por KENDELL(1976) que propician la utilización de términos como "estado depresivo" tan generalizado en la Escuela Francesa de Psiquiatria o el menos comprometido de Síndrome depresivo.

Bien es verdad que a nuestro entender, resulta completamente válida la utilización de estado o síndrome depresivo a la hora de realizar una práctica clínica, es decir cuando describimos o nombramos aquello que hemos detectado psicopatológicamente ante un individuo. Mas, cuando realizamos un trabajo de investigación y deseamos estudiar un determinado patrón psicopatológico o una determinada respuesta a un fármaco en un grupo de sujetos, hemos de precisar un diagnóstico que vaya más allá del impreciso estado de depresivo, acudiendo para ello a las clasificaciones diagnósticas internacionales, aun teniendo en cuenta las limitaciones de éstas. Y, por otra parte habremos de homogeneizar la muestra estudiada en cuanto a la intensidad de los síntomas mediante la aplicación de escalas de evaluación conductal, para lograr así una cuantificación psicopatológica.

Realizadas estas precisiones, pasemos ahora a intentar delimitar el concepto de depresión.

Desde un punto de vista muy general, la depresión puede ser considerada como una particular reacción, como una respuesta de un individuo a un acontecimiento desgraciado. Sería la tristeza la calidad de humor que daría expresión a esa respuesta. Ya hemos visto más arriba como BURTON (1621) describía esta depresión "normal", ante acontecimientos desdichados.

El problema se plantea a la hora de fijar un límite preciso entre lo "normal" y lo patológico. Si bien existe una constelación de síntomas propios de la depresión, éstos no son patognomónicos por lo que su sola presencia no es suficiente para perfilar un diagnóstico exacto.

Hay que acudir, por lo tanto, a la determinación de un quantum, de una intensidad determinada de los síntomas que haga posible la diferenciación de lo patológico de lo que no lo es.

Y ello solo es posible a través de un detenido y profundo examen clínico y su posterior traducción en una escala de evaluación que pueda, por supuesto que de modo relativo, cuantificarnos los síntomas psicopatológicos encontrados y fijar, así, unos niveles de intensidad o gravedad de los síntomas. Ello es sumamente ventajoso pues homologa la sistemática del examen clínico y sobre todo el grado de apreciación de los síntomas detectados.

Llegados a este punto, podemos afirmar con PICHOT (1980) que en tanto sintoma, la depresión sería una variación en intensidad y duración de la tristeza "normal"; mientras que un estado depresivo vendría configurado por un humor depresivo (tristeza) con visión pesimista del mundo propio y del exterior y por una disminución global de energía motora y psíquica que se denomina inhibición. Este definido estado depresivo puede aparecer bajo distintas formas clínicas, según los síntomas que le acompañen y la intensidad con que estos se presenten.

Los criterios diagnósticos utilizados en la última década no están tan lejos, creemos, de la metodología empleada por los autores iniciadores de la psiquiatría clínica pues en uno y en otro caso prevalecen precisamente los criterios clínicos para el diagnóstico nosológico. Si bien es cierto, que las técnicas actuales de diagnóstico amplían el campo de la propia nosología psiquiátrica aportando tipologías nosológicas con la ayuda de la estadística y los medios informáticos.

Los criterios diagnósticos se han ido perfilando sobre la base de un listado de síntomas propios de la depresión. La presencia en un sujeto de un número mínimo de ellos durante un, también mínimo, período de tiempo (generalmente dos o cuatro semanas) constituyen las premisas básicas para configurar el diagnóstico.

Esta es la metodología utilizada en la Present State Examination y su sistema computarizado " CATEGO " de WING, COOPER y SARTORIUS (1974) o en el Research Diagnostic Criteria SPITZER, ENDICOTT y ROBINS (1975), cuyos criterios sirven de base a la clasificación de la A.P.A. bajo el título de Diagnostic and Statitical Manual . cuya ter cera edición - D.S.M. III - está vigente desde 1980.

1.2.2.1.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESION

La génesis de la depresión puede explicarse desde muy distintas y, a veces, encontradas teorías. No es intención nuestra traer aquí una detallada exposición de cada una de ellas. Si nos interesa, en cambio, reflejar de forma esquemática los distintos modelos explicativos de la etiopatogénesis de la depresión para entender de forma clarificadora el papel de la personalidad del sujeto afecto de una depresión, cuyo análisis realizaremos en un apartado posterior. Veamos, ahora, pues, de forma resumida y esquemática los principios teóricos de cada uno de estos modelos:

MODELO PSICOANALITICO.-

- Introyección de la agresividad, ABRAHAM (1911), FREUD (1917). El instinto agresivo "se convierte " en afecto depresivo.
- - Pérdida de objeto, SPITZ (1942), BOWLBY (1960)
- - - Pérdida de estima (autoestima), BIBRING (1965)

- - - - Aceptación pasiva de las propias limitaciones ante la realidad, ZETZEL (1966).
- - - - - Cognición negativa, BECK (1967), el pesimismo mediatizará toda una serie de experiencias negativas. (En realidad constituye un modelo propio, como veremos seguidamente).

El modelo psicoanalítico constituye, evidentemente una de las aportaciones teóricas más interesantes, sobre todo con su concepción de la " pérdida ". Sin embargo, hoy resulta insuficiente su cuerpo doctrinal aplicado al campo específico de la etiopatología de las depresiones. La bibliografía sobre este tema se encuentra bloqueada con las aportaciones de los autores "clásicos", no encontrándose ninguna novedad de interés en los últimos años. Aclaremos, por último, que la inclusión de BECK en este esquema se debe a su condición de psicoanalista, si bien la teoría cognitiva, como hemos indicado anteriormente supone un modelo propio de un gran interés.

MODELO SOCIOLOGICO.-

- Pérdida de rol y/o estatus social, BART (1974), resultado de una estructura social (clase media) que hace perder a sus individuos el control de su destino.

MODELO CONDUCTISTA.-

- Ausencia o pérdida de refuerzos positivos LEWINSOHN (1975), conducta mal adaptada por estímulos aversivos repetidos no controlados. Las consecuencias de la conducta depresiva pueden actuar como verdadero refuerzo positivo.

MODELO EXISTENCIAL.-

- Perdida del sentido de la existencia , BECKER (1964).

MODELO COGNITIVO.-

- Triada cognitiva BECK (1967, 1972). Pesimismo e indefensión fruto de una negativa concepción del "self", además de una visión negativa del mundo exterior y del futuro.
- - " Helplessness Learned ", SELIGMAN (1975), indefensión aprendida, como propone POLAINO (1981) como fruto de traumas psíquicos resultaría una pobreza del repertorio de conductas.

El modelo cognitivo se encuentra a medio camino entre lo psicoanalítico y lo conductista, pero el importante número de trabajos que sobre el tema se están publicando en los últimos años supone una de las actuales grandes vías de investigación en el campo de la depresión, tanto en su aspecto patogenético como terapéutico.

MODELO PSICO-FISIOLOGICO.-

- Situaciones "opresivas" intensas (stress) con respuesta neurofisiológica y neuroendocrina. WHYBROW, MENDELS (1969)

MODELO BIOLÓGICO.-

- Deficit de aminas biógenas SCHIDKRUT (1965) MENDELS, FRAZER (1974).

- - Disfunciones neuroendocrinológicas SACHAR (1976), Van PRAAG (1978).

MODELO "INTERACTIVO".-

- Pobreza en el desarrollo de la "tendencia social " por espaciales condiciones del proceso de socialización y de la comunicación, HOFFMAN (1976).

Hasta aquí, hemos visto los epígrafes más importantes de las diversas teorías, en torno a la estructuración de la depresión. Como puede apreciarse hemos confeccionado este esquema sobre la base de aquellos datos en relación, aunque sea de modo indirecto, con la personalidad depresiva y predepresiva que desarrollaremos más ampliamente en el apartado 1.2.3.y 1.2.4.

Al igual que el concepto de depresión, como hemos señalado, ha de ser integrador. No podemos aislar estos modelos, pues nos resultarían completamente insuficientes. Debemos entender la depresión no como resultado de una sola y única causa, sino como resultado de un proceso multifactorial, pero integrado y estructurado en un sujeto: el hombre-persona.

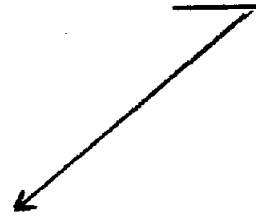
En las dos páginas siguientes vamos a plasmar de forma esquemática dos estructuraciones etiopatogénicas de la depresión. La primera de ellas ha sido elaborada sobre la aportación de COLONNA (1979) y que supone un paralelismo, en cuanto a terminología y algunos planteamientos teóricos, al sustentado por ROJO, GINER y ~~seguido~~ también por nosotros en cuanto al llamado " Campo situacional etiopatogénico" con su delimitación integrada de factores disposicionales, sensibilizantes, precipitantes y socio-culturales.

ESTRUCTURACION DE LA DEPRESION

FACTORES BIOLÓGICOS

FACTORES PSICOLÓGICOS

FACTORES SOCIALES



(Historia personal) ————— PROYECTO OBJETO Tiempo

(energía vital de base)

D E P R E S I O N

Perdida - Objeto
- Vitalidad

REGRESION DEPRESIVA

. Deficit energético

POSICION PSICOTICA

- Cerrada
- Objeto como parte del yo

POSICION NO PSICOTICA

- abierta
- Objeto, complemento del yo

Este esquema de COLONNA tiene por una parte una visión integradora que hemos propuesto como unica via válida de explicación. Por otra parte se ajusta, con las modificaciones introducidas por nosotros, a la terminologia de SJOBRING que sirve de base teorica a uno de los cuestionarios de personalidad que hemos utilizado en la presente investigación.

Para finalizar, y ajustandonos a los factores propuestos por AKISKAL y Mc KINNEY jr. (1975) diremos que la depresión la entendemos como resultado de un camino psico-socio-biológico en el que intervienen de distinta forma los siguientes factores:

- VULNERABILIDAD GENETICA. Entendida, ésta, como defectos geneticos para la elaboración y transporte de aminas biogenas.
- ACONTECIMIENTOS PSICOBIOGRAFICOS. En el sentido de factores sensibilizantes como perdidas, falta de gratificación, indefension aprendida, etc.
- ESTRESORES PSICO-SOCIALES. La frustración continua en el adulto, la vertical movilidad social etc.
- AGENTES ESTRESANTES FISIOLOGICOS. Infecciones virales, disfunciones diencefálicas etc.
- RASGOS DE PERSONALIDAD. Determinantes o modificadores de la reactividad del organismo al estres.

Estos cinco grupos de factores pueden provocar alteraciones en los niveles funcionales de la s aminas biogenas; producción de neurotransmisores estructuralmente defectuosos y acumulación de sodio dentro de la neurona. Esto lleva a proponer al diencefalo como el camino final comun del recorrido psicobiológico responsable, na causa, de la depresión.

1.2.2.2. NOSOLOGIA DE LA DEPRESION

Hemos apuntado anteriormente que la confusión se mantica que el termino depresión conlleva viene dada por su propio valor polisémico debido a la mezcla indiscriminada de multiples y va riadas descripciones clinicas bajo una misma denominación. La revisión que en este sentido lleva a cabo GUERRERO TORRE (1979) es clari- ficadora.

Por ello se hace necesaria la existencia de unas clasificaciones que intenten limitar y homologar la acepción de cada una de las formas de expresión de la depresión. Para esto son indispensables la existencia de unos criterios diagnósticos fijos y bien definidos que hagan posible que bajo una misma denominación se englobe una misma forma clinica. Es en este sentido donde se hacen indispensables las clasificaciones diagnósticas internacionales.

El problema surge cuando, como ocurre actualmente existen dos grandes clasificaciones diagnosticas internacionales con unas areas respectivas de influencia.

La International Classification of Diseases (I.C.D. - 9) propiciada por la Organización Mundial de la Salud, su pone una nosologia tradicional. Los criterios seguidos marcan una mez cla de elemnetos etiológicos (hipotéticos o demostrados) con otros de tipo sintomatológico y/O evolutivos. Su influencia se centra funda mentalmente en el area europea. Nos interesa señalar que esta clasifi cación, ademas de los apartados especificos para la psicosis maniaco-

-depresiva (296) y de los trastornos neuróticos que incluyen a la depresión neurótica (300), un epigrafe específico de " Personalidad afectiva " que viene definida como un humor depresivo predominante a lo largo de la vida. Esto coincide con el concepto más antiguo de personalidad distímica. Esta personalidad afectiva podrá ser ciclotímica, si sucede una bipolaridad en las manifestaciones que van de lo depresivo a lo maniaco y también puede denominarsele hipomaniaca cuando existan manifestaciones monopolares específicas. Por personalidad depresiva que aparece ya incluida en la última versión de esta clasificación, se entiende la presencia continuada de manifestaciones subclínicas de tipo depresivo. Esta acepción nada tiene que ver con la personalidad (no patológica de los sujetos afectados de una depresión).

La D.S.M. III, (Diagnostic and Statistical Manual) ha supuesto una metodología diagnóstica y nosológica verdaderamente original e incompatible con los sistemas tradicionales. En ella, la etiología de los trastornos psiquiátricos es ignorada. Las categorías diagnósticas son de tipo descriptivo y están basadas en cinco ejes que van desde el parámetro clínico al psico-social. Su área de influencia es la anglosajona.

Uno de los aspectos negativos que las clasificaciones diagnósticas presentan es el del colonialismo semántico, incluido dentro de un más generalizado colonialismo científico regentado desde Norteamérica.

En la citada D.S.M. III, la personalidad depresiva es considerada como la traslación de la neurosis depresiva, cuyo término no admite. Si aparecen en ella bien diferenciados los trastornos ciclotímicos y los distímicos.

Respecto a la depresión en concreto podemos distinguir tres grandes vías conceptuales para su clasificación:

- Concepción Unitaria.- Iniciada por LEWIS (1938) y defendida por KENDELL (1968). Considera la depresión como un todo continuo, lineal, donde lo importante es la intensidad y características de los síntomas. No interesa la etiología del cuadro ni su desencadenamiento.

- Concepción dualista.- Son varios los binomios aportados por distintos autores. Clásicamente, el más utilizado ha sido el de Depresión endógena versus exógena (neurótica) LANGE (1926). Otro es el aportado por la Escuela de San Luis en los términos de primaria versus secundaria MUNRO (1966) o el de WINOKUR (1974) descrito como depresión pura versus espectro depresivo. Otros como el unipolar-bipolar etc. De todos ellos el que nos interesa resaltar es el primero: la dicotomía endógeno - neurótico es muy controvertida, sobre todo por lo que respecta a la depresión neurótica, término éste que es rechazado por algunos autores como AKISKAL y BITAR (1978) o KLERMAN, ENDICOTT y SPITZER (1979) y que no es aceptado por nosotros pues preferimos, como alternativa, el de depresión no endógena. Recientemente, MATUSSEK (1981) pone en evidencia las dificultades diagnósticas que supone el término neurótico aplicado a la depresión. La distinción entre los dos componentes de este binomio, desde una vertiente clínica, fue realizada por KENDELL y GOURLAY (1970) y desde una apreciación psicopatológica con la utilización de escalas, en concreto la de LEVINE-PILOWSKY (L.P. D.), por PILOWSKY y BOULTON (1969).

Desde los trabajos de KILOH y GARSIDE (1963) se acepta que la depresión endógena psicopatológicamente viene definida por la presencia de:

- . Enlentecimiento motor
- . Despertar precoz (insomnio tardío)
- . Pérdida de peso
- . Empeoramiento matutino
- . Humor depresivo

La duración prolongada (1 año) y la ausencia de factor desencadenante son otros factores propios de la depresión endógena .

Para estos mismos autores la depresión neurótica vendría definida por los siguientes factores:

- . Comienzo brusco
- . Insomnio precoz
- . Empeoramiento vespertino
- . Irritabilidad
- . PERSONALIDAD ANORMAL

Vemos por lo tanto se incluye a la personalidad como un factor de importancia en la distinción de este binomio que estamos reseñando. En cualquier caso este termino de personalidad anormal es suficientemente ambiguo.

El principal problema de la conceptualización de las depresiones neuróticas es su heterogeneidad AKISKAL y BITAR (1978) Generalmente, para diagnosticar este tipo de depresión se acude a un criterio negativo: ausencia de los atributos aplicados a la depresión endógena. Esto nos lleva a hablar a nosotros de depresión no endógena englobando a las depresiones reactivas, neuróticas y psicógenas.

- Concepción multidimensional.- Sustentada por OVERALL (1966) y PAYKEL (1971) y (1972) quienes diferencian una tipología de la depresión sobre una base psicopatológica y con la aplicación de técnicas estadísticas -"Cluster"-, diferenciando subsíndromes o subtipos (psicótico, ansioso, hostil y con trastorno de personalidad)

En definitiva, creemos necesario huir de clasificaciones que aúnen criterios clínicos con etiológicos en un mismo parámetro, y aceptar las de criterios psicopatológicos con carácter prioritario.

1.2.3. LA PERSONALIDAD PREDEFRESIVA

1.2.3.1. CONCEPTO

Partiendo de la definición de personalidad que hace CATELL (1950) - " es aquello que nos hace predecir lo que una persona hará en una situación dada" - se abre, en principio, un amplio y apasionante campo. Desde un plano hipotético la enunciación sería: Si a cada entidad clinica psiquiatrica corresponde un determinado patrón de personalidad, determinando éste podriamos predecir la vulnerabilidad de un sujeto a padecer la enfermedad. Esto en el campo de la psiquiatria preventiva seria verdaderamente definitivo. Pero evidentemente la realidad dista mucho de esta hipotesis. En primer lugar, porque como hemos visto el concepto de personalidad no podemos perfilarlo de forma completa. Pero ademas, la forma de aparición y la traducción psicopatológica de una misma entidad clinica no es completamente igual en un sujeto que en otro. Por otra parte la experiencia clinica nos demuestra que la simple presentación de unos determinados rasgos de personalidad no son suficientes para "provocar" una enfermedad psiquiatrica.

A pesar de lo expuesto, existen dentro de la nosologia psiquiatrica algunas entidades clinicas que, efectivamente, se acompañan de determinadas características de personalidad previa.

En este sentido las conocidas aportaciones de KRETSMER son clarificadoras. Pero es necesario diferenciar, porque se confunde con demasiada frecuencia los rasgos patológicos de personalidad premorbida que suponen un estado subclinico de la enfermedad, con los rasgos normales pero característicos de los sujetos que padecieran una determinada enfermedad psiquiatrica. Esta diferenciación es de suma importancia, a nuestro entender, a la hora de clarificar conceptualmente la personalidad premorbida y en concreto la personalidad pre-depresiva.

Para nosotros, la personalidad considerada desde la

vertiente temporal premórbida supone un factor etiopatológico mixto: Por una parte, comporta una estructura facilitadora de indole disposicional (no olvidemos que lo temperamental tiene un sustrato biofisiológico evidente , donde influye incluso la herencia) pero por otro lado la personalidad sirve de base a la acción de factores sensibilizantes hacia la depresión.

La personalidad premorbida supone un factor psicológico de riesgo pero además la personalidad añade su condición patoplástica en el desarrollo de la depresión y en sus manifestaciones clínicas.

La personalidad previa es considerada como un factor discriminador diagnóstica ; MATUSSEK (1981) en el plano endógeno versus psicógeno lo incluye así. Si bien al estudiar sistemáticamente la personalidad de los sujetos depresivos vemos como las diferencias son mínimas, PERRIS (1979).

También la personalidad puede considerarse como un factor pronóstico en el curso de la depresión, esto que fuera negado por ANDERSON (1936), es defendido actualmente por ZUCKERMAN, PRUSSOFF y WEISSMAN (1980).

Además de todo esto, sucede algo que muchos autores que se ocupan del tema parecen desconocer: nos referimos a la influencia que el acontecer de la depresión va a tener sobre la propia personalidad del sujeto, como ya apuntara METCALFE (1968). Diríamos que el factor patoplástico es recíproco: la personalidad influye sobre la depresión y ésta sobre aquella. Esto es importantísimo desde un punto de vista metodológico y será analizado más adelante.

El estudio de la personalidad pre-depresiva se realiza sobre el sujeto afecto ya de depresión. Para ello la evaluación se realiza en el sujeto afecto ya de depresión, menospreciando la importan-

cia que ésta pueda tener sobre la personalidad y por lo tanto se considera ésta como estática y permanente o ajena a cualquier modificación. Este es el problema que plantean los estudios catamnesicos de personalidad TELLENBACH (1975) o ZERSSEN (1970) con su cuestionario de personalidad premórbida. A nuestro entender, esta metodología adolece de falta de rigurosidad y hay que tener en cuenta que los resultados se prestan a la influencia perturbadora de la memoria de los sujetos depresivos o a factores como las ideas de culpa o la autodepreciación propias del depresivo que "artefactaran" esos resultados de los estudios ya sean clinico-fenomenológicos o a partir de cuestionarios autoevaluados.

Cabe pensar que el unico método fiable para el analisis de la personalidad pre-depresiva seria el estudio de seguimiento en niños de alto riesgo a la depresión (hijos de depresivos endógenos, por ejemplo) durante un largo periodo de años. Las dificultades que un trabajo de estas características comporta hacen difícilmente viable este método.

Estas dificultades citadas hacen que se evite, en cierto modo el termino pre-depresivo aplicado a la personalidad. Si revisamos la literatura sobre el tema nos encontramos como en los ultimos años es difícil encontrar trabajos de investigación sobre el epigrafe literal de personalidad pre-depresiva, habiendo desaparecido la particula pre en la mayoría de los estudios actuales.

Nosotros entendemos que resulta más adecuado hablar de personalidad-del-sujeto-depresivo, entendiendo ésta como un continuum donde la presencia de una depresión clinica influye cuantitativamente remarcando algunos rasgos y características pero sin modificar el nivel estructural basico de la personalidad (salvo en el caso de depresiones psicóticas severas ineficazmente tratadas y de larga evolución).

Esta personalidad-del-sujeto-depresivo puede entenderse abreviadamente como personalidad depresiva y en este sentido hablaremos de ella a lo largo de este trabajo. Quede claro que no se trata bajo esta denominación de referirnos a la entidad subclinica del mismo

Para paliar estas deficiencias a las que hacíamos mención, LAZARE, KLERMAN y ARMOR (1966) aportan una escala que lleva sus nombres y que intenta "medir " tres patrones correspondientes a personalidad obsesiva, histérica y oral. Aplicado al estudio de la personalidad depresiva ha sido utilizado por PAYKEL y PRUSOFF (1973) y por HIRSCHFELD y KLERMAN (1979). (Vease apartado 1.4.2.)

En la misma línea encontramos el P.P. I. -N. de ZERSSEN (1969) que intenta cuantificar los presupuestos psicoanalíticos y los del Typus Melancholicus de TELLENBACH, mediante un cuestionario de personalidad.

También podemos citar a STRADMAN (1978) y su C.M.P.I. basado en las teorías de MURRAY (1938) sobre las necesidades y las motivaciones.

En resumen, las doctrinas psicoanalíticas han aportado sus teorías en torno a la personalidad pre-depresiva haciendo notar la importancia de la regresión oral que provoca una incapacidad para establecer relaciones objetales adecuadas, junto a unas características de personalidad derivadas de una patología narcisista. Una baja tolerancia a la frustración y el manejo de técnicas de sumisión, manipulación, coacción, histrionismo etc. para mantener, desesperadamente, las necesidades de relación con los demás o con los objetos internalizados es también propia de estos sujetos. Y además la escrupulosidad y el afán de rendimiento puesto de manifiesto por ABRAHAM.

Dependencia -oralidad- y obsesionalidad constituye para la doctrina psicoanalítica la base de la constelación depresiva en la personalidad premórbida.

1.2.3.2. "TIPUS MELANCHOLICUS" DE TELLENBACH

Para Tellenbach (1.974) los rasgos fundamentales de la personalidad pre-depresiva son estructurales. El tipo melancólico sería aquel modo de ser constituido por una determinada estructura que se encuentra empíricamente y que con arreglo a su posibilidad propia se inclina hacia el campo de la melancolía. El afirma textualmente: "los pacientes que tan solo sufren melancolías monopolares presentan un tipo soprendentemente homogéneo de personalidad previa".

Partiendo de una perspectiva fenomenológico-antropológica describe a los depresivos en su carácter premórbido como: escrupulosos, cumplidores, rígidos, ordenados, concienzudos, prevksores y minuciosos.

La escrupulosidad es entendida como un desmedido afán de orden, tendencia que LOPEZ IBOR ha traducido como ordenalidad.

Son autoexigentes en grado extremo, nunca se satisfacen dado su afán de exactitud. Igualmente son poco espontáneos y poco creativos.

Las relaciones interpersonales de los sujetos pre-melancólicos se enmarcan en un cuadro de dependencia y simbiosis.

Con respecto a ellos mismos son personas extremamente exigentes y a las que ronda permanentemente la culpa.

De este modo describe TELLENBACH el modo de ser del melancólico premórbido, pero para que se dé la situación clínica de melancolía es necesario que se dé a su vez, lo que él denomina "situación pre-depresiva". Este estado premórbido comporta dos constelaciones situativas endotropas contenidas a su vez en dos categorías fundamentales:

La espacialidad vivida de modo reducido en una constelación de includencia. Hay una vivencia de estrechamiento de los límites en el melancólico. Una enfermedad, un ascenso en el trabajo o en el status social, la jubilación o una mudanza serían ejemplos de estas situaciones de includencia, que, con otra terminología podríamos denominar "factores precipitantes".

La segunda constelación es la de la remanencia y está referida a la temporalidad y sería un modo de permanecer adherido a las pretensiones propias. Hay un retraso, un quedarse atrás ante las exigencias en el trabajo, de las demás personas o del código ético propio que conllevará a la vivencia acusada de culpa.

La interacción de estos dos elementos la denomina TELLENBACH endokinesis.

Las correlaciones con los presupuestos de SHIMODA (1961) al estudiar el carácter predepresivo en los trastornos maníaco-depresivos de población japonesa son evidentes.

La aportación de TELLENBACH es sin duda interesante, aunque poco aceptada. Quizás sea en España donde mayor divulgación hayan tenido sus teorías aparte de, lógicamente, en Alemania.

Revisando la literatura sobre el tema podemos observar, al realizar un índice de citas, que este autor solo es citado por los colegas alemanes, en cambio no aparece en el resto de la literatura, salvo en alguna ocasión aislada y siempre rebatiendo sus opiniones.

1.2.3.3. APORTACIONES PSICOANALITICAS

FREUD solo tocó el tema de forma indirecta en " Duelo y melancolia" (1917) hablando de cómo los sujetos depresivos realizan una introyección de la libido. Previamente, (1908), definía el caracter anal - al que otros autores adscribiran la personalidad pre depresiva - de sujetos que aparecen como ordenados, con una pulcritud individual y una escrupulosidad en el cumplimiento de sus deberes; eco nómicos hasta la avaricia y tenaces hasta la obstinación.

De forma concreta, los trabajos psicoanalíticos sobre la personalidad pre-depresiva se inician con las aportaciones de ABRAHAM al estudiar sujetos maniaco-depresivos. El considera la existencia de una patología "lineal " respecto a estos sujetos cuando escribe : " Aquel que tiende a melancolias y exaltaciones periódicas no está sano en el intervalo libre" Es aquí en el periodo intercrítico donde él observa (1924, 1948) unos rasgos de carácter claramente obsesivos y llama la atención sobre la semejanza estructural entre psicosis maniaco-depresiva y neurosis obsesiva.

Si bien sus primeros trabajos son exclusivamente referidos a sujetos maniaco-depresivos bipolares, más adelante ABRAHAM realiza una distinción entre las formas mono y bipolares de la depresión según la cualidad de la sublimación del erotismo anal, siendo además esta regresión más pronunciada en los monopolares.

Respecto a la oralidad ABRAHAM (1916, 1948) elabora su teoría en torno a la regresión oral de los depresivos, quienes muestran una gran dependencia afectiva y hace notar el elevado grado de actividad general que desarrollan los sujetos pre-depresivos, caracterizados por una actividad profesional desmedida y un intenso afan de rendimiento, dan

dole a éste la categoría de mecanismo de sublimación. El orden, la pulcritud y la terquedad junto a la constancia, escrupulosidad y exactitud complementarían estas características, resaltando estas características como extremadamente valiosas.

Estas adjetivaciones están en la misma línea que las atribuidas por REICH (1933-1944) a la vertiente oral del carácter compulsivo: pedantería, minuciosidad y tendencia a la cavilación.

RADO (1928) insiste también en el carácter obsesivo universal de los depresivos. Este mismo autor y JACOBSON (1971) retomando su teoría, hacen ver la vulnerabilidad a los episodios depresivos que presentan determinados sujetos ante o como consecuencia de acontecimientos que atenten a la autoestima y a la gratificación. La depresión se produce porque el " yo activo " se repliega totalmente a sí mismo, se menosprecia y empequeñece.

Desde la teoría psicoanalítica, la depresión se precipitaría por la pérdida de objeto. La importancia de la " pérdida " en la constelación depresiva ha sido puesta de manifiesto por otras escuelas no psicoanalíticas que han dado un carácter más universal y polisémico al concepto de pérdida.

En el depresivo asintomático y en el predepresivo al igual que en el obsesivo, coexisten simultáneamente impulsos de amor-odio que impiden, o al menos reducen, la capacidad de establecer relaciones objetales. De aquí deriva una actitud del sujeto predepresivo ante el "compromiso de los objetos ". CASTILLA DEL PINO (1980) insiste sobre ello. Todo ello hace que los depresivos sean considerados como bondadosos cuando en realidad son descomprometidos (no aman, no odian). Así, al establecer relaciones objetales tan precarias, la vulnerabilidad a la pérdida será mayor. Pero también es necesario advertir que este mecanismo, a nuestro entender, funciona como defensa ante la depresión y acentúa la dependencia hacia los demás del predepresivo.

La sumisión y el congraciamiento, manifestaciones de la dependencia oral tiene como objetivo conseguir lo que se desea, como hace notar FENICHEL (1945), para quien en la personalidad depresiva existe una " adicción al amor ", entendida en el sentido de dependencia. Necesita el predepresivo constantes gratificaciones, de ahí su bondad y cuando no las obtiene, reacciona violentamente como ante las frustraciones.

El caracter oral del depresivo endógeno también ha sido puesto de manifiesto por BERLINER (1966) y BIBRING (1968) distinguiendo, en alguna medida, el paralelismo con el obsesivo y acentuando la dependencia, que por otra parte es una constante en la teoría psicoanalítica sobre el tema.

En ese mismo sentido veamos como la dependencia narcisística en la personalidad del depresivo es enfatizada por GERO (1936), COHEN, BARKER, FROMM-REICHMANN y WEIGERT (1954), BIBRING (1953) y recientemente BEMPORAD (1976). Algunos como BLEICHMAR (1976) hablan de una " depresión narcisística " donde influye la construcción de una representación desvalorizada de sí mismo motivada por una inalcanzable meta de aspiración hacia el " yo ideal ". GRUNBERGER (1971) y SCHMALE y ENGEL (1981) también hacen resaltar la patología del narcisismo en el depresivo.

AKISKAL (1980) señala, así mismo un narcisismo patológico y una fijación oral severa referida en concreto a las depresiones características, encontrando en los sujetos que las padecen un verdadero " estilo de vida depresivo ". La personalidad de estos individuos es definida con la presencia de una dependencia patológica y " hambre objetal ", mostrándose manipulativos impulsivos e inestables.

ZETZEL (1966) que realiza un exhaustivo estudio sobre la predisposición a la depresión afirma que ésta se encuentra ligada estrechamente a un determinado aspecto del principio de realidad:

aquel que concierne a la " aceptación pasiva de las propias limitaciones ante la realidad".

Respecto a la culpa, cuya tendencia es para BECK (1967) una característica de la constelación pre-depresiva, no es considerada unánimemente como un factor determinante de la personalidad predepresiva. En la escuela francesa de psicoanálisis, NACHT y RECAMIER (1968) contestan y cuestionan este papel de la culpa. Para PASCHE (1969), la autodepreciación y desvalorización del propio yo puede desarrollarse fuera de toda idea de culpabilidad, haciéndose ésto notable sobretodo en la llamada "depression de inferioridad ".

Uno de los principales problemas que plantean los conceptos teóricos sustentados por los psicoanalistas es que, como señala ARIETI (1974) - que curiosamente cae en el mismo error más tarde (1980)- este cuerpo doctrinal no guarda unidad y no se encuentra confirmado mediante técnicas psicométricas o bien no se atienen a una rígida metodología: excepcionalmente encontramos algún trabajo que utilice grupo control al estudiar las características de personalidad de los sujetos pre-depresivos.

De otro lado, al revisar la literatura sobre el tema que nos ocupa nos encontramos que la mayoría de los estudios son referidos a los depresivos mono o bipolares de forma exclusiva. Excepción de esto sería la aportación de CASSANO (1979) al concebir de modo unitario la depresión pero manifestándose con un dualismo estructural, según el tipo de personalidad que llevaría, como defiende también COLONNA (1979), a una posición psicótica o neurotica. Considerando, además , la personalidad neurótica como un factor modificador del curso de la depresión.

Hemos hecho mención a las notables deficiencias metodológicas que los trabajos psicoanalíticos tienen. Bien es verdad que esta misma deficiencia es palpable en muchos estudios fenomenológicos.

1.2.4. LA PERSONALIDAD DEL SUJETO DEPRESIVO

En este apartado pasaremos revista a los principales tipos de personalidad asociados comunmente al sujeto afecto de una depresión.

1.2.4.1. LA PERSONALIDAD CICLOTÍMICA

Clasicamente la personalidad pre-psicótica de los individuos afectados de la enfermedad maniaco-depresiva ha sido considerada como ciclotímica.

KRAEPELIN (1913) establece el nacimiento de una nosología psiquiátrica, base estructural de nuestros conocimientos actuales. Distinguió tres formas de presentación de las psicosis maniaco-depresivas: la depresiva, la maníaca y la maniaco-depresiva. Estas vendrían sustentadas por tres tipos de personalidad previa, caracterizados por las manifestaciones a escala menor de los síntomas clínicos correspondientes. Es decir, la personalidad premórbida era considerada como una entidad subclínica de carácter permanente.

KRETSCHMER (1921), tomando los presupuestos teóricos de KRAEPELIN, busca un correlato constitucional a cada uno de los tipos clínicos. Así distingue un temperamento maniaco-depresivo diferenciando en él tres grupos con las siguientes características:

-cicloides: descritos como sociables, cordiales, amables, afectuosos. Presentan una actividad incansable, amor al trabajo, brío, decisión, arrojo, y amabilidad, desenvoltura social, riqueza de ideas, elocuencia junto a una energía móvil y práctica.

-maníacos: considerados como alegres, humoristas, animados y fogosos.

-melancólicos: son callados, tranquilos, impresionables y blandos.

El temperamento cicloide, dice KRETSCHMER, "solemos encontrarlo como personalidad prepsicótica del propio enfermo y en sus inmediatos consanguíneos", acentuando de este modo la importancia de la herencia en el temperamento y en la etiología de la enfermedad.

Sus descripciones están referidas fundamentalmente al temperamento ciclotímico (bipolar) o al maniaco e incluso llega a afirmar: "es notable el hecho de no encontrar frecuentemente entre los enfermos maniaco-depresivos personas depresivas por constitución, es decir, personas en que el temple triste ocupe el primer lugar". También hace señalar la ausencia del "ancho puente caracteriológico entre lo que se ha venido en llamar temperamento hipomaniaco y temperamento constitucionalmente depresivo". Esto es, no encuentra un temple medio entre los pacientes observados, si bien aprecia lo que denomina "proporción diatética" en la que concurren los componentes hipomaniacos y melancólicos de la individualidad cicloide.

La queja de KRETSCHMER al no encontrar gran número de melancólicos puros viene dada, a nuestro entender, porque efectivamente existía en su época una mayor proporción de formas mixtas o maníacas puras en la epidemiología. Al contrario, hoy, debido a la acción de los psicofármacos aparece en la clínica una mayor proporción de formas depresivas monopolares.

La tipología de KRETSCHMER y en concreto el concepto de personalidad ciclotímica tuvo una gran repercusión en la práctica clínica de las inmediatas décadas posteriores. GILLESPIE (1944) describe la disposición maniaco-depresiva siguiendo la misma línea de KRETSCHMER: "Hay en ellas -las personalidades ciclotímicas- alteraciones de los estados de alegría y tristeza en personas reconocidas como francas, brillantes, comunicativas, optimistas e inestables emocionalmente.

CAMPBELL (1950) distingue asimismo dos tipos de per-

sonalidad cicloide: la depresiva y la hipomaníaca, cada una de ellas con características propias (véase cuadro resumen más adelante).

STRECKER, EBAUGH y EWALT (1951) encuentran un 24% de ciclotímicos al estudiar un grupo de maniaco-depresivos.

KALLMAN (1954) estudiando la prevalencia de la personalidad ciclotímica en la población general encuentra un índice del 0.8% y un 6.1-14.4% en hijos de maniaco-depresivos.

Por su parte, LEONHARD, KORFF y SCHULZ (1962) encuentran tan solo un 15% de personalidades ciclotímicas en una muestra de hermanos de pacientes maniaco-depresivos.

Ya en ese mismo año ORDÓÑEZ SIERRA califica la personalidad ciclotímica como un factor independiente de la predisposición a la psicosis.

Recientemente WETZEL, CLONINGER, HONG y REIC (1980) estudian, a través del 16 PF de CATELL, en concreto su factor A, que es considerado por ellos como relativo a la ciclotimia, una muestra de pacientes depresivos endógenos. Evidentemente creemos que es insostenible homologar el concepto de personalidad ciclotímica con el citado factor.

En la actualidad la personalidad ciclotímica tiene una menor vigencia que en la década de los cincuenta si nos atenemos a su estricta consideración terminológica como personalidad premórbida.

Como hemos visto anteriormente el término se incluye como entidad nosológica subclínica en las clasificaciones diagnósticas actuales. Para SPITZER et al. (1975) la personalidad ciclotímica queda referida a aquellos sujetos que alrededor de los veinte años presentan síntomas de los trastornos afectivos en un grado "apreciablemente superior que la mayoría de las personas y no circunscrito a períodos de episodios afectivos concretos.

Es decir, en ningún caso se considera personalidad previa a un trastorno afectivo puesto que si aparece la enfermedad ya no sería diagnosticada como personalidad ciclotímica la persona que la padeciese. Por ello este concepto queda limitado a las manifestaciones subclínicas -hipomaníacas o distímicas (depresivas)-de los trastornos afectivos de forma continuada, (al menos tres años).

Los intentos de confirmar los presupuestos teóricos de KRETSCHMER mediante pruebas psicométricas han sido negativos. ZERSSEN, KOELLER y REY (1970) elaboran un cuestionario de personalidad para auto-evaluación de pacientes maniacodepresivos monopolares y una lista de adjetivos a contestar por sus familiares, basándose en las teorías psicoanalíticas, en el "tipus melancholicus" y en el citado concepto de ciclotimia, confirmando las dos primeras pero no encontrando correlación significativa alguna entre personalidad ciclotímica y pacientes depresivos endógenos.

1.2.4.2. LA PERSONALIDAD SINTÓNICA

Descrita por BLEULER (1922) tuvo una gran aceptación en un principio, semejante a la habida por la personalidad ciclotímica. Sin embargo hoy día es apenas constatable en el campo de las depresiones monopolares.

ASTRUP, FOSSUM y HOCMDE (1959) encuentran al estudiar doscientos setenta pacientes con psicosis afectivas únicamente personalidad sintónica en los maniacodepresivos bipolares.

En ese mismo sentido están los trabajos de ANGST, (1966) y PERRIS (1966) y de los mismos autores dos años más tarde, que encuentran afinidad en las formas bipolares de trastornos afectivos con la

personalidad sintónica frente a los unipolares que son descritos como es-
crupulosos y meticulosos.

1.2.4.3. LA PERSONALIDAD HISTERICA

Aunque algunos autores han asociado la personalidad
delsujeto depresivo con la histérica, resulta un término ambiguo, poco con-
creto y en absoluto válido.

DE ALARCON (1973) revisa las bases conceptuales en
la evaluación de esta personalidad al estudiar las descripciones presen-
tadas por treinta y seis autores y encuentra que las características con
mayor consenso son:

- conducta histrionica
- labilidad emocional
- dependencia
- egocentrismo
- excitabilidad
- actitud seductora
- sugestionabilidad.

Se acepta que la personalidad histérica está sensi-
bilizada a sufrir episodios depresivos, pero sin llegar a hacer una re-
lación como personalidad premorbida específica de la depresión.

Ello no es óbice para que aparezcan síntomas histé-
ricos en el curso de la depresión e incluso, como vemos en la práctica
clínica, una cierta histérficación de los sujetos que han sufrido una
enfermedad depresiva.

Esta histerificación dificulta notablemente la labor terapéutica una vez superada la sintomatología aguda y actúa como refuerzo para mantener estable el curso final de una depresión.

Suele haber un error al considerar como personalidad histérica la simple obtención de una alta puntuación en la escala de neuroticismo del cuestionario de personalidad de EYSENCK (E.P.I.) que, si bien refleja una labilidad al stress, no es homologable en ningún caso, insistimos, con el término de personalidad histérica. Por ello no es aceptable, a nuestro entender, como hacen ROSENTHAL y GUDEMAN (1967), definir como histérica la simple, aunque elevada, labilidad emocional que encuentran al estudiar cien mujeres depresivas endógenas.

Entre los trabajos clásicos que, partiendo de una concepción psicoanalítica, pero utilizando metodología métrica, se han realizado, podemos citar los de LAZARE, KLERMAN y ARMOR (1966) que estudian en noventa mujeres hospitalizadas encontrando unos atributos de personalidad homologables a la denominada psicoanalíticamente "personalidad oral".

El término "personalidad histérica" ha sido utilizado, y lo sigue siendo y no solo en el lenguaje coloquial, de forma peyorativa. Por otra parte, las dificultades de limitación conceptual hacen no muy aconsejable su utilización referida a la personalidad del sujeto depresivo.

Si bien puede señalarse la existencia de algunos trabajos como el de FESSLER (1950) que pone de manifiesto la relación entre personalidad histérica y depresión climatérica. Asimismo los trabajos de SLAVNEY et al (1974) que utilizan el M.M. P.I. y obtienen un perfil semejante entre pacientes diagnosticados de personalidad histérica y depresivos controles.

1.2.4.4. LA PERSONALIDAD OBSESIVA

Las relaciones entre personalidad obsesiva y sujetos depresivos fueron puestas de manifiesto, como hemos visto anteriormente, por ABRAHAM desde una perspectiva psicoanalítica. Si bien esas relaciones de coincidencia habían llamado la atención anteriormente de HEILBRONNER (1912), BONHOEFFER (1913) o STOCKER (1914), para quien los sentimientos obsesivos "emergen de una lucha que tiene lugar en el interior de la personalidad".

Estas relaciones, tanto en un plano estructural como en uno dimensional de la personalidad se ponían de manifiesto de forma insistente con respecto a la depresión involutiva: MEDOW (1922), LANGE (1926), MUNCIE (1931), TITLEY (1936), ANDERSON (1936), HOPKINSON (1964) y KOLP (1968). Todos ellos describen un particular tipo de estructura de personalidad con predominio de rasgos obsesivos. Si bien la conexión entre depresión y condiciones anancásticas ya fueron observadas por FALRET (1866) en sus "Melancolías sin delirio".

Dichas conexiones están sustentadas sobre unos datos escasos e inadecuados lo que las hace poco aceptables desde un punto de vista metodológico.

Sí es cierta la existencia de un paralelismo, que a veces lleva a la homologación entre los rasgos de la personalidad obsesiva y aquellos utilizados para describir el modo de ser de los sujetos depresivos.

Veamos como describen LEWIS y MAPOTHER (1941) a los sujetos obsesivos: son extremadamente limpios, ordenados y concienzudos, con formas incompletas de pensamiento y acción, dados a la repetición innecesaria. Los que han manifestado tales rasgos desde la infancia sue-

len ser ariscos, obstinados e irritables, otros son vacilantes, inseguros de sí mismos y sumisos". Puede compararse esta descripción con la lista de adjetivos atribuidos a los sujetos depresivos que reseñamos más adelante.

A nuestro entender, ha habido una persistencia en atribuir estos rasgos obsesivos a los depresivos sin contar con una base teórica y metodológica aceptable. HOPKINSON en 1964 encuentra un 73.3% de personalidades obsesivas en una muestra de cien depresivos estudiados. Igualmente AYD (1961) en USA había insistido sobre semejante proporción. Pero estas cifras no se confirman cuando se realizan estudios con metodología más precisa: BAGADIA encuentra tan solo un 31.3% de tipos obsesivos en doscientos treinta y tres casos revisados.

Un dato de notable interés es el referido por STENGEL (1948) cuando afirma que es la depresión la que realza los rasgos obsesivos preexistentes.

ROSENTHAL y GUDEMAN (1967) demuestran la obsesividad en la estructura de personalidad de sujetos depresivos endógenos. Recíprocamente ROSENBERG (1967) encuentra en la personalidad de sujetos neurotícos obsesivos una cierta "depresividad".

Podemos hallar en las personalidades obsesivas una marcada sensibilidad a los acontecimientos que suponen mayor cambio de la vida cotidiana y rutinaria: BROWN et al. (1975)

WITENBORN y MAURER (1977) utilizando la "Initial Home Inquiry" encuentran que el perfeccionismo y la rigidez son datos persistentes en las mujeres depresivas estudiadas, no modificándose con la evolución de la enfermedad. Los rasgos y el comportamiento obsesivo compulsivo es interpretado por estos autores como respuestas defensivas frente a incipientes depresiones subclínicas o circunstancias precipitantes, pero no como un rasgo permanente.

VAUGHAN (1976), tomando el concepto de "personalidad obsesiva" de INGRAM (1961), ("Orden Liness Inertia, Inconclusiveness") y en relación con el carácter anal estudia la correspondencia entre síntomas depresivos, obsesivos y la personalidad. La presencia de síntomas obsesivos en sujetos depresivos se asocia a agitación, ansiedad, superactividad y rápidos cambios en el humor.

VIDEBECH (1975), al estudiar la psicopatología de la depresión anancástica admite la influencia de la personalidad del mismo nombre como factor patoplástico.

En Japón SHIMODA (1961) describe el llamado shujaku-seikaku, traducido como "estatotimia" o, con mejor fortuna, "esclerotimia", como proponen AYUSO y SAIZ (1981). Esta denominación viene referida al carácter con preocupaciones obsesivas. Los rasgos predominantes en estos sujetos son: la escrupulosidad, la obstinación, el fanatismo, el sentido del deber, y el perfeccionismo. Para este autor existiría en estos sujetos lo que él denomina "retentividad de lo psíquico", entendida como una tendencia a permanecer fijados en sentimientos y pensamientos. Esta esclerotimia llega a encontrarla este autor hasta en un 93.4% de los pacientes maniaco-depresivos.

En resumen, la concordancia entre personalidad obsesiva, considerada como premórbida, y depresión endógena ha sido puesta de manifiesto ya clásicamente utilizando tanto metodología fenomenológica-descriptiva como instrumentos psicométricos (véase más adelante).

Para nosotros, si bien aceptamos una concordancia entre los rasgos definidores de la personalidad obsesiva y la de los sujetos depresivos, no es homologable la utilización indiscriminada de este término respecto a la personalidad depresiva dado que ésta incluye otros factores estructurales y dinámicos que no se encuentran ni son propios de la personalidad obsesiva.

1.2.4.5. LA PERSONALIDAD DEPRESIVA

Quede bien claro que denominamos con tal nombre las características de personalidad del sujeto depresivo y no la entidad psicopatológica subclínica de igual nombre. Ya hemos insistido en que preferimos esta denominación y evitamos hablar de personalidad predepresiva dada la falta de rigor que el término comporta.

En este mismo capítulo podríamos añadir algunos otros tipos de personalidad directamente relacionados con el individuo depresivo, pero sin duda suponen un interés menor.

Tan solo puede ser necesario hablar aquí de la llamada personalidad dependiente, a la que ya nos referimos al hablar de las aportaciones psicoanalíticas de la depresión y su etiopatogenia. Y se relaciona directamente con la denominada personalidad oral.

Intentos de cuantificar la personalidad oral han sido realizados por LAZARE, KLERMAN Y ARMOR (1970) mediante cuestionarios.

ARIETI y BEMPORAD (1980) defienden la presencia de personalidad dependiente en los depresivos.

En cualquier caso nuestra postura es integradora y evita la homologación de un solo y determinado tipo de personalidad con la del sujeto depresivo. Pensemos que gran parte de los trabajos sobre este tema adolecen de rigor metodológico.

Las referidas dificultades metodológicas pueden adscribirse a distintos planos:

Por una parte, la delimitación conceptual tanto respecto al término personalidad como al de depresión. Es necesario pre-fijar cada uno de estos conceptos a la hora de llevar a cabo una investigación de este tipo. La homogeneidad en el diagnóstico y en la gravedad de la depresión se hace obligada. Si repasamos la literatura sobre el tema veremos que realmente son pocas los trabajos que utilicen escalas de

evaluación, es decir psicopatología cuantitativa, para precisamente homogeneizar la muestra.

Otros de los errores metodológicos habituales y sobre el que ha llamado la atención CHODOFF (1972) es la ausencia de grupos controles en los trabajos sobre personalidad de los depresivos.

Otro de los problemas viene dado por la importancia que tiene el momento en que se estudia y evalúa la personalidad. Evidentemente que no puede resultar exactamente igual realizar esa evaluación en el momento de mayor gravedad psicopatológica que al final de un tratamiento farmacológico o a lo largo de una psicoterapia.

Sin duda que también intervienen los instrumentos de medida utilizados. A nuestro entender se ha abusado excesivamente en aplicar determinados rasgos de personalidad descritos de modo no empírico por los autores clásicos, llegandose al caso de aplicar binomios del tipo depresivo-obsesivo o depresivo-ordenado sin ninguna observación clínica y psicológica. Precisamente para poner en evidencia este abuso de epítetos hemos confeccionado una lista de adjetivos a modo de inventario - P.D. 22 - autoevaluado por los propios sujetos de la muestra tratada (vease resultados).

Entendemos la personalidad depresiva no como un patrón estático y fijo de personalidad que aparece en todos los sujetos afectados de trastornos depresivos, sino como un perfil que contiene determinadas características propias de los sujetos depresivos y otros determinados rasgos que, aun no siendo exclusivos, se encuentran más marcados en los sujetos que sufren depresiones clínicas.

Para nosotros la personalidad depresiva supone un factor disposicional y sensibilizante pero no patognomónico en la génesis de la depresión.

ADJETIVOS DEFINIDORES DE LA PERSONALIDAD DEL SUJETO DEPRESIVO

Indicamos, a continuación, los adjetivos atribuidos a lo largo de los años, por los diversos autores, a la personalidad de los sujetos afectados o predispuestos a la enfermedad depresiva:

ALEXANDER (1948)

- . Cálidos
- . Extrovertidos
- . Tendencia a lo concreto

ANGST (1966)

- . Responsables
- . Pedantes
- . Inseguros

ANGST (1968)

- . Meticulosos
- . Escrupulosos

ARIETI (1959)

- . Motivados por el deber
- . Trabajadores incesantes
- . Dependientes

ASTRUP (1959)

- . Sensitivos
- . Sintónicos
- . Integros

AYD (1961)

- . Escrupulosos
- . Dignos de confianza
- . Pulcros
- . Efectivos en el trabajo
- . Sensitivos
- . Autoexigentes

BECK (1967)

- . Sumisos
- . Dependientes

BECKER (1960)

- . Autoexigentes
- . Motivados por el rendimiento

BEMPORAD (1976)

- . Dependientes

BLEULER (1922)

- . Sintónicos

CAMPBELL (1950)

- . Inestables
- . Silenciosos
- . Concienzudos
- . Modestos (sin pretensiones)
- . Ansiosos

ENGLISH (1949)

- . Perfeccionistas
- . Egocentricos
- . Juiciosos
- . Temerosos
- . Inteligentes
- . lógicos

ESQUIROL (1847)

- . Escrupulosos
- . Angustiosos

EYSENCK (1960)

- . Lábiles
- . Ansiosos
- . Rígidos
- . Severos
- . Pesimistas
- . Reservados

JANZARIK (1956)

- . Laboriosos
- . Conzienzudos
- . Realistas
- . Activos
- . Ordenados

GILLESPIE (1926)

- . Energicos
- . Ambiciosos
- . Socibles
- . Vigorosos
- . Emprendedores
- . Brillantes
- . Optimistas
- . Comunicativos

KIELHOLZ (1957)

- . Exactos
- . Ordenados
- . Autoexigentes
- . Pedantes
- . Escrupulosos
- . Hiperresponsables

KOLB (1968)

- . Pasivos
- . Intolerantes
- . Serios
- . Sensitivos
- . Honestos
- . Discretos
- . Compulsivos

KRAUS (1971)

- . Aferrados a sí mismos
- . Fanáticos de sus intereses

KRETSCHERMER (1921)

- . Laboriosos
- . Escrupulosos
- . Tenaces
- . Concienzudos
- . Formales
- . Cumplidores
- . firmes

LANGE (1926)

- . Trabajadores
- . Constantes
- . Cumplidores
- . Exactos
- . Ordenados
- . Autoexigentes
- . Ahorrativos
- . Piadosos

LAUGHIN (1956)

- . Responsables
- . Pedantes
- . Inseguros

MAUZ (1930)

- . Exactos
- . Ordenados
- . Autoexigentes
- . Serios
- . Pedantes
- . Sensitivos
- . Escrupulosos

NOYES (1939)

- . Inseguros
- . Serios
- . Rígidos
- . Escrupulosos
- . Hiperresponsables
- . Proclives a la autopunición

OLTMAN (1943)

- . Perfeccionistas
- . Meticulosos
- . Concienzudos

PAULEIKOFF (1958)

- . Ordenados
- . Exactos
- . Autoexigentes

FERRIS (1966)

- . Escrupulosos
- . Meticulosos

REISS (1910)

- . Exáctos
- . Ordenados
- . Adheridos a las tareas

ROWE (1954)

- . Callados
- . Concienzudos
- . Sociables

SCHNEIDER (1950)

- . Silenciosos
- . Serios
- . Intolerantes
- . Sensibles

SHIMODA (1950)

- . Aplicados en el trabajo
- . Escrupulosos
- . Honrados
- . Ordenados
- . Dignos de confianza
- . Cumplidores

STRADMAN (1978)

- . Tendencia al orden

STRECKER (1951)

- . Pesimistas
- . Desalentados
- . Concienzudos

SYDENHAM (s.XVII)

- . Sensatos
- . Sagaces
- . Inteligentes

TAIT (1957)

- . Rígidos
- . Meticulosos

TELLENBACH (1969)

- . Escrupulosos
- . Cumplidores
- , Rígidos
- . Ordenados
- . Minuciosos
- . Previsores
- . Concienzudos

TITLEY (1936)

- . Meticulosos
- . Rígidos
- . Tacaños
- . Sensibles
- . Reservados
- . Escrupulosos
- . Serios
- . Tenaces

Hasta aquí la revisión realizada en torno a los adjetivos atribuidos por los autores citados a la "forma de ser" del sujeto depresivo o predepresivo.

Puede constatarse la similitud entre estos atributos dados a la personalidad del depresivo. Pero es necesario advertir que estas denominaciones han sido realizadas sin metodología matricial alguna. Se trata de descripciones derivadas de la observación clínica. Esto nos ha hecho elaborar un inventario, el P.D 22, basado en estos adjetivos para la autoevaluación de los propios sujetos depresivos.

1.3. ACTUALIDAD E IMPORTANCIA DEL TEMA

1. 3. 1. ANALISIS BIBLIOGRAFICO

El estudio de la personalidad de los sujetos depresivos no es en absoluto un tema obsoleto. Ciertamente que las investigaciones, en cuanto a su número, han sufrido oscilaciones, debidas fundamentalmente a la aparición de nuevos instrumentos para la evaluación de la personalidad.

Hemos representado gráficamente la incidencia en el número de publicaciones específicas sobre el tema que nos ocupa. En la primera de las graficas representamos el número anual de publicaciones tomando como fuente la Excerpta Medica de Psiquiatria desde el año 1967 hasta la primera mitad de 1982. Hay que advertir que los años reseñados quedan referidos a los de aparición del resumen del trabajo original en el citado indice bibliografico, que viene a coincidir con un periodo entre 6 y 18 meses tras la publicación del artículo en la revista original. Puede apreciarse facilmente el auge habido en el año 1981 (de la Excerpta) en trabajos sobre el tema de la personalidad depresiva.

En forma de histograma representamos el numero de publicaciones en cada década desde los años 20 a nuestros dias. La confección ha sido realizada según fuentes bibliográficas propias que suponen más de 200 referencias bibliograficas incluidas las pertenecientes a libros y textos ademas de las revistas. Podemos observar como en la década de los 70 el numero de publicaciones aparecidas es mayor que en la suma del resto de los años anteriores. El año 1975 con 15 y el 80 con 16 son los de mayor relieve en cuanto al número de publicaciones aparecidas.

Cabe destacar como hecho novedoso la aparición en los últimos de investigaciones que aunan factores psicológicos y biológicos. En concreto, personalidad depresiva y aminas biógenas: MURPHY y WYATT (1975); WIBER (1978); WINTER et al. (1978) o FERRIS (1980).

1921-29

1930-39

1940-49

1950-59

1960-69

1970-79

1980-



Nº DE TRABAJOS DONDE PERSONALIDAD DEPRESIVA.

Fuentes propias.



Nº DE TRABAJOS SOBRE PERSONALIDAD DEPRESIVA.

Fuente: Excepta Médica (Psiquiatría).

1.3.2. INDICE DE AUTORES

Citamos a continuación los autores que han publicado más de un artículo sobre el tema específico de la personalidad depresiva. Señalamos los años correspondientes a su publicación y el número total de trabajos aparecidos. Solo reseñamos el primer autor de cada una de las referencias.

BECH (4) 1976, 1978, 1980. y 1980.

BECKER (2) 1960, 1967.

BENJAMINSEN (2) 1979 y 1980.

DONNELLY (3) 1973, 1976 y 1976.

HIRSCHFELD (2) 1976 y 1979.

HOFMANN (2) 1973 y 1973.

KENDELL (3) 1968, 1970 y 1970.

KERR (2) 1970 y 1972.

LEONHARD (3) 1962, 1963 y 1963.

METCALFE (3) 1968, 1970 y 1975.

NYSTROM (2) 1970 y 1970.

PAYKEL (2) 1973, 1976.

FERRIS (8) 1964, 1966, 1971, 1979, 1979, 1979, 1980, 1980.

TELLENBACH (5) 1969, 1969, 1974, 1975 y 1977.

TITLEY (2) 1936 y 1938.

WILSON (2) 1967 y 1967.

WITTENBORN (3) 1967, 1973 y 1979.

WRETMARK (2) 1961 y 1970.

ZERSSEN (8) 1966, 1969, 1970, 1975, 1976, 1977, 1980 y 1982.

ZUCKERMAN (2) 1967 y 1980.

Realizamos a continuación un listado de aquellos autores que se han ocupado específicamente del estudio de la personalidad de los sujetos depresivos mediante un solo artículo, y no son citados a lo largo de nuestro trabajo. Reseñamos solamente el primer autor de cada uno de los artículos y su fecha de publicación. Puede encontrarse la referencia completa en Bibliografía (7.)

ALTMAN (1980)
BUCHSBAUM (1981)
CADORET (1971)
COFER (1980)
GIBSON (1958)
GIBERTI (1968)
GLATZEL (1974)
GNEIST (1969)
HAGNELL (1966)
HAYS (1980)
HOBSON (1953)
HOFFET (1962)
IONESCU (1971)
ISACSSON (1969)
JACOBS (1971)
KAHN (1959)
KINKELIN (1954)
KORFF (1962)
KRUEGER (1979)
LEE (1972)
MATUSSEK (1980)
MOERBT (1977)
NOPPA (1981)
OESTERREICH (1970)

OKUMA (1972)
PAES (1974)
PETERS (1973)
PLATMAN (1969)
PRICE (1969)
RENNIE (1941)
RUFFIN (1969)
SCHAEFFER (1970)
SHINFUKU (1969)
SPARER (1969)
WALKER (1966)
WEINSTEIN (1953)
WEITBRECHT (1952)

1.4. EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DEL SUJETO DEPRESIVO

1.4.1. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

EL estudio de la personalidad del sujeto depresivo supone unas dificultades metodológicas que podemos centrarlas en tres niveles:

- En primer lugar dificultades conceptuales. Hemos podido observar en los capitulos anteriores la complejidad de los terminos depresión y personalidad. No existe, en ninguncaso, un solo modelo para cada uno de estos conceptos. Por ello consideramos imprescindible que a la hora de efectuar una investigación sobre el estudio de la personalidad de los sujetos depresivos queden determinados conceptualmente ambos terminos. Pero esto no es frecuente a la hora de revisar la literatura sobre el tema.

- Un segundo aspecto es el de los instrumentos utilizados para delimitar la personalidad de estos sujetos. Entrevistas catamnésicas se han empleado para este fin, pero tienen una utilidad relativa dado que el nivel de observación es más superficial y los criterios para efectuarlas no pueden ser unificados. Los cuestionarios de personalidad, en cambio, permiten una evaluación siguiendo unos unicos criterios, permiten tambien efectuarlos ante poblaciones controles, hacen posible su cuantificación y analisis estadisticos. Pero hay que señalar que estos instrumentos han de ser internacionalmente reconocidos, pues de nada serviria que cada investigador propusiera una metodologia instrumental propia.

- En tercer lugar, una de las mayores dificultades que este tipo de estudios conlleva es la relativa a el momento de evaluación de la personalidad. Algunos autores reconocen el peligro de error que existe al evaluar la personalidad de los depresivos y no distinguir rasgos y sintomas depresivos FOULDS (1965), CHODOFF (1972), PAYKEL (1976) y von ZERSSEN (1977). Otros han puesto de manifiesto las diferencias en los resultados de los cuestionarios segun la fase de la en

fermedad en que fuesen realizados: COPPEN y METCALFE (1965); KENDELL y DISCIPIO (1968); BAILEY y METCALFE (1969); GARSIDE et al. (1970) KERR et al. (1970); LIEBOWITZ (1979); PERRIS (1971); VAZ SERRA y POLLIT (1975) y WRETMARK (1970).

Pese a ello HIRSCHFELD y KLERMAN (1979) aplican los cuestionarios de personalidad en plena fase psicopatologica de la enfermedad, pero dando la instrucción de contestar no segun el estado actual del paciente sino segun su forma cotidiana de conducta, logran resultados parejos con los periodos asintomáticos, tal como señalara PHILIP (1971) o PERRIS y STRANDMAN (1979).

Frente a lo defendido por estos ultimos autores, hemos de citar aquí los defectos metodológicos reseñados por CHODOFF (1972) en la mejor revisión que se ha realizado, hasta ahora, sobre el tema enumerando los errores metodológicos habituales de la siguiente forma:

- 1) Las formalalizaciones caracteriales de la personalidad se derivan de las observaciones realizadas durante la enfermedad.
- 2) El nivel de observación en la mayoría de las contribuciones psiquiatricas son muy superficiales.
- 3) Los estudios psicoanaliticos resultan más intensivos y elaborados que el de otras Escuelas, pero las descripciones de personalidad pueden resultar inadmisibles al intentar distinguir entre los datos observados y los interpretados.
- 4) Ausencia de grupos controles en la mayoría de los trabajos y cuando estos existen no estan claramente diferenciados con los grupos depresivos.
- 5) El uso de grupo control es incompatible con la metodologia psicoanalitica, sin embargo ello no excluye que los psicoanalistas utilicen datos demograficos o clínicos.
- 6) Enfasis exagerado en el estudio de las Psicosis Maniaco-depresivas ignorando otras variedades clinicas.

Hay que agradecer a CHODOFF (1972) estas acertadas consideraciones en torno a los defectos metodológicos que el estudio de la personalidad de los sujetos depresivos comporta, pues a partir de su artículo la metodología se ha ido perfeccionando así como los instrumentos de evaluación empleados.

1.4. 2. INSTRUMENTOS APLICADOS

Realizamos a continuación una revisión sobre los cuestionarios y escalas utilizados para la evaluación de los sujetos depresivos. En la tabla I quedan reflejados los autores que han utilizado los Cuestionarios de EYSENCK M.P.I. y E.P.I. Solo reseñamos el primer autor de cada uno de los trabajos y el año de publicación para su identificación en la bibliografía. Cuando se repite el mismo año es debido a la publicación de dos trabajos en la misma fecha. La misma sistemática ha sido realizada en las tablas siguientes referidas al MARKE-NYMAN Temperament Scale (Tabla II) ; al Multiphasic Minnesota Personality Inventory (Tabla III) y al 16 P.F. de CATELL (Tabla IV). Por último en la Tabla V reseñamos los Cuestionarios de menor incidencia en este campo citando al autor del instrumento de evaluación o en su caso al que lo ha utilizado aplicandolo al campo del estudio de la personalidad depresiva.

RELACION DE AUTORES QUE HAN UTILIZADO EL CUESTIONARIO DE EYSENCKPARA EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DEPRESIVA.

ASTROM (1960)
BARRET (1972,1975)
BECH (1980, 1980)
BENJAMINSEN (1981)
BONETTI (1976)
COPPEN (1965, 1966)
FOULDS (1975)
GARSIDE (1970)
HIRSCHFELD (1979)
INGRAM (1966)
JULIAN (1979)
KAY (1979)
KERR (1970)
KENDELL (1968)
KNOWLES (1970)
LEHMANN (1974)
LIEBOWITZ (1979)
MARKERT (1972)
MATUSSEK (1981)
METCALFE (1968)
MEZEY (1963)
PAYKEL (1970,1972, 1973,1974,1976)
PERRIS (1971,1979)
SNAITH (1971)
THELMA (1969)
WEISSMAN (1978)
WRETMARK (1961, 1970)
ZUCKERMAN (1980)
VAZ SERRA (1975)

RELACION DE AUTORES QUE HAN UTILIZADO EL CUESTIONARIO M.N.T.S.

PARA EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DEPRESIVA

BARRET (1975)
BECH (1976, 1978, 1979,1980,1980,1981)
BONETTI (1977)
COPPEN (1966)
HIRSCHFELD (1979)
JOHNSON (1975)
LIEBOWITZ (1979)
METCALFE (1975)
NYSTROM (1975, 1975, 1979)
PERRIS (1964, 1966)
REYNOLDS (1970)
SCHALLING (1970)
SHAW (1975)

RELACION DE AUTORES QUE HAN UTILIZADO EL CUESTIONARIO M.M.P.I.
PARA EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DEPRESIVA

BACK (1974)

DONELLY (1973, 1976, 1976,1978)

LEHMAN (1974)

LORR (1968)

MURPHY (1977)

O'LEARY (1977)

RUSCH (1977)

STEINBERG (1979)

WILSON (1967,1967)

AUTORES QUE HAN UTILIZADO EL CUESTIONARIO 16 P.F. PARA EL ESTUDIO
DE LA PERSONALIDAD DEPRESIVA

CATTEL (1967)

FORBES (1972)

MURRAY (1974)

PILOWSKY (1979)

WETZEL (1980)

OTROS INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEPRESIVA

- A.U.P.I. von BAUMANN y DITTRICH (1975)
- BUSS-DURKEE Guilt Scale. ZUKERMAN (1980)
- CAINE'S Hysteroid-Obsessoid Questionnaire PAYKEL (1973)
- CESAREC-MARKE Order Scale CESAREC y MARKE (1968)
- Extroversion-Neuroticism-Rigidity Questionnaire (E.N.R.)
BRENGELMAN y BRENGELMAN (1960)
- Emotion Profile Index (E.P.I.). KELLERMAN (1968)
- FRANK'S Mastery Scale. ZUCERMAN (1980)
- Freiburger Persönlichkeitsinventar (F.P.I.) FREY (1977)
- Initial Home Inquiry. WITTENBORN (1963)
- K. S. P. SCHALLING (1978)
- LAZARE-KLERMAN Traits Scale. LAZARE y KLERMAN (1966)
- Leyton Obsessional Inventory. COOPER (1970)
- LINDEGARD Questionnaire. LINDEGARD (1962)
- Multiplr Adjective Affect Checklist. ZUKERMAN (1969)
- P.P.I. von ZERSSEN (1969)

- Personality Research Form (P.R.F.) HOFFMAN (1970)

- R. P. S. SNAITH (1970)

- SANDLER-HAZARI Questionnaire. (1960)

2. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

La hipótesis planteada en el presente estudio puede expresarse resumidamente en las siguientes preguntas:

¿ Existe un patrón de personalidad específico para los sujetos que han sufrido depresiones endógenas o no endógenas ?

¿ Pueden establecerse diferencias, en cuanto a la personalidad de quienes la padecen, entre ambos tipos nosológicos de de pre si ón ?

¿ Puede determinarse un perfil de personalidad clara mente diferenciador entre los sujetos depresivos y los controles?

¿ Hay algunas diferencias entre el perfil de persona lidad de los sujetos depresivos y los correspondientes a otras entidades nosológicas psiquiátricas como esquizofrénicos y alcohólicos ?

¿ Los adjetivos aplicados por distintos autores a los sujetos depresivos coinciden con los elegidos por los propios sujetos al autoevaluarse ?

¿ El Cuestionario de MARKE-NYMAN, modificado por nosotros, constituye un instrumento válido para la determinación del citado perfil de personalidad ?

En el capítulo de Conclusiones enunciaremos, a tenor del análisis de los resultados, la afirmación o negación de estas preguntas.

3. MATERIAL Y METODOS

3. MATERIAL Y METODOS

Como planteabamos en la hipotesis, el objetivo del presente trabajo es determinar un perfil psicológico de la personalidad depresiva. Para ello hemos estudiado mediante dos cuestionarios y un inventario de personalidad dos poblaciones claramente diferenciadas: una psiquiatrica y otra control. La primera de ellas esta compuesta por dos muestras de sujetos depresivos (endogenos y no endogenos) ampliandose con dos grupos más: uno de sujetos diagnosticados de psicosis esquizofrenica y otro de alcoholicos. Con ello superamos las deficiencias de muchos trabajos que se han ocupado del tema comparando unicamente población depresiva y control, hasta el punto que raramente se encuentra esta amplia muestra. Sirva como excepción la utilización del M.P.I. de EYSENCK como factor pronostico en una muestra con los mismos grupos citados realizada por WRETMARK, ASTROM y ERIKSON (1970), o el estudio comparado entre depresivos y alcoholicos que realizaran SHAW, MacSWEENEY, JOHNSON y MERRY (1975).

Así mismo la población control la hemos dividido en dos grupos. Uno de ellos esta integrado por sujetos del mismo nivel social, cultural y económico que la muestra psiquiatrica y lo hemos denominado " controles". El otro, " estudiantes " lo forman alumnos de sexto curso de la licenciatura de Medicina. La inclusión de éste último grupo viene dada porque encontramos habitualmente la consideración de este tipo de población como simples controles, sin tener en cuenta que la no homogeneidad socio-cultural de varias muestras puede invalidar los resultados obtenidos en los cuestionarios de personalidad. Ya CARLSON (1971) habia señalado la grave deficiencia metodológica que suponía que el 71% de las investigaciones sobre personalidad por él revisadas estaban realizadas exclusivamente sobre población estudiantil, derivandose conclusiones casi de población general se tratase.

Los criterios de selección de los diferentes grupos psicopatológicos se basaron en la aplicación rigurosa de los criterios diagnosticos de las dos principales clasificaciones internacionales de los trastornos psiquiatricos (D.S.M. III e ICD-9) y que cumplieran el requisito de saber leer y escribir, para de este modo unificar las condiciones de aplicacion de los cuestionarios de personalidad utilizados.

La respuesta a los cuestionarios se realizó de modo individual, salvo en el grupo de estudiantes que fue ejecutada colectivamente.

CUESTIONARIOS APLICADOS:

A.- Cuestionario de Personalidad de EYSENCK (E.P.I.)

EYSENCK (1959) publica un cuestionario de personalidad denominado M. P.I. (Maudsley Personality Inventory) que fue modificado formalmente años más tarde por EYSENCK y EYSENCK (1964) dando lugar al citado E.P.I. con dos dimensiones de personalidad a evaluar: Neuroticismo y extroversión. Si bien, en 1976 los mismos autores añaden una dimensión más: Psicoticismo. En cualquier caso ésta no ha resultado significativa para el estudio de la personalidad depresiva.

Hemos utilizado la edición española del E.P.I. aparecida en 1973. Consta de dos dimensiones y una escala de sinceridad.

Neuroticismo es la primera de la dimensiones evaluadas por el " Eysenck Personality Inventory ". Es entendida, por el autor, la dimensión neuroticismo como labilidad emocional, facilidad para las respuestas primarias y como tendencia a resolver las situaciones de estres mediante crisis neuróticas ademas de la facil sugestionabilidad.

Extroversión es la otra dimensión de este cuestionario. En realidad supone una línea o vector que va desde la introversión, cuando se obtiene un bajo número de respuestas hasta la extroversión en el caso opuesto. Parte EYSENCK de los conceptos aportados por JUNG (1917) y referidos a la tendencia o evitación de las relaciones interpersonales.

Sinceridad. Esta escala mide la fiabilidad de las respuestas dadas por el sujeto testado. Considerandose que una puntuación por debajo de 4 o un percentil de 50 invita a pensar que el sujeto no responde sinceramente al cuestionario. Sin embargo, esta escala debe ser considerada más que una medida de la sinceridad con que ha sido contestado el cuestionario, una evaluación del grado de integración social y del grado de aceptación de la norma social imperante.

El E.P.I. consta de 57 items. Dellos 24 corresponden a la dimensión Neuroticismo y otros tantos a la de Extroversión. Los 9 restantes quedan referidos a la escala de Sinceridad.

Este cuestionario ha sido utilizado, como hemos visto anteriormente en la tabla correspondiente, por numerosos autores tanto co-evaluación explícita de la personalidad de los sujetos depresivos como en estudios de evolución e incluso como factor pronostico de los pacientes depresivos.

De las dos versiones que con iguales características pueden realizarse (A y B) hemos utilizado en todos los casos la forma A

B.- Cuestionario de MARKE-NYMAN.

El llamado M.N.T.S. o " MARKE-NYMAN Temperament Scale " es un instrumento de evaluación de la personalidad que sigue los presupuestos teóricos de SJOBRING, reseñados en la introducción.

El Cuestionario ha recorrido una larga historia desde que NYMAN (1956) publica una primitiva versión a modo de inventario de parejas de adjetivos : 100 y sus correspondientes antónimos. El manual no sería publicado hasta 1962, realizando este autor su validación en población sueca.

Posteriormente se transformó en cuestionario propiamente dicho con 60 items: 20 para cada una de las tres escalas Vitalidad,

Solidez y Estabilidad, según el modelo de personalidad propuesto por SJOBRING.

No reseñamos aquí cada una de estas tres dimensiones dado que lo hicimos en el apartado 1.2.1.3.

Tras la versión sueca de 1962, se realiza la traslación inglesa en 1966 por COPPEN y más adelante BARRET (1975) confecciona la validación para la población norteamericana.

Nosotros hemos tomado la versión inglesa del cuestionario realizando una traducción española fiel y exacta, conservando el genuino sentido de cada ítem.

Sí hemos modificado formal y gramaticalmente la orientación de la pregunta de cada ítem, suprimiendo el tratamiento original en tercera persona y la interrogante correspondiente por enunciados en primera persona. Estas modificaciones formales las creemos justificadas, pues resulta más cercano para el testado este tratamiento. Por otra parte no ofrece variación con el E.P.I., el otro cuestionario de personalidad utilizado.

En su versión original, son 20 los ítems correspondientes a cada una de las tres citadas dimensiones : Vitalidad, Solidez y Estabilidad. Existen dos posibles respuestas a cada uno de los enunciados: SI / NO. Cada una de las dimensiones puntúan de 0 a 20 según el testado haya respondido efectivamente al sentido que explora el ítem correspondiente.

La utilización del M.N.T.S. ha sido notable como evaluación de la personalidad depresiva. La relación de autores que lo han utilizado ha sido referida en un apartado anterior. FERRIS (1966) redujo a 30 los ítems de este cuestionario al utilizarlo en una muestra maníaco-depresiva. BECH (1978) realiza una adaptación reduciéndolo a 24 ítems, 8 para cada dimensión.

La versión utilizada en el presente trabajo es la derivada de nuestra Tesis de Licenciatura, quedando reducida a 30 items, 10 para cada dimensión. Esta reducción en el número de items del M.N.T.S. fue realizada tras comparar los resultados obtenidos en el Cuestionario al comparar una población depresiva y otra control y aplicar la Razón Crítica de KENDALL diferenciando los porcentajes obtenidos en cada ítem por parte de cada uno de los dos grupos comparados. Se seleccionaron así los 10 items de mayor "peso" a favor del grupo de depresivos en cada una de las dimensiones, dando lugar a la versión definitiva aquí utilizada.

Los items seleccionados para esta versión reducida corresponden a los siguientes items del cuestionario original: 1,3,5,6, 9,10,11,14,21,4,26,24,30,31,32,33,36,38,41,40,42,43,46,44,49,53,52,58, 59 y 60. El M.N.T.S. (Modificado) se incluye a modo de apéndice.

C.- Inventario de Personalidad Depresiva (P. D. 22)

Este inventario ha sido elaborado por nosotros seleccionando aquellos adjetivos más frecuentemente utilizados para describir la personalidad depresiva. Hemos incluido tanto los adjetivos de las escuelas fenomenológicas como psicoanalíticas.

Consta de 22 adjetivos que el sujeto testado ha de elegir refiriéndolos a su forma de ser general, tanto antes como después de la entidad nosológica padecida. Pueden elegirse cuantos adjetivos correspondan al modo de ser del sujeto sin limitación de número.

Esta lista de adjetivos no se ha acompañado de sus correspondientes antónimos y confeccionar así un diferencial semántico, dado que el bajo nivel cultural de las muestras, a excepción de los estudiantes, no posibilitaba su eficaz y correcta realización.

Los datos obtenidos a partir de este inventario son de tipo cualitativo, no existiendo una baremación cuantitativa, como que-

dó explícitamente comprobado en nuestra Tesis de Licenciatura.

Este inventario se incluye en el apéndice.

Características de la muestra:

Los 6 grupos analizados están formados por 30 sujetos cada uno de ellos. Están compuestos por individuos de ambos sexos en una proporción semejante, salvo en el caso del grupo d.- Alcohólicos, que lo componen 29 varones y una mujer, siendo fiel reflejo esta proporción de la epidemiología alcohólica en nuestros medios. En el caso de los grupos de pacientes depresivos se conserva la proporción 1 / 3 , a favor de las mujeres como es habitual en la epidemiología de las depresiones

WEISSMAN y KLERMAN (1977) o HIRSCHFELD y CROSS (1982). Sin embargo, no realizamos una división por sexos a la hora de analizar los resultados, siguiendo a PERRIS (1971) y a COPPEN (1965) y como señalamos en nuestra Tesis de Licenciatura (1982), dado que las diferencias, en los resultados obtenidos en las distintas dimensiones de los cuestionarios aplicados, son mínimas si realizamos una división por sexos. Tan solo la dimensión Neuroticismo del E.P.I. muestra generalmente una puntuación superior en una a dos cifras en el grupo de mujeres depresivas, BENJAMINSEN (1981) y nosotros mismos en la citada Tesis de Licenciatura.

Salvo el grupo de estudiantes, las cinco muestras restantes presentan una total homogeneidad en el nivel socio-económico y cultural, evitando así uno de los mayores errores metodológicos que se encuentran habitualmente en la literatura sobre el tema.

Los cuatro grupos psicopatológicos quedan constituidos por sujetos atendidos en la Unidad de Día y Consultas externas del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Universitario de Sevilla.

Todos los sujetos proceden del area urbana de Sevilla capital o de poblaciones perifericas.

La totalidad de la muestra sabia leer y escribir (el medio socio-económico, salvo en el grupo de estudiantes es medio-bajo) lo que possibilitaba, y era considerado como elemento selectivo, la autoevaluación de personalidad mediante cuestionarios.

Todas estas evaluaciones se realizaron personal e individualmente.

- Grupo a) Depresivos No endógenos.

Formado por 30 sujetos con una media de edad de 40.9 y una desviación tipica de 12.31.

Los criterios diagnosticos para la selección de esta muestra corresponden a los de las llamadas depresiones "neuroticas", nomenclatura ésta que preferimos evitar como quedó razonado en la Introducción al hablar de la nosologia de la depresión (1.2.2.2.), pues suponen en realidad un grupo heterogéneo de depresiones. La ausencia de curso fasico y antecedentes familiares de trastornos afectivos, la presencia de un factor desencadenante, la mayor ansiedad psicopatologica detectada en los sujetos y la menor gravedad del cuadro en relación con los depresivos endógenos han sido los criterios de mayor peso a la hora de efectuar este diagnostico de Depresivos No Endógenos que es homologable al epigrafe 300.4 de la Clasificacion de Trastornos Mentales de la Organización Mundial de la Salud, en su novena edición conocida bajo las siglas de I.C.D.-9. Segun los criterios diagnosticos de la Clasificación Americana D.S.M. III, este grupo diagnostico responderia al epigrafe 300.40 (Dysthymia disorder).

Para homogeneizar la muestra a la luz de la psicopatologia cuantitativa, se seleccionaron aquellos sujetos que al presentar su trastorno depresivo, motivo de su consulta psiquiatrica, obtuviesen una puntuación entre 25 y 35 puntos en el Inventario para la depresión de BECK,

WARD y MENDELSON (1961) correspondiendo a una depresión entre mediana y grave, según los baremos del propio BECKETT al. y los de CONDE y USEROS (1975). Los límites de puntuación considerados han sido los mismos para ambos grupos de depresivos, pues si bien, en principio los depresivos endógenos suelen presentar una mayor gravedad clínica que los no endógenos, éstos obtienen generalmente una mayor puntuación en el Inventario de BECK debido a que la sintomatología ansiosa y funcional tiene una gran incidencia en este Inventario, repercutiendo lógicamente a la hora de su evaluación.

Todos los sujetos fueron atendidos en las Consultas Externas del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Universitario de Sevilla o en la Unidad de Día del citado Centro. Ninguno de los componentes de la muestra fué ingresado en la Unidad Hospitalaria.

La evaluación de Personalidad mediante los cuestionarios reseñados, fue realizada en un periodo comprendido entre los 6 y los 9 meses tras sufrir la sintomatología depresiva aguda. Para la elección de este momento hemos seguido las directrices señaladas por WEISSMAN, PRUSOFF y KLERMAN (1978) en el sentido de ser, como así nosotros también lo consideramos, el periodo más adecuado para la evaluación de la personalidad de los individuos depresivos pues está libre de la influencia que la propia sintomatología depresiva o incluso los efectos del propio tratamiento antidepresivo pudieran tener sobre la auto-evaluación psicológica de la personalidad y esta libre también de los efectos que un tratamiento de psicoterapia más prolongado pueda tener, en este caso positivamente, sobre algunas dimensiones de personalidad como puede ser el Neuroticismo del E.P.I. disminuyendo su puntuación.

Todos los pacientes estudiados se encontraban en el momento de la evaluación de personalidad con tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos tricíclicos en dosis de mantenimiento.

Un 30% de los sujetos evaluados habían comenzado tratamiento de psicoterapia de grupo. Los efectos "perturbadores" de ésta sobre

los cuestionarios aplicados no han sido considerados dado el minimo tiempo transcurrido desde el inicio de la psicoterapia y el momento de ser evaluados para este estudio.

- Grupo b) Depresivos Endógenos.

Constituido por 30 sujetos con una media de edad de 47.7 años y una desviación típica de 8.72.

En este grupo incluimos pacientes diagnosticados de Psicosis Maniaco-depresiva, tipo depresivo correspondiente al epigrafe 296.1 de la clasificacion internacional I.C.D.-9. O utilizando la D.S.M.III, este grupo corresponderia a la "Major Depression" (296.2).

Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes que hubieran presentado fases maniacas o episodios hipomaniacas. Evitando con ello la inclusión de sujetos bipolares que, como es sabido, presentan unas particulares características de personalidad distintas de las de los depresivos monopolares.

Al igual que con el grupo anterior y con objeto de homogeneizar la muestra desde el punto de vista de la psicopatología cuantitativa, fueron seleccionados aquellos individuos que en el momento critico o agudo de su fase depresiva obtuvieran una puntuación en el Inventario de BECK para la depresión entre 25 y 35 puntos correspondiendo psicopatológicamente a una depresión mediana o grave.

20 de los 30 sujetos (66.6%) habian sido ingresados en la Unidad Hospitalaria del Departamento de Psiquiatria y Psicología Médica del Hospital Universitario de Sevilla.

La evaluación de personalidad fué efectuada en un periodo comprendido entre los 6 y 9 meses tras haber sufrido el momento agudo de la sintomatología depresiva, motivando su ingreso hospitalario o

o su asistencia psiquiatrica ambulatoria. El estudio del perfil de personalidad fue realizado en una de las revisiones periodicas que realizan estos pacientes en las consultas externas del Centro donde se ha efectuado el presente trabajo.

Todos los sujetos estudiados e incluidos en este grupo de depresivos endógenos estaban sometido a tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos triciclicos a dosis baja, de mantenimiento.

- Grupo c) Esquizofrenicos.

Queda integrado este grupo por 30 sujetos con una media de edad de 29.16 años y una desviación típica de 8.80.

Integrados en esta muestra se encuentran sujetos diagnosticados de Psicosis Esquizofrenica en sus tipos Catatonico (295.2) de la I.C.D.-9 y de la D.S.M. III; y Paranoide (295.3) de las citadas clasificaciones diagnosticas. La proporción encontrada entre ambos tipos ha sido de un 23.3% del primero y un 76.6% del tipo paranoide.

Todos los sujetos estudiados se encontraban libres de psicopatologia delirante o psicomotriz en el momento de efectuar la correspondiente evaluación, evitandose así la contaminación o imposibilidad segun el caso.

Un 50% de los sujetos de este grupo habian sido ingresados en la Unidad Hospitalaria del Departamento que se viene citando, en el momento de maxima agudeza psicopatologica de sus sintomas. La gravedad psicopatológica de los sintomas agudos, si bien no ha sido evaluada cuantitativamente mediante la utilización de escalas, se ha buscado una homogeneidad clinica y psicopatologica de todos los sujetos integrados bajo este diagnostico.

La evaluación de personalidad se realizó en un periodo comprendido entre 2 y 6 meses tras el episodio agudo.

Todos los individuos estaban sometidos a tratamiento neuroleptico.

- Grupo d) Alcoholicos.

Formado por 30 sujetos con una edad media de 44.83 años y una desviación típica de 8.11.

Un 50% de los sujetos de este grupo habian padecido Delirium Tremens (291. 0) de la ICD-9. Todos presentaban dependencia alcoholica (303. 9) de la DMS-III en el momento de su primera asistencia psiquiatrica hospitalaria o ambulatoria.

La evaluación mediante los cuestionarios de personalidad referidos se realizó una vez finalizado el tratamiento de desintoxicación alcoholica. Todos los sujetos se encontraban abstinentes.

Se descartaron de la muestra los llamados por algunos, Bebedores enfermos psicicos pues como puede comprenderse el trastorno mental basico puede contaminar profundamente los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados.

- Grupo e) Controles.

Formado igualmente por 30 sujetos con una edad media de 32.46 años y una desviación típica de 6.63.

Ninguno de los componentes de este grupo **padecia** enfermedad psiquiatrica alguna en el momento de la evaluación de persona lidad.

La muestra se obtuvo entre los individuos que acuden al " Plan de Higiene y Seguridad en el Trabajo " para realizar reconocimiento médico.

El nivel socio-cultural y económico medio-bajo era el comun entre los sujetos de este grupo.

-Grupo f) Estudiantes.

Igualmente se encuentra constituido por 30 sujetos. La edad media resultante es de 22.8 con una desviación típica de 0.90.

Son estudiantes de 6º. curso de la Licenciatura de Medicina y Cirugía que voluntariamente se prestaron a realizar la autoevaluación de personalidad con los cuestionarios E.P.I. y M.N.T.S. más el inventario P.D.22.

La inclusión de esta muestra como segundo grupo control ha sido justificada al comienzo de este capítulo.

METODOLOGIA .-

La presentación de los cuestionarios de personalidad a cada uno de los sujetos se realizó con carácter individual, salvo en el caso del grupo de estudiantes que fue realizada colectivamente.

Las instrucciones para la autoevaluación fueron comunes para todos los grupos. No hubo observaciones, como las utilizadas por ZERSSEN (1970), en el sentido de inducir a los sujetos depresivos a que respondan las preguntas correspondientes refiriéndolas al modo de ser previo a la enfermedad. Esto supone, a nuestro entender una contaminación de los propios síntomas depresivos sobre las respuestas en tiempo pasado que pueden llegar a invalidar totalmente el cuestionario aplicado. Tan solo se alentó a los sujetos a que respondieran según su forma de ser o comportamiento habitual y no precisamente antes de o durante la depresión o el trastorno psiquiátrico padecido.

El momento de evaluación en relación con el trastorno psiquiátrico presentado ha sido reseñado al describir cada uno de los gru

pos.

Analisis Estadistico:

Con los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de los cuestionarios de personalidad E.P.I. y M.N.T.S. se realizó analisis de varianza mediante programa en microordenador. Posteriormente se aplicó la Prueba de TUREY, consistente en la comparación individual entre medias de varios grupos con un valor N igual en un analisis de varianza.

Para el Inventario P.D.22, se utilizó la "razón Critica " de KENDELL, debido a que los resultados aquí no son cuantificados, sino calificados segun su presencia o ausencia (segun se elija o no el adjetivo correspondiente). Esta formula de la razon critica ha sido aplicada a cada uno de los 22 elementos del inventario comparandose cada uno de los dos grupos depresivos con cada uno de los restantes.

4. RESULTADOS

En las siguientes páginas correspondientes al apartado de resultados incluimos en primer lugar una descripción de cada uno de los seis grupos estudiados incluyendo las puntuaciones obtenidas en los Cuestionarios E. P. I. de EYSENCK y M.N.T.S. de MARKE y NYMAN, modificado por nosotros.

Tras estos resultados, añadimos los histogramas correspondientes a las seis dimensiones estudiadas en los dos Cuestionarios citados.

La aplicación de la prueba de Turey al análisis de varianza es reflejada comparando los grupos depresivos no endógenos y depresivos endógenos entre sí y con cada uno de los cuatro restantes grupos.

Respecto al Inventario P.D. 22, representamos a modo de histograma de frecuencias el número de sujetos que eligen cada uno de los adjetivos en los diferentes grupos estudiados. Continuando con los resultados de la aplicación de la Razón Crítica de KENDELL a cada pareja de grupos. Finalizamos con la mención de los adjetivos de mayor significación para cada grupo.

DESCRIPCION DEL GRUPO (a) DEPRESIVOS NO ENDOGENOS Y

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS APLICADOS

Hª 1 a.-

Mujer. (41 años)

E.P.I.

N..... 16

E..... 6

S..... 6

M.N.T.S.

V..... 1

So..... 5

Es..... 5

Hª 2 a.-

Mujer (38 años)

E.P.I.

N..... 21

E..... 8

S..... 6

M.N.T.S.

V..... 4

So..... 7

Es..... 2

Hª 3 a.-

Varon. (50 años)

E.P.I.

N..... 20

E..... 3

S..... 8

M.N.T.S.

V..... 2

So..... 4

Es..... 6

Hª 4 a.-

varon (51 años)

E.P.I.

N.....	13
E.....	5
S.....	6

M.N.T.S.

V.....	6
So.....	1
Es.....	3

Hª 5 a.-

Varon (26 años)

E.P.I.

N.....	17
E.....	7
S.....	7

M.N.T.S.

V.....	2
So.....	2
Es.....	5

Hª 6 a.-

Mujer (26 años)

E.P.I.

N.....	21
E.....	9
S.....	8

M.N.T.S.

V.....	2
So.....	6
Es.....	5

Hª 7 a.-

Varon (50 años)

E.P.I.

N..... 12

E..... 11

S..... 6

M.N.T.S.

V..... 4

So..... 3

Es..... 6

-.-.-.-.-

Hª 8 a.-

Mujer (50 años)

E.P.I.

N..... 21

E..... 18

S..... 6

M.N.T.S.

V..... 3

So..... 4

Es..... 3

-.-.-.-.-

Hª 9 a.-

Varon (45 años)

E.P.I.

N..... 20

E..... 5

S..... 5

M.N.T.S.

V..... 3

So..... 4

Es..... 4

Hª 10 a.-

Mujer (42 años)

E.P.I.

N..... 21

E..... 5

S..... 6

M.N.T.S.

V..... 1

So..... 4

Es..... 7

Hª 11 a.-

Mujer (34 años)

E.P.I.

N..... 21

E..... 6

S..... 4

M.N.T.S.

V..... 2

So..... 7

Es..... 5

Hª 12 a.-

Mujer (31 años)

E.P.I.

N..... 24

E..... 14

S..... 8

M.N.T.S.

V..... 4

So..... 5

Es..... 3

Hª 13 a.-

Mujer (27 años)

E. P. I.

N..... 24

E..... 6

S..... 6

M. N. T. S.

V..... 1

So..... 5

Es..... 2

Hª 14 a.-

Mujer (35 años)

E. P. I.

N..... 23

E..... 13

S..... 5

M. N. T. S.

V..... 3

So..... 6

Es..... 7

Hª 15 a.-

Varon (58 años)

E. P. I.

N..... 19

E..... 7

S..... 3

M. N. T. S.

V..... 5

So..... 6

Es..... 5

Hª 16 a.-

Mujer (43 años)

E.P.I.

N..... 17

E..... 9

S..... 5

M.N.T.S.

V..... 1

So..... 6

Es..... 6

Hª 17 a.-

Mujer (21 años)

E.P.I.

N..... 21

E..... 9

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 2

So..... 4

Es..... 2,

Hª 18 a.-

Mujer (25 años)

E.P.I.

N..... 18

E..... 11

S..... 9

M.N.T.S.

V..... 4

So..... 3

Es..... 5

Hª 19 a.-

Mujer (48 años)

E.P.I.

N..... 18

E..... 7

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 3

So..... 5

Es..... 5

Hª 20 a.-

Mujer (19 años)

E.P.I.

N..... 20

E..... 4

S..... 4

M.N.T.S.

V..... 0

So..... 5

Es..... 3

Hª 21 a.-

Mujer (39 años)

E.P.I.

N..... 21

E..... 8

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 3

So..... 6

Es..... 5

Hª 22 a.-

Mujer (44 años)

E.P.I.

N..... 16

E..... 12

S..... 6

M.N.T.S.

V..... 2

So..... 4

Es..... 4

Hª 23 a.-

Mujer (44 años)

E.P.I.

N..... 23

E..... 3

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 3

So..... 5

Es..... 6

Hª 24 a.-

Varon (33 años)

E.P.I.

N..... 17

E..... 13

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 4

So..... 5

Es..... 3

Hª 25 a.-

Mujer (50 años)

E.P.I.

N..... 23

E..... 2

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 1

So..... 6

Es..... 6



Hª 26 a.-

Mujer 43 años)

E.P.I.

N..... 24

E..... 2

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 1

So..... 6

Es..... 7



Hª 27 a.-

Mujer (55 años)

E.P.I.

N..... 19

E..... 4

S..... 7

M.N.T.S.

V..... 4

So..... 5

Es..... 6

Hª 28 a.-

Mujer (53 años)

E.P.I.

N..... 20

E..... 12

S..... 8

M.N.T.S.

V..... 2

So..... 7

Es..... 5

Hª 29 a.-

Mujer (50 años)

E.P.I.

N..... 20

E..... 10

S..... 6

M.N.T.S.

V..... 4

So..... 5

Es..... 5

Hª 30 a.-

Mujer (38 años)

E.P.I.

N..... 14

E..... 9

S..... 4

M.N.T.S.

V..... 5

So..... 5

Es..... 5

RESULTADOS GLOBALES : Media y desviación típica

â.- DEPRESIVOS NO ENDOGENOS

E. P. I. (Inventario de Personalidad de Eysenck)

NEUROTICISMO	19.46	.....	( 3.11)
EXTROVERSION	7.93	.....	( 3.82)
SINCERIDAD	6.26	.....	( 1.36)

M. N. T. S. (Escala de Marke-Nyman)

VITALIDAD	2.73	.....	( 1.43)
SOLIDEZ	4.86	.....	( 1.38)
ESTABILIDAD	4.70	.....	( 1.4)

EDAD 40.9 (12.31)

DESCRIPCION DEL GRUPO (b) DEPRESIVOS ENDOGENOS Y

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS APLICADOS

Hª 1 b.-

Mujer (53 años)

E.P.I.

N	20
E	12
S	5

M.N.T.S.

V	2
So	7
Es	5

Hª 2 b.-

Mujer (50 años)

E.P.I.

N	20
E	10
S	4

M.N.T.S.

V	4
So	5
Es	5

Hª 3 b.-

Mujer (53 años)

E.P.I.

N	18
E	12
S	6

M.N.T.S.

V	4
So	2
Es	6

Hª 4 b.-

Mujer (45 años)

E.P.I.

N 17

E 14

S 2

M.N.T.S

V 2

So 2

Es 3

Hª 5 b.-

Mujer (61 años)

E.P.I.

N 18

E 9

S 3

M.N.T.S.

V 1

So 6

Es 4

Hª 6 b.-

Varon (58 años)

E.P.I.

N 13

E 4

S 7

M.N.T.S.

V 1

So 5

Es 7

Hª 7b.-

Mujer (38 años)

E.P.I.

N	23
E	6
S	4

M.N.T.S.

V	3
So	2
Es	6

Hª 8 b.-

Mujer (49 años)

E.P.I.

N	16
E	14
S	2

M.N.T.S.

V	1
So	3
Es	4

Hª 9 b.-

Varon (61 años)

E.P.I.

N	16
E	9
S	2

M.N.T.S.

V	6
So	6
Es	4

Hª 10 b.-

Mujer (45 años)

E.P.I.

N 17

E 5

S 3

M.N.T.S.

V 2

So 5

Es 3

Hª 11 b.-

Mujer (24 años)

E.P.I.

N 15

E 2

S 7

M.N.T.S.

V 0

So 6

Es 4

Hª 12 b.-

Mujer (48 años)

E.P.I.

N 15

E 6

S 4

M.N.T.S.

V 1

So 4

Es 6

H^a 13 b.-

Mujer (34 años)

E.P.I.

N 21

E 6

S 7

M.N.T.S.

V 0

So 4

Es 1

H^a 14 b.-

Varon (41 años)

E.P.I.

N 18

E 9

S 6

M.N.T.S.

V 3

So 5

Es 5

H^a 15 b.-

Varon (52 años)

E.P.I.

N 18

E 6

S 5

M.N.T.S.

V 2

So 5

Es 4

Hª 16 b.-

Varon (55 años)

E.P.I.

N 16

E 10

S 6

M.N.T.S.

V 4

So 4

Es 6

Hª 17 b.-

Mujer (49 años)

E.P.I.

N 19

E 8

S 6

M.N.T.S.

V 3

So 3

Es 5

Hª 18 b.-

Varon (59 años)

E.P.I.

N 14

E 12

S 5

M.N.T.S.

V 5

So 4

Es 7

Hª 19 b.-

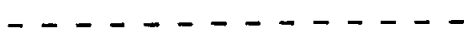
Mujer (61 años)

E.P.I.

N	20
E	9
S	6

M.N.T.S.

V	3
So	5
Es	3



Hª 20 b.-

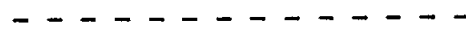
Varon (47 años)

E.P.I.

N	18
E	10
S	7

M.N.T.S.

V	2
So	6
Es	6



Hª 21 b.-

Mujer (38 años)

E.P.I.

N	17
E	12
S	6

M.N.T.S.

V	3
So	4
Es	5

H^a 22 b.-

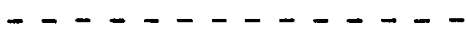
Varon (40 años)

E.P.I.

N	18
E	8
S	6

M.N.T.S.

V	2
So	5
Es	3



H^a 23 b.-

Mujer (44 años)

E.P.I.

N	20
E	10
S	7

M.N.T.S.

V	1
So	3
Es	6



H^a 24 b.-

Varon (52 años)

E.P.I.

N	19
E	9
S	6

M.N.T.S.

V	2
So	3
Es	2

Hª 25 b.-

Mujer (49 años)

E.P.I.

N 17

E 12

S 6

M.N.T.S.

V 3

So 4

Es 3

Hª 26 b.-

Mujer (38 años)

E.P.I.

N 18

E 10

S 5

M.N.T.S.

V 1

So 6

Es 3

Hª 27 b.-

Varon (40 años)

E.P.I.

N 14

E 12

S 6

M.N.T.S.

V 5

So 4

Es 3

Hª 28 b.-

Mujer (47 años)

E.P.I.

N 16

E 6

S 7

M.N.T.S.

V 4

So 4

Es 5

Hª 29 b.-

Varon (58 años)

E.P.I.

N 20

E 8

S 5

M.N.T.S.

V 2

So 5

Es 4

Hª 30 b.-

Mujer (42 años)

E.P.I.

N 18

E 7

S 4

M.N.T.S.

V..... 1

So 3

Es 2

RESULTADOS GLOBALES : Medias y desviaciones típicas

b.- DEPRESIVOS ENDOGENOS

E. P. I.

NEUROTICISMO	.....	17.63	.....	( 2.21)
EXTROVERSION	.....	8.9	.....	( 2.89)
SINCERIDAD	.....	5.13	.....	( 1.54)

M. N. T. S.

VITALIDAD	.....	2.43	.....	( 1.47)
SOLIDEZ	.....	4.33	.....	( 1.29)
ESTABILIDAD	.....	4.33	.....	( 1.48)

EDAD 47.7 (8.72)

DESCRIPCION DEL GRUPO (c) ESQUIZOFRENICOS Y

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS APLICADOS

Hª 1 c.-

Varon (19años)

E.P.I.

N 12

E 11

S 5

M.N.T.S.

V 4

So 4

Es 2

Hª 2 c.-

Mujer (18 años)

E.P.I.

N 19

E 5

S 4

M.N.T.S.

V 3

So 4

Es 4

Hª 3 c.-

Varon (24 años)

E.P.I.

N 18

E 10

S 8

M.N.T.S.

V 4

So 4

Es 6

Hª 4 c.ª

varon (21 años)

E.P.I.

N	19
E	8
S	9

M.N.T.S.

V	1
So	4
Es	6

Hª 5 c.ª

varon (23 años)

E.P.I.

N	16
E	7
S	5

M.N.T.S.

V	2
So	7
Es	6

Hª 6 c.ª

varon (27 años)

E.P.I.

N	9
E	4
S	4

M.N.T.S.

V	5
So	4
Es	6

Hª 7 c.-

Mujer (20 años)

E.P.I.

N 20

E 17

S 7

M.N.T.S.

V 2

So 4

Es 5

Ha 8 c.-

Varon (35 años)

E.P.I.

N 17

E 2

S 7

M.N.T.S.

V 3

So 5

Es 5

Hª 9 c.-

Varon (25 años)

E.P.I.

N 17

E 9

S 8

M.N.T.S.

V 3

So 0

Es 4

Hª 10 c.-

Mujer (43 años)

E.P.I.

N 19

E 14

S 6

M.N.T.S.

V 5

So 3

Es 8

Hª 11 c.-

Mujer (32 años)

E.P.I.

N 10

E 9

S 5

M.N.T.S.

V 5

So 5

Es 6

Hª 12 c.-

Mujer (54 años)

E.P.I.

N 12

E 9

S 4

M.N.T.S.

V 3

So 5

Es 7

Hª 13 c.-

Varon (18 años)

E.P.I.

N 10

E 16

S 6

M.N.T.S.

V 6

So 7

Es 6

Hª 14 c.-

Varon 18 años)

E. P.I.

N 18

E 15

S 7

M.N.T.S.

V 4

So 6

Es 6

Hª 15 c.-

Mujer (36 años)

E.P.I.

N 17

E 15

S 4

M.N.T.S.

V 5

So 4

Es 5

Hª 16 c.-

Mujer (25 años)

E.P.I.

N	16
E	8
S	8

M.N.T.S.

V	4
So	5
Es	7

Hª 17 c.-

Mujer (43 años)

E.P.I.

N	17
E	15
S	5

M.N.T.S.

V	6
So	7
Es	6

Hª 18 c.-

Varon (26 años)

E.P.I.

N	18
E	7
S	7

M:N.T.S.

V	3
So	3
Es	4

Hª 19 c.-

Varon (24 años)

E.P.I.

N 19

E 13

S 6

M.N.T.S.

V 5

So 6

Es 5

Hª 20 c.-

Mujer (23)

E.P.I.

N 18

E 13

S 9

M.N.T.S.

V 3

So 4

Es 3

Hª 21 c.-

Varon (32 años)

E.P.I.

N 16

E 15

S 7

M.N.T.S.

V 4

So 5

Es 6

Hª 22 c.-

Varon (21 años)

E.P.I.

N 18
 E 13
 S 8

M.N.T.S.

V 6
 So 6
 Es 6

Hª 23 c.-

Varon (25 años)

E.P.I.

N 14
 E 11
 S 4

M.N.T.S.

V 5
 So 4
 Es 5

Hª 24 c.-

Varon (38 años)

E P.I.

N 23
 E 15
 S 9

M.N.T.S.:

V 3
 So 1
 Es 2

Hª 25 c.-

Mujer (27 años)

E.P.I.

N 18

E 12

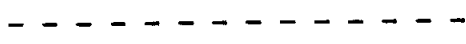
S 6

M.N.T.S.

V 2

So 8

Es 6



Hª 26 c.-

Varon (42 años)

E.P.I.

N 15

E 10

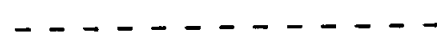
S 5

M.N.T.S.

V 4

So 6

Es 5



Hª 27 c.-

Mujer (30 años)

E.P.I.

N 17

E 12

S 7

M.N.T.S.

V 2

So 4

Es 7

Hª 28 c.-

Varon (32 años)

E.P.I.

N 10

E 9

S 7

M.N.T.S.

V 5

So 3

Es 8

Hª 29 c.-

Mujer (29 años)

E.P.I.

N 9

E 16

S 8

M.N.T.S.

V 6

So 2

Es 6

Hª 30 c.-

Varon (41 años)

E.P.I.

N 12

E 15

S 5

M.N.T.S.

V 3

So 6

Es 5

RESULTADOS GLOBALES : Medias y desviaciones típicas

c.- ESQUIZOFRENICOS

E. P. I.

NEUROTICISMO	.....	15.76	.....	( 3.59)
EXTROVERSION	.....	11.16	.....	( 3.82)
SINCERIDAD	.....	6.33	.....	( 1.59)

M. N. T. S.

VITALIDAD	.....	3.86	.....	( 1.35)
SOLIDEZ	.....	4.53	.....	( 1.74)
ESTABILIDAD	.....	5.6	.....	( 1.42)

EDAD 29.16 ... (8.80)

DESCRIPCION DEL GRUPO (d) ALCOHOLICOS Y

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS APLICADOS

Hª 1 d.-

Varon (31 años)

E.P.I.

N 13

E 13

S 5

M.N.T.S.

V 6

So 5

Es 0

Hª 2 d.-

Varon (42 años)

E.P.I.

N 12

E 11

S 4

M.N.T.S.

V 5

So 6

Es 5

Hª 3 d.-

Varon (42 años)

E.P.I.

N 17

E 5

S 6

M.N.T.S.

V 7

So 7

Es 8

Hª 4 d.-

Varon (38 años)

E.P.I.

N 22

E 11

S 5

M.N.T.S.

V 3

So 3

Es 4

Hª 5 d.-

Varon (40 años)

E.P.I.

N 19

E 9

S 7

M.N.T.S.

V 3

So 5

Es 7

Hª 6 d.-

Mujer (50 años)

E.P.I.

N 20

E 10

S 9

M.N.T.S.

V 5

So 5

Es 6

Hª 7 d.-

Varon (48 años)

E.P.I.

N	18
E	12
S	7

M.N.T.S.

V	3
So	4
Es	7

Hª 8 d.-

Varon (42 años)

E.P.I.

N	6
E	9
S	5

M.N.T.S.

V	8
So	7
Es	6

Hª 9 d.-

Varon (46 años)

E.P.I.

N	7
E	8
S	2

M.N.T.S.

V	8
So	5
Es	7

Hª 10 d.-

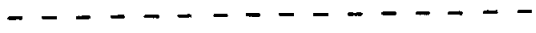
Varon (52 años)

E.P.I.

N	18
E	12
S	8

M.N.T.S.

V	5
So	3
Es	5



Hª 11 d.-

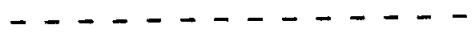
Varon (37 años)

E.P.I.

N	11
E	12
S	6

M.N.T.S.

V	6
So	4
Es	5



Hª 12 d.-

Varon (45 años)

E.P.I.

N	12
E	10
S	8

Hª 13 d.-

Varon (46 años)

E.P.I.

N 19

E 13

S 6

M.N.T.S.

V 4

So 2

Es 5

Hª 14 d.-

Varon (45 años)

E.P.I.

N 20

E 13

S 4

M.N.T.S.

V 3

So 2

Es 4

Hª 15 d.-

Varon (35 años)

E.P.I.

N 13

E 12

S 3

M.N.T.S.

V 5

So 4

Es 3

Hª 16 d.-

Varon (37 años)

E.P.I.

N 12

E 7

S 3

M.N.T.S.

V 6

So 4

Es 7

Hª 17 d.-

Varon (51 años)

E.P.I.

N 13

E 5

S 1

M.N.T.S.

V 7

So 5

Es 6

Hª 18 d.-

Varon (54 años)

E.P.I.

N 10

E 10

S 4

M.N.T.S.

V 6

So 4

Es 3

Hª 19 d.-

Varon (40 años)

E.P.I.

N 20

E..... 13

S 5

M.N.T.S.

V 3

So 3

Es 2



Hª 20 d.-

Varon (35 años)

E.P.I.

N 9

E 12

S 3

M.N.T.S.

V 8

So 7

Es 8



Hª 21 d.-

Varon (42 años)

E.P.I.

N 21

E 11

S 6

M.N.T.S.

V 1

So 6

Es 2

Hª 22 d.-

Varon (44 años)

E.P.I.

N 21

E 13

S 7

M.N.T.S.

V 3

So 2

Es 4

Hª 23 d.-

Varon (66 años)

E.P.I.

N 15

E 5

S 4

M.N.T.S.

V 4

So 8

Es 6

Hª 24 d.-

Varon (43 años)

E.P.I.

N 21

E 13

S 3

M.N.T.S.

V 2

So 1

Es 2

Hª 25 d.-

Varon (53 años)

E.P.I.

N 16

E 8

S 3

M.N.T.S.

V 4

So 6

Es 6

Hª 26 d.-

Varon (33 años)

E.P.I.

N 12

E 13

S 4

M.N.T.S.

V 7

So 7

Es 5

Hª 27 d.-

Varon (46 años)

E.P.I.

N 12

E 9

S 6

M.N.T.S.

V 5

So 3

Es 6

Hª 28 d.-

Varon (42 años)

E.P.I.

N	10
E	12
S	4

M.N.T.S.

V	6
So	3
Es	3

Hª 29 d.-

Varon (61 años)

E.P.I.

N	16
E	9
S	2

M.N.T.S.

V	3
So	4
Es	7

Hª 30 d.-

Varon (59 años)

E.P.I.

N	17
E	10
S	6

M.N.T.S.

V	4
So	2
Es	1

RESULTADOS GLOBALES: Medias y desviaciones típicas

d.- ALCOHOLICOS

E. P. I.

NEUROTICISMO	15.1	.....	( 4.47)
EXTROVERSION	10.33	.....	( 2.46)
SINCERIDAD	4.83	.....	( 1.91)

M. N. T. S.

VITALIDAD	4.86	.....	( 1.83)
SOLIDEZ	4.33	.....	( 1.79)
ESTABILIDAD	4.80	.....	( 2.05)

<u>EDAD</u>	44.83	(8.11)
-------------------	-------	-------	----------

DESCRIPCION DEL GRUPO (e) CONTROLES Y

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS APLICADOS

Hº 1 e.-

Varon (27 años)

E.P.I.

N 9

E 8

S 6

M.N.T.S.

V 7

So 7

Es 1

Hº 2 e.-

Varon (51 años)

E.P.I.

N 8

E 6

S 3

M.N.T.S.

V 7

So 9

Es 1

Hº 3 e.-

Varon (32 años)

E.P.I.

N 19

E 15

S 6

M.N.T.S.

V 3

So 3

Es 2

Hº 4 e.-

Varon (39 años)

E.P.I.

N	21
E	8
S	7

M.N.T.S.

V	0
So.....	1
Es	5

Hº 5 e.-

Mujer (21 años)

E.P.I.

N	20
E	11
S	6

M.N.T.S.

V	3
So	4
Es	1

Hº 6 e.-

Varon (27 años)

E.P.I.

N	7
E	9
S	6

M.N.T.S.

V	3
So	6
Es	5

Hª 7 e.-

Varon (33 años)

E.P.I.

N 14

E 11

S 5

M.N.T.S.

V 6

So 10

Es 4

Hª 8 e.-

Varon (31 años)

E.P.I.

N 9

E 13

S 5

M.N.T.S.

V 8

So 5

Es 3

Hª 9 e.-

Varon (25 años)

E.P.I.

N 8

E 17

S 6

M.N.T.S.

V 6

So 3

Es 5

Hª 10.-

Varon (31 años)

E.P.I.

N 12

E 11

S 4

M.N.T.S.

V 8

So 5

Es 3

Hª 11 e.-

Varon (29 años)

E.P.I.

N 15

E 9

S 4

M.N.T.S.

V 5

So 5

Es 5

Hª 12 e.-

Varon (32 años)

E.P.I.

N 18

E 20

S 5

M.N.T.S.

V 5

So 1

Es 3

Hª 13 e.-

Varon (30 años)

E.P.I.

N 13

E 11

S 9

M.N.T.S.

V 5

So 3

Es 4

Hª 14 e.-

Varon (48 años)

E.P.I.

N 15

E 12

S 3

M.N.T.S.

V 8

So 4

Es 1

Hª 15 e.-

Varon (34 años)

E.P.I.

N 4

E 14

S 1

M.N.T.S.

V 9

So 8

Es 5

Hª 16 e.-

Mujer (32 años)

E.P.I.

N 10

E 10

S 5

M.N.T.S.

V 6

So 7

Es 2

Hª 17 e.-

Mujer (33 años)

E.P.I.

N 15

E 14

S 5

M.N.T.S.

V 7

So 4

Es 3

Hª 18 e.-

Mujer (37 años)

E.P.I.

N 7

E 9

S 6

M.N.T.S.

V 8

So 6

Es 4

Hª 19 e.-

Mujer (30 años)

E.P.I.

N 10

E 8

S 7

M:N.T.S.

V 8

So 6

Es 7

Hª 20 e.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N 13

E 9

S 5

M.N.T.S.

V 6

So 7

Es 7

Hª 21 e.-

Mujer (35 años)

E.P.I.

N 20

E 16

S 4

M.N.T.S.

V 2

So 5

Es 5

Hª 22 e.-

Mujer (36 años)

E.P.I.

N 10

E 9

S 4

M.N.T.S.

V 1

So 4

Es 1

Hª 23 e.-

Mujer ..(30 años)

E.P.I.

N 12

E 6

S 3

M.N.T.S.

V 5

So 7

Es 3

Hª 24 e.-

Mujer (34 años)

E.P.I.

N 15

E 9

S 5

M.N.T=S.

V 7

So 5

Es 3

Hª 25 e.-

Mujer (39 años)

E.P.I.

N 16

E 16

S 4

M.N.T.S.

V 2

So 4

Es 3



Hª 26 e.-

Mujer (21 años)

E.P.I.

N 7

E 14

S 8

M.N.T.S.

V 5

So 7

Es 2



Hª 27 e.-

Mujer (34 años)

E.P.I.

N 10

E 6

S 1

M.N.T.S.

V 7

So 7

Es 4

Hª 28 e.-

Mujer (24 años)

E.P.I.

N 19

E 6

S 7

M.N.T.S.

V 3

So 6

Es 5

Hª 29 e.-

Mujer (38 años)

E.P.I.

N 15

E 9

S 5

M.N.T.S.

V 6

So 2

Es 4

Hª 30 e.-

Varon (38 años)

E.P.I.

N 11

E 4

S 5

M.N.T.S.

V 5

So 5

Es 1

RESULTADOS GLOBALES : Medias y desviaciones típicas

e.- CONTROLESE. P. I.

NEUROTICISMO	.....	12.93	.....	( 4.52)
EXTROVERSION	.....	10.66	.....	( 3.72)
SINCERIDAD	.....	5.0	.....	( 1.75)

M. N. T. S.

VITALIDAD	.....	5.36	.....	( 2.28)
SOLIDEZ	.....	5.2	.....	( 2.11)
ESTABILIDAD	.....	3.4	.....	( 1.70)

EDAD 32.46 (6.63)

DESCRIPCION DEL GRUPO (f) ESTUDIANTES Y

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS APLICADOS

H^a 1 f.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N 18

E 11

S 7

M.N.T.S.

V 2

So 3

St 3

H^a 2 f.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N 17

E 16

S 6

M.N.T.S.

V 0

So 2

Es 3

H^a 3 f.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N 14

E 6

S 5

M.N.T.S.

V 6

So 6

Es 2

Hª 4 f.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N	9
E	8
S	7

M.N.T.S.

V	8
So	5
Es	6



Hª 5 f.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N	14
E	10
S	6

M.N.T.S.

V	5
So	5
Es	6



Hª 6 f.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N.....	9
E	10
S	8

M.N.T.S.

V	3
So	6
Es	6

Hª 7 f.-

Mujer (22 años)

E.P.I.

N 16

E 7

S 9

M.N.T.S.

V 3

So 6

Es 3

Hª 8 f.-

Mujer (22 años)

E. P. I.

N 14

E 16

S 9

M.N.T.S.

V 4

So 2

Es 6

Hª 9 f.-

Mujer (23 años)

E.P.I.

N 7

E 17

S 8

M.N.T.S.

V 6

So 4

Es 3

Hª 10 f.-

Mujer (24 años)

E.P.I.

N 17

E 7

S 9

M.N.T.S.

V 2

So 4

Es 6

Hª 11 f.-

Mujer (22 años)

E.P.I.

N 6

E 6

S 6

M.N.T.S.

V 3

So 9

Es 2

Hª 12 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 11

E 8

S 5

M.N.T.S.:

V 7

So 8

Es 5

Hª 13 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 15

E 10

S 7

M.N.T.S.

V 5

So 5

Es 7

Hª 14 f.-

Varon (24 años)

E.P.I.

N 11

E 14

S 7

M.N.T.S.

V 5

So 2

Es 5

Hª 15 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 7

E 9

S 5

M.N.T.S.

V 8

So 5

Es 3

Hª 16 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 17

E 5

S 7

M.N.T.S.

V 4

So 4

Es 5

Hª 17 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 11

E 12

S 7

M.N.T.S.

V 4

So 4

Es 5

Hª 18, f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 10

E 11

S 7

M.N.T.S.

V 6

So 4

Es 5

Hª 19 f.-

Varon (24 años)

E.P.I.

N	12
E	9
S	8

M.N.T.S.

V	7
So	5
Es	5

Hª 20 f.-

Varon (25 años)

E.P.I.

N	7
E	10
S	3

M.N.T.S.

V	3
So	6
Es	5

Hª 21 f.-

Varon (24 años)

E.P.I.

N	11
E	6
S	9

M.N.T.S.

V	5
So	6
Es	5

Hª 22 f.-

Varon (23 años)

E.P.I.

N 8

E 8

S 6

M.N.T.S.

V 9

So 6

Es 4

Hª 23 f.-

Varon (23 años)

E.P.I.

N 10

E 10

S 8

M.N.T.S.

V 1

So 3

Es 5

Hª 24 f.-

Varon (24 años)

E.P.I.

N 6

E 7

S 8

M.N.T.S.

V 7

So 7

Es 5

Hª 25 f.-

Varon (23 años)

E.P.I.

N 10

E 5

S 6

M.N.T.S.

V 5

So 3

Es 3

Hª 26 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 14

E 2

S 7

M.N.T.S.

V 7

So 6

Es 6

Hª 27 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 11

E 9

S 7

M.N.T.S.

V 4

So 5

Es 6

Hª 28 f.-

Varon (26 años)

E.P.I.

N 15

E 8

S 8

M.N.T.S.

V 4

So 3

Es 6

Hª 29 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 19

E , 8

S 8

M.N.T.S.

V 5

So 4

Es 6

Hª 30 f.-

Varon (22 años)

E.P.I.

N 12

E 16

S 5

M.N.T.S.

V 8

So 6

Es 3

RESULTADOS GLOBALES : Medias y desviaciones típicas

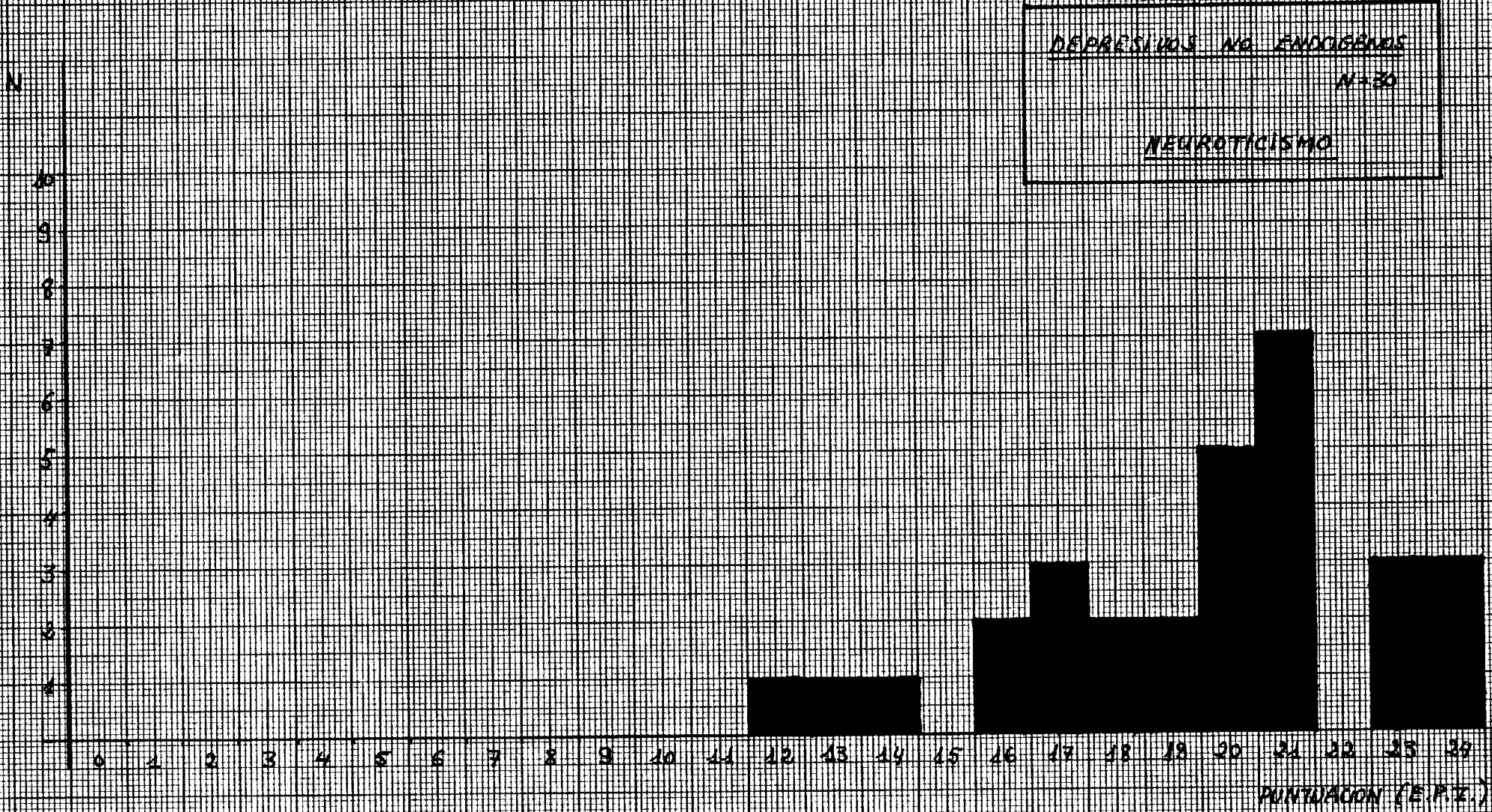
f.- ESTUDIANTESE. P. I.

NEUROTICISMO	11.9	(3.69)
EXTROVERSION	9.36 ...	(3.55)
SINCERIDAD	6.93	(1.41)

M. N. T. S.

VITALIDAD	4.86	(2.17)
SOLIDEZ	4.73	(1.63)
ESTABILIDAD	4.66	(1.37)

EDAD 22.8 (0.90)

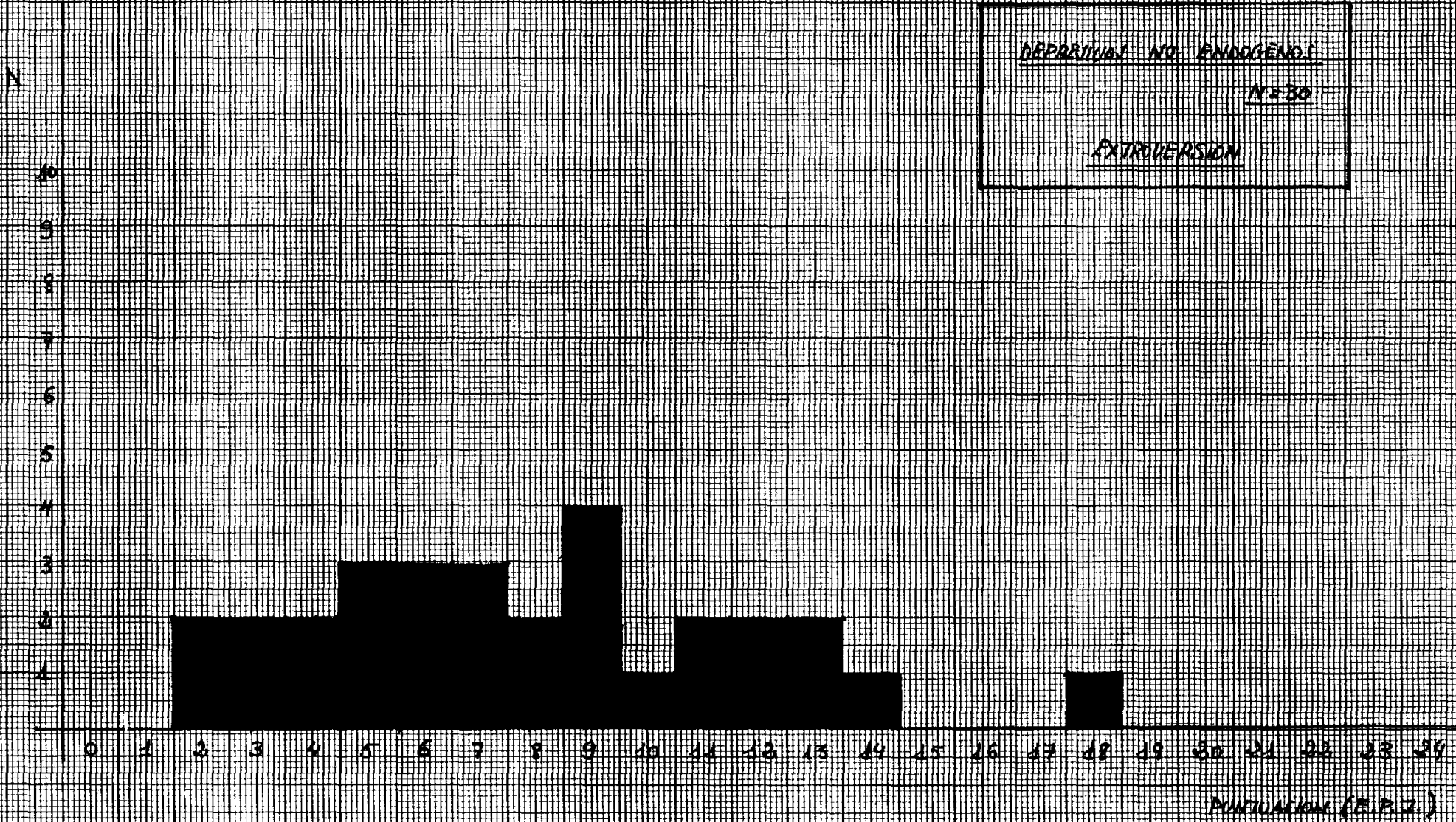


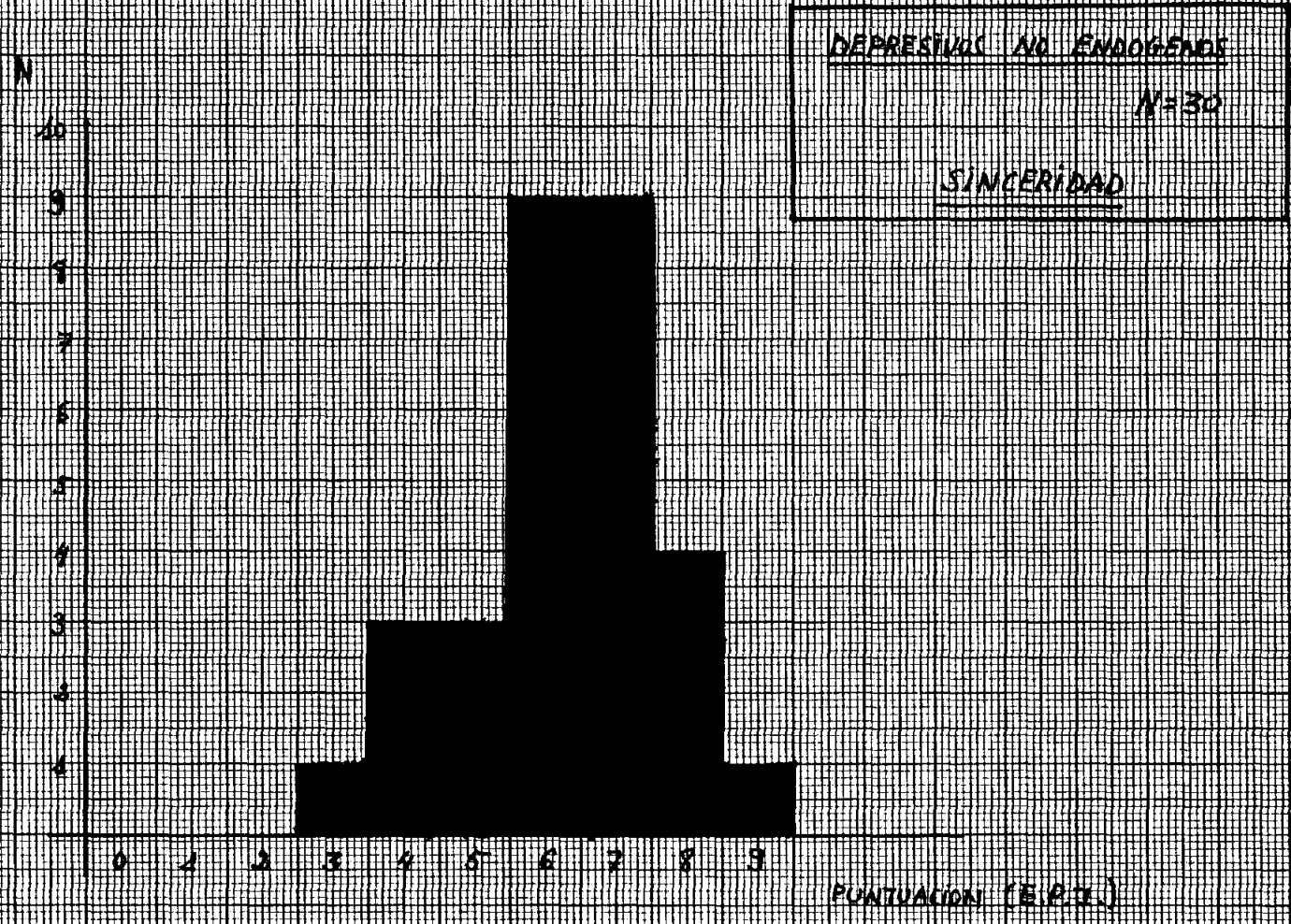
DEPRESIVOS NO ENDOCRINIS

N=30

NEUROTICISMO

PUNTAJON (E.P.T.)

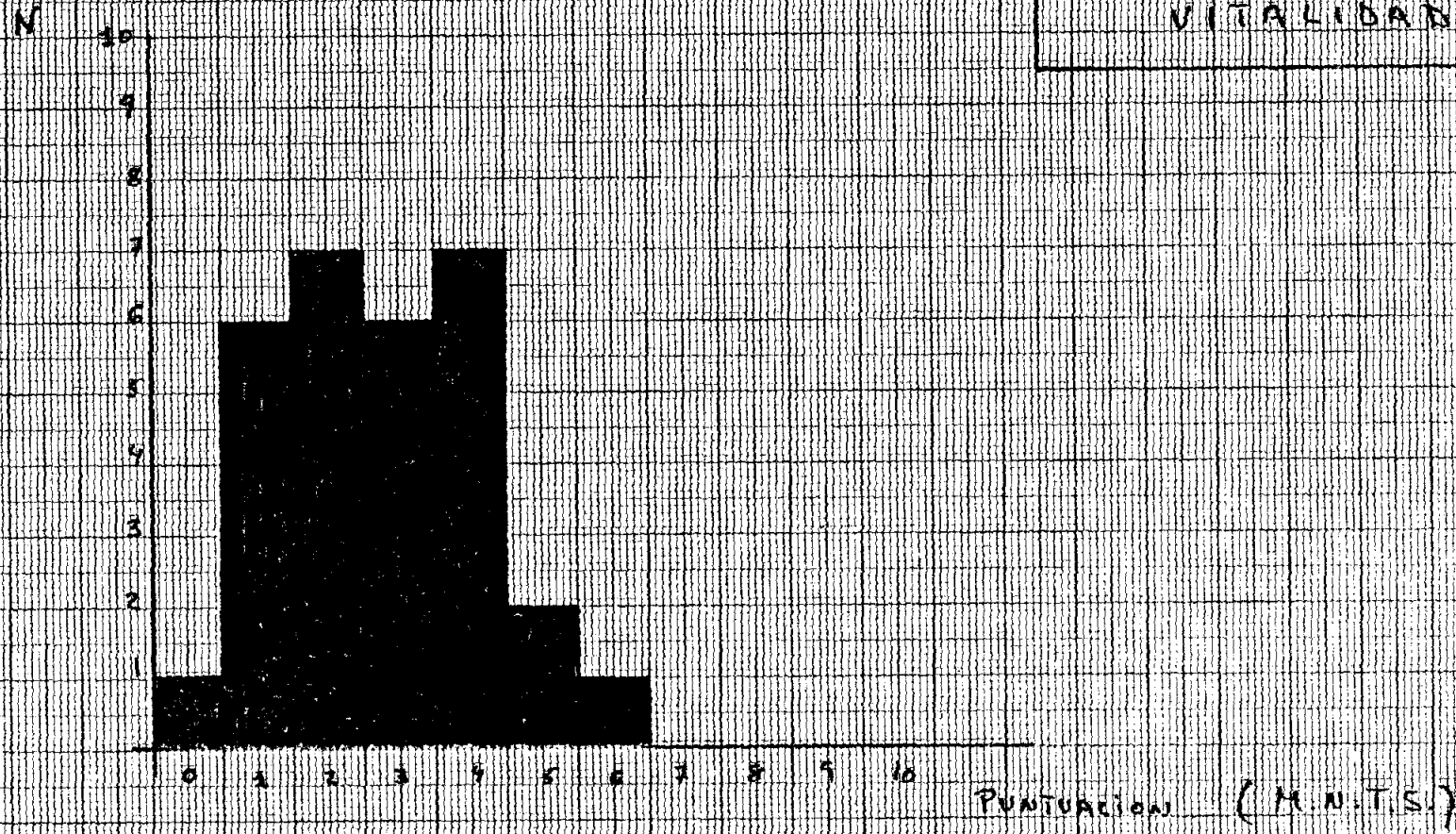


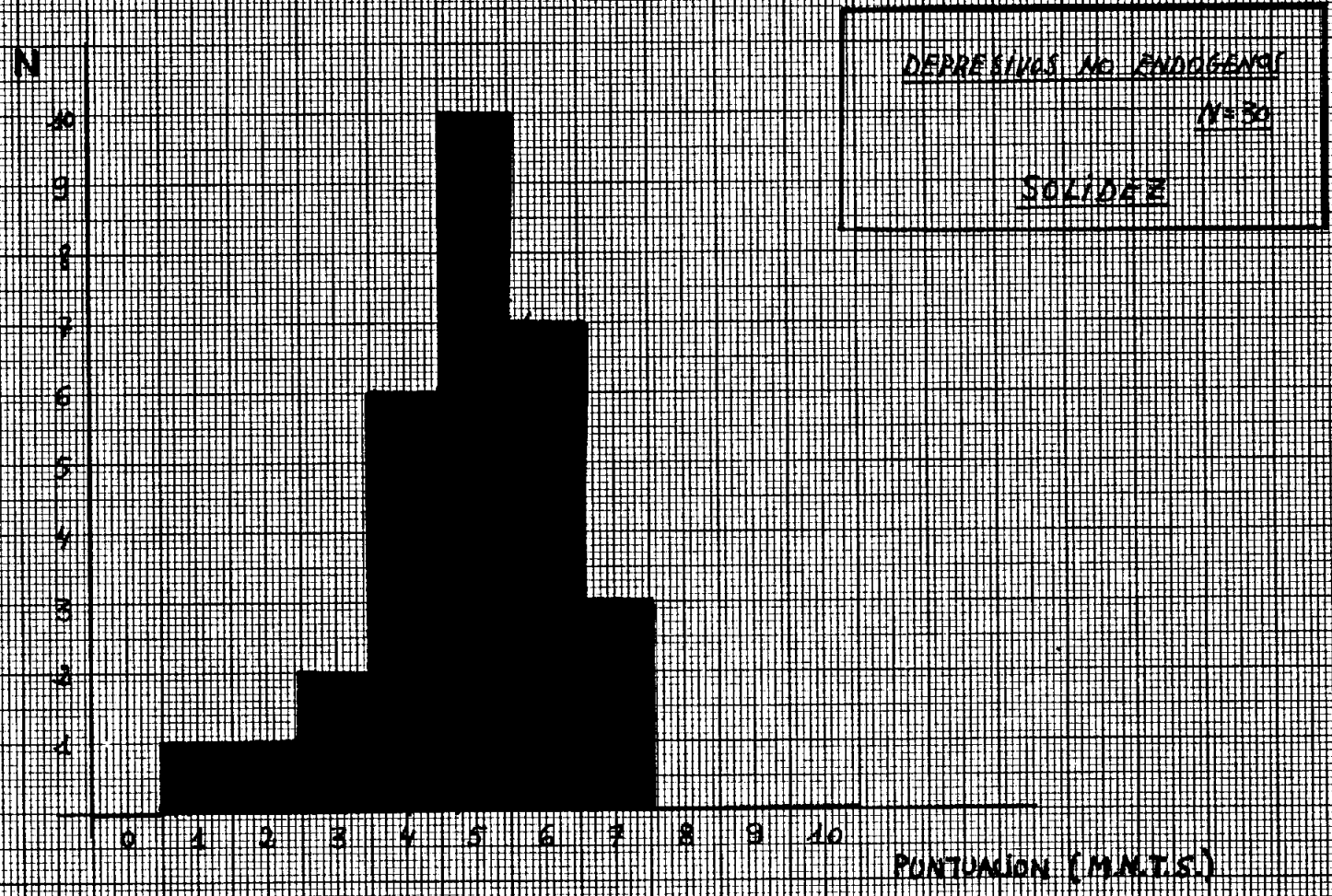


PUNTUACION (E.P.T.)

DEPRESIVOS NO ENDOGENOS
N=30

VITALIDAD





DEPRESIVOS NO ENDOGENOS
N=30
SOLIDEZ

N

11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

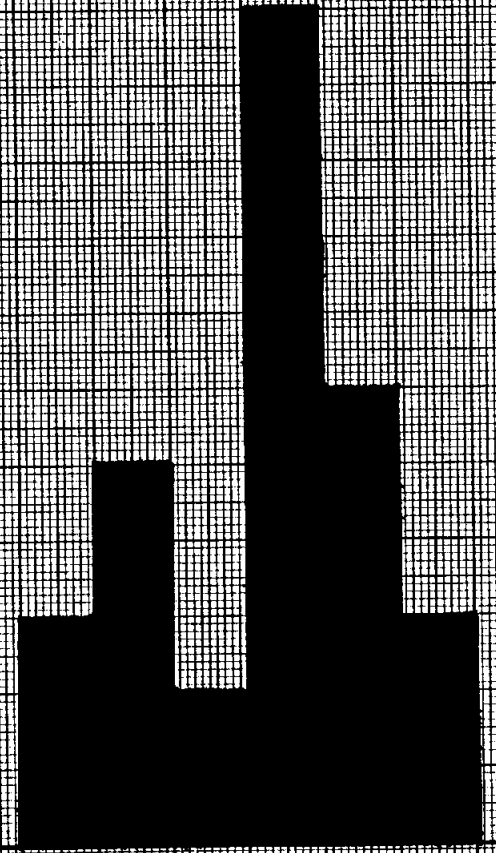
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

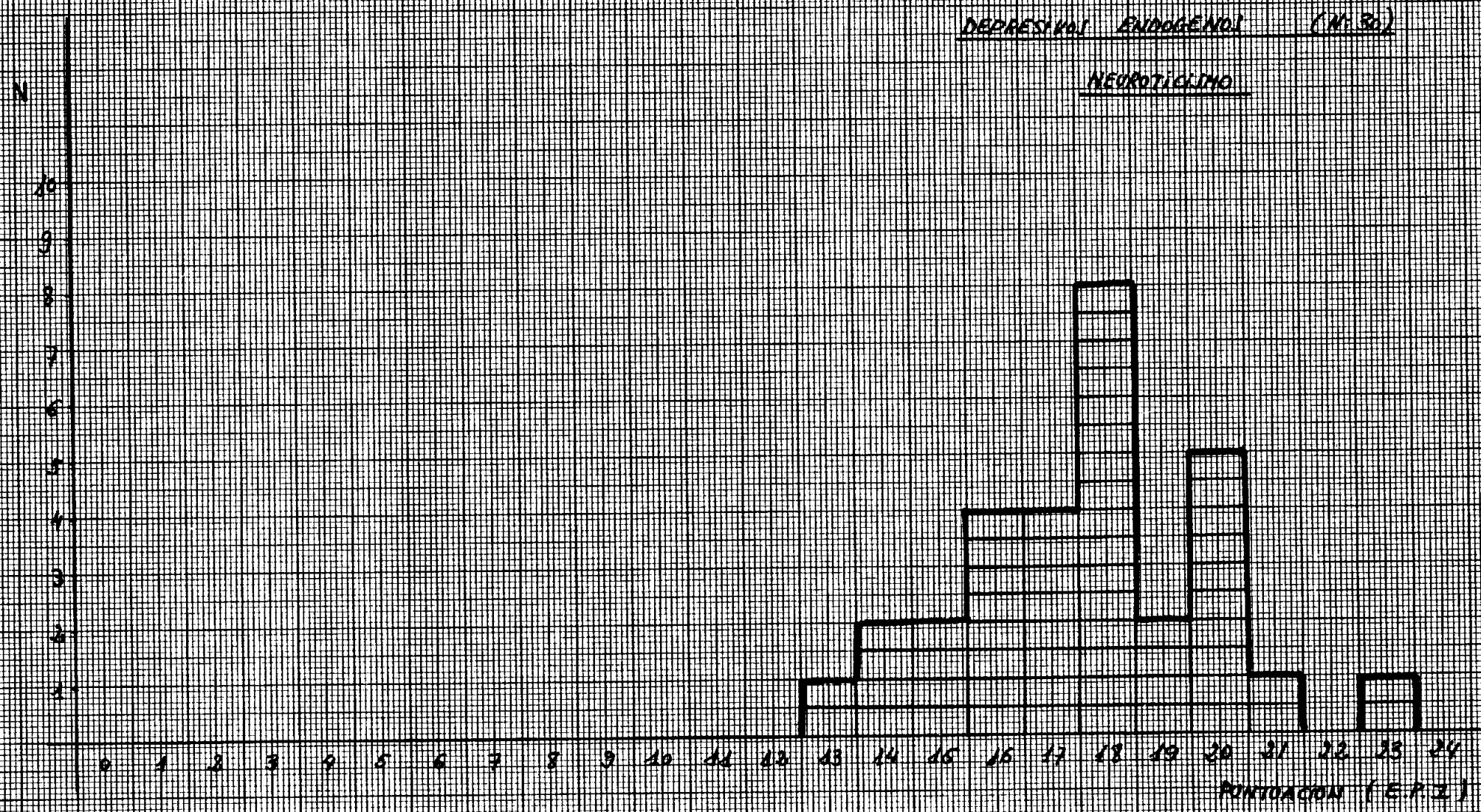
PUNTUACION (M.N.T.S.)

DEPRESIVOS NO ENDOGENOS

N=30

ESTABILIDAD





DEPRESIVNI ENDOGENI (N=30)

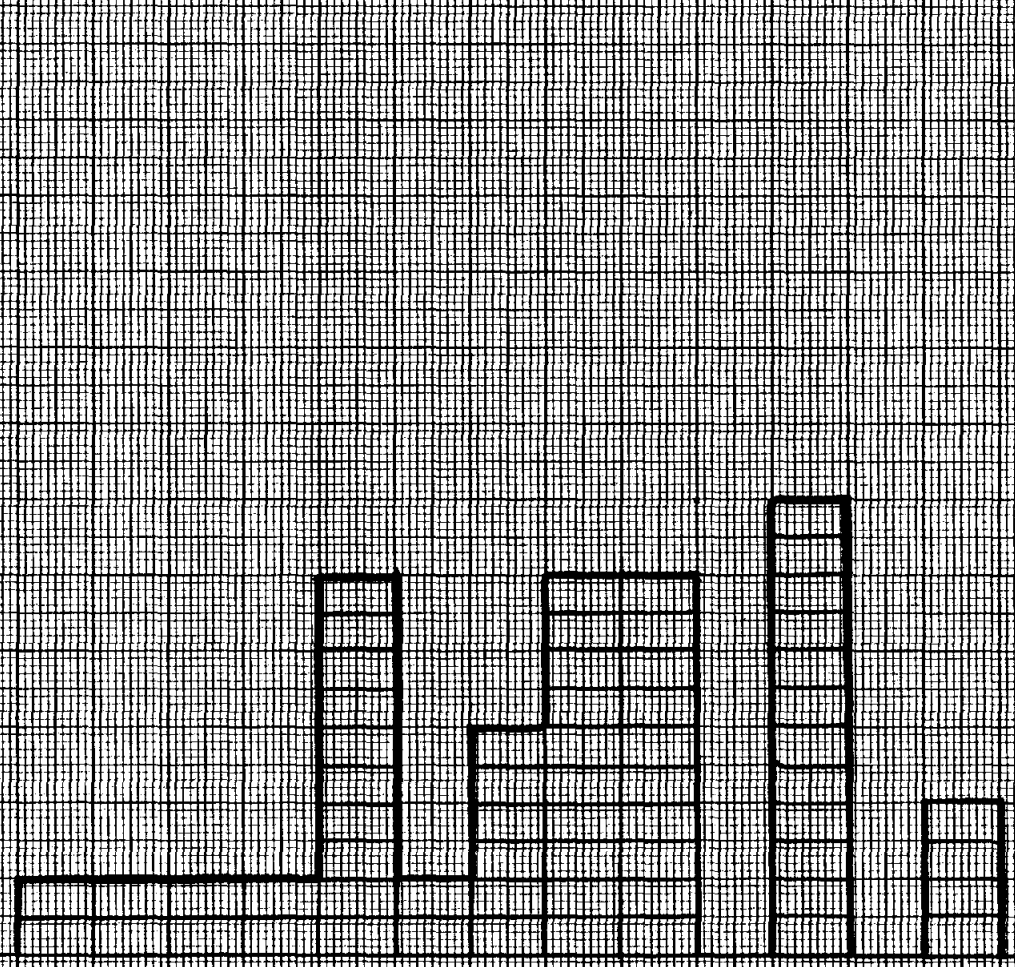
EXTROVERSIJA

N

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

INTENZIVNOST (EP2)



DEPRESION ENDOGENA (M. 3)

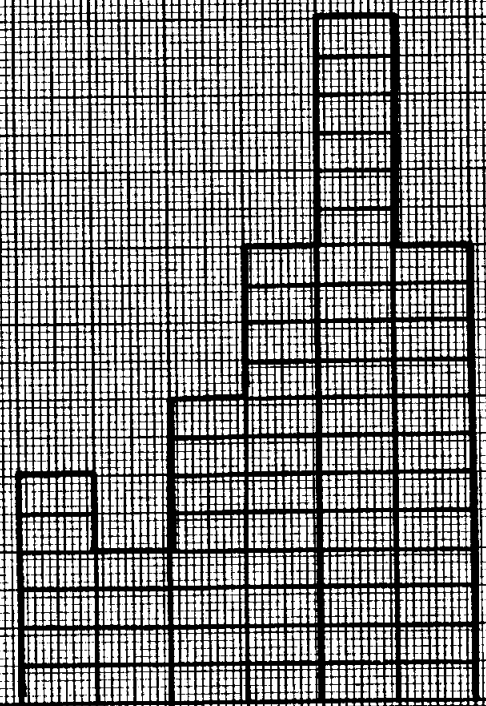
INFERIDAD

N

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PUNTAJOS (E.P.I.)



DEPRESION ENDOGENA (M:30)

VITALIDAD

N

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

1

2

3

4

5

6

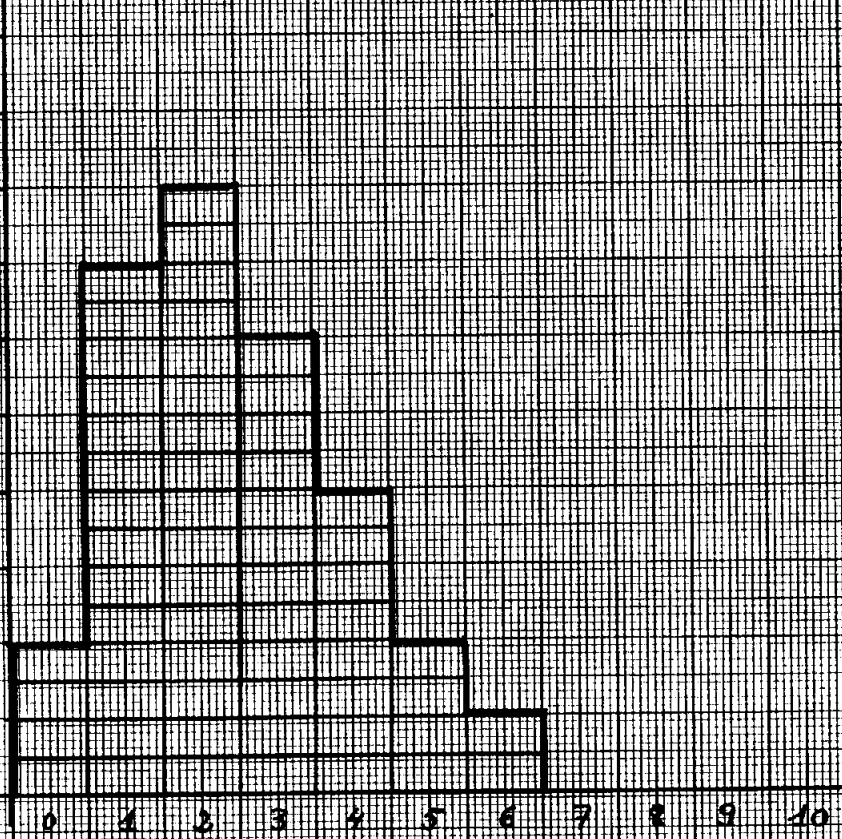
7

8

9

10

PUNTAJACION (M.M.T.S.)

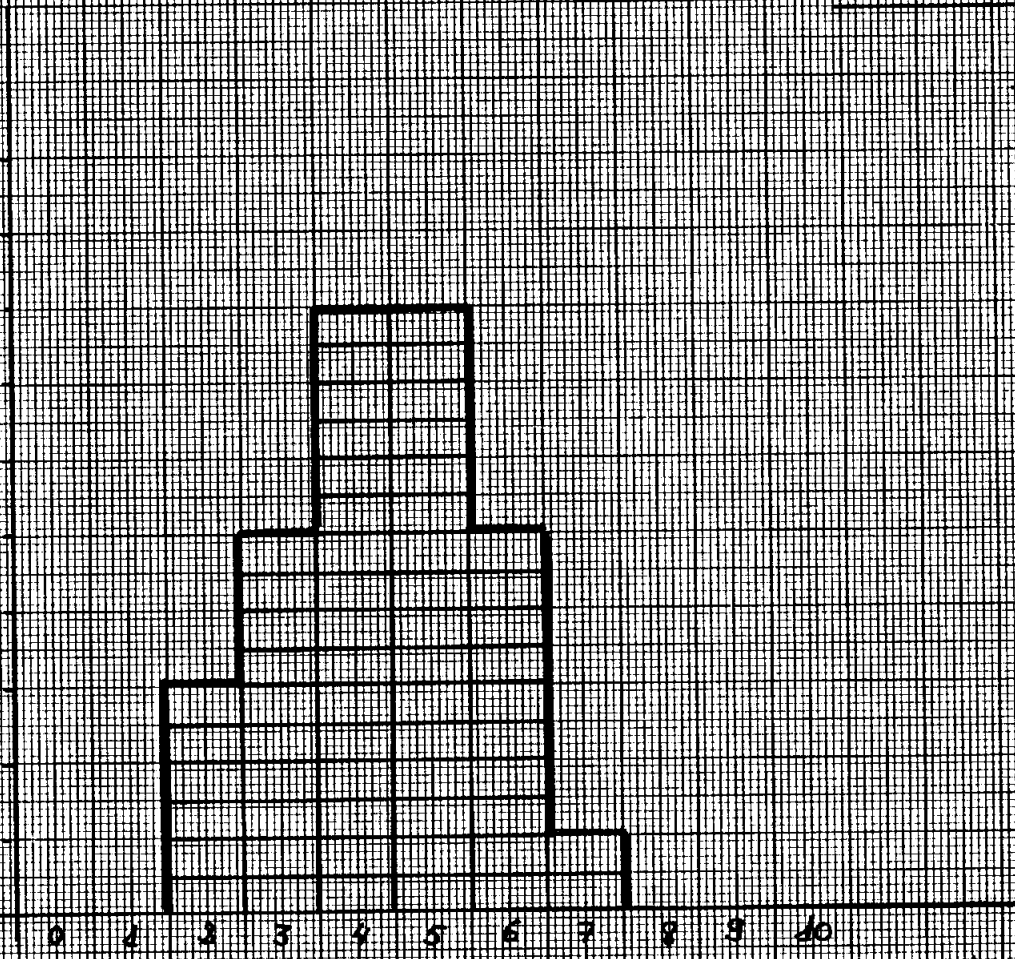


DEPRESIVOS ENDÓGENOS (N. 20)

JÓVENES

N

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

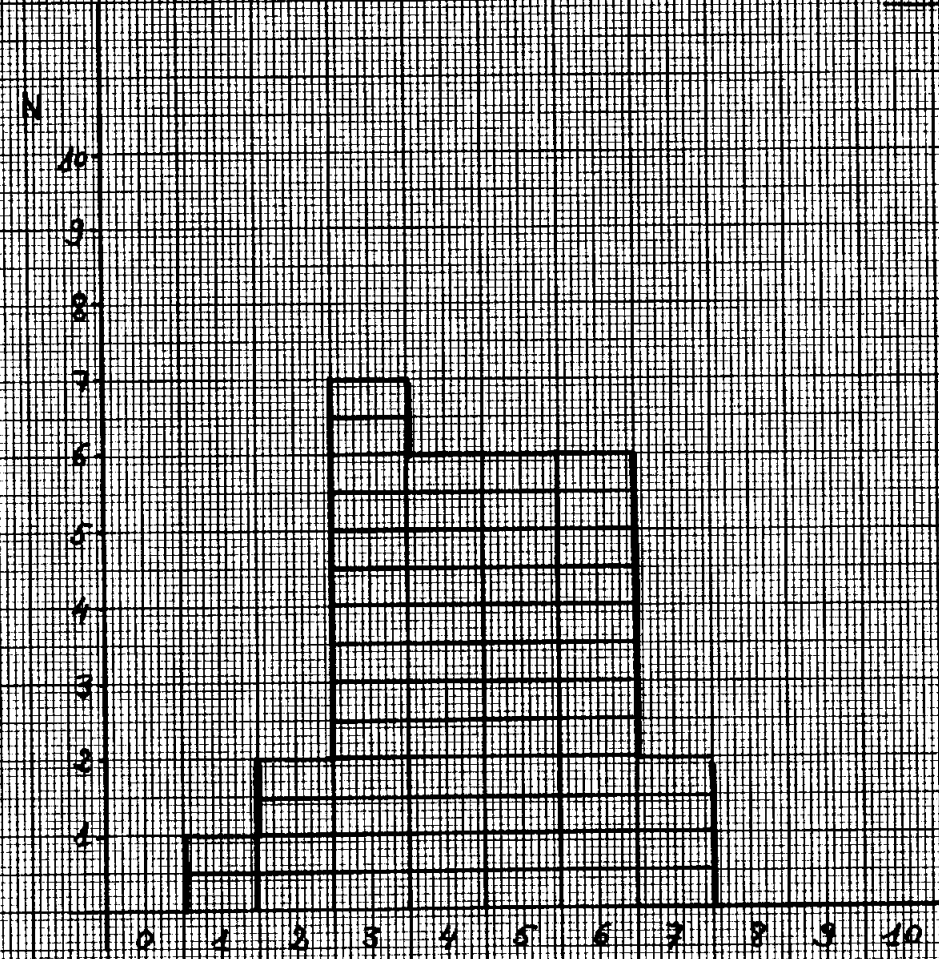


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

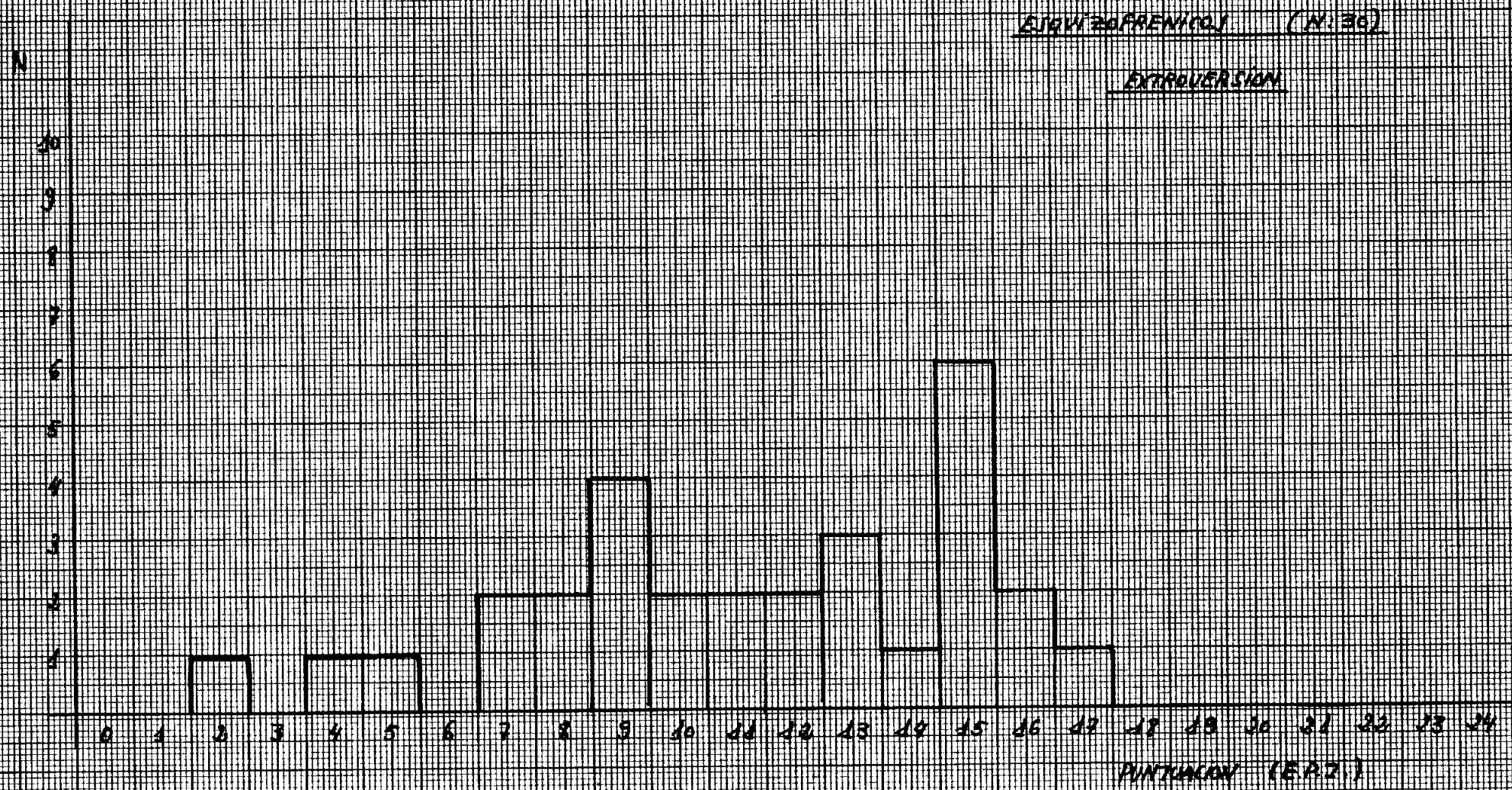
PONTUACION (MINUTOS)

DEPRENSIÓ ENDÓGENA (0-30)

ESTABILIDAD

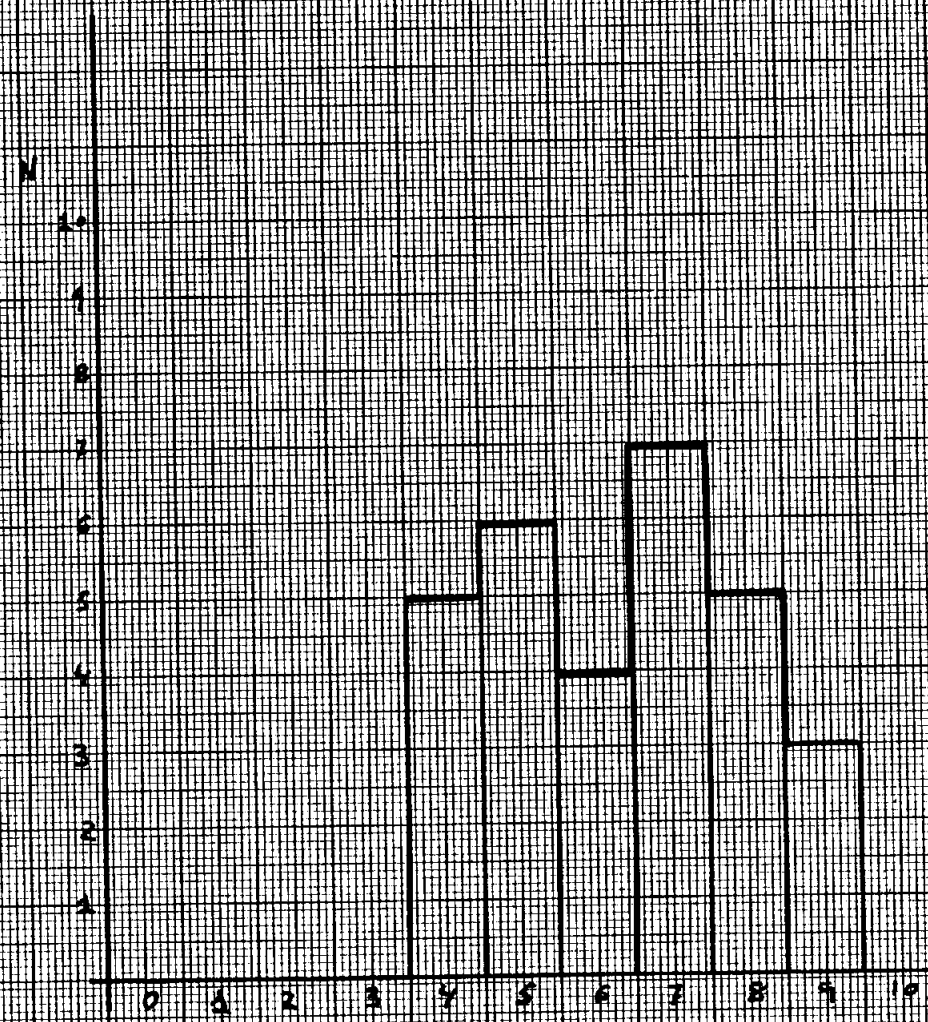


PUNTAJON (PUNTOS)

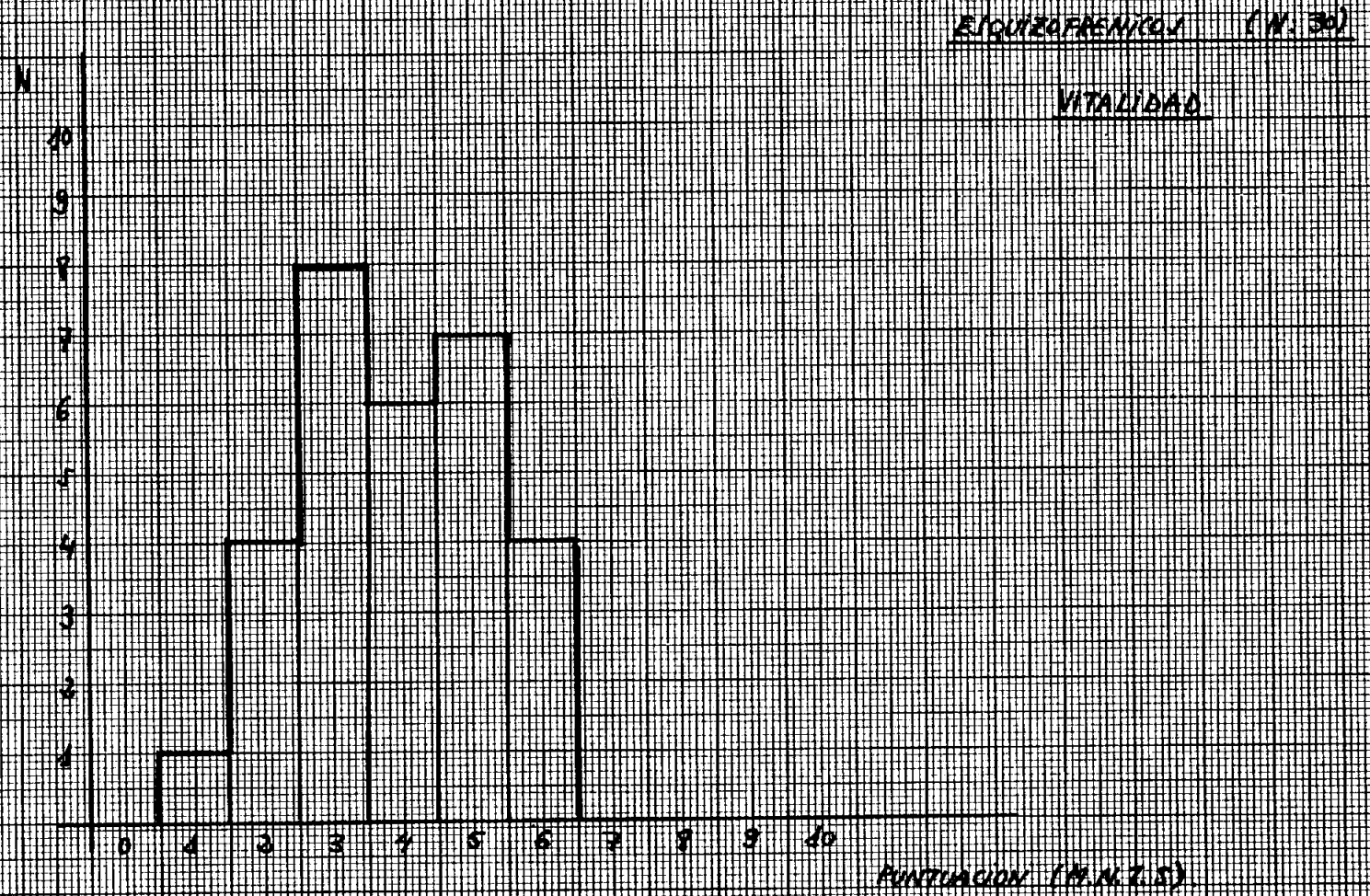


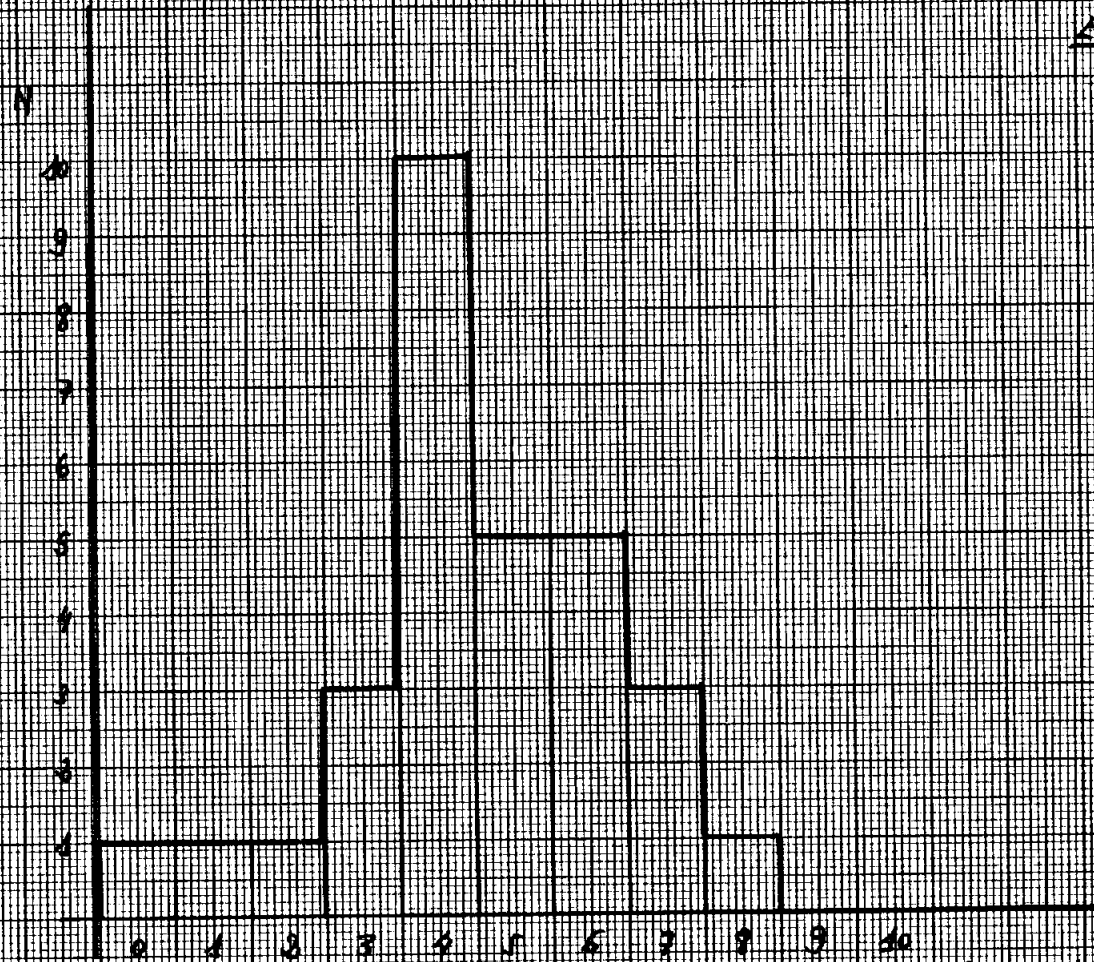
ESQUIZOFRENICOS (N=30)

SINCERIDAD



PUNTAJAS (E.P.I)





LIQUIZOFRENICOS (N: 30)

SOLIDEZ

PUNTOACION (M.M.TS)

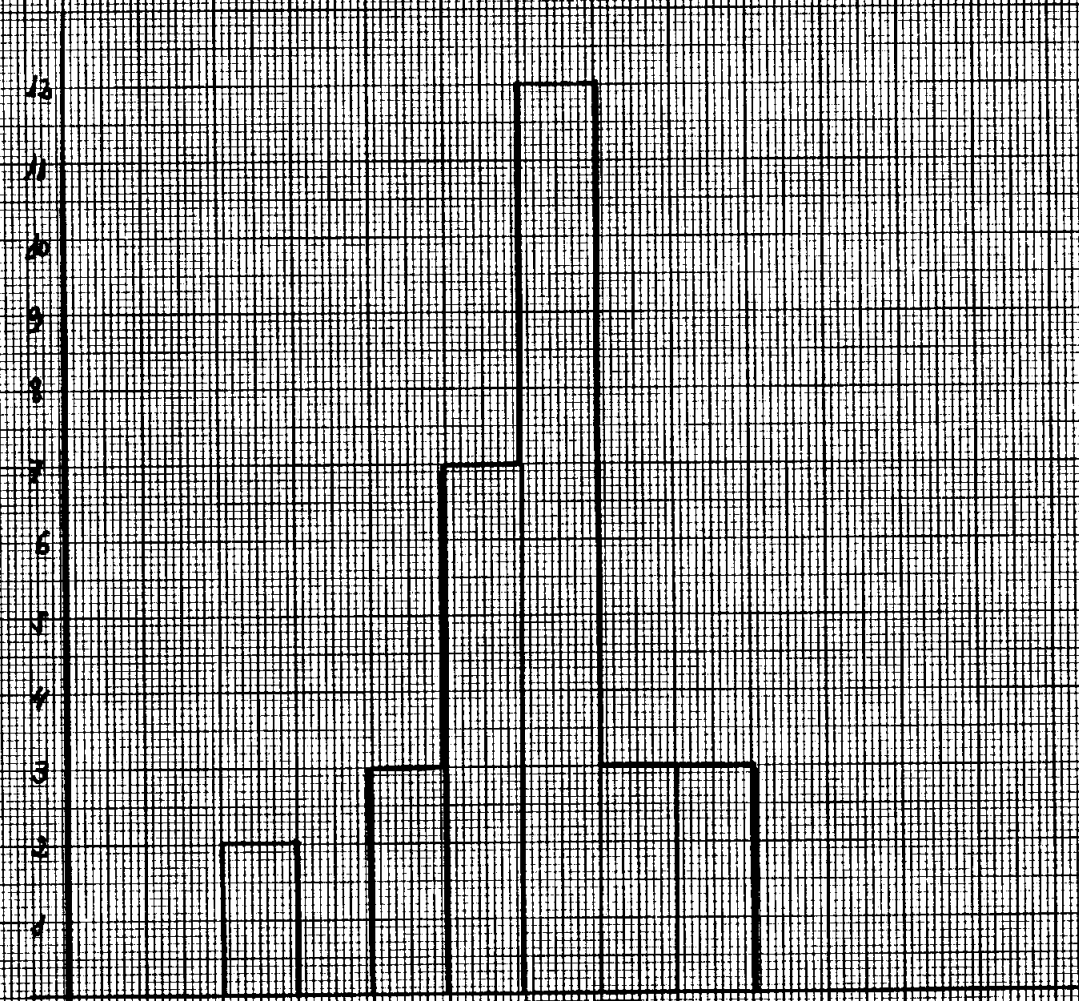
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PUNTAJOS (M.N.T.S.)

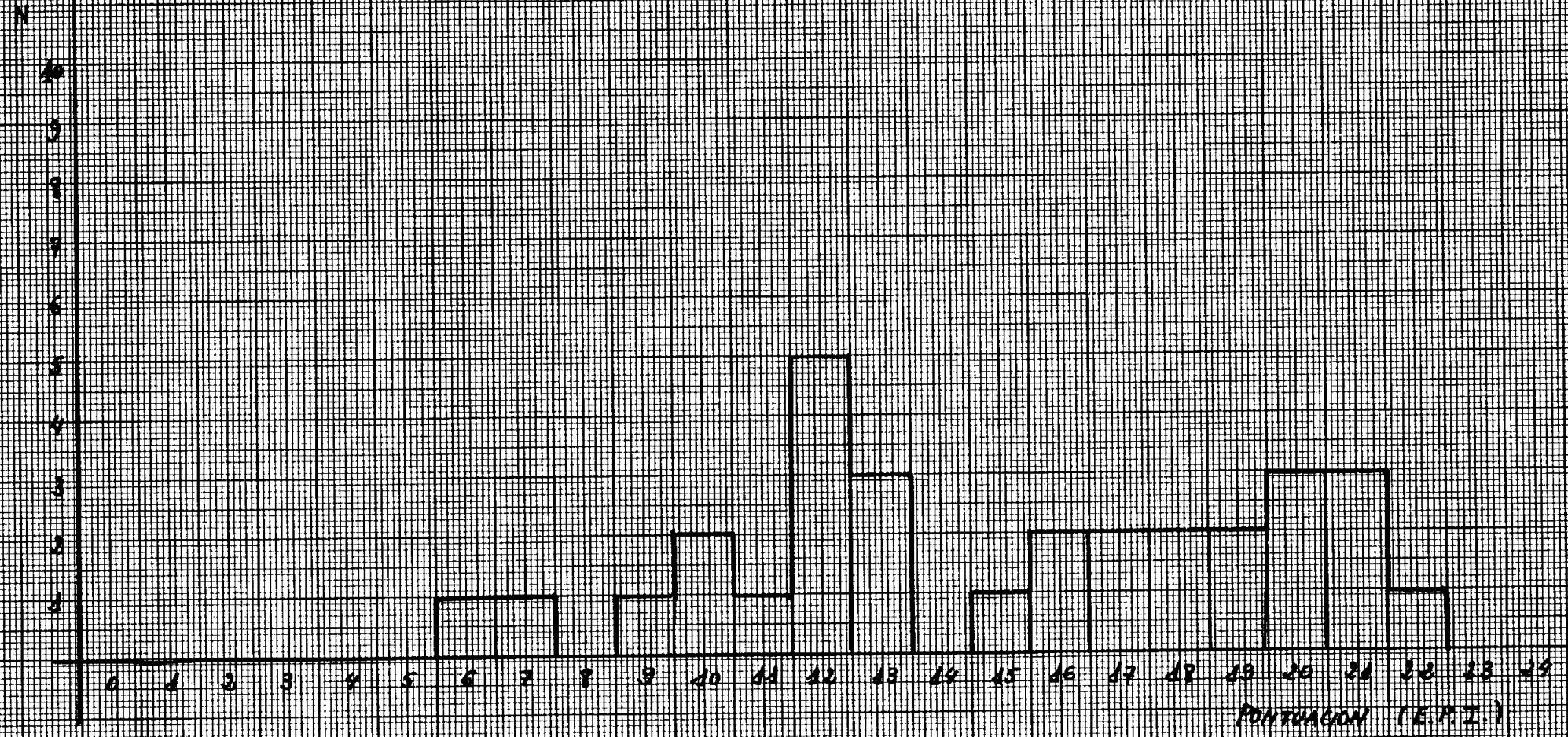
EQUIZOFRENICOS (N:30)

ESTABILIDAD



ALCOHOLICOS (N=30)

NEUROTICISMO



ALCOHOLICOS (N:30)

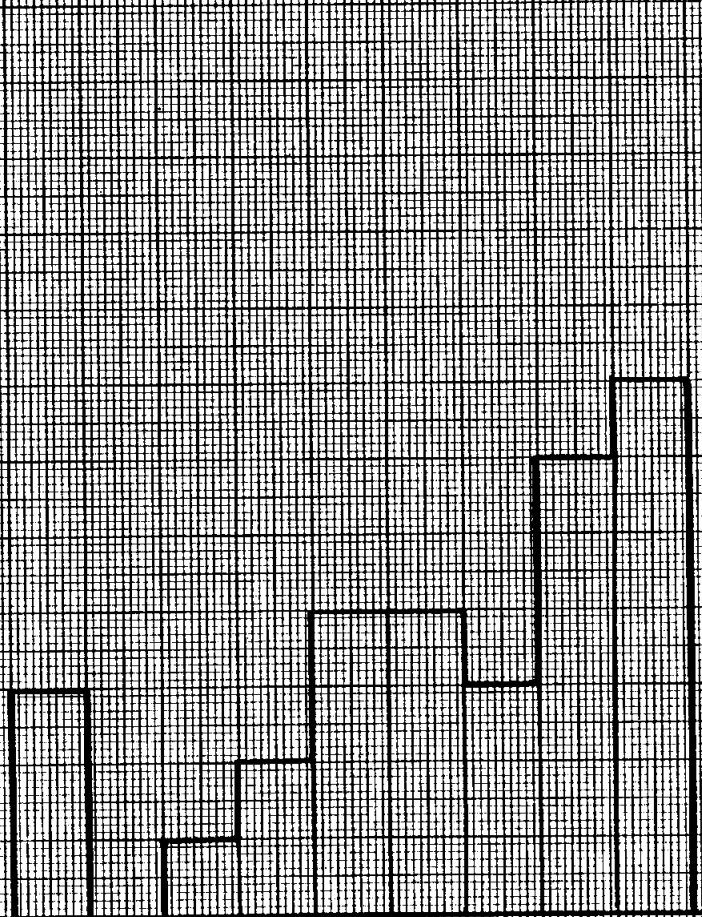
EXTRAVERSION

N

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

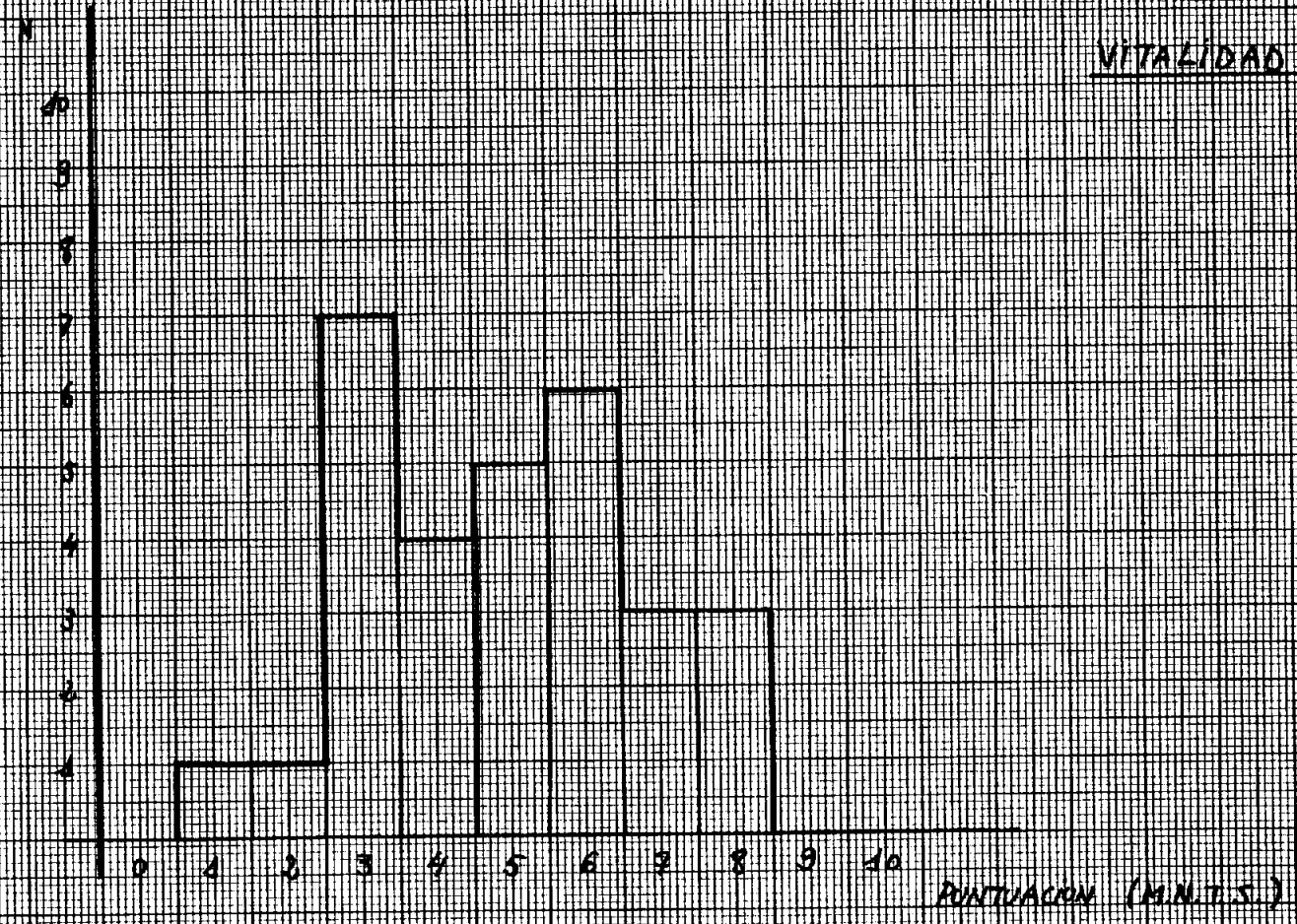
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

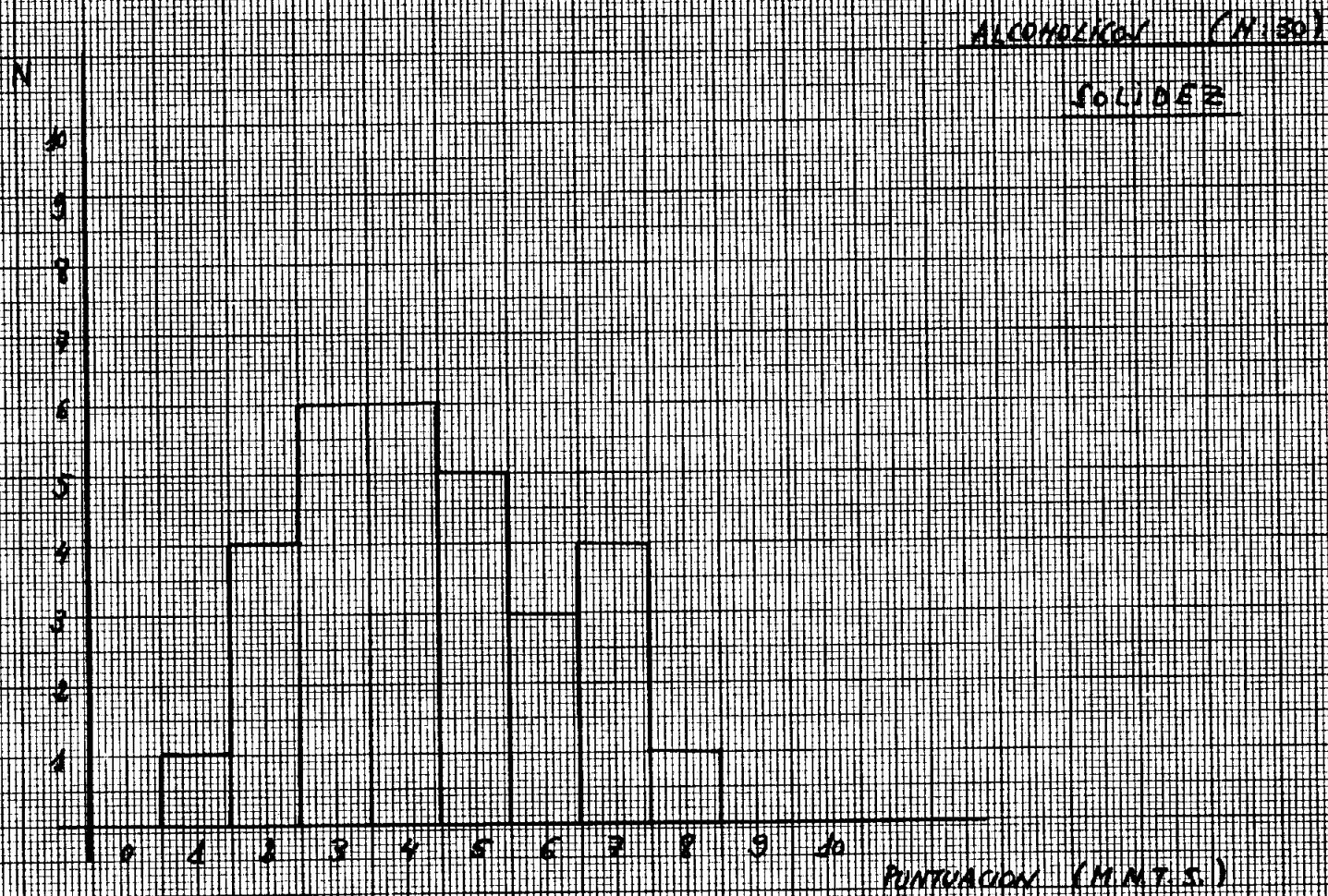
PUNTAJOS (E.P.I.)

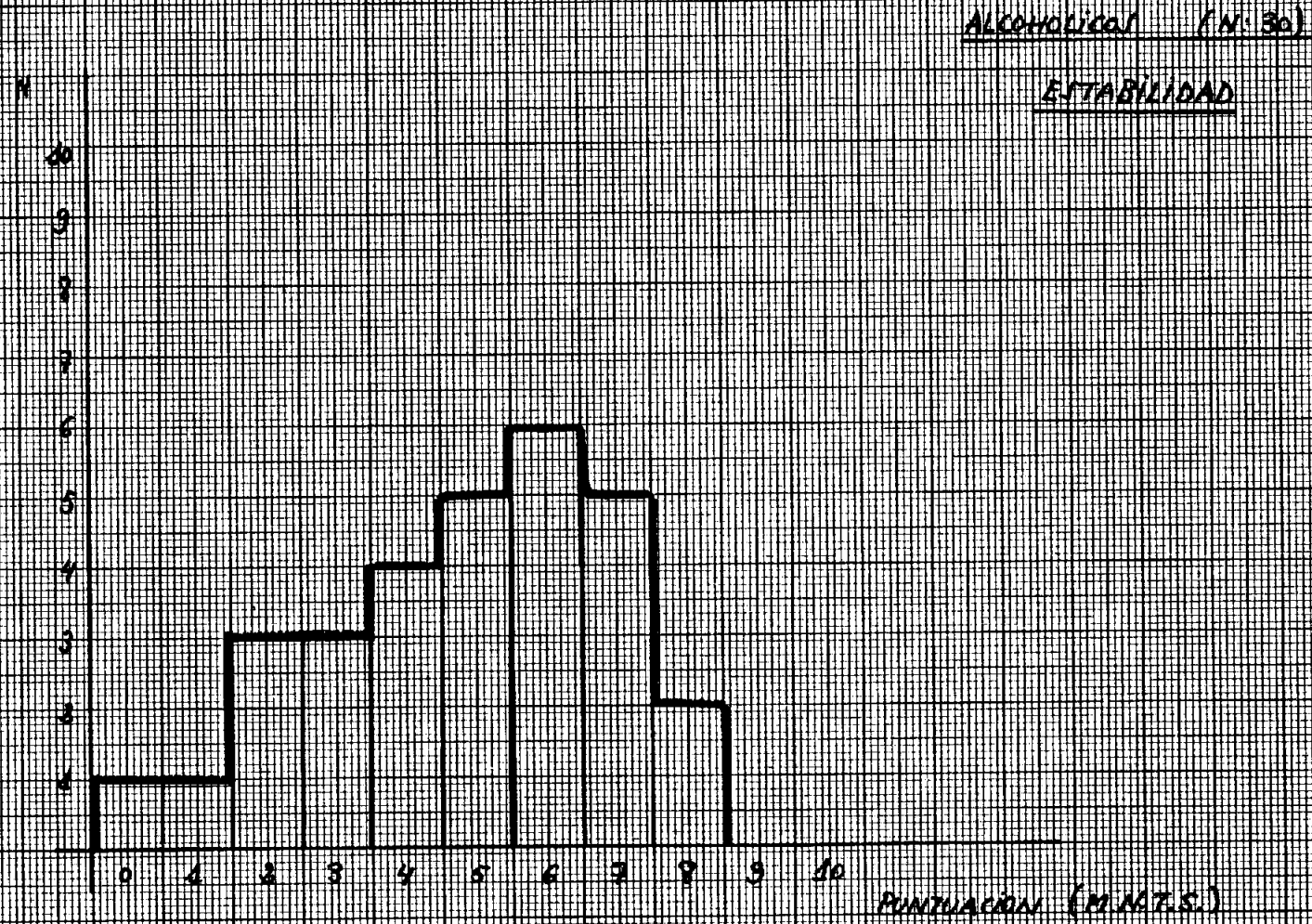


ALCOHOLICOV (N.º 30)

VITALIDAD







PUNTAJON (M. A. T. S.)

CONTROLES (M. 30)

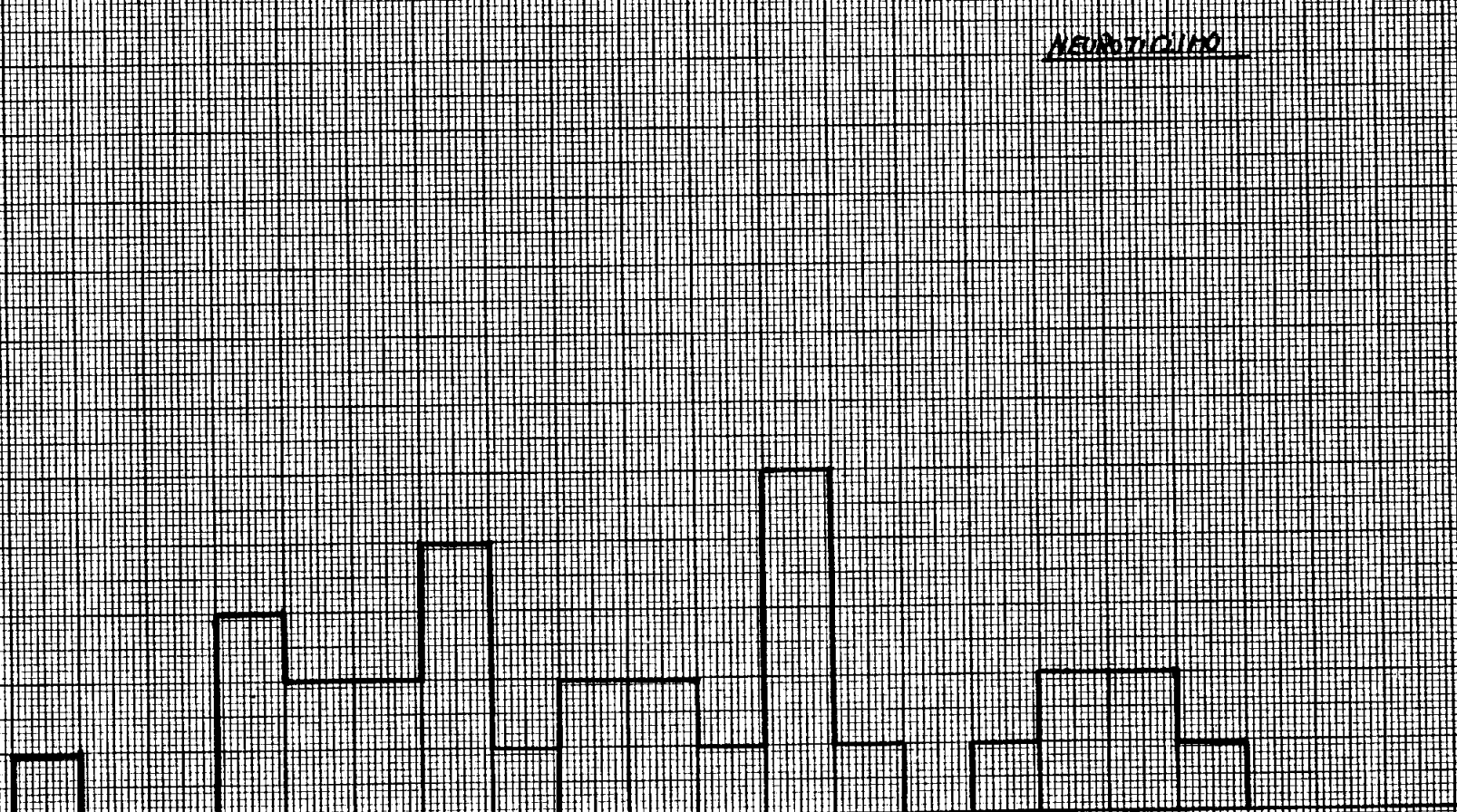
NEUROTICISMO

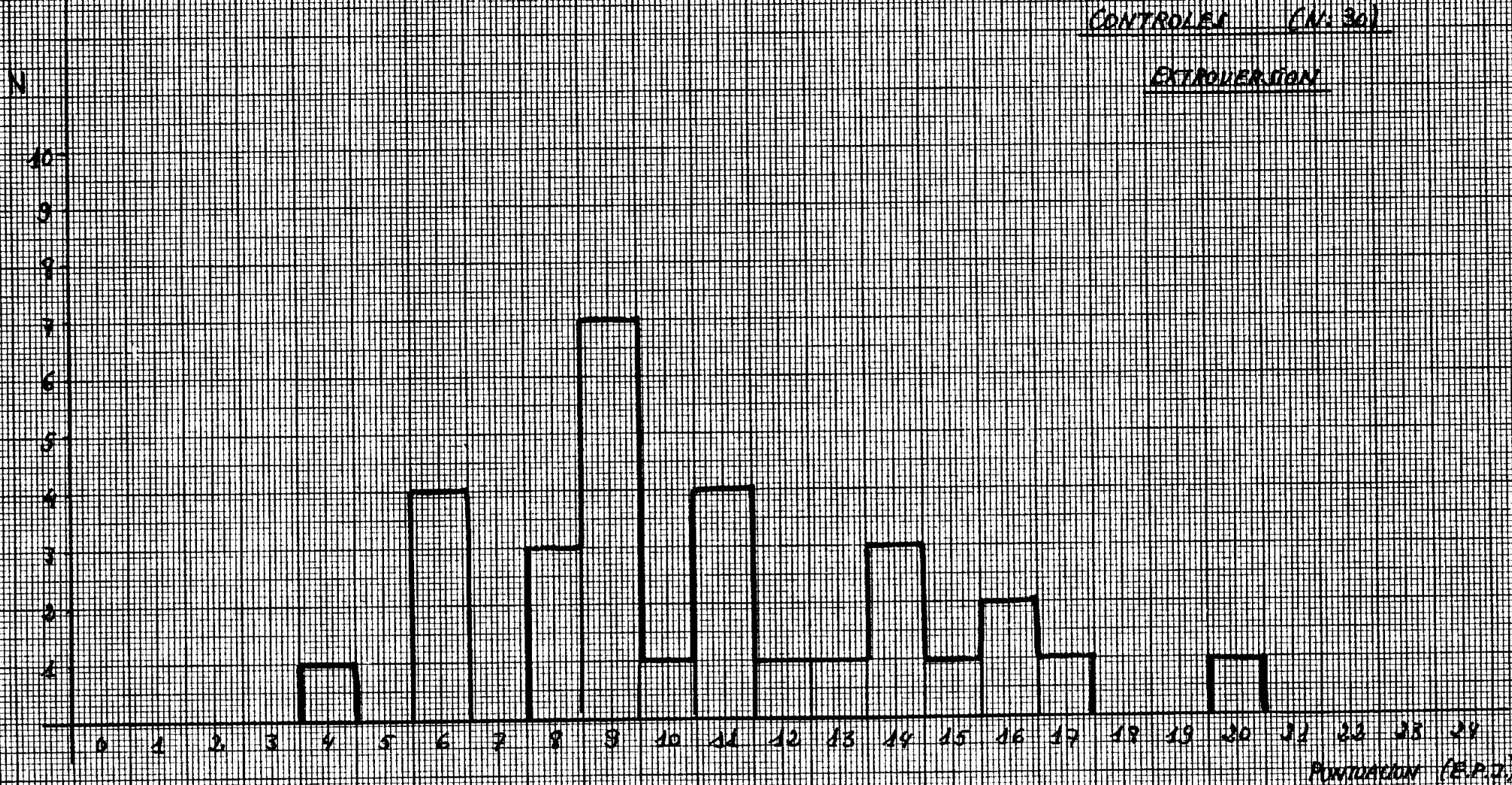
N

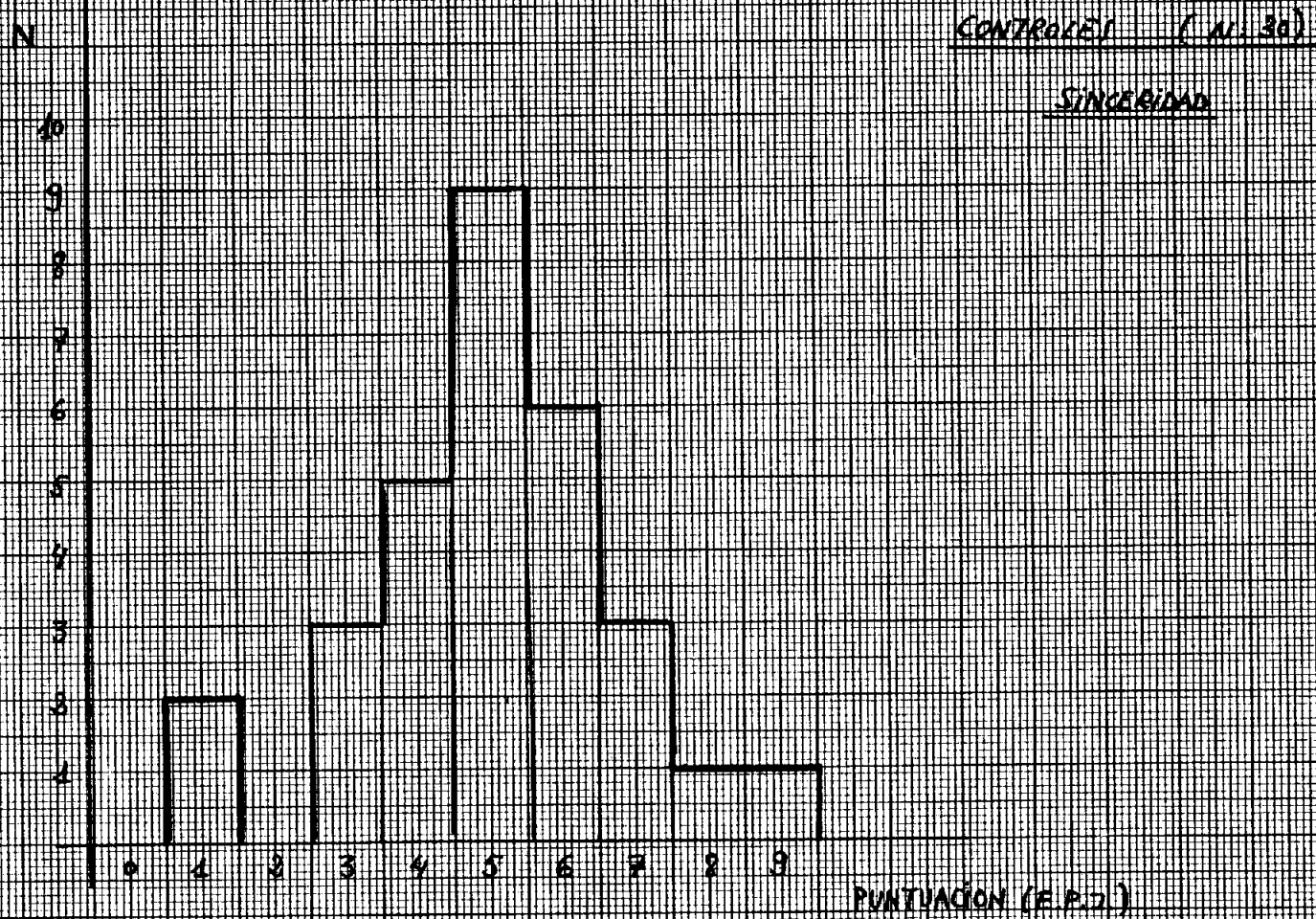
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

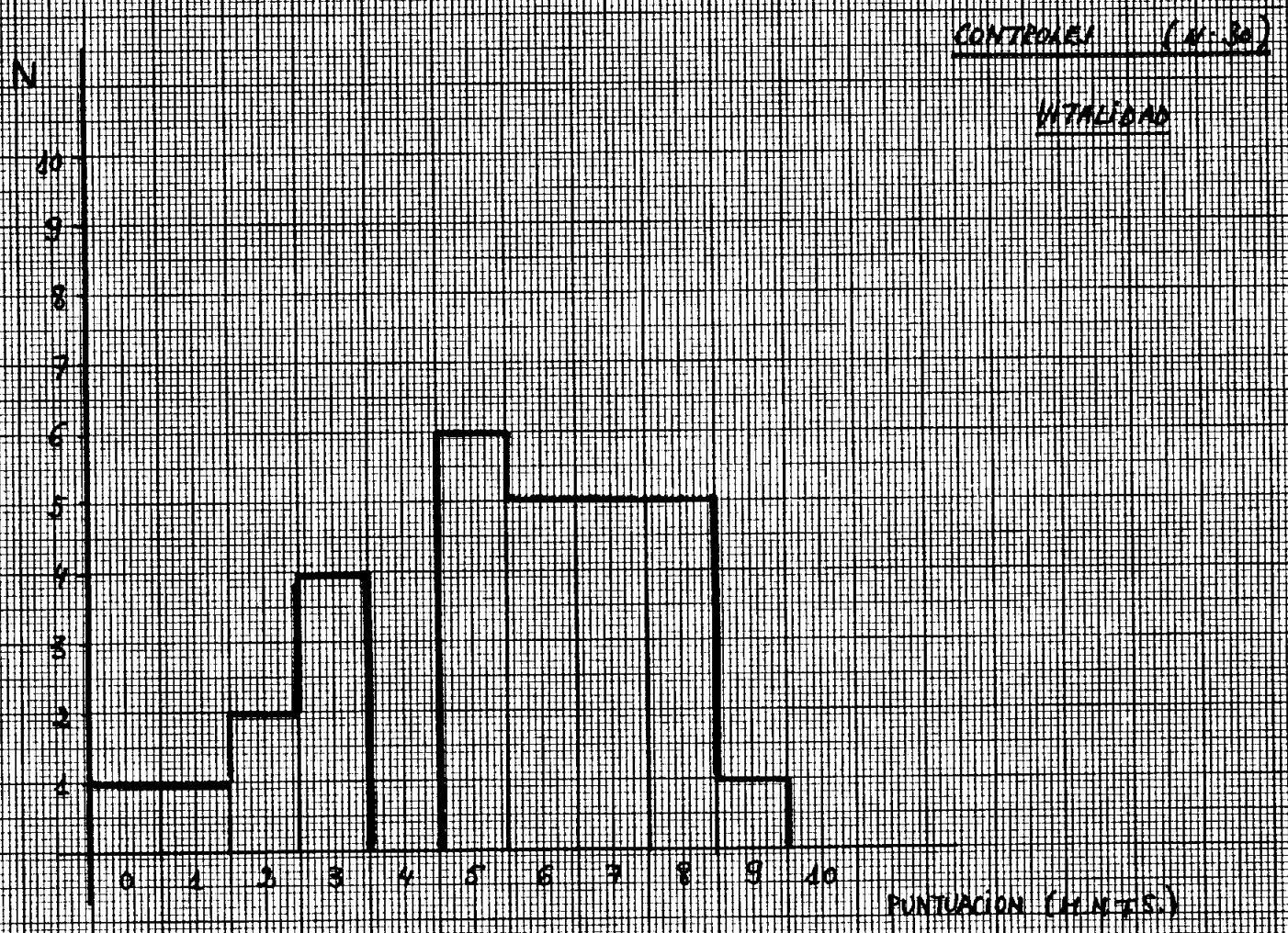
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

PUNTUACION (E.P.I.)



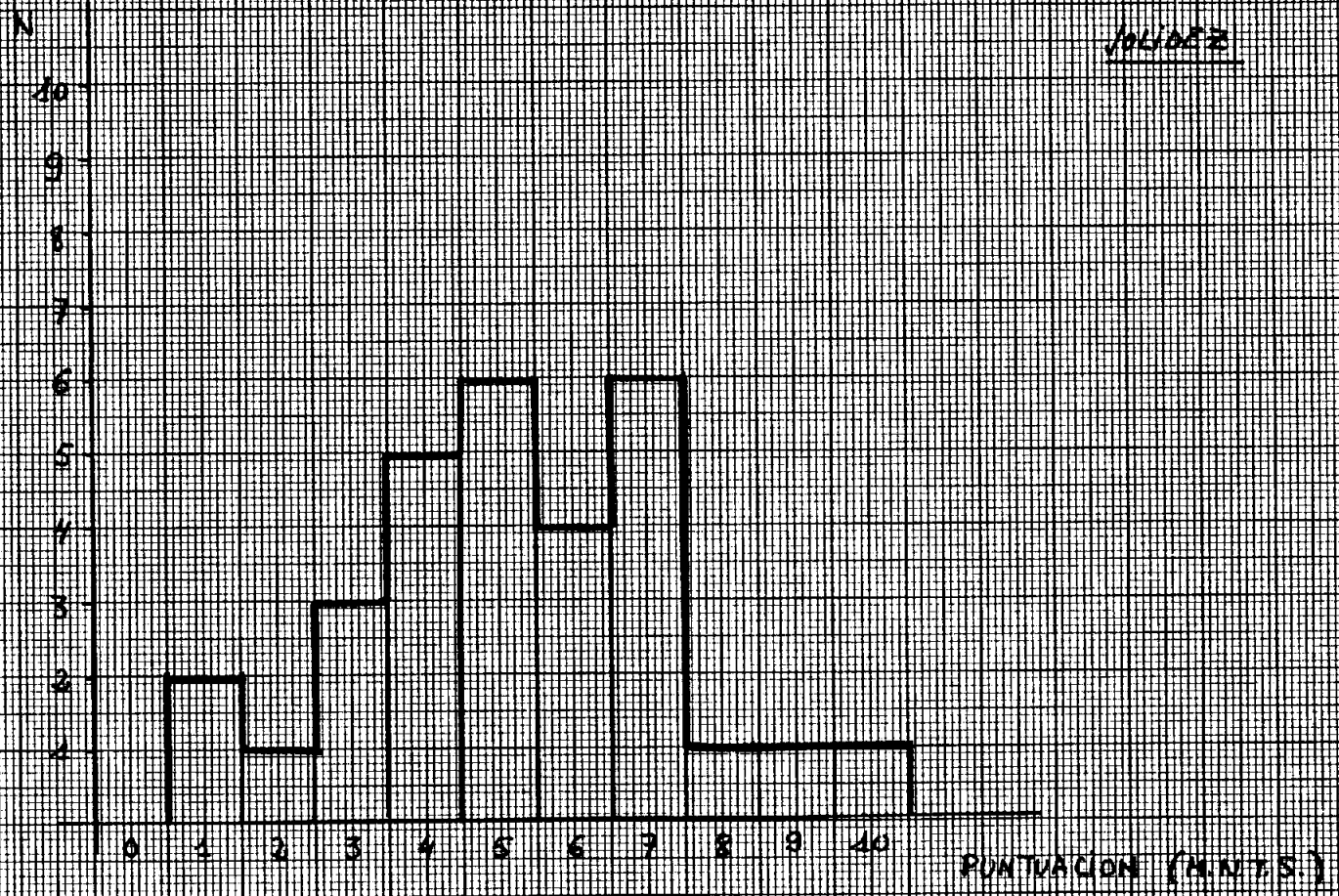






CONTROLER (N.º 30)

JULIOZ



N

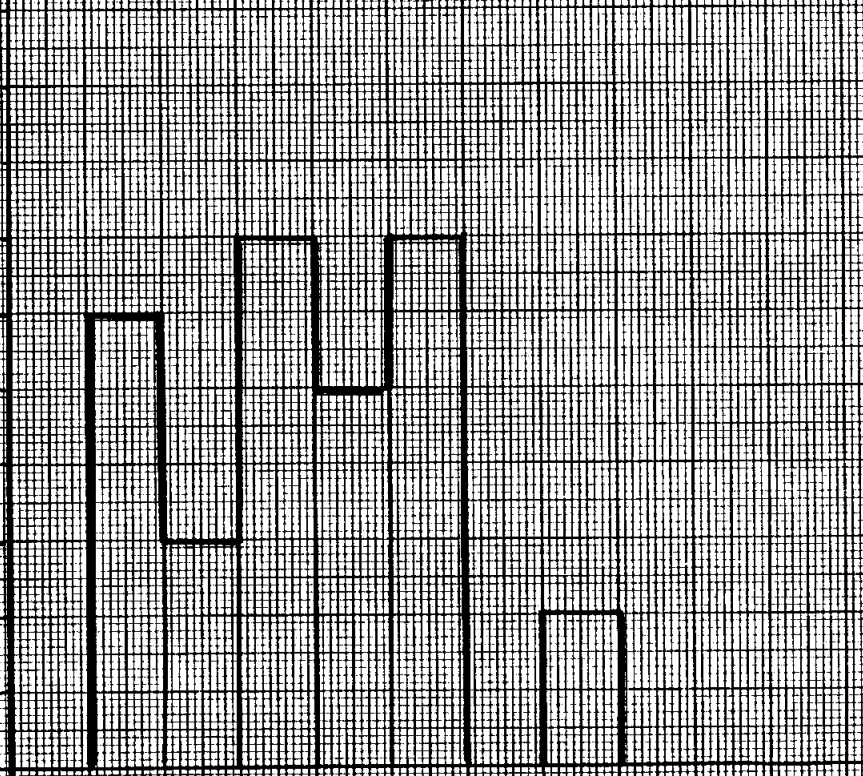
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CONTROLES (N. 30)

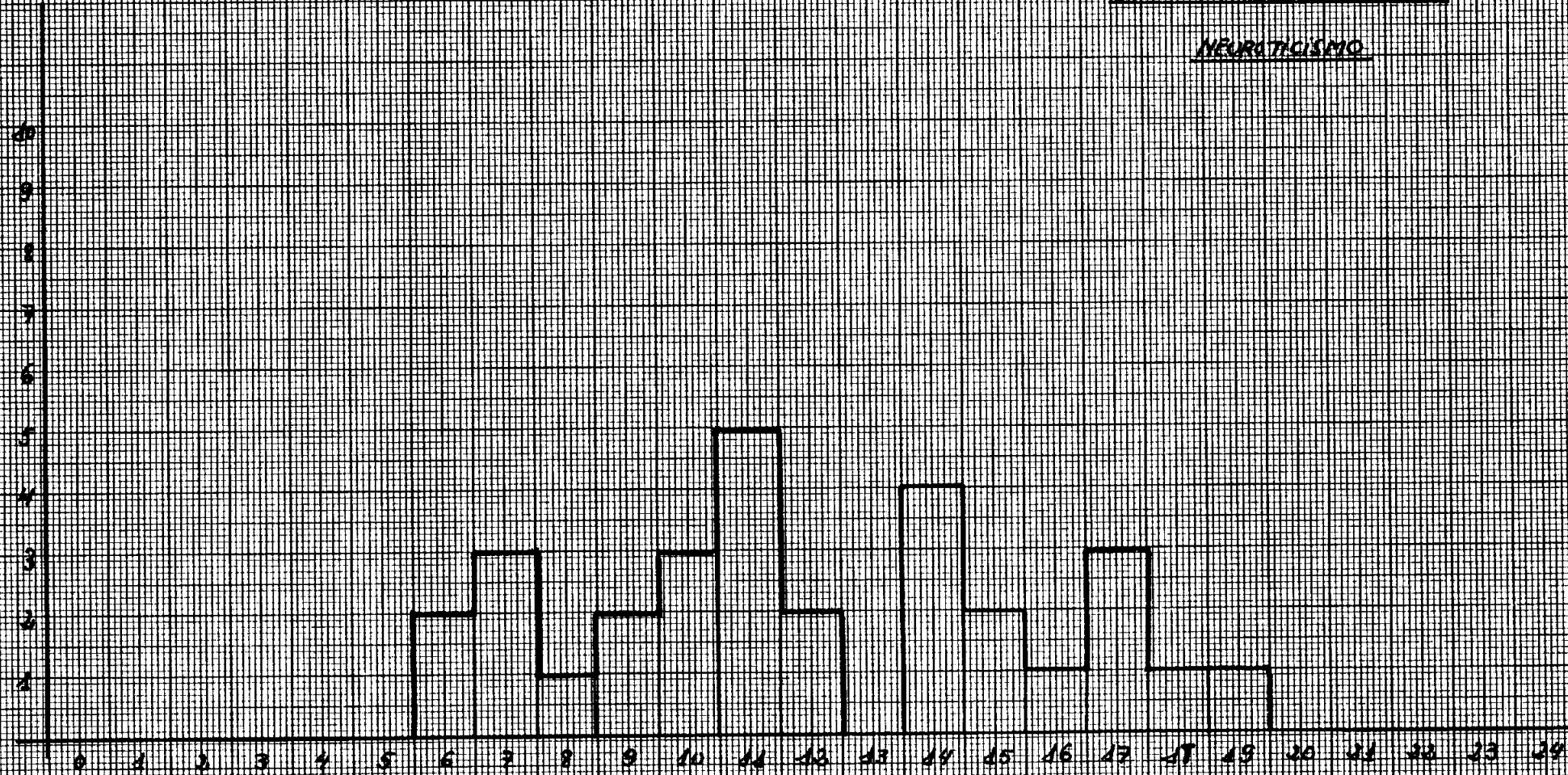
ESTABILIDAD

PUNTUACION (MINUTOS)

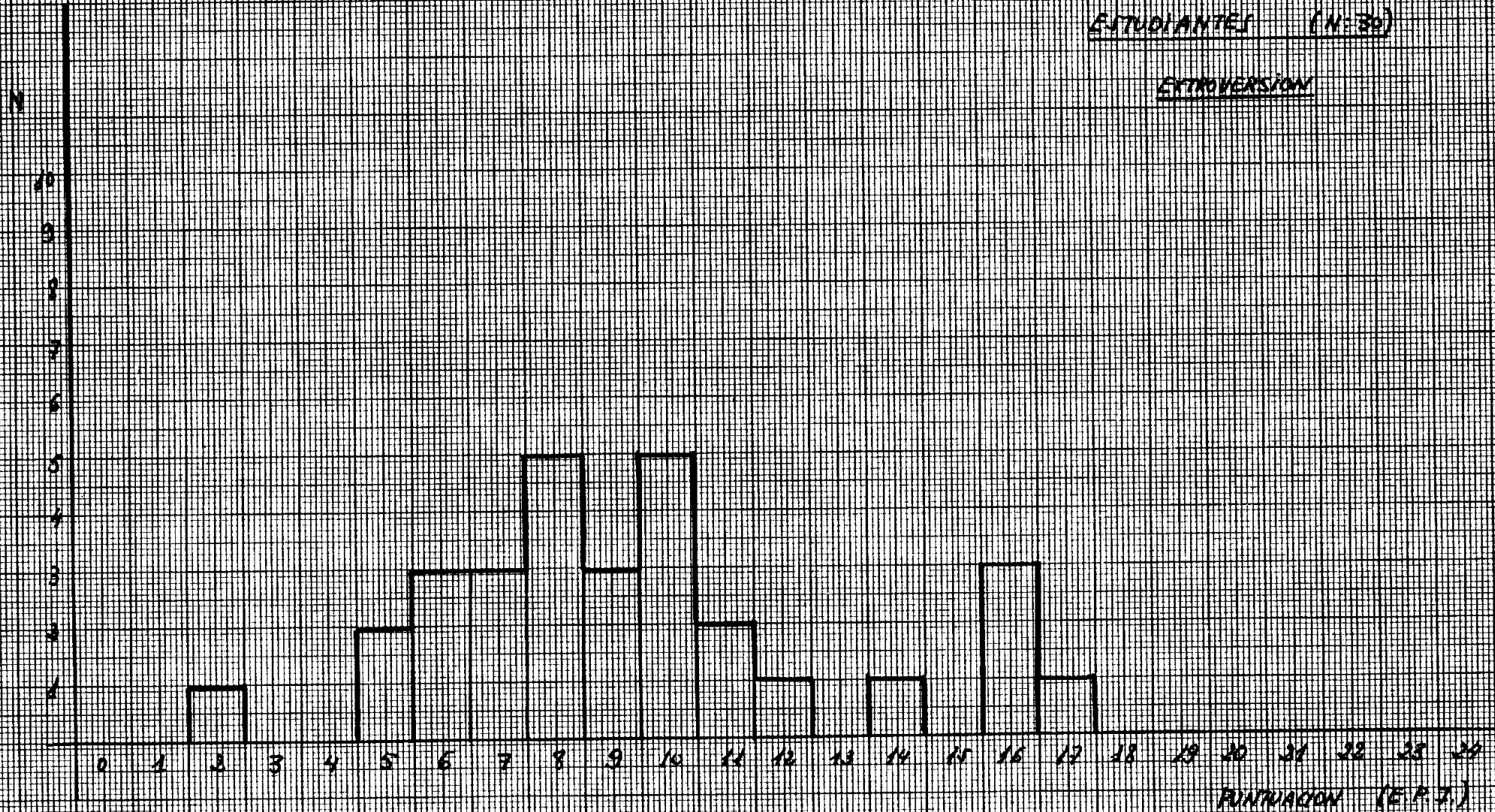


ESTUDIANTES (N=30)

NEURÓTIISMO



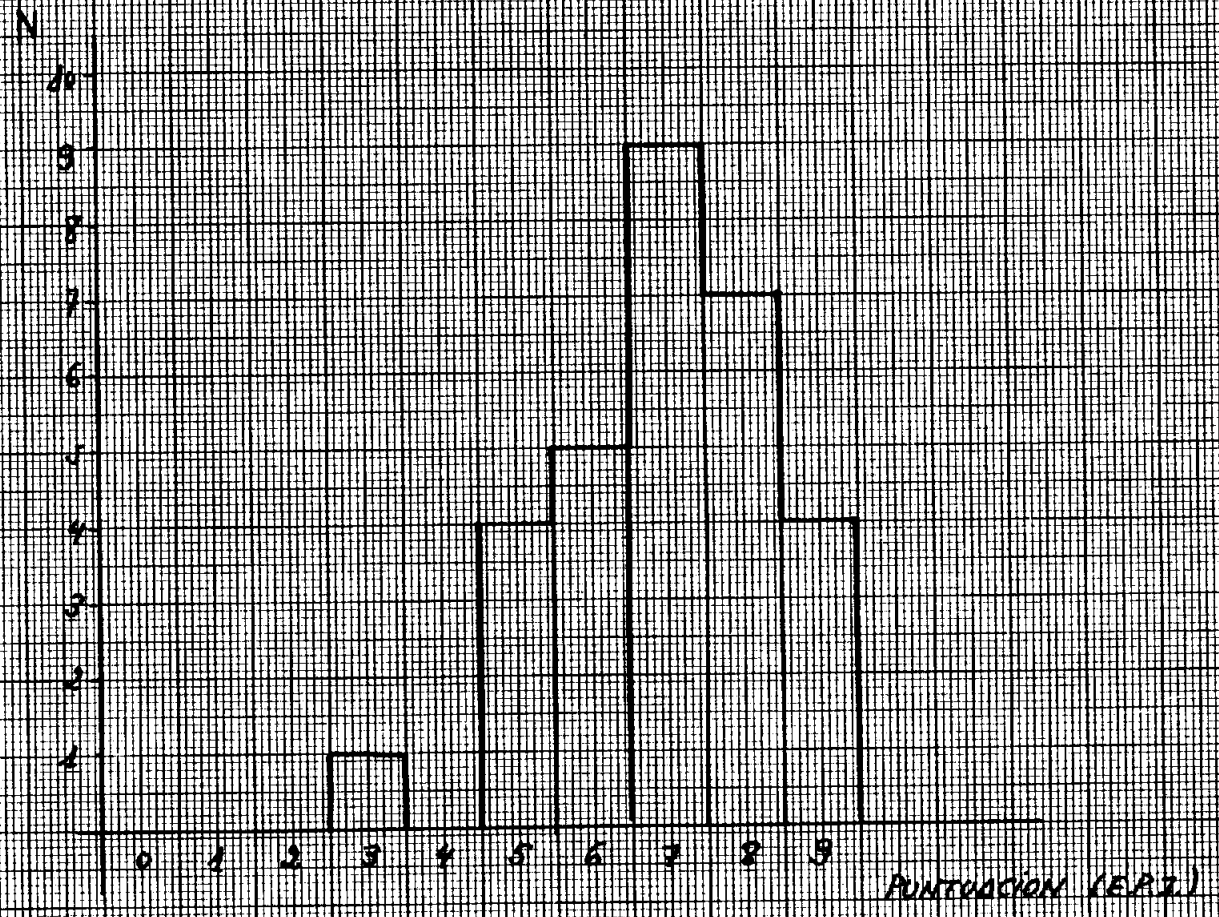
PUNTAJOS (E.P.T.)

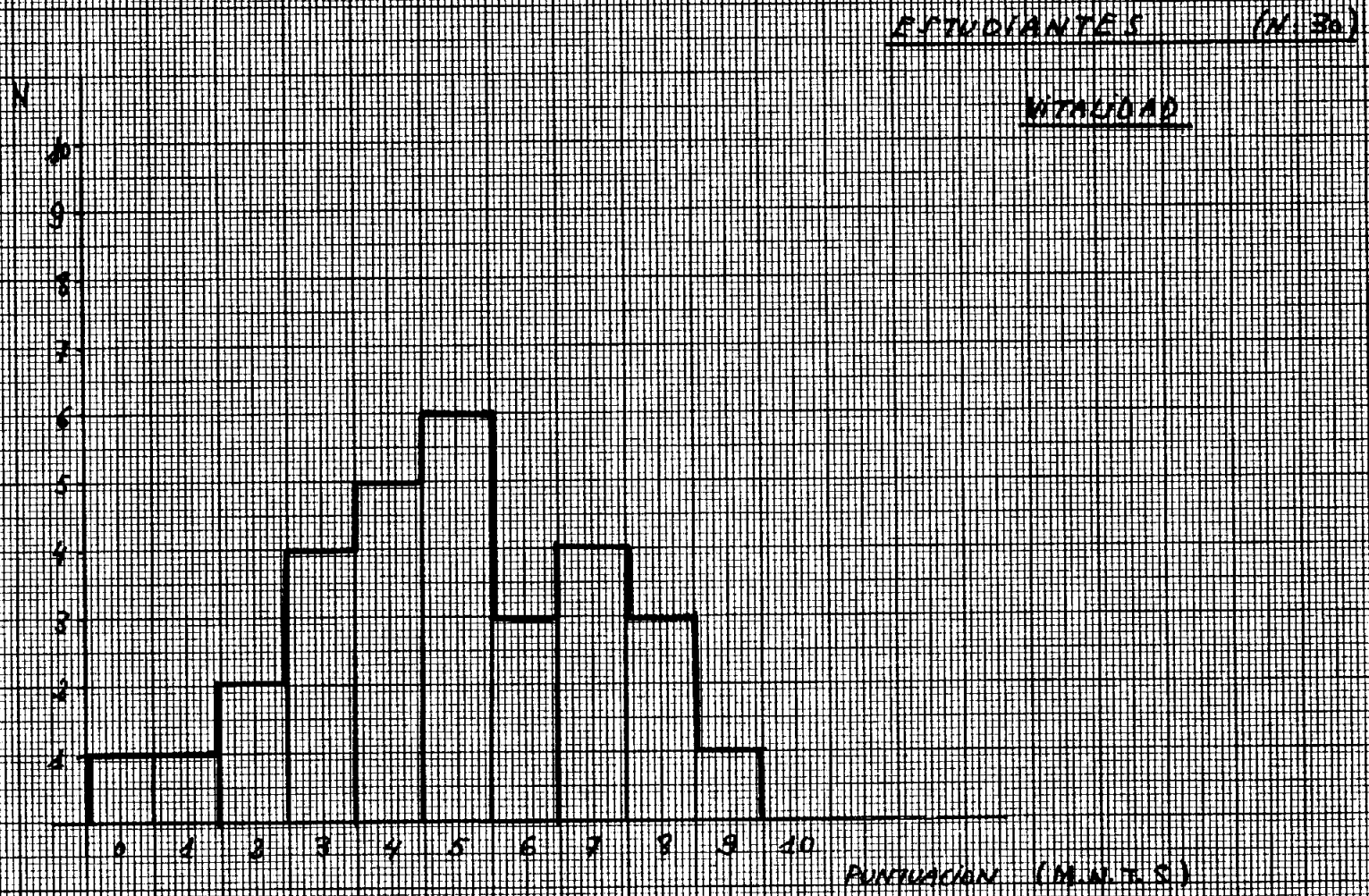


PUNTAJE (E.P.T.)

ESTUDIANTES (H. 30)

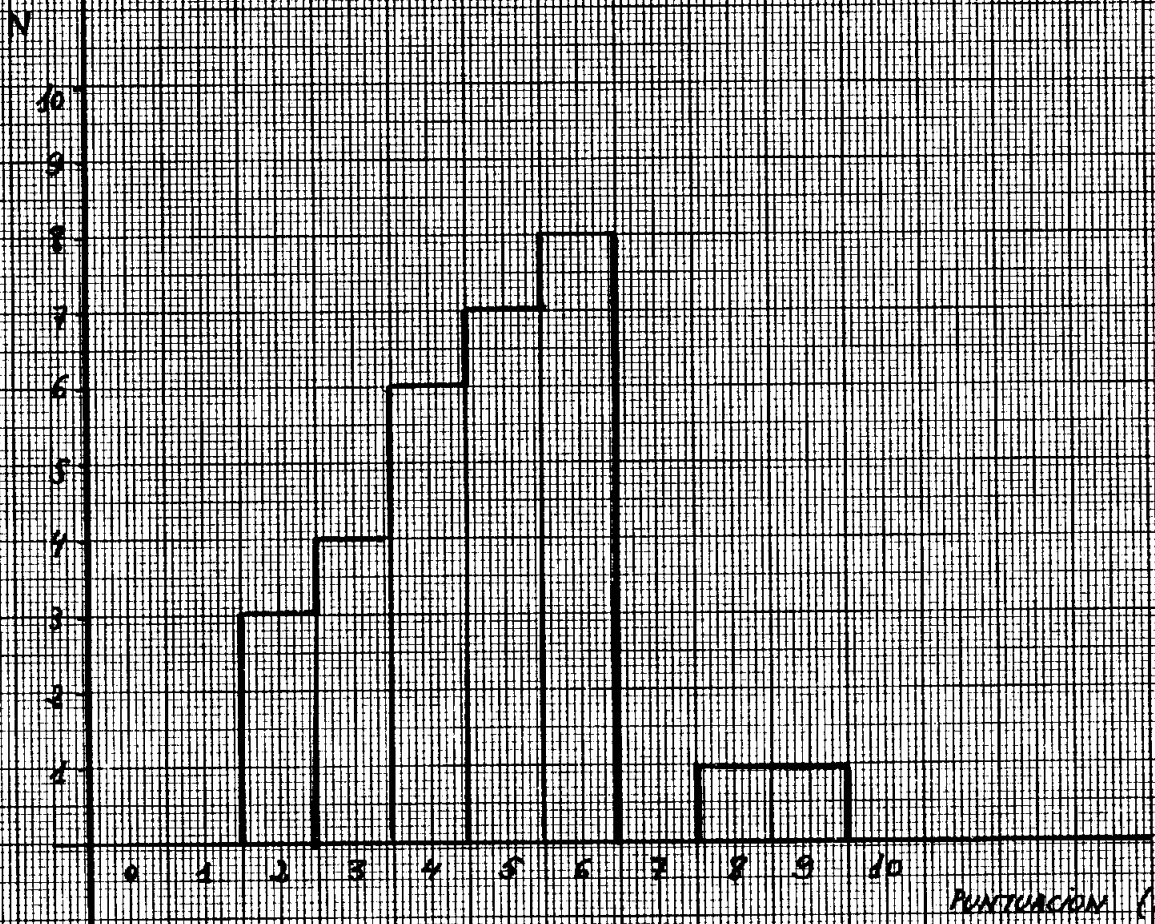
SINCERIDAD

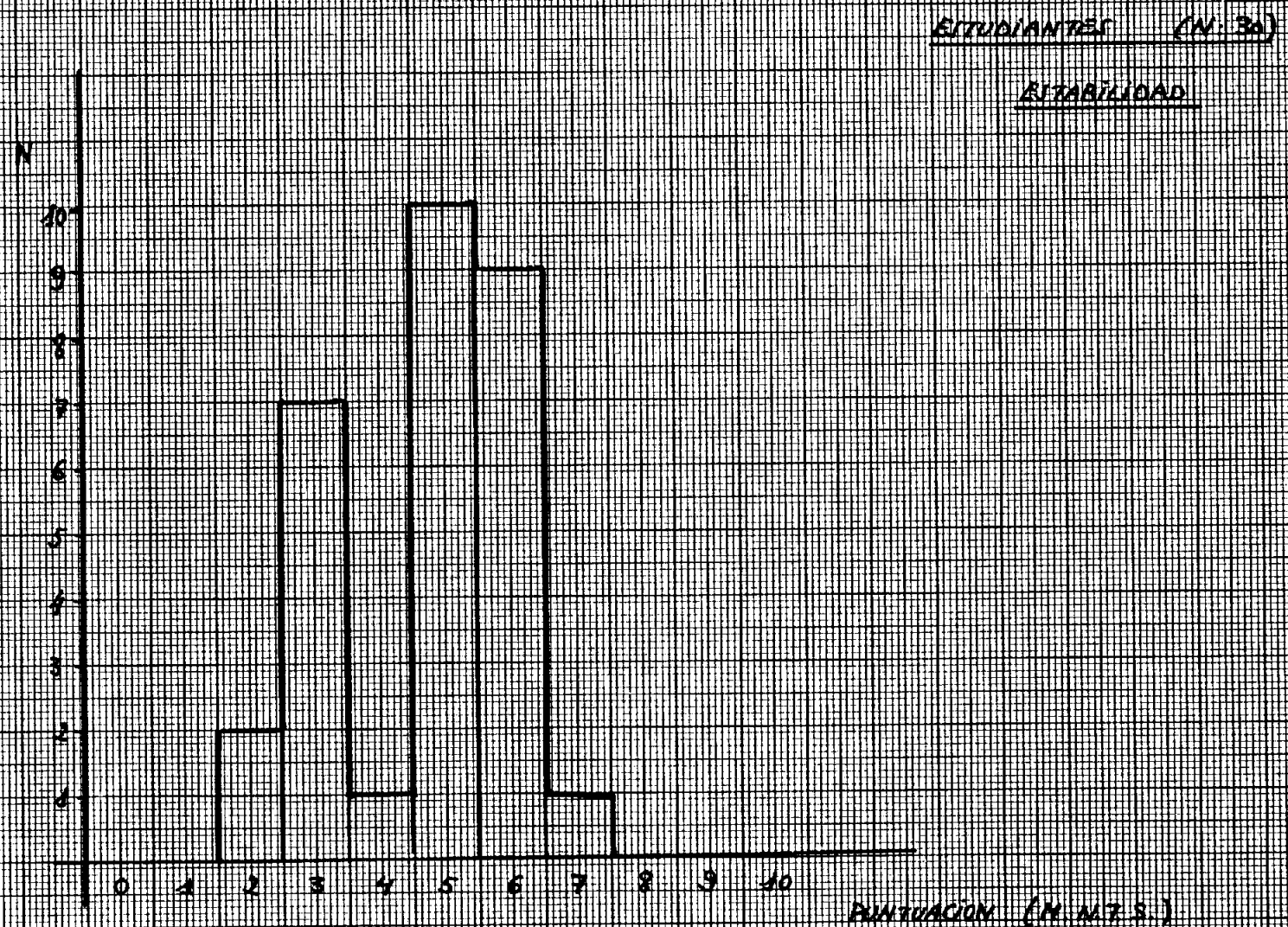




ESTUDIANTES (N=30)

SONIDO





Puntuación (M. A.T.S.)

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS NO ENDOGENOS	N = 30	DEPRESIVOS ENDOGENOS	Sig.
<u>X</u> (s)		<u>X</u> (s)	
 <u>E.P.I.</u>			
Neuroticismo..19.46.....(3.11).....		17.63....(2.21).....	n.s.
Extroversión.. 7.93.....(3.82).....		8.9 ....(2.89).....	n.s.
Sinceridad.... 6.26.....(1.36).....		5.13....(1.54).....	p<0.01

M.N.T.S.

Vitalidad.....2.73.....(1.43).....		2.43....(1.47).....	n.s.
Solidez .....4.86.....(1.38).....		4.33....(1.29).....	n.s.
Estabilidad...4.7 .....(1.4).....		4.33....(1.48).....	n.s.

- X = Media

- (s) = Desviación típica

- n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS NO

ENDOGENOS

N = 30

ESQUIZOFRENICOS

X

(s)

X

(s)

Sig.

E.P.I.

Neuroticismo...	19.46.....	(3.11).....	15.76.....	(3.59).....	p<0.001
Extroversión...	7.93.....	(3.82).....	11.16.....	(3.82).....	p<0.001
Sinceridad.....	6.26.....	(1.36).....	6.33.....	(1.39).....	n.s.

M.N.T.S.

Vitalidad.....	2.73.....	(1.43).....	3.86.....	(1.35).....	p<0.05
Solidez.....	4.86.....	(1.38).....	4.53.....	(1.74).....	n.s.
Estabilidad.....	4.7	(1.4).....	5.6.....	(1.42).....	p<0.05

X = Media

(s) = Desviacion tipica

n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS NO

ENDOGENOS

N = 30

ALCOHOLICOS

<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>Sig.</u>
----------	------------	----------	------------	-------------

E.P.I.

Neuroticismo.....	19.46... (3.11)	.....	15.1..... (4.47)	..... p<0.001
Extroversión.....	7.93... (3.82)	.....	10.3..... (2.26)	..... p<0.01
Sinceridad.....	6.26... (1.36)	.....	4.83..... (1.91)	..... p<0.001

M.N.T.S.

Vitalidad.....	2.73... (1.43)	.....	4.86..... (1.83)	..... p<0.001
Solidez.....	4.86... (1.38)	.....	4.33..... (1.79)	..... n.s.
Estabilidad.....	4.7 ... (1.4 )	.....	4.8 (2.05)	..... n.s.

X = Media

(s) = Desviación típica

n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS NO

N = 30

ENDOGENOS

CONTROLES

	<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>Sig.</u>
 <u>E.P.I.</u>					
Neuroticismo..	19.46...	(3.11).....	12.93....	(4.52).....	p<0.001
Extroversión..	7.93....	(3.82).....	10.76....	(3.72).....	p<0.01
Sinceridad....	6.26....	(1.36).....	5.0	(1.75).....	p<0.01

M.N.T.S.

Vitalidad....	2.73.....	(1.43).....	5.36.....	(2.28).....	p<0.001
Solidez	4.86.....	(1.37).....	5.2	(2.11).....	n.s.
Estabilidad..	4.7	(1.4).....	3.4	(1.70).....	p<0.01

X = Media

(s) = Desviación típica

n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS NO	N = 30		<u>ESTUDIANTES</u>		
<u>ENDOGENOS</u>			<u>X</u>	(s)	<u>Sig.</u>
	<u>X</u>	<u>(s)</u>			
 <u>E.P.I.</u> 					
Neuroticismo..	19.46...	(3.11)	11.9.....	(3.69)	p<0.001
Extroversi3n...	7.93...	(3.82)	9.36.....	(3.55)	n.s.
Sinceridad.....	6.26...	(1.36)	6.93.....	(1.41)	n.s.

M.N.T.S.

Vitalidad.....	2.73...	(1.43)	4.86.....	(2.17)	p<0.001
Solidez.....	4.86...	(1.38)	4.73.....	(1.63)	n.s.
Estabilidad...4.7	...	(1.4)	4.66.....	(1.37)	n.s.

X = Media

(s) = Desviaci3n t3pica

n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS

N = 30

ENDOGENOS

ESQUIZOFRENICOS

	<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>Sig.</u>
 <u>E.P.I.</u>					
Neuroticismo.....	17.63...	(2.21).....	15.76....	(3.59).....	n.s.
Extroversión.....	8.9 ...	(2.89).....	11.16....	(3.82).....	p<0.05
Sinceridad.....	5.13...	(1.54).....	6.33'....	(1.59).....	p<0.01

M.N.T.S.

Vitalidad.....	2.43...	(1.47).....	3.86.....	(1.35).....	p<0.01
Solidez.....	4.33...	(1.29).....	4.53.....	(1.74).....	n.s.
Estabilidad.....	4.33...	(1.48).....	5.6	(1.42).....	p<0.01

X = Media

(s) = Desviación típica

n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Ture^o)

DEPRESIVOS

N = 30

ENDOGENOSALCOHOLICOSX(s)X(s)Sig.E.P.I.

Neuroticismo..17.63....(2.21).....15.1.....(4.47)..... p<0.01

Extroversi3n...8.9.....(2.89).....10.33.....(2.46)..... p<0.05

Sinceridad.....5.13....(1.54)..... 4.83.....(1.91)..... n.s.

M.N.T.S.

Vitalidad.....2.43....(1.47).....4.86.....(1.83)..... p<0.001

Solidez.....4.33....(1.39).....4.33....(1.79)..... n.s.

Estabilidad....4.33....(1.48).....4.8.....(2.05)..... n.s.

X = Media

(s) = desviaci3n tipica

n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS		N = 30		
<u>ENDOGENOS</u>		<u>CONTROLES</u>		
<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>X</u>	<u>(s)</u>	<u>Sig.</u>

E.P.I.

Neuroticismo..	17.63.....	(2.21).....	12.93.....	(4.52).....	p<0.001
Extroversión..	8.9.....	(2.89).....	10.66.....	(3.72).....	p<0.5
Sinceridad.....	5.13.....	(1.54).....	5.0.....	(1.75).....	n.s.

M.N.T.S.

Vitalidad.....	2.43.....	(1.47).....	5.36.....	(2.28).....	p<0.001
Solidez.....	4.33.....	(1.29).....	5.2.....	(2.11).....	p<0.05
Estabilidad....	4.33.....	(1.48).....	3.4.....	(1.70).....	p<0.05

X = Media

(s) = desviacion tipica

n.s. = No significativo

ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

DEPRESIVOS

N = 30

ENDOGENOSESTUDIANTESX(s)X(s)Sig.E.P.I.

Neuroticismo..	17.63...	(2.21)	.....	11.9.....	(3.69)	.....	p<0.001
Extroversión..	8.9....	(2.89)	.....	9.36.....	(3.55)	.....	n.s.
Sinceridad....	5.13...	(1.54)	.....	6.93.....	(1.41)	.....	p<0.001

M.N.T.S.

Vitalidad.....	2.43....	(1.47)	.....	4.86.....	(2.17)	.....	p<0.001
Solidez.....	4.33....	(1.29)	.....	4.73.....	(1.63)	.....	n.s.
Estabilidad....	4.33....	(1.48)	.....	4.66.....	(1.37)	.....	n.s.

X = Medias

(s) = Desviación típica

n.s. = No significativo

<u>E. P. I.</u>	<u>ESQUIZOFRENICOS</u>	<u>ALCOHOLICOS</u>	<u>CONTROLES</u>	<u>ESTUDIANTES</u>
Neuroticismo.....	DEPRESIVOS NO END..... p 0.001	p 0.001	p 0.001	p 0.001
	DEPRESIVOS ENDOGENOS N. S.	p 0.01	p 0.001	p 0.001
Extroversión....	DEPRESIVOS NO END. p 0.001	p 0.01	p 0.01	N.S.
	DEPRESIVOS ENDOGENOS p 0.05	N.S.	p 0.05	N.S.
Sinceridad.....	DEPRESIVOS NO END. N.S.	p 0.001	p 0.01	N.S.
	DEPRESIVOS ENDOGENOS..... p 0.01	N.S.	N.S	p 0.001

RESULTADOS GLOBALES : ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

GRADOS DE SIGNIFICACION

<u>M. N. T. S.</u>	<u>ESQUIZOFRENICOS</u>	<u>ALCOHOLICOS</u>	<u>CONTROLES</u>	<u>ESTUDIANTES</u>
DEPRESIVOS NO END.	p 0. 05	p 0.001	p 0,001	p 0.001
Vitalidad				
DEPRESIVOS ENDOGENOS	p 0.01	p 0.001	p 0.001	p 0.001
DEPRESIVOS NO END.	N.S.	N.S.	N.S.	N. S.
Solidez				
DEPRESIVOS ENDOGENOS.....	N.S.	N.S.	p 0.05	N.S.
DEPRESIVOS NO END.	p 0.05	N.S.	p 0.01	N.S.
Estabilidad....				
DEPRESIVOS ENDOGENOS	p 0.001	N.S.	p 0.05	N.S.

RESULTADOS GLOBALES : ANALISIS DE VARIANZA (Prueba de Turey)

GRADOS DE SIGNIFICACION

RESULTADOS DEL INVENTARIO P. D. 22

INVENTARIO P.D. 22 Resultados1.- F O R M A L

DEPRESIVOS NO END.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(27)
DEPRESIVOS ENDOGENOS	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(28)
ESQUIZOFRENICOS	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(18)
ALCOHOLICOS	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(27)
CONTROLES	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(27)
ESTUDIANTES	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(24)

INVENTARIO P.D. 22 Resultados

2.-M E T I C U L O S O

DEPRESIVOS NO END.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(22)
DEPRESIVOS ENDOGENOS	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(16)
ESQUIZOFRENICOS	XXXXXXX	(7)
ALCOHOLICOS	XXXXXXXXXXXX	(12)
CONTROLES	XXXXXXXXXXXX	(10)
ESTUDIANTES	XXXXXXXXXX	(8)

INVENTARIO P.D. 22 Resultados

3.- A C T I V O

DEPRESIVOS

NO END. XXXXXXXXXXXXXXXX (13)

DEPRESIVOS

ENDOGENOS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (17)

ESQUIZOFRENICOS XXXXX (5)

ALCOHOLICOS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (23)

CONTROLES XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (21)

ESTUDIANTES XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (23)

INVENTARIO P.D. 22 Resultados

4.- A M B I C I O S O

<u>DEPRESIVOS</u>		
<u>NO END.</u>	XXXXXX	(6)
<u>DEPRESIVOS</u>		
<u>ENDOGENOS</u>	XX	(2)
<u>ESQUIZOFRENICOS</u>	XXXXXXXXXXXXX	(12)
<u>ALCOHOLICOS</u>	XXXXXXXXXX	(8)
<u>CONTROLES</u>	XXXXXXXXXXXXX	(13)
<u>ESTUDIANTES</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXX	(16)

INVENTARIO P.D. 22 Resultados5.- S E R I ODEPRESIVOSNO END.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(14)

DEPRESIVOSENDOGENOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(24)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(20)

ALCOHOLICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(20)

CONTROLES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(22)

ESTUDIANTES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(20)

6.- I N D E C I S O

DEPRESIVOS

NO END.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(21)

DEPRESIVOS

ENDOGENOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(25)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(18)

ALCOHOLICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(17)

CONTROLES

XXXXXXXXXXXXXXX

(13)

ESTUDIANTES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(15)

7.- J U I G I O S O

DEPRESIVOS

NO END.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(14)

DEPRESIVOS

ENDOGENOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(13)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXX

(7)

ALCOHOLICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(14)

CONTROLES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(18)

ESTUDIANTES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(16)

9.- S E N S A T ODEPRESIVOSNO END.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(14)

DEPRESIVOSENDOGENOS

XXXXXXXXXX

(9)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(12)

ALCOHOLICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(22)

CONTROLES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(20)

ESTUDIANTES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(18)

INVENTARIO P.D.22 Resultados10.- T I M I D ODEPRESIVOS

<u>NO END.</u>	XXXXXXXXXXXXX	(12)
----------------	---------------	------

DEPRESIVOS

<u>ENDOGENOS</u>	XXXXXXXXXXXXX	(10)
------------------	---------------	------

<u>ESQUIZOFRENICOS</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(16)
------------------------	-----------------------	------

<u>ALCOHOLICOS</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(17)
--------------------	-----------------------	------

<u>CONTROLES</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(17)
------------------	-----------------------	------

<u>ESTUDIANTES</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(22)
--------------------	-----------------------	------

12.- E S C R U P U L O S O

DEPRESIVOSNO END.

XXXXXXXXXXXXX

(12)

DEPRESIVOSENDOGENOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(20)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXXXXX

(9)

ALCOHOLICOS

XXXXXX

(6)

CONTROLES

XXXXXX

(7)

ESTUDIANTES

XXXXXX

(7)

15.- R E S P E T U O S ODEPRESIVOSNO END.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(22)

DEPRESIVOSENDOGENOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(21)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXXXXXXXXX

(13)

ALCOHOLICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(23)

CONTROLES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(20)

ESTUDIANTES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(19)

INVENTARIO P.D. 22 Resultados

17.- S O C I A B L E

DEPRESIVOS

NO END. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (17)

DEPRESIVOS

ENDOGENOS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (14)

ESQUIZOFRENICOS XX (2)

ALCOHOLICOS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (17)

CONTROLES XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (16)

ESTUDIANTES XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (17)

INVENTARIO P.D. 22 Resultados

18.- T A C A Ñ O

<u>DEPRESIVOS</u>		(3)
<u>NO END.</u>	XXX	
<u>DEPRESIVOS</u>		(2)
<u>ENDOGENOS</u>	XX	
<u>ESQUIZOFRENICOS</u>	XXX	(3)
<u>ALCOHOLICOS</u>	XXX	(3)
<u>CONTROLES</u>	X	(1)
<u>ESTUDIANTES</u>	XX	(2)

INVENTARIO P.D. 22 Resultados19.- P R E V I S O RDEPRESIVOSNO END.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(14)

DEPRESIVOSENDOCENOS

XXXXXXXXXX

(9)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(16)

ALCOHOLICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(14)

CONTROLES

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(15)

ESTUDIANTES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(18)

20.- S E N S I B L E

DEPRESIVOS

NO END.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(26)

DEPRESIVOS

ENDOGENOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(27)

ESQUIZOFRENICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(20)

ALCOHOLICOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(23)

CONTROLES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(23)

ESTUDIANTES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(24)

INVENTARIO P.D.22 Resultados21.- C O N S T A N T EDEPRESIVOS

<u>NO END.</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(20)
----------------	------------------------	------

DEPRESIVOS

<u>ENDOGENOS</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(21)
------------------	------------------------	------

<u>ESQUIZOFRENICOS</u>	XXXXX	(5)
------------------------	-------	------

<u>ALCOHOLICOS</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(19)
--------------------	------------------------	------

<u>CONTROLES</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(17)
------------------	------------------------	------

<u>ESTUDIANTES</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(18)
--------------------	------------------------	------

INVENTARIO P.D. 22 Resultados22.- E G O C E N T R I C ODEPRESIVOS

<u>NO END.</u>	XXXXXXX	(7)
----------------	---------	------

DEPRESIVOS

<u>ENDOGENOS</u>	XXXXXXXXXXXXX	(11)
------------------	---------------	------

<u>ESQUIZOFRENICOS</u>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	(17)
------------------------	-----------------------	------

<u>ALCOHOLICOS</u>	XXXXXXXXXXXXX	(13)
--------------------	---------------	------

<u>CONTROLES</u>	XXXX	(4)
------------------	------	------

<u>ESTUDIANTES</u>	XXXXXXXXXXXXX	(14)
--------------------	---------------	------

INVENTARIO P. D. 22. RESULTADOS

(Aplicación de la Razón Critica)

Depresivos NO Endógenos (+) / Depresivos Endógenos (-)

1.- FORMAL	- 0.46	
2.- METICULOSO	1.46	
3.- ACTIVO	1.04	
4.- AMBICIOSO	1.55	
5.- SERIO	- 2.85	(x x)
6.- INDECISO	- 1.23	
7.- JUICIOSO	0.54	
8.- SERVICIAL	- 2.54	(x x)
9.- SENSATO	1.35	
10.- TIMIDO	0.53	
11.- AUTOEXIGENTE	1.37	
12.- ESCRUPULOSO	2.14	(x x)
13.- CUMPLIDOR	0	
14.- ORDENADO	- 0.69	
15.- RESPETUOSO	- 2.54	(x x)
16.- RESPONSABLE	- 0.31	
17.- SOCIABLE	- 1.28	
18.- TACAÑO	0.46	
19.- PREVISOR	1.35	
20.- SENSIBLE	- 0.25	
21.- CONSTANTE	- 0.27	
22.- EGOCENTRICO	- 1.13	

INVENTARIO P.D.22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACION:DEPRESIVOS NO ENDOGENOSESCRUPULOSO ($p < 0.01$)DEPRESIVOS ENDOGENOSSERIO ($p < 0.01$)SERVICIAL ($p < 0.01$)RESPETUOSO ($p < 0.01$)

INVENTARIO P.D. 22RESULTADOS

(Aplicacion de la Razón Crítica)

Depresivos NO Endógenos (+) / Esquizofrenicos (-)

1.- FORMAL	2.86	(x x)
2.- METICULOSO	4.47	(x x x x)
3.- ACTIVO.....	2.36	(x x)
4.- AMBICIOSO	- 1.73	
5.- SERIO	- 1.59	
6.- INDECISO	0.81	
7.- JUICIOSO	1.95	
8.- SERVICIAL	3.73	(x x x)
9.- SENSATO	0.52	
10.- TIMIDO	- 1.04	
11.- AUTOEXIGENTE	0.57	
12.- ESCRUPULOSO	0.82	
13.- CUMPLIDOR	3.22	(x x x)
14.- ORDENADO	0.31	
15.- RESPETUOSO	2.47	(x x)
16.- RESPONSABLE	4.11	(x x x x)
17.- SOCIABLE	3.55	(x x x)
18.- TACAÑO	0	
19.- PREVISOR	- 0.51	
20.- SENSIBLE	1.88	
21.- CONSTANTE	4.55	(x x x x)
22.- EGOCENTRICO	- 2.80	(x x)

INVENTARIO P.D.22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACIONDEPRESIVOS NO ENDOGENOS

CONSTANTE	(p < 0.001)
METICULOSO	(")
RESPONSABLE	(")
SERVICIAL	(")
SOCIABLE	(")
CUMPLIDOR	(")
FORMAL	(p < 0.01)
RESPECTUOSO	(")
ACTIVO	(")

ESQUIZOFRENICOS

EGOCENTRICO (p < 0.01)

(Aplicación de la Razón Crítica)

Depresivos NO Endógenos (+) / Alcoholicos (-)

1.- FORMAL	0	
2.- METICULOSO	2.76	(x x)
3.- ACTIVO	-2.80	(x x)
4.- AMBICIOSO	-0.60	
5.- SERIO	-1.59	
6.- INDECISO	1.08	
7.- JUICIOSO	0	
8.- SERVICIAL	-1.30	
9.- SENSATO	-2.19	(x x)
10.- TIMIDO	-1.30	
11.- AUTOEXIGENTE	0.56	
12.- ESCRUPULOSO	1.73	
13.- CUMPLIDOR	0	
14.- ORDENADO	3.46	(x x x)
15.- RESPETUOSO	-0.29	
16.- RESPONSABLE	-0.64	
17.- SOCIABLE	0	
18.- TACAÑO	0	
19.- PREVISOR	0	
20.- SENSIBLE	1.01	
21.- CONSTANTE	0.27	
22.- EGOCENTRICO	-1.68	

INVENTARIO P.D. 22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACIONDEPRESIVOS NO ENDOGENOSORDENADO ($p < 0.001$)METICULOSO ($p < 0.01$)ALCOHOLICOSACTIVO ($p < 0.01$)SENSATO ($p < 0.01$)

INVENTARIO P.D. 22RESULTADOS

(Aplicación de la Razón Crítica)

<u>DEpresivos NO Endógenos (+)</u>	/	<u>Controles (-)</u>
1.- FORMAL	0	
2.- METICULOSO	3.41	(x x x)
3.- ACTIVO	- 2.10	(x x)
4.- AMBICIOSO	- 2.51	(x x)
5.- SERIO	- 2.0	(x x)
6.- INDECISO	1.7	
7.- JUICIOSO	- 1.0	
8.- SERVICIAL	- 0.29	
9.- SENSATO	- 1.49	
10.- TIMIDO.....	- 1.06	
11.- AUTOEXIGENTE	2.78	(x x)
12.- ESCRUPULOSO.....	1.42	
13.- CUMPLIDOR	- 0.95	
14.- ORDENADO	2.0	(x x)
15.- RESPETUOSO	- 0.50	
16.- RESPONSABLE	- 0.86	
17.- SOCIABLE	- 0.20	
18.- TACAÑO	1.04	
19.- PREVISOR	1.35	
20.- SENSIBLE	1.01	
21.- CONSTANTE	- 0.80	
22.- EGOCENTRICO	1.01	

INVENTARIO F.D. 22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACIONDEPRESIVOS NO ENDOGENOS

METICULOSO ($p < 0.001$)

AUTOEXIGENTE ($p < 0.01$)

ORDENADO ($p < 0.01$)

CONTROLES

AMBICIOSO ($p < 0.01$)

ACTIVO ($p < 0.01$)

SERIO ($p < 0.01$)

INVENTARIO P.D. 22RESULTADOS

(Aplicación de la Razón Crítica)

Depresivos NO Endógenos (+) / Estudiantes (-)

1.- FORMAL	1.09	
2.- METICULOSO	4.17	(x x x x)
3.- ACTIVO	-2.80	(x x)
4.- AMBICIOSO	-2.85	(x x)
5.- SERIO	-1.59	
6.- INDECISO	1.61	
7.- JUICIOSO	-0.51	
8.- SERVICIAL	1.37	
9.- SENSATO	-1.04	
10.- TIMIDO	-2.76	(x x)
11.- AUTOEXIGENTE	-1.05	
12.- ESCRUPULOSO	1.41	
13.- CUMPLIDOR	2.07	(x x)
14.- ORDENADO	1.73	
15.- RESPETUOSO	1.19	
16.- RESPONSABLE	0	
17.- SOCIABLE	0	
18.- TACAÑO	0.46	
19.- PREVISOR	-1.04	
20.- SENSIBLE	0.69	
21.- CONSTANTE	0.53	
22.- EGOCENTRICO	-1.95	

INVENTARIO P.D.22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACION:DEPRESIVOS NO ENDOGENOSMETICULOSO ($p < 0.001$)CUMPLIDOR ($p < 0.01$)ESTUDIANTESAMBICIOSO ($p < 0.01$)ACTIVO ($p < 0.01$)TIMIDO ($p < 0.01$)

(Aplicación de la Razón Crítica)

<u>Depresivos Endógenos</u> (+)	/	<u>Esquizofrenicos</u> (-)
1.- FORMAL	3.32	(x x x)
2.- METICULOSO	2.51	(x x)
3.- ACTIVO	3.53	(x x x)
4.- AMBICIOSO	- 3.32	(x x x)
5.- SERIO	1.18	
6.- INDECISO	2.07	(x x)
7.- JUICIOSO	1.96	(x)
8.- SERVICIAL	6.01	(x x x x x)
9.- SENSATO	-0.82	
10.- TIMIDO	-1.63	
11.- AUTOEXIGENTE	-0.80	
12.- ESCRUPULOSO	3.05	(x x x)
13.- CUMPLIDOR	3.22	(x x x)
14.- ORDENADO	1.01	
15.- RESPETUOSO	4.41	(x x x x)
16.- RESPONSABLE	4.51	(x x x x)
17.- SOCIABLE	3.92	(x x x)
18.- TACAÑO	-0.46	
19.- PREVISOR	-1.88	
20.- SENSIBLE	2.28	(x x)
21.- CONSTANTE	4.94	(x x x x)
22.- EGOCENTRICO	-1.58	

INVENTARIO P.D. 22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACION:DEPRESIVOS ENDOGENOS

SERVICIAL	($p < 0.001$)
CONSTANTE	(")
RESPONSABLE	(")
RESPETUOSO	(")
SOCIABLE	(")
ACTIVO	(")
FORMAL	(")
CUMPLIDOR	(")
ESCRUPULOSO	(")
METICULOSO	($p < 0.01$)
SENSIBLE	(")
INDECISO	(")
JUICIOSO	($p < 0.05$)

ESQUIZOFRENICOS

AMBICIOSO ($p < 0.001$)

INVENTARIO P.D. 22RESULTADOS

(Aplicación de la Razón Crítica)

<u>Depresivos Endogenos</u>	(+)	/	<u>Alcoholicos</u>	(-)
1.- FORMAL	0.46			
2.- METICULOSO	1.04			
3.- ACTIVO	1.68			
4.- AMBICIOSO	- 2.17		(x x)	
5.- SERIO	1.18			
6.- INDECISO	2.35		(x x)	
7.- JUICIOSO	1.68			
8.- SERVICIAL	0.40			
9.- SENSATO	- 3.72		(x x x)	
10.- TIMIDO	- 1.86			
11.- AUTOEXIGENTE	- 0.80			
12.- ESCRUPULOSO	4.13		(x x x x)	
13.- CUMPLIDOR	0			
14.- ORDENADO	4.28		(x x x x)	
15.- RESPETUOSO	1.41			
16.- RESPONSABLE	0.33			
17.- SOCIABLE	- 0.77			
18.- TACAÑO	- 0.46			
19.- PREVISOR	- 1.34			
20.- SENSIBLE	1.41			
21.- CONSTANTE	0.54			
22.- EGOCENTRICO	0.52			

INVENTARIO P.D. 22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACION:DEPRESIVOS ENDOGENOSORDENADO ($p < 0.001$)ESCRUPULOSO ($p < 0.001$)INDECISO ($p < 0.01$)ALCOHOLICOSSENSATO ($p < 0.001$)AMBICIOSO ($p < 0.01$)

INVENTARIO P. D. 22RESULTADOS

(Aplicación de la Razón Crítica)

Depresivos Endógenos (+) / Controles (-)

1.- FORMAL	0.46	
2.- METICULOSO	1.63	
3.- ACTIVO	1.08	
4.- AMBICIOSO	-3.62	(x x x)
5.- SERIO	0.61	
6.- INDECISO	3.52	(x x x)
7.- JUICIOSO	-1.31	
8.- SERVICIAL	1.41	
9.- SENSATO	-3.05	(x x x)
10.- Timido	-1.86	
11.- AUTOEXIGENTE	1.30	
12.- ESCRUPULOSO	3.74	(x x x)
13.- CUMPLIDOR	0.94	
14.- ORDENADO	2.73	(x x)
15.- RESPETUOSO	2.28	(x x)
16.- RESPONSABLE	1.18	
17.- SOCIABLE	0.51	
18.- TACAÑO	0.59	
19.- PREVISOR	1.61	
20.- SENSIBLE	1.41	
21.- CONSTANTE	1.08	
22.- EGOCENTRICO	2.16	(x x)

INVENTARIO P.D. 22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACION:DEPRESIVOS ENDOGENOSESCRUPULOSO ($p < 0.001$)

INDECISO (")

ORDENADO ($p < 0.01$)

RESPETUOSO (")

EGOCENTRICO (")

CONTROLESAMBICIOSO ($p < 0.001$)

SENSATO (")

(Aplicación de la Razón Crítica)

Depresivos Endógenos (+) / Estudiantes (-)

1.- FORMAL	1.55	
2.- METICULOSO	2.19	(x x)
3.- ACTIVO	-3.08	(x x x)
4.- AMBICIOSO	-4.58	(x x x x)
5.- SERIO	1.18	
6.- INDECISO	2.92	(x x)
7.- JUICIOSO	-0.77	
8.- SERVICIAL	3.15	(x x x)
9.- SENSATO	-2.45	(x x)
10.- TIMIDO	-3.39	(x x x)
11.- AUTOEXIGENTE	-2.39	(x x)
12.- ESCRUPULOSO	3.74	(x x x)
13.- CUMPLIDOR	2.07	(x x)
14.- ORDENADO	2.45	(x x)
15.- RESPETUOSO	2.57	(x x)
16.- RESPONSABLE	0.31	
17.- SOCIABLE	-1.28	
18.- TACAÑO	0	
19.- PREVISOR	-2.45	(x x)
20.- SENSIBLE	1.09	
21.- CONSTANTE	0.81	
22.- EGOCENTRICO	0.78	

INVENTARIO P. D. 22ADJETIVOS DE MAYOR SIGNIFICACION:DEPRESIVOS ENDOGENOS

ESCRUPULOSO	($p < 0.001$)
SERVICIAL	(")
INDECISO	($p < 0.01$)
RESPETUOSO	(")
ORDENADO	(")
METICULOSO	(")
CUMPLIDOR	(")

ESTUDIANTES

AMBICIOSO	($p < 0.001$)
TIMIDO	(")
ACTIVO	(")
SENSATO	($p < 0.01$)
PREVISOR	(")
AUTOEXIGENTE	(")

INVENTARIO P. D. 22Cuadro ResumenADJETIVOS PROPIOS, ESPECIFICOS Y DIFERENCIADORES:DEPRESIVOS NO ENDOGENOS

M E T I C U L O S O

O R D E N A D O

DEPRESIVOS ENDOGENOS

R E S P E T U O S O

E S C R U P U L O S O

I N D E C I S O

O R D E N A D O

S E R V I C I A L

5 . DISCUSSION

El estudio de la personalidad del sujeto afecto de una depresión ha sido tema de interes para numerosos autores tanto desde una vertiente clinica, fenomenológica, psicoanalitica o experimental.

Las dificultades metodológicas para el estudio de la personalidad depresiva viene dada, a nuestro entender, por:

- Los diferentes criterios respecto a las categorías tipológicas de la personalidad.
- La validez de los instrumentos de medida.
- La utilización de pacientes en diferentes estadios evolutivos de su enfermedad.

En nuestro estudio, creemos que estas dificultades han sido solventadas en nuestro trabajo: La conceptualización de la personalidad ha sido planteada en el apartado correspondiente de la Introducción. En cuanto a los Cuestionarios de personalidad están suficientemente reconocidos y validados para el estudio de la personalidad depresiva. Además de los numerosos autores que han utilizado el E.P.I. o el MARKE-NYMAN (ver paginas 93-94) la validez para este campo fue puesta de manifiesto por nosotros en la Tesis de Licenciatura. Por último, hemos cuidado al extremo para homogeneizar el momento en que ha sido efectuada la evaluación.

La propuesta del presente estudio es la de establecer unos criterios conceptuales solidos que definan el termino personalidad depresiva y buscar mediante los instrumentos adecuados la presencia de un perfil de personalidad caracteristico para este grupo de sujetos, salvando así las deficiencias metodológicas antes citadas.

El análisis conceptual ha sido realizado en la Introducción y sus apartados correspondientes de la presente Tesis.

Las dificultades metodológicas a las que hacemos referencia han sido superadas en este trabajo.

La ausencia de un grupo control que sirva como contrapunto de los resultados obtenidos en una población depresiva es tónica general en gran parte de las investigaciones sobre el tema. Otras veces se incluye un grupo control pero formado por pacientes de otras especialidades médicas, o bien constituido por estudiantes exclusivamente. Estas inclusiones invalidan, a nuestro entender, desde un estricto punto de vista metodológico gran parte de las conclusiones propuestas.

Por otra parte, un 99% de los trabajos que tienen por fin el estudio de la personalidad depresiva no contemplan entre sus muestras otras entidades nosológicas. Para superar esta falla nosotros hemos ampliado el estudio a dos poblaciones psiquiátricas: esquizofrénicos y alcohólicos. Tan solo SHAW, McSWEENEY y JOHNSON (1975) estudian muestras de pacientes alcohólicos y depresivos con instrumentos como el P.E.N (EYSENCK y EYSENCK 1969) y el M.N.T.S.

Pasamos a continuación a analizar los resultados obtenidos en la presente investigación:

Como reflejamos en la página 225, las diferencias significativas entre las poblaciones depresivas endógenas y no endógenas en los cuestionarios E.P.I. y M.N.T.S. se limitan a la dimensión Sinceridad del primero de ellos, siendo en las cinco restantes dimensiones no significativas las diferencias entre ambas muestras depresivas. Con ello podemos ver que, a tenor de estos resultados, la personalidad constituiría un factor común en gran parte de la nosología depresiva. Esto está en la línea de los trabajos de KENDELL (1970,1976)

al considerar la depresión como un continuum que va desde lo no endógeno ("neurotico") hasta lo endógeno ("psicótico").

De todas formas, es necesario advertir que en la dimensión Neuroticismo del cuestionario de EYSENCK los depresivos no endógenos obtienen una puntuación sensiblemente mayor que los endógenos, aunque no llegue a existir significación: 19.46 frente a 17.63 respectivamente. Entendemos que ésto es debido a que el Cuestionario de Eysenck valora en realidad con un gran número de ítems una sintomatología ansiosa (veanse los ítems nºs. 23,31,33 y 45) más propia del depresivo no endógeno, incluso cuando se está recuperando de su depresión. En esta misma línea KENDELL y DISCIPIO (1968) encuentran una mayor puntuación en la dimensión Neuroticismo del M.P.I. (antecesor del E.P.I.) en los depresivos "neuroticos" frente a los psicóticos que llega a plasmarse en 2 puntos a favor de aquellos. Así mismo, PAYKEL (1972) obtiene con el M.P.I. de EYSENCK una puntuación en Neuroticismo de los depresivos psicóticos frente a los ansiosos y los " jóvenes depresivos con trastornos de personalidad", según la tipología por él propuesta.

Hay que señalar que los depresivos endógenos son más sensibles a los cambios en este cuestionario que los no endógenos como señala ASTROM (1960).

Algunos autores como WRETMARK et al. (1970) y WEISSMAN et al. (1978) consideran la dimensión Neuroticismo del E.P.I. en sujetos depresivos como un factor pronóstico. De tal modo que a mayor puntuación más larga evolución de los síntomas depresivos.

ZUCKERMAN et al. (1980) habla en favor de considerar la dimensión Neuroticismo y la de Extroversión del M.P.I. o del E.P.I. como buenos predictores de ajuste social pero no de la evolución de los síntomas. Este ajuste social será mejor a una menor puntuación en Neuroticismo y mayor en Extroversión.

Mayor es el consenso al considerar que existe

una bajada de la puntuación de la dimensión Neuroticismo en los depresivos recuperados. COPPEN y METCALFE (1965), FAHY (1968), KERR (1969), entre otros defienden este punto que a nuestro entender se debe fundamentalmente a la incidencia de items exploratorios de ansiedad.

Resumiendo, podemos afirmar que si bien la puntuación obtenida por nosotros en la dimensión Neuroticismo del E.P.I. de los depresivos no endógenos es 2 puntos superior a la de los endógenos, no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Respecto a la dimensión Extroversión, tampoco existen diferencias significativas entre los dos grupos depresivos estudiados. Si bien, es mayor en 1 punto la cifra obtenida por los depresivos endógenos frente a los no endógenos.

Hay que hacer notar que los depresivos endógenos suelen presentar, según los autores arriba señalados, baja puntuación en esta dimensión durante la fase de mayor expresión psicopatológica, aumentando paralelamente a la mejoría experimentada de su estado depresivo. Es decir los depresivos endógenos se muestran más introvertidos durante la etapa en que predomina la inhibición psicomotora y el retraimiento. Esta cifra en Extroversión se estabilizará una vez recuperado el sujeto de la sintomatología depresiva aguda.

Lo acabado de exponer explica las cifras que han sido obtenidas por nosotros al evaluar a los sujetos depresivos una vez recuperados sensiblemente de su episodio o fase aguda.

Al igual que en la dimensión Neuroticismo, la Extroversión no presenta diferencias significativas entre ambos grupos depresivos.

Decíamos al principio de este capítulo que tan

solo existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en la dimensión Sinceridad del E.P.I. Los depresivos no endógenos obtienen una cifra de 6.26 frente a los 5.13 del otro grupo depresivo. Esta dimensión fue propuesta por EYSENCK (1959) como medida de la fiabilidad del cuestionario dada por el índice de falseamiento que pudiera expresar un sujeto frente al test. Ello se consigue mediante items de respuesta fija esperable. Según esto, los depresivos no endógenos son " más sin ceros" en el E.P.I. que los depresivos endógenos. Pero hay que tener en cuenta que que esta escala de Sinceridad en realidad está sustenta da sobre la base de unos items expresión de una determinada norma social imperante. Por ello, consideramos que mide el grado de aceptación de la normativa social más que el índice de sinceridad frente al Cues tionario. Y efectivamente, el depresivo no endogeno resulta ser un su jeto hiperadaptado, y es precisamente la depresión la que le impide su manifiesta " adherencia social " .

Aunque, como hemos indicado, no existen diferen cias significativas entre ambos grupos depresivos estudiados a tra ves del Cuestionario de Personalidad de EYSENCK, salvo en la dimensión Sinceridad, las significaciones al comparar la cifras obtenidas por ellos con el resto de los grupos estudiados van a ser distintas segun se trate de los depresivos endógenos o no endógenos.

Podemos, así, observar en la dimensión Neuroticis mo del E.P.I. una línea decreciente en los resultados obtenidos por los 6 grupos estudiados, que va desde 19.46 de media en los depresivos no endógenos con una desviación típica de 3.11 hasta los estudiantes que logran una media de 11.9 y 3.69 de desviación. Es decir, los de presivos no endógenos presentan una elevada puntuación en esta dimen sión, siendo altamente significativa ($p < 0.001$) la diferencia con los grupos esquizofrénicos, alcohólicos, controles y estudiantes. Ello quedaria explicado porque efectivamente los depresivos no endógenos (" neuróticos") presentan, por definición, un alto índice en esta dimensión que no llega, en cualquier caso, a las elevadas cifras de

los sujetos neuróticos no depresivos aportadas por EYSENCK y EYSENCK (1964) y BENJAMINSEN (1981). Creemos que la alta significación en favor de los depresivos no endógenos no debe ser considerada como un factor patognomónico de la personalidad depresiva, pero sí un elemento discriminatorio frente a otras entidades nosológicas.

En el grupo de depresivos endógenos encontramos diferencias significativas ($p < 0.001$) frente a controles y estudiantes. Pero esta significación se reduce ($p < 0.01$) con respecto al grupo de alcohólicos al igual que los resultados obtenidos por SHAW (1975) al comparar las mismas muestras. Frente a los esquizofrénicos no aparece significación alguna.

En resumen, los depresivos tanto endógenos como no endógenos obtienen puntuaciones superiores al resto de los grupos psiquiátricos y controles en la dimensión N del Cuestionario de Personalidad de EYSENCK. Si bien las significaciones varían al considerar individualmente cada muestra depresiva con el resto de los grupos. Todo ello está en la línea de los resultados obtenidos por los autores que han utilizado este instrumento de evaluación de la personalidad como: HIRSCHFELD y KLERMAN (1979), COPPEN y METCALFE (1975), SNAITH et al. (1971) además de los citados anteriormente.

Los resultados y consideraciones expuestas hablan a favor de una mayor vulnerabilidad de los depresivos a los acontecimientos estresantes frente al resto de los grupos. La no significación de los endógenos frente al grupo de esquizofrénicos, pese a la menor puntuación de estos, la entendemos en razón al momento de evaluación de este último grupo, pues como sabemos los sujetos psicóticos esquizofrénicos suelen presentar tras el brote agudo un síndrome neurasténico o incluso depresivo que provocaría una elevación en las cifras de esta dimensión de Neuroticismo.

En la dimensión Extroversión los depresivos no endógenos van a presentar una diferencia significativa ($p < 0.001$) frente al grupo de esquizofrenicos que disminuirá hasta $p < 0.01$ en relación con los sujetos alcoholicos y controles. Sin embargo, no existen diferencias significativas respecto al grupo de estudiantes. Vemos, pues, la importancia de la inclusión de estos dos grupos controles.

Los depresivos endógenos, por su parte, no presentan diferencias significativas frente a alcoholicos y estudiantes mientras que sí la obtienen ($p < 0.05$) frente a esquizofrenicos y controles.

En cualquier caso la dimensión extroversión no supone, según los resultados obtenidos, y en la misma línea de SHAW (1975) al comparar depresivos y alcoholicos, no supone un factor discriminatorio de la personalidad depresiva, pues tan solo los depresivos no endógenos y los esquizofrenicos logran una significación aceptable.

En la dimensión Sinceridad, los depresivos no endógenos obtienen una puntuación sin diferencias significativas respecto a los grupos esquizofrenicos y estudiantes. El grado de significación se hace patente ($p < 0.001$) frente a los alcoholicos y algo menor con los controles ($p < 0.01$). Por el contrario los endógenos no obtienen diferencias significativas frente a los alcoholicos y controles y sí respecto a los estudiantes ($p < 0.001$) y esquizofrenicos ($p < 0.01$).

Si consideramos la dimensión Sinceridad en su sentido primigenio, es decir grado de falseamiento (menor puntuación) ante la ejecución de tests psicológicos, podemos ver que los alcoholicos obtienen la puntuación menor (4.83) corroborandose así lo que la experiencia clinica nos demuestra en cuanto al bajo indice de sinceridad habitual del paciente alcoholico. Por el contrario el grupo

de estudiantes alcanza la mayor puntuación de los grupos estudiados (6.93). Entendemos que es importante considerar aquí que el grado de "relajación" o al menos la menor tensión frente a la evaluación corresponde por causas obvias a este grupo.

Pero si consideramos esta dimensión como medida de la conformidad y de la aceptación de la normativa social en el sentido de SPIELBERGER et al. (1963), encontraremos que los depresivos no endógenos, los esquizofrénicos en tratamiento y los estudiantes son los que mayor aceptación de la norma social imperante presentan, mientras que los alcohólicos, controles y depresivos endógenos muestran una menor aceptación.

Entendemos la coherencia de las cifras apuntadas pues los depresivos no endógenos, con mayor índice de neuroticismo, son sujetos hiperadaptados. Los estudiantes de Medicina de 6º curso en 1982 presentan un alto grado de adaptación social evidente. Pensemos además que la población estudiantil procede de unos medios socio-económicos medios o medios altos y por lo tanto con unos condicionantes socio-culturales distintos del resto de las muestras estudiadas.

El sujeto afecto de una psicosis esquizofrénica, si bien no tiene por que ser un individuo más adaptado que el resto, incluso diríamos que es más lógico considerarlo como poco propicio a aceptar la norma social, al estar en tratamiento psiquiátrico trata de aceptarla desde el momento que ello, a nuestro entender puede conllevarle una consideración social como persona socialmente sana.

Los alcohólicos, que duda cabe, son los que menos índice de adaptación social podemos encontrarnos, a excepción de los sociópatas, en la clínica psiquiátrica.

Por último, los controles logran una puntuación media de 5 sobre un máximo de 9, es decir un término medio que impide conclusiones concretas.

Las cifras obtenidas coinciden, en parte, con

las de SHAW et al. (1975). Los alcoholicos y depresivos por él estudiados coinciden con las obtenidas en la presente investigación no así las del grupo control, si bien hay que advertir que este autor utiliza las dadas por EYSENCK (1969) en el Manual del Cuestionario y sin duda alguna los niveles socio-economicos y culturales de la muestra inglesa estan lejos de ser homologables a los de la población control por nosotros estudiada.

M.N.T.S.

Partiendo de los resultados obtenidos podemos observar que no existen diferencias significativas en las tres dimensiones del M.N.T.S. (modificado) entre ambos grupos depresivos. Ello viene a confirmar la defensa plasmada en el capitulo correspondiente de la Introducción de la concepción unitaria a nivel estructural de la depresión.

Veamos ahora las significaciones obtenidas por los grupos depresivos y el resto de las muestras estudiadas.

Vitalidad.- Salvo con el grupo esquizofrenico con el que se obtienen diferencias significativas, p 0.05 y p 0.01 los depresivos no endógenos y endógenos respectivamente, el resto de los grupo comparados ofrecen una significación de p 0.001.

Efectivamente las cifras medias de esta dimensión son sensiblemente inferiores en ambos grupos depresivos.

Si tenemos en cuenta que esta dimensión es muy poco sensible a la influencia de la sintomatología depresiva. Así, cuando se estudian sujetos depresivos en plena fase psicopatológica y una vez recuperados como la hace SHAW et al. (1975) se observa que mientras en la dimensión Neuroticismo del E.P.I. hay diferencias significativas ($p < 0.001$), en Vitalidad del M.N.T.S. tan solo es de $p < 0.05$, advirtiéndole que este estudio está realizado con la versión integra (60 items) del Cuestionario.

Los resultados obtenidos por nosotros estan en a misma línea delos publicados por FERRIS (1966), quien utilizando una cuantificación distinta manifiesta una puntuación equivalente a 1.5 en depresivos monopolares, sensiblemente inferior a 2.43 que alcanzan los depresivos por nosotros estudiados. Hay que advertir que el Cuestionario fue modificado por FERRIS, pero en otra linea de la que hemos seguido nosotros. Ademas hemos de decir que el citado estudio trata de sujetos depresivos monopolares en plena fase sintomatológica. Si es importante señalar que la baja puntuación por parte de los depresivos en la dimensión Vitalidad ha sido puesta de manifiesto por BECH (1976,78,80), HIRSCHFIELD y KLERMAN (1979), SHAW et al. (1975), NYSTROM (1975) y COPPEN (1966).

Estos resultados creemos que tienen una trascendencia notable pues son especificos de los depresivos frente a otras entidades nosológicas, contradiciendo así lo expresado por VALDES (1981) en el sentido de que la personalidad depresiva seria resultado de un fracaso adaptativo inespecifico.

La subvitalidad es entendida por SJOBRING, creador del modelo de personalidad sobre el que se sustenta el Cuestionario de MARKE-NYMAN, como una tendencia a la rutina con menor desgaste de la energia vital disponible. Para este autor el individuo "subvital" está caracterizado por la adherencia a las tareas, el menor nivel de estado de alerta con deficit perceptivo, las dificultades para apartarse de las costumbres, dificultades para tomar decisiones. Este sujeto es prudente y concienzudo, tiene dificultades para visiones globales, es conservador en sus costumbres, prefiere la tranquilidad y en las relaciones personales se muestra pasivo, respetuoso y compasivo. Adviertase que esta descripción está referida al sujeto que obtiene baja puntuación en la dimensión Vitalidad, pero el paralelismo y la homologación con las características de la personalidad depresiva llegan a ser sorprendentes. Además hay que añadir que las bajas puntuacio

nes en esta dimensión son propias y específicas de los grupos depresivos tanto endógenos como no endógenos.

Solidez.- Esta dimensión está referida a la maduración de la personalidad. Puntuaciones elevadas corresponden a individuos rígidos, mientras que los " subsolidos " serian versátiles e impulsivos.

No encontramos en esta dimensión diferencias significativas entre los distintos grupos salvo los depresivos endógenos frente a los controles ($p < 0.05$).

Estos resultados concuerdan con los aportados por los autores citados en la dimensión anterior. Por ello podemos concluir que la dimensión Solidez del Cuestionario de MARKE-NYMAN se nos muestra poco útil para la determinación de un perfil de personalidad de los sujetos depresivos al no constituir un factor discriminador.

Estabilidad.- Esta dimensión es similar a la de Extroversión del Cuestionario de EYSENCK. La " superestabilidad " seria homologable a la introversión y las cifras bajas a extroversión.

Las diferencias significativas se establecen en ambos grupos depresivos frente a los esquizofrenicos y controles, no apareciendo significación respecto a los alcoholicos y estudiantes.

El grupo depresivo endógeno alcanza la misma cifra que la observada por PERRIS (1966), siendo minimamente superior en los no endógenos comparados con los expresados por este autor.

Como COPPEN (1966), los depresivos endógenos logran una diferencia significativa ($p < 0.05$) frente a los controles elevandose ($p < 0.01$) respecto a los depresivos no endógenos.

Puede observarse una aparente contradicción entre la ligeramente elevada (5.6) puntuación en la dimensión Estabilidad por parte del grupo de esquizofrénicos frente a la dimensión Extroversión del E.P.I. Hay que precisar que en uno y otro caso las puntuaciones de los esquizofrénicos están junto a la línea media cuantitativa de cada dimensión: 11.16 sobre 24 y 5.6 sobre 10. Ello hace pensar que en realidad no existe una clara direccionalidad hacia la introversión en el E.P.I. y tan solo una mínima en el M.N.T.S. . Entendemos que este último Cuestionario está menos influenciado por la psicopatología del momento en que se haga la evaluación. Por otra parte dado que este grupo se encuentra en tratamiento "resocializante" no ha de extrañar la minimamente elevada puntuación en Extroversión.

INVENTARIO P. D. 22

Esta lista de adjetivos ha sido elaborada por nosotros a partir de aquellos que han sido asignados con mayor frecuencia por distintos autores.

Pensamos que con frecuencia se abusa de estos calificativos para definir el carácter depresivo. El abuso de los epítetos minimiza la importancia que el tema en realidad tiene.

Los intentos de evaluación mediante lista de adjetivos son verdaderamente reducidos en la literatura sobre personalidad depresiva. ROWE et al. (1954) confecciona un listado de 20 adjetivos para ser evaluados por psiquiatras para describir a los depresivos. ZERSSEN (1969) elabora también uno para ser contestado por los familiares de los sujetos depresivos, estableciendo una graduación para cada adjetivo. Este mismo autor ha aportado una escala la B.S. (1970), pero en realidad se trata de un instrumento o inventario de estado y no propiamente de personalidad.

Es extremadamente difícil encontrar algún trabajo que utilice la autoevaluación de los propios sujetos depresivos ante una lista de adjetivos. Y en ningún caso hemos encontrado

ninguna investigación que amplie esta autoevaluación a otros grupos nosológicos psiquiátricos.

Por ello resulta de un elevado interés observar qué adjetivos son considerados como propios de la forma de ser de las muestras estudiadas.

Como indicábamos en el apartado correspondiente, los sujetos podían elegir libremente un número no limitado de adjetivos.

Hemos aplicado la prueba de la razón crítica de KENDELL que supone un análisis de la proporción con que un determinado elemento se presenta en dos grupos y permite establecer el grado de significación en la diferencia de esa proporcionalidad, y el "peso" o direccionalidad de un determinado elemento - un adjetivo en este caso - entre los dos grupos.

Al aplicar esta prueba estadística podemos observar que entre los dos grupos estudiados existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en tan solo 4 adjetivos. De esta forma los depresivos no endógenos se muestran o se consideran escrupulosos en mayor número que los endógenos. Esta escrupulosidad está referida según el propio sentido de la palabra: "exactitud y cuidado en el examen de las cosas o en el cumplimiento de los deberes" (CASARES 1979) y no en el sentido coloquial de melindrosidad. Por otro lado los depresivos endógenos se autoevalúan como serios, serviciales y respetuosos en mayor número que los otros depresivos.

Las diferencias se hacen significativas en 9 de los 22 adjetivos en los depresivos no endógenos frente a los esquizofrénicos, que ante aquellos se consideran egocéntricos.

Los depresivos endógenos llegan a tener "a su

favor" hasta 13 adjetivos de los 22 frente a los esquizofrenicos que lo tienen ante el adjetivo ambicioso.

Para los depresivos no endógenos tiene mayor " peso " los adjetivos ordenado y meticulouso (clasicamente considera dos como propios de los depresivos). Los alcoholicos por su parte eli gen los items activo y sensato en mayor proporción.

Los depresivos endógenos, por su parte, logran ese mayor " peso " en los calificativos ordenado, escrupuloso e indeciso frente a sensato y ambicioso en los alcoholicos.

De aquí podemos deducir que efectivamente no hay gran diferencia entre los depresivos y alcoholicos en la autoevaluación mediante estos adjetivos.

Algo similar ocurre al comparar depresivos y con troles: meticulosidad, autoexigencia y ordenalidad de los depresivos no endógenos con distinto grado de significación, (ver página 265). La ambición, actividad y seriedad son elegidas por los controles en mayor grado.

La ambición y actividad son más cercanas, segun la autoevaluación, a los controles y estudiantes frente a los depresivos endógenos (paginas 267 y 275).

Es necesario hacer una consideración a nuestro juicio importante: los adjetivos aplicados a los depresivos son, generalmente, de un gran relieve social, de ahí que las muestras no depresivas tambien elijan como propios un importante numero de los 22 adjetivos.

Si hacemos una relación de aquellos adjetivos que tienen un mayor poder diferenciador y una mayor especificidad para los depresivos. Segun nuestro estudio vemos que los depresivos no endógenos se consideran fundamentalmente meticulosos y ordenados. Mientras que los depresivos endógenos se consideran en mayor grado frente a los demas grupos como respetuosos, escrupulosos, indecisos,

ordenados y serviciales.

Segun estos resultados proponemos la reducci3n de este inventario P.D. 22 a 8 adjetivos elegidos entre los de mayor discriminaci3n obtenida en nuestro estudio.

6. C O N C L U S I O N E S

- 1.- El estudio de la Personalidad depresiva plantea grandes dificultades de indole conceptual y metodológico.
- 2.- Las dificultades conceptuales son debidas al valor polisémico de los términos Personalidad y Depresión.
- 3.- Es preciso hacer la distinción entre Personalidad Depresiva entendida como entidad nosológica subclinica y referida a las características de personalidad propia de los sujetos depresivos.
- 4.- En la presente Tesis entendemos la Personalidad Depresiva como aquellas peculiaridades propias comunes, específicas y relativamente permanentes de los individuos que sufren trastornos afectivos depresivos.
- 5.- Así entendida, la Personalidad Depresiva supone un factor disposicional y/o sensibilizante hacia la enfermedad depresiva.
- 6.- Además, la Personalidad Depresiva puede actuar como factor patoplástico en las manifestaciones clinicas de la depresión.
- 7.- En ningún caso, la Personalidad Depresiva puede ser considerada como factor patognomónico de las Depresiones.
- 8.- Metodológicamente, las deficiencias acusadas en gran parte de la bibliografia sobre el tema han sido salvadas y superadas al ampliar el estudio experimental a otras entidades nosológicas - esquizofrénicos y alcoholicos - así como una doble muestra control.
- 9.- No existen diferencias apreciables en los resultados obtenidos en los Cuestionarios de Personalidad E.P.I. y M.N.T.S. entre los grupos depresivos endógenos y no endógenos, salvo en la Dimensión Sinceridad del Cuestionario de EYSENCK.

- 10.- Los depresivos no endógenos obtienen la más alta puntuación en la dimensión Neuroticismo, siendo altamente significativa la diferencia ($p < 0.001$) con el resto de los grupos estudiados.
- 11.- Los depresivos endógenos logran puntuaciones en la misma línea salvo en relación con el grupo de esquizofrénicos donde se hallan diferencias no significativas.
- 12.- La dimensión Neuroticismo del E.P.I. se muestra muy sensible - por el tipo de items utilizados - a la sintomatología ansiosa, provocando una mayor puntuación en depresivos y esquizofrénicos en tratamiento.
- 13.- Las muestras de sujetos depresivos presentan bajas puntuaciones en la dimensión Extroversión, obteniendo diferencias significativas frente a los grupos esquizofrénicos y controles. No aparece significación con los estudiantes y alcohólicos.
- 14.- Respecto a la dimensión Sinceridad no aparecen significaciones homogéneas entre las poblaciones depresivas estudiadas y el resto de las muestras.
- 15.- Aparece un cierto paralelismo en el perfil psicológico obtenido a través del Cuestionario de Personalidad de Eysenck entre los sujetos depresivos endógenos y alcohólicos.
- 16.- La escala Vitalidad del M.N.T.S. (modificado) resulta extremadamente sensible y específica para los sujetos depresivos frente al resto de los grupos. Las bajas puntuaciones en esta dimensión son propias de los sujetos depresivos tanto endógenos como no endógenos.

- 17.- En todos los grupos estudiados puede observarse que a mayor puntuación en la dimensión Neuroticismo del E.P.I., corresponde una menor cifra en Vitalidad del M.N.T.S. (modificado).
- 18.- En la escala Solidez no aparecen diferencias significativas valorables, salvo en los depresivos endógenos y los controles, resultando mínimamente útil para el estudio de la personalidad depresiva.
- 19.- La escala Estabilidad sí resulta discriminadora frente a los grupos controles y esquizofrénicos.
- 20.- Los adjetivos propios, específicos y diferenciadores que los sujetos depresivos se autoatribuyen, con diferencias significativas frente al resto de los grupos son: Meticuloso y Ordenado los depresivos no endógenos y Respetuoso, Escrupuloso, Indeciso, Ordenado y Servicial por parte de los endógenos.
- 21.- Queda determinado un perfil de personalidad propio, específico y diferenciado de la personalidad de los sujetos afectados de enfermedad depresiva.
- 22.- La escala Vitalidad del M.N.T.S. (modificado), la dimensión Neuroticismo del E.P.I. y una lista reducida de adjetivos constituye una instrumentación válida para el estudio de la Personalidad Depresiva.
- 23.- La aplicación de esta metodología para la determinación de la vulnerabilidad a los trastornos afectivos puede constituir una nueva e importante vía de investigación en el campo de la Psiquiatría Preventiva y de los estudios epidemiológicos.

7. A P E N D I C E

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD E. P. I.

Forma A

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Desea Vd. a menudo animación y bullicio ?	0	0
Necesita con frecuencia amigos que le comprendan y alienten ?	0	0
De ordinario, ¿ es Vd. una persona despreocupada ? ..	0	0
¿ Encuentra muy duro tener que aceptar una negativa ?	0	0
Antes de llevar a cabo una acción, ¿ se para Vd. a re flexionar ?	0	0
¿ Su estado de ánimo sufre altibajos algunas veces ?.	0	0
¿ Se siente siempre desdichado sin ningún motivo pa- ra ello ?	0	0
¿ Generalmente dice y hace las cosas con rapidez y sin pararse a pensarlas ?	0	0
¿ Se siente Vd. súbitamente tímido cuando desea hablar con un desconocido simpático y atrayente ?	0	0
Ante un reto o provocación, ¿ haría cualquier cosa sólo para demostrar osadía ?	0	0
¿ Se preocupa a menudo por cosas que no debería ha- ber hecho o dicho ?	0	0
¿ Son todas sus costumbres buenas y deseables ?	0	0

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
13.- ¿ Hace Vd. con frecuencia las cosas de repente ?	0	0
14.- ¿ Se siente Vd. facilmente herido en sus sentimientos o amor propio ?	0	0
15.- En general, ¿ prefiere Vd. la lectura a la conversaci3n con la gente ?	0	0
16.- Se siente algunas veces rebosante de energia y otras fran- camente agotado ?	0	0
17.- ¿ Le gusta mucho salir de casa ?	0	0
18.- De todas las personas que conoce, ¿ hay algunas que no le gustan en absoluto?	0	0
19.- ¿ Le ocurre a menudo el " soñar despierto " ?	0	0
20.- ¿ Prefiere tener pocos amigos, pero muy escogidos ?	0	0
21.- ¿ Se siente a menudo preocupado por sentimientos de culpa?	0	0
22.- Cuando alguien le grita, ¿ responde Vd. tambien gritando ?	0	0
23.- ¿ Diria Vd. que sus nervios acostumbran a estar en ten- si3n ?	0	0
24.- ¿ Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita ?	0	0
25.- ¿ Puede Vd. normalmente despreocuparse de sus problemas y disfrutar mucho en una fiesta ?	0	0
26.- Despues de haber hecho algo importante, ¿ piensa Vd. a menudo que podria haberlo realizado mejor ?	0	0
27.- ¿ Piensan los dem3s que Vd. es una persona muy activa y animada ?	0	0
28.- ¿ Acuden ideas a su cabeza que le impiden conciliar el sueño ?	0	0

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
29.- La mayoría de las veces, ¿ está callado cuando se halla con otras personas ?	0	0
30.- ¿ Habla Vd. a veces de cosas que desconoce ?	0	0
31.- ¿ Nota Vd. palpitaciones o golpes en el corazón ?	0	0
32.- Si Vd. quiere conocer o enterarse de alguna cosa, ¿ prefiere consultar un libro antes que preguntarlo a alguien ?	0	0
33.- ¿ Sufre temblores o estremecimientos ?	0	0
34.- ¿ Le gusta aquella clase de trabajos que exigen de Vd. una intensa acción ?	0	0
35.- ¿ Es Vd. una persona irritable ?	0	0
36.- ¿ Murmura Vd. alguna vez ?	0	0
37.- ¿ Le espanta la idea de tener que dar una charla o dirigir la palabra a un grupo ?	0	0
38.- ¿ Se preocupa por desgracias que podrían sucederle ? ..	0	0
39.- ¿ Le gusta hacer cosas en las cuales tenga que actuar con rapidez ?	0	0
40.- ¿ Tiene Vd. muchas pesadillas ?	0	0
41.- ¿ Se sentiria Vd. muy desdichado si no pudiera ver a mucha gente ?	0	0
42.- Alguna vez despues de oir el despertador, ¿ ha preferido quedarse un rato más en la cama ?	0	0
43.- ¿ Se siente afectado por sus dolores y achaques ?	0	0
44.- ¿ Le gusta tanto hablar con la gente, que no pierde ocasión de hablar incluso con un desconocido ?	0	0

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
45.- ¿ Se considera Vd. una persona nerviosa ?	0	0
46.- ¿ Normalmente actua Vd. con lentitud y sin prisas ? .	0	0
47.- ¿ Se siente Vd. facilmente ofendido cuando la gente le encuentra defectos a Vd. o a su trabajo ?	0	0
48.- ¿ Le gusta que alguna vez le alaben algo de lo que ha hecho ?	0	0
49.- ¿ Diria Vd. que es una persona con gran confianza en si misma ?	0	0
50.- ¿ Le preocupan sentimientos de inferioridad ?	0	0
51.- Cuando en un restaurante le sirven algo que no le a- grada, ¿ prefiere Vd. dejarlo sin decir nada ?	0	0
52.- ¿ Se preocupa por su salud ?	0	0
53.- ¿ Le es facil animar una fiesta o reunión aburrida ?.	0	0
54.- ¿ Ha comido Vd. algo más de lo que debiera ?	0	0
55.- ¿ Sufre Vd. de insomnio ?	0	0
56.- ¿ Tiene tendencia a pasar de una actividad a otra constantemente ?	0	0
57.- Cuando promete algo, ¿ lo cumple siempre aunque le cueste hacerlo ?	0	0

- - - - -

CUESTIONARIO DE MARKE - NYMAN (Reducido)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
1.- Cuando me siento molesto, me apetece hacer algo excitante	0	0
2.- Prefiero los libros que hacen una bonita descripción de la vida real a los que plantean pensamientos perfec- tamente formulados	0	0
3.- Me siento cansado con frecuencia y tengo la necesidad de reposo	0	0
4.- Encuentro dificultad para cambiar la rutina del trabajo .	0	0
5.- Prefiero un trabajo independiente	0	0
6.- Me gustaria describirme a mi mismo como una persona bri- llante y feliz y no tener que ser siempre cuidadoso y metódico	0	0
7.- Me atormento por los problemas mucho antes de que ocurran.	0	0
8.- Generalmente, le doy muchas vueltas a los problemas an- tes de tomar una decisión	0	0
9.- Encuentro dificultad para ocultar mis sentimientos	0	0
10.- Me gustaria no preocuparme tanto.....	0	0
11.- Cuando mi vida se pone triste o aburrida, deseo que suceda algo excitante	0	0
12.- Puedo emprender tareas responsables sin sentir ningun peso interior	0	0
13.- Cuando estoy haciendo algo importante, me irrita tener que tomar una decisión entre dos cosas importantes.....	0	0
14.- Si alguien viene a hacerme confidencias personales, me siento sin saber qué decir	0	0

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
15.- Me es facil recuperar durante el dia el sueño atrasado ...	0	0
16.- Puedo concentrarme en una labor, a pesar de un ambiente perturbado	0	0
17.- Con frecuencia, me busca la gente para confiarme algo	0	0
18.- Llego a impresionarme profundamente por las desgracias de los demás	0	0
19.- Me hago un concepto rapido de la gente	0	0
20.- Prefiero mantener a la gente a una cierta distancia	0	0
21.- Creo que tengo las fuerzas suficientes para enfrentarme a dificultades inesperadas	0	0
22.- Tengo algunos amigos intimos	0	0
23.- Me disgusta la gente que expresa libremente sus sentimientos y que son muy libres en sus formas	0	0
24.- Prefiero no estar envuelto en los problemas personales de los demas	0	0
25.- Me siento seguro al enfrentarme a nuevas tareas	0	0
26.- Pienso que la gente dice de mí que oculto tanto mis sentimientos que se hace muy dificil entenderme	0	0
27.- Pienso que me es facil influir y persuadir a la gente ...	0	0
28.- Soy inconstante en mis opiniones e intereses	0	0

INVENTARIO P. D. 22

Creo que generalmente soy:

- 1.- FORMAL
- 2.- METICULOSO
- 3.- ACTIVO
- 4.- AMBICIOSO
- 5.- SERIO
- 6.- INDECISO
- 7.- JUICIOSO (recto)
- 8.- SERVICIAL
- 9.- SENSATO
- 10.- TIMIDO
- 11.- EXIGENTE CONMIGO MISMO
- 12.- ESCRUPULOSO
- 13.- CUMPLIDOR
- 14.- ORDENADO (En el trabajo y en mis cosas)
- 15.- RESPETUOSO
- 16.- RESPONSABLE
- 17.- SOCIABLE
- 18.- TACAÑO
- 19.- PREVISOR
- 20.- SENSIBLE (emocionalmente)
- 21.- CONSTANTE
- 22.- EGOCENTRICO

8 . BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABRAHAM, K. 1948
" The influence of oral eroticism on anal character formation ".
Selected papers on Psychoanalysis.
Basic Books, Inc. New York
- 2.- AKISKAL, H.S.- Mc KINNEY Jr., W.T 1975
" Overview of recent research in depression ".
ARCH. GEN. PSYCHIATRY 32. (285-305).
- 3.- AKISKAL, H.S. ; BITAR, L. et al. 1978.
" the nosological status of neurotic depression ".
ARCH. GEN. PSYCHIATRY 35/6 (756-766).
- 4.- AKISKAL, H.S. ; ROSENTHAL, T.L. et al. 1980.
" Characteriological depressions".
ARCH. GEN. PSYCHIATRY 37. (777-783).
- 5.- ALARCON, R. de 1973
" Hysteria and hysterical personality: How come one without the other ? ".
PSYCHIAT. QUART. 47. 2. (258-261).
- 6.- ALEXANDER, F. 1948.
" Fundamentals of Psychoanalysis".
W.W. Norton Co. New York.
- 7.- ALLPORT, G. W. 1966
"Personalidad".
Herder. Madrid.
- 8.- ALTMAN, J.H. - WITTENBORN, J.R. 1980
" Depression-prone personality in women".
J.ABNORM. PSYCHOL. 89/3 (303-308).

- 9.- ANDERSON, E. W. 1936.
 " Prognosis of the depressions of later life".
 JOURNAL OF MENTAL SCIENCE. 82. (559-588).
- 10.- ANGST, J. 1966.
 " Zur atiologie und nosologie endogener depressiver
 psychosen. Eine genetische, soziologische und
 klinische studie".
 Springer. Berlin. (citado por TELLENBACH 1974)
- 11.- ANGST, J. - PERRIS, C. 1968.
 " Zur nosologie endogener depressionen ".
 ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 210. (373-386).
- 12.- ARIETI, S. 1974
 " Manic-depression psychosis and psychotic depre-
 ssion".
 - " American Handbook of Psychiatry". 2ª. ed.
 Basic Books. New York.
- 13.- ARIETI, S. - BEMPORAD, J.R. 1980.
 " The psychological organization of depression ".
 AM. J. PSYCHIATRY 137: 11 (1360-1365).
- 14.- ASTROM, J. - OLANGER, F. 1960.
 " Maudsley Personality Inventory (MPI) in cli-
 nical use ".
 NORD. PSYKIAT. 14 (300-311).
- 15.- ASTRUP, C. ; FOSSUM, A. ; HOLMBOE, R. 1959.
 " A follow-up study of 270 patients with acute
 affective psychoses".
 ACTA PSYCHIAT. et NEUROL. SCAND. 34. suppl.135.
 (citado por PERRIS 1966)
- 16.- AVIÑON, J. s. XV.
 " obras "
 (citado por RICO, F. " El pequeño mundo del hombre
 Medicina y astrologia. Castalia. Valencia 1970)

- 17.- AYD, F. 1961.
 " Recognizing the depressed patient".
 Grune and Stratton. New York.
- 18.- AYUSO, J.L. - SAIZ, J. 1981.
 " Las depresiones : nuevas perspectivas clinicas, etio-
 patogenicas y terapeuticas".
 Interamericana. Madrid
- 19.- BAK, K.W. 1974
 " A study on M.M.P.I. profils of anxiety neurosis and
 neurotic depression".
 KOREAN UNIV. MED. J. 11/1 (633-639).
- 20.- BARRET, J. 1972
 " Use of the M.N.T.S. inventory (Sjobring personality
 dimension) on an American population".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 48. (501-509).
- 21.- BARRET, J. E. jr. 1975.
 " Sjobring personality dimensions: norms for some ame-
 rican populations".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 52. (107-115).
- 22.- BART, P. 1974.
 " Depression: A sociological theory".
 En: ROMAN,P. ; TRICE,H. (Eds.) -"Explorations in psy-
 chiatric sociology".
 F.A. Davis Co. Philadelphia.
- 23.- BAUMANN, U. - DIETRICH, A. 1975.
 " Konstruktion einer deutschsprachigen psychotizismus-
 -skala".
 PSYCHOL. 22. (421-443)
- 24.- BAYLE - GRANGEON 1682
 " Relation de l'etat de quelques personnes pretendues
 possedées faite d'autorité ou parlement de Toulouse".
 (Citado por FOUCAULT 1972)

- 25.- BAYLEY, J.E. - METCALFE, M. 1969
 " The M.P.I. and the E.P.I.. A comparative study on depressive patients".
 BRIT. J. SOC. CLIN. PSYCHOL. 8. (50-54).
- 26.- BECH, P. ; VENASBORG, P.B. ; RAFAELSEN, O.S. 1976.
 " Lithium maintenance treatment of manic-melancholic patients: its role in the daily routine".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 53. (70-81).
- 27.- BECH, P. ; ALLERUP, P. ; ROSENBERG, R. 1978
 " The M.N. T.S. (evaluation of transferability using the rasch item analysis)
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 57. (49-58).
- 28.- BECH, P. et al. 1980
 " Personality in unipolar and bipolar manic-melancholic patients".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 62. (245-257).
- 29.- BECH, P. ; RAFAELSEN, O.J. 1980.
 " Personality and manic melancholic illness".
 PSYCHIATRIA FENNICA (223-231).
- 30.- BECK, A.T; WARD, C. ; MENDELSON, H. 1961.
 " An inventory for measuring depression".
 ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 4. (561-571).
- 31.- BECK, A.T. 1967.
 " Depression: clinical, experimental and theoretical aspects".
 Harper and Row. New York.
- 32.- BECK, A.T. 1972.
 " Depression ".
 Philadelphia University of Pensivania Press.

- 33.- BECKER, E. 1964.
 " The revolution in Psychiatry".
 Free Press of Glencoe. Collier-McMillan Ltd.
 London. (108-135)
- 34.- BECKER, J. 1960.
 " Achievement related characteristics of manic-depressive".
 J.ABNORM. SOC.PSYCHOL. 60. (334-339).
 (Citado por Stradmann 1978.)
- 35.- BEMFORAD, J.R. 1976.
 " Psychoterapy of the depressive character ".
 J. AM. ACAD. PSYCHOANAL. 4. (347-372).
- 36.- BENJAMINSEN, S. 1979.
 " The manic-depressive personality and aggressive feeling".
 NORD. PSYCHIATR. TIDSSKR. 33/7-8. (530-538).
- 37.- BENJAMINSEN, S. 1981.
 " Primary non-endogenous depression and features attributed to reactive depression".
 J. of AFFECTIVE DISORDERS 3. (245-259).
- 38.- BENJUMEA PINO, P.
 " Evaluación de la personalidad depresiva: El Cuestionario de Marke-Nyman".
 Tesis de Licenciatura. Sevilla 1982.
- 39.- BERLINER, B. 1966.
 " Psychodynamics of the depressive character".
 PSYCHOANALYSES FORUM (244-251).
 (Citado por Stradman 1978).
- 40.- BIBRING, E. 1965.
 " The mechanism of depression".
 En: GREENACRE, P. (ed.) -"Affective disorders: Psychoanalytic contributions to their study".
 International University Press. New York. (13-48).

- 41.- BLEICHMAR, H. B. 1976.
 " La depresion: Un estudio psicoanalitico.
 Nueva Visión. Buenos Aires.
- 42.- BLEULER, E. 1922
 " Die probleme der schizoidie und der syntomie ".
 Z. GES. NEUROL. PSYCHIAT. 78. (373-399).
- 43.- BONHOEFFER, K. 1913.
 " Uber die beziehungen der zwargvarstellungen zur manic-
 depression irresein".
 MONATSCHR. FUR PSYCHIATR. 33. (345)
 (Citado por Tellenbach 1974)
- 44.-BONNETTI, V. et al. 1976.
 " Prophylactic lithium and personality variables: An
 international collaborative study".
 INTERNATIONAL PHARMACOPSYCHIATRY 12. (14-19).
- 45.- BOWLBY, J. 1960.
 " Grief and mourning in infancy and early childhood ".
 PSYCHOANAL. STUDY CHILD 15. (9-52).
- 46.- BRENGELMANN, J.C. - BRENGELMANN, L. 1960
 " Deutsche validierung von fragebogen der extraversion,
 neurotischen tendenz und rigidität".
 ZEITS. EXP. ANGEW. PSYCHOLOGIE 7. (291-331).
- 47 BROWN, G.W. et al. 1975.
 " social class and psuchiatric disturbance among wo-
 men in an urban population ".
 SOCIOLOGY 9. (225-254).
- 48.- BUCHSBAUM, M.S. ; MUSCETTOLA, G.; GOODWING, F.K. 1981.
 " Urinary MHPG, stress response, personality factors
 and somatosensory, evoked potentials in women subjects
 and patients with major affective disorders".
 NEUROPSYCHOBIOLOGY= 7/4 (212-224).

- 49.- BURTON, R. 1621
 " The anatomy of melancholy".
 Reimpresion: F. Dell - P. Jordan-Smith (ed.)
 Tudor Publishing Co. New York.
- 50.-CADORET, R.J.; BAKER, M. ; DORZAB, J. ; WINOKUR, G. 1971.
 " Depressive disease: personality factors in patients
 and their relatives".
 BIOL. PSYCHIAT. 3/1 (85-93).
- 51.- CAINE, T.M. - HAWKINS, L.G. 1963
 " Questionnaire measure of the hysteroid / obsessoid
 component of personality: The H.O.Q."
 J.CONSLT. PSYCHOL. 27. (202-209).
- 52.- CABBELL, J.D. 1950
 " Mild manic-depressive psychosis, depressive type:
 psychiatric and clinical significance".
 J. NERV. MENT. DISS. 112. 3.
- 53.- CARLSON, R. 1971.
 " Where is the person in personality research ?".
 PSYCHOL. BULL. 75, (203-206).
- 54.- CASARES, J. 1979.
 "Diccionario ideológico de la lengua española".
 Gustavo Gili. Barcelona.
- 55.- CASSANO, G.B. ; MAGGINI, C. ; LONGO, E. 1979.
 "Les depressions chroniques ".
 ENCEPHALE. 5/5 (449-458).
- 56.- CASTILLA DEL PINO, C. 1980.
 " Introducción a la Psiquiatria". (vol. 2.)
 Alianza edt. Madrid.

- 57.- CATTELL, R.B. 1950.
" The main personality factors in questionnaire, self-estimated material".
J. SOC. PSYCHOLOGY. 31 (3-38).
- 58.- CATTELL, R.B. ; BJERSTEDT, A. 1967.
" The structure of depression by factoring Q-data, in relation to general personality source traits".
SCAND. J. PSYCHOL. 8/1 (17-24).
- 59.- CESAREC, Z. - MARKE, S. 1968.
" Matningar au psykogena behov med frageformulärsteknik".
Skand. Testförlaget. Stockholm.
(citado por Stradman 1978).
- 60.- CHODOFF, P. 1972.
" The depressive personality: a critical review".
ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 73 (666-673).
- 61.- COFER, D.H. - WITTENBORN, J.R. 1980.
" personality characteristics of formerly depressed women ".
J. ABNORM. PSYCHOL. 89/3 (309-314).
- 62.- COHEN, M.B. ; BARKER, G. ; COHEN, R.A. ; et al. 1954.
" An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis".
PSYCHIATRY. 17 (103-137).
- 63.- COLONNA, L. - PETIT, M. 1979.
" Semiologie depressive et orientation dela prescription "
ENCEPHALE 5/5 (641-650).
- 64.- CONDE, V. - USEROS, E. 1975.
" Adaptación castellana de la escala de evaluación conductal para la depresion de Beck".
ARCHIVOS DE NEUROBIOL. y PSQUIAT. XII. 3 (217-23
- 65.- COOPER, J. 1970.
" The Leyton obsessional inventory "
PSYCHOL. MED. 1: (48-64).

- 66.- COPPEN, A. - METCALFE, M. 1965.
 " Effect of depressive illness on M.P.I. scores".
 BRIT. J. PSYCHIAT. III (236-239).
- 67.- COPPEN, A. 1966.
 " The Marke-Nyman Temperament Scale: an english trasla-
 tion ".
 BRIT. J. MED. PSYCHOL. 39. (55-59).
- 68.- DELAY, J. - PICHOT, P. 1977.
 " Manual de psicologia "
 Trad esp. 6ª. ed. Toray-Masson. Barcelona.
- 69.- DELUMEAU, J. 1982.
 " L'age d'or de la melancholie ".
 L 'HISTOIRE. 42.
- 70.- DONNELLY, E.F. - MURPHY, D.L. 1973.
 " Primary affective disorders, MMPI differences between
 unipolar and bipolar depressed subjects".
 J.CLIN. PSYCHOL. 29. (303-306).
- 71.- DONNELLY, E.F. ; MURPHY, D.L. ; GOODWIN, F.K. 1976.
 " Cross-sectional and longitudinal comparisons of bipo-
 lar and unipolar depressed groups on the MMPI ".
 J. CONSULT. CLIN. PSYCHOL. 44:2 (232-237).
- 72.- DONNELLY, E. F. et al. 1976 :
 " MMPI differences between unipolar and bipolar depre-
 ssed subjects: a replication. "
 J. CLIN. PSYCHOL. 32 (610-612).
- 73.- Du-LAURENS 1660.
 (citado pr Foucault 1974)

- 74.- ENGLISH, O.S. 1949.
 " Observations of trends in manic-depressive psychosis".
 PSYCHIATRY. 12. (125-139).
- 75.- ESQUIROL, E. 1847.
 " Tratado completo de las enajenaciones mentales ".
 Imprenta Colegio Sordomudos Madrid.
- 76.- EYSENCK, H.J. 1959.
 " The Manual of the Maudsley Personality Inventory ".
 University of London Press. London.
- 77.- EYSENCK, H.J. 1960
 " The structure of human personality ".
 Methuen. London.
- 78.- EYSENCK, H.J. - EYSENCK, S.B.G. 1964.
 " The manual of the Eysenck Personality Inventory ".
 University of London Press. London.
- 79.- EYSENCK, H.J. - EYSENCK, S.B.G. 1969.
 " Personality structure and measurement ".
 Routledge and Kegan P. London.
- 80.- FAHY, T. 1968.
 " Problems in the assesment of current mental status of
 depressed patients ".
 Paper read at syposium on dass depressive syndrom".
 (citado por Garside 1970)
- 81.- FALRET, J. 1866.
 (citado por FOUCAULT 1974)
- 82.- FERNEL 1607
 " Physiologia"
 en Universa Medica.
 (citado por Foucault 1974)

- 83.- FESSLER, L. 1950.
 " The psychopatology of climateric depression".
 PSYCHOANAL. Q. 19. (28-42).
- 84.- FICINO, M. 1489
 " De triptici vita ".
 (citado por Delumeau 1982)
- 85.- FORBES, A.R. 1972.
 " Some differences between neurotic and psychotic de-
 pressives ".
 BRIT. J. SOC. CLIN. PSICHOL. II (270-275).
- 86.- FOUCAULT, M. 1972.
 " Histoire de la FOLIE a L'age classique ".
 Gallimard. Paris.
- 87.- FOULDS, G.A. - BEDFORD, A. 1975.
 " The relationship between the depressive illnesses ".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 122. (531-533).
- 88.- FOULDS, G.A. 1965.
 " Presonality and personall illness ".
 J.B. Lippincott Co. Philadelphia.
- 89.- FREUD, S. 1917.
 " Buelo y melancolia".
 Trad. espñ. Alianza Edt. (1970) Madrid.
- 90.- FREUD, S. 1908.
 " Caracter y erotismo anal ".
 Trad. espñ. Alianza edt. (1969) Madrid.
- 91.- FREY, R. 1977.
 " Die pramorbide personlichkeit von monopolar und
 depressive, ein vergleich aufgrund von personlichkeits-
 -tests ".
 ARCH. PSYCHIATR. NERVENKR. 224/2 (161-173).

- 92.- GARSIDE, R.F. ; KAY, D.W. ; ROY, J.R. 1970.
 " M.P.I. scores and symptoms of depression ".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 116. (429-432).
- 93.- GERO, G. 1936.
 " The construction of depression ".
 INT. J. PSYCHOANAL. 17. (423-461).
- 94.- GIBERTI, F. et al. 1968.
 " Contributo alla diagnosi differenziale delle
 depressioni con metodi psicometrici."
 SIST. NERV. 20/4 (295-309).
- 95.- GIBSON, R. W. et al . 1958.
 " On the dynamics of the manic-depressive personality ".
 AM. J. PSYCHIATRY. 1151 (1101-1107).
- 96.- GILLESPIE, R.D. 1926.
 " Discission on manic-depressive psychoses".
 BRIT. MED. L. (878-879).
- 97.- GILLESPIE, R. D. - HENDERSON, D.K. 1944.
 " Texbook of psychiatry "
 Oxford University Press.
- 98.- GLATZEL, J. 1974.
 " Kritische anmerkungen zum Typus Melancholicus Tellen-
 bach. "
 ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 219/2 (197-206).
- 99.- GNEIST, J. 1969.
 " Religiöse prägun und religiöses verhalten der depre-
 ssiven primärpersönlichkeit".
 CONFINIA PSYCHIAT. 12. (164-184).
- 100.- GRUNBERGER, B. 1971.
 " Le narcissisme ".
 Payot Paris.

- 101.- GUERRERO TORRE, J. 1979.
 " Nosologie des depressions: Problematique actuelle".
 (Memoire pour le titre d'assistant etranger)
 Paris.
- 102.-HAGNELL, O. 1966.
 " The premorbid personality of persons who develop
 cancer in a total population investigated in 1947
 and 1967".
 ANN. N.Y. ACAD. SCI. 125. (846-855)
- 103.- HAYS, P. 1980.
 " relationships between premorbid personalities and
 unipolar depressions ".
 CAN. J. PSYCHIATRY. 25. (314-318).
- 104.- HEILBRONNER, K. 1912.
 " Zwgruorstellungen und psychose ".
 ZEITACHR. NEUR. und PSYCH. 9. (301)
 (citado por Ayuso y Saez 1981).
- 105.- HIRSCHFELD, R. - KLERMAN, G. 1979.
 " Personality attributes and affective disorders".
 AM. J. PSYCHIATRY 136:1 (67-70).
- 106.- HIRSCHFELD, R. - CROSS, CH. K. 1982.
 " Epidemiology of affective disorders psychosocial
 risk factors ".
 ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 39 (35-46).
- 107.- HOBSON, R.F. 1953.
 " Prognosis factors in electric convulsive therapy ".
 J. NEUROL. NEUROSURG. PSYCHIATRY. 16. (275-281
- 108.- HOFFET, H. 1962.
 " Typologische gliederung depressiver syndrome und
 somatotherapeutische indikationsstellungen ".
 BIBL. PSYCHIAT. NEUROL. 115.
 (citado por Zerssen et al. 1970).

- 109.- HOFMANN, G. 1973.
 " Vergleichende untersuchungen zur prämorbidem persönl
 keit von patienten mit bipolaren (manic-depressiven)
 und solchen mit monopolar depressiven psychosen".
 MED. DISS. UNIVERSITAT München.
- 110.- HOFFMANN, H. 1970.
 " Personality pattern of depression and its relation to
 acquiescence".
 PSYCHOL. REP. 26/2 (459-464).
- 111.- HOFFMAN, N. 1976.
 " Depressives verhalten ".
 O. Muller (edt.) Salzburg.
- 112.-HOPKINSON, G. 1964.
 " The anankastic personality and depressive psychosis
 of late onset ".
 PSYCHIATRICA et NEUROLOGIC. 148. (93-100).
- 113.- HUARTE DE SAN JUAN 1575
 " Libro de los ingenios".
 BAE XVI Edic Atlas. (1953) Madrid.
- 114.- INGRAM, I.M. 1961.
 " Obsessional personality and anal erotic character ".
 J. MENT. SCI. 107. (1035-1042).
- 115.- IONESCU, G. 1971.
 " Particulariti psihopatologice ale starilar depressiv
 endogene si neurotice, evidentiate prin tehnic proiec-
 tive ".
 NEUROLOGIA (BUL)16/5 (415-430)
- 117.- ISACSSON, A. - PERRIS, C. 1969
 " Personality patterns in depressed".
 (citado por Zerssen 1970).

- 118.- JACOBS, M.A. ; MULLER, J.J. ; SKINNER, J.C. 1971.
 " Personality characteristics of depressive patients
 associated with improvement in an open ward setting".
 J.NERV. MENT. DIS. 153/2 (126-132).
- 119.- JACOBSON, E. 1971
 " Depression "
 International Universitaires Press. New York.
- 120.- JANET, P. 1909.
 " Les nevroses "
 Flammarion. Paris.
- 121.- JANZARIK, W. 1956.
 " Der lebensgeschichtliche und persönlichkeits-eigene
 hintergrund des cyclothymen verarmungswahns".
 ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 195. (219-234).
- 122.- JOHNSON, A.L. - METCALFE, M. 1975.
 " An anlysis of the Marke-Nyman temperament scale ".
 BRIT. J. SOC. CLIN. PSYCHOL. 14/4 (379-385).
- 123.- JULIAN, T. ; METCALFE, M. COPPEN, A. 1969.
 " Aspects of personality of depressive patients".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 115 (587-589).
- 124.- JUNG, C.G. 1917.
 " Psychological Types "
 Collected Papers on Analytical Psychology. London
 (Trad. espñ. Edhasa Barcelona.
- 125.- KAHN, R.L. - FINK, M. 1959.
 " Personality factors in behavioral response to elec-
 troschock ".
 J. NEUROPSYCHIATRY. 1. (45-49).

- 125.- KALLMAN, F.J. 1954.
 " Genetic principles in manic-depressive psychosis".
 En : " Depression: Proceeding of the A.P.A."
 Zubin, J. y Hoch, P. (eds).
 Grune y Stratton. New York.
- 126.- KAY, D.W. ; GARSIDE, R.F. ; BEAMISH, P. ; ROY, J. 1969.
 " Endogenous and neurotic syndromes of depression. a
 factor analytic study of 104 cases. Clinical features".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 115. (377-388).
- 127.- KELLERMAN, H. - PLUTNIK, R. 1968.
 " Emotion-trait interrelations and the measurement of
 personality ".
 PSYCHOL. REP. 23. (1107-1114).
- 128.- KENDELL, R. E. 1968
 " The classification of depressive illnesses".
 Oxford University Press. London.
- 129.- KENDELL, R.E. - DISCIPIO, W. J. 1968.
 " Eysenck personality inventory scores of patients
 with depressive illnesses".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 114 (767-770).
- 130.- KENDELL, R.E. - GOURLAY, J. 1970.
 " The clinical distinction between psychotic and
 neurotic depressions ".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 117. (257-266).
- 131.- KENDELL, R. E. - DISCIPIO, W. 1970.
 " Obsessional symptoms and obsessional personality
 traits in patients with depressive illness".
 PSYCHOL. MED. I (65-72).

- 132.- KENDELL, R.E. 1976.
" The classification of depressions: a review of contemporary confusion ".
BRIT. J. PSYCHIAT. 129. 7. (15-28).
- 133.- KERR, T. A. ; SCHAPIRA, K. ; ROTH, M. ; GARSIDE, R.F. 1970.
" The relationship between the M.P.I. and the course of the affective disorders."
BRIT. J. PSYCHIAT. 116. (11-19).
- 134.- KERR, T.A. ; ROTH, M. ; SCHAPIRA, K.; GURNEY, C. 1972.
" The assessment and prediction of outcome in affective disorders ".
BRIT. J. PSYCHIAT. 121. (167-174).
- 135.- KIELHOLZ, P. 1957.
" Diagnostik und therapie der depressiven zustandsbilder ".
SCHWEIZ. MED. WOCHENSCHR. 87. (62-68).
- 136.- KILOH, L.G. - GARSIDE, R.F. 1963.
" The independence of neurotic depression and endogenous depression".
BRIT. J. PSYCHIAT. 109. (451-463).
- 137.- KINKELIN, M. 1954.
" Verlauf und prognose des manisch-depressive irreseins".
ARCH. NEUROL. PSYCHIAT. 73. (100-146).
- 138.- KLERMAN, G.L. 1973.
" The relationships between personality and clinical depressions overcoming the obstacles to verifying psychodynamic theories ".
INT. J. PSYCHIATRY 11. (227-233).

- 139.- KLERMAN, G.L. 1975.
" Overview of depression ".
En " Comprehensive Textbook of Psychiatry " Freedman,
Kaplan y Sadok (edt.)
Williams and Wilkins. Baltimore.
(Trad. espñ. Salvat. Barcelona 1975)
- 140.- KLERMAN, G.L. ; ENDICOTT, J. ; SPITZER, R.; HIRSCHFELD, R. 1979.
" Neurotic depressions: A systematic analysis of mul-
tiple criteria and meanings".
AM. J. PSYCHIAT. 136. (57-61).
- 141.- KNOWLES, J. B. 1960.
" The temporal stability of M.P.I. scores in normal
and psychiatric populations ".
J. CONSULT. PSYCHOL. 24. (278-300).
- 142.- KOLB, L.C. 1968.
" Noyes' modern clinical psychiatry".
W.B. Saunders Co. London.
- 143.- KORFF, L. K. - SCHULZ, H. 1962.
" Die temperament in den familien der monopolen and
bipolaren phasischen psychosen".
PSYCHIATR. NEUROL. 143. (416-434).
- 144.- KRAEPELIN, E. 1913.
" Psychiatrie ".
Barth. Leipzig.
- 145.- KRAUS, A. 1971.
" Der Typus Melancholicus in östlicher und westlicher
forschung ".
DER. NERVENARZT. 42/9 (481-483).

146.- KRETSCHMER, E. 1921
 " Körperbau und charackter".
 Spriger. Berlin.
 (Trad. espñ. Labor. Madrid 1947).

147.- KRUEGER, D. W. 1979.
 " The depressed patient ".
 J. FAM. PRACT. 8/2 (363-370).

148.- LA MESNARDIERE. 1635.
 " Traité de la melancolie "
 (citado por Foucault 1972)

149.- LANGE, J. 1926.
 " Uber melancholie
 Z. NEUROL. PSYCHIAT. 101. (293-319).

150.- LAUGHLIN 1956.
 " Concepts of depression ".
 New York.
 (citado por Nystrom 1971.)

151.- LAZARE, A. ; KLERMAN, G.L. ; ARMOR, D.J. 1966.
 " Oral, obsessive and hysterical personality patterns".
 ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 14. (624-630).

152.- LAZARE, A. ; KLERMAN, G.L. ; ARMOR, D.J. 1970.
 " Oral, obsessive and personality patterns: replication
 of factor analysis in an independent sample".
 J. PSYCHIAT. RES. 7. (275-279).

153.- LEE, K.H. - LEE, B.Y. 1972.
 " The clinical study of manic depressive illness "
 KOREA UNIV. MED. J. 9/1 (139-151).

154.- LEHMANN, H. E. 1974.
 " Experimental criteria of depression ".
 En: "Factors in depression". N.S. Kline (edt.)
 Raven Press. New York.

- 155.- LEONHARD, K. ; KORFF, I. ; SCHULZ, H. 1962.
 " Die temperamente familien der monopolaem und bipolaren
 phasischen psychosen".
 PSYCHIAT. et NEUROL. 143. (416-434).
- 156.- LEONHARD, K. 1963.
 " Die temperamente in den familien der monopolaeren
 euphirischen psychosen".
 PSYCHIAT. NEUROL. MED. PSYCHOL. 15. (203-206).
- 157.- LEWINSOHN, P. 1975.
 " A behavioral approach to depression".
 En: " The psychology of depression: contemporary theory
 and research".
 U.S. Government Printing House. Washington.
- 158.- LEWIS, A.J. 1938.
 " States of depression: Their clinical and aetiological
 differentiation ".
 BRIT. MED. J. (406)
- 159.- LIEBOWITZ, M.R. ; STALLONE, F. ; DUNNER, D. L. 1979.
 " Personality features of patients with primary
 affective disorders ".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 60. (214-224).
- 160.- LINDEGARD, B. 1962.
 " Kroppsbyggnad och personlighetsattityd. Eit försök att
 validera Nyman-Marke enkätmetod för bestämning ar Sjo-
 bring personlighetsvariabler.
 SOC. MED. TIDSKRIFT. 1. (15-24).
- 161.- LORR, M. - CAFFEY, jr. E. M. - GESSNER, T.L. 1968.
 " Seven symptom profils".
 J. NERV. MENT. DIS. 147/2 (134-140).

162.- MARCH, A.

" Obra poetica "

R. Ferrera. Castalia (1979) Madrid.

163.-MARKERT, F. 1972.

" Zur prämorbiden persönlichkeitsstruktur endogen depressiver "

Inaug. Diss. Frankfurt.

164.- MARTINEZ DE TOLEDO, A.

" Arcipreste de Talavera".

M. Ciceri (edt.) Stem-Mucchi. Modena.

165.- MATUSSEK, P. - FEIL, W. B. 1980.

" Persönlichkeitsstruktur und psychoterapie depressiver patienten".

NERVENARZT. 51. (542-552).

166.- MATUSSEK, P. ; SOLDNER, M. ; NAGEL, D. 1981.

" Identification of the endogenous depressive syndrome based on the symptoms and the characteristics of the course".

BRIT.J.PSICHIAT. 138. (361-372).

167.-MAUZ, F. 1930.

" Die prognostik der endogenen psychosen "

Thieme. Leipzig

(citado por Videbech 1975)

168.-MEDOW, W. 1922.

" Eine gruppe depressiver psychosen des rückbildungsalters mit ungünstiger prognose."

ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 64. (489-506).

169.- MENDELS, J. - FRAZER, A. 1974.

" Brain biogenic amine depletion and mood".

ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 30 (447-451).

- 170.- METCALFE, M. 1968.
 " The personality of depressive patients".
 En : " Recent developments in affective disorders".
 A. COPPEN y A. WALK (edt.) Hedley Brothers.
 Ashford. (England).
- 171.- METCALFE, M. ; JOHNSON, A.L. ; COPPEN, A. 1975.
 " The Marke-Nyman temperament scale in depression ".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 126/1 (41-48).
- 172.- MEZEY, A.G. ; COHEN, S.I. ; KNIGHT, E. J. 1963.
 " Personality assessment under varying physiological
 and psychological conditions".
 J.PSYCHOSOM. RES. 7. (237-240).
- 173.- MOERBT, H. 1977.
 " Erfassung der pramorbiden personlichkeit bei endoge-
 nen psychosen; eine faktorenanalytische untersuchung der
 characterologischen eigenschaftsliste von v. Zerssen".
 ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 223/2 (151-170).
- 174.- MUNCIE, W. 1931.
 " The rigid personality as a factor in psychoses".
 ARCH. NEROL. PSICHIATRY. 26. (359-370).
- 175.- MUNRO, A. 1966.
 " Some familial and social factors in depressive
 illness".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 112 (429-441)
- 176.- MURPHY, D. L. ; WYATT, R.J. 1975.
 " Enzyme studies in the mayor psychiatric disorders".
 En: Freedman, D.X. (edt.) " The biology of the
 major psychoses: a comparative analysis".
 Raven Press. New York.
- 177.- MURPHY, D.L.et al.1977.
 " Biogenic amine-related enzymes and personality varia-
 tions in normals".
 PSYCHOLOGICAL MED. 7. (149-157)

- 178.- MURRAY, H.A. 1938.
 " Explorations in personality ".
 Oxford University Press. N.Y.
- 179.- MURRAY, L.G. - BLACKBURN, I.M. 1974.
 " Personality differences in patients with depressive
 illness and anxiety neurosis".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 50/2 (183-191).
- 180.- MUSO, R. 1970.
 " Falacias y mitos metodológicos de la psicología".
 Psique Editorial. Buenos Aires.
- 181.- NACHT, S. - RECAMIER, P.C. 1968.
 " La depresión".
 REV. FRANC. PSYCHANAL. 32. (569-573).
- 182.- NOPPA, H. - HALLSTROM, T. 1981.
 " Weight gain in adulthood in relation to socioeco-
 nomic factors mental illness and personality traits:
 a prospective study of middle-aged women".
 J. PSYCHOSOM. RES. 25/2 (83-89).
- 183.- NOYES, A.P. 1951
 " Modern clinical psychiatry". (2^a. ed.)
 W.B. Saunders Co Philadelphia.
- 184.- NYMAN, G.E. - MARKE, S. 1962.
 " Sjobring's differenttella psychology (The diferen-
 tial psychology of Sjöbring)
 Glerups. Lund.
- 185.- NYMAN, G.E. 1956.
 " Variations in personality ".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. suppl. 107.

- 186.- NYSTROM, S. - LINDEGARD, B. 1975.
 " Depression: predisposing factors".
 ACTA PSYCHIAT. SCAN. 51/2 (77-87).
- 187.- NYSTROM, S. - LINDEGARD, B. 1975
 " Predisposition for mental syndromes".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. (69-76).
- 189.- OESTERREICH, K. 1977.
 " Depressionen im alter bemerkungen zur pathogenese".
 Z. GERONTOL. 10/5 (365-372).
- 190.- OKUMA, T - SHIMOYAMA, N. 1972.
 " Course of endogenous manic-depressive psychosis
 precipitating factors and premorbid personality:
 a sttistical study".
 FOLIA PSYCHIAT. NEUROL. JAP. 26/1 (19-33).
- 191.- OLEARY, M.R. - DONOVAN, D.M. 1977.
 " Perceived locus of control, experience control,
 and depression: a trait description of the learned
 helplessness model of depression ".
 J.CLIN. PSYCHOL. 33/1 (164-168).
- 192.- OLTMAN, J.E. - FRIEDMAN, S. 1943.
 " The role of hostility in the affective psychoses".
 J. NERV. MENT. DIS. 97. (170-173).
- 193.- ORDOÑEZ SIERRA, J. 1962.
 " Heredopsiquiatria genetica de la psicosis maniaco-
 depresiva ".
 Tesis. Madrid.
- 194.- ORTEGA Y GASSET, J. 1932.
 " Vitalidad, alma y espiritu".
 En: " Obras ". Espasa-Calpe. Madrid.

- 195.- OVERALL, J.E. - HOLSTER, L.E. et al. 1966.
" Nosology of depression and differential response
to drug "
J. AM. MED. ASS. 195. (946-948).
- 196.- PACELLA, B.L. et al. 1947.
" The effects of ECT on certain personality traits in
psychiatric patients".
AM. J. PSYCHIATRY. 104. (83-91).
- 197.- PAEZ de SOUSA, M.; SOUTO LOPES, J. ; FIGUEIRA, L. 1974.
" Analise da sintomatologia depressiva e sua evoluçao
perante a açao da doxepina".
ACT. LUSO-ESP. NEUR. PSQUT. Y C.A. 5. (377-396)
- 198.- PANOFSKY, E. 1962.
" Studies in iconology "
Harper Torchbook, Harper and Row Inc. New York.
- 199.- PASCHE, F. 1969.
" De la depression".
Payot. Paris.
- 200.- PAULEIKHOFF, B. 1958.
" Uber die bedeutung situativer einflüsse bei der
auslösung endogener depressiver phasen".
ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 197. (115-124).
- 201.- PAYKEL, E.S. ; KLERMAN, G.L. ; PRUSOFF, B.A. 1970.
" Treatment setting and clinical depression "
ARCH. GEN. PSYCHIAT. 22. (11-21).
- 202.- PAYKEL, E.S. - PRUSOFF, B.A. 1971.
" The endogenous-neurotic continuum in depression: rater
independence and factor distributins ".
J. PSICHIAT. RESEARCH. 8. (173-190).
- 203.- PAYKEL, E.S. 1971*
" Classification of depressed patients: a cluster
analysis derived grouping "
BRIT. J. PSYCHIAT. 118. (275-288).

- 204.- PAYKEL, E.S. 1972.
" Correlates of depressive typology ".
ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 27/2 (203-210).
- 205.- PAYKEL, E.S. 1972.
" Depressive typologies and response to amitriptyline".
BRIT. J. PSYCHIAT. 120. (147-156).
- 206.- PAYKEL, E.S. - PRUSSOFF, B.A. 1973.
" Relationships between personality dimensions: neuroticism and extraversion against obsessive, hysterical and oral personality".
BR. J. SOC. CLIN. PSYCHOL. 12. (309-318).
- 207.- PAYKEL, E.S. ; KLERMAN, G.L. ; PRUSSOFF, B.A. 1974.
" Prognosis of depression and the endogenous-neurotic distinction ".
PSYCHOL. MED. 4. (57-64).
- 208.- PAYKEL, E.S. ; KLERMAN, G.L. ; PRUSSOFF, B.A. 1976.
" Personality and symptom pattern in depression ".
BRIT. J. PSYCHIAT. 129. (327-334).
- 209.- PAYKEL, E.S. 1982.
" Handbook of affective disorders".
Churchill Livingstone. New York.
- 210.- FERRIS, C. - DELIA, G. 1964.
" Pathoplastic significance of the premorbid situation in depressive psychoses".
ACTA PSYCHIATR. SCAND. suppl. 180 (87-100).
- 211.- FERRIS, C. 1966.
" A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. IV A multidimensional study of personality traits".
ACTA PSYCHIATR. SCAND. suppl. 42. 194. (68-82).

- 212.- PERRIS, C. 1971.
" Personality patterns in patients with affective disorders".
ACTA PSYCHIATR. SCAND. suppl. 221 (43-51).
- 213.- PERRIS, C. ; EISEMANN, M. ; ERIKSSON, V. et al. 1979.
" Variations in self-assessment of personality characteristics in depressed patients with special reference to aspects of aggression".
PSYCHIATRIA CLIN. 12 (209-215).
- 214.- PERRIS, C. ; EISEMANN, M. ; ERIKSSON, V. 1979.
" Aspects of aggression in formerly depressed patients and in healthy controls".
ARCH. PSYCHIATR. NERVENKR. 227/4 (329-332).
- 215.- PERRIS, C. - STRADMAN, E. 1979.
" Psychogenic needs in depression ".
ARCH. PSYCHIATR. NERVENKR. 227. (97-107).
- 216.- PERRIS, C. - EISEMANN, M. 1980.
" Some biological correlates of clinical symptomatology and of personality characteristics in depressed patients ".
PSYCHIATRIA FENNICA. suppl. (27-39).
- 217.- PERRIS, C. ; JACOBSSON, L. ; VON KNORRING, L. et al. 1980.
" Enzymes related to biogenic amine metabolism and personality characteristics in depressed patients".
ACTA PSYCHIATR. SCAND. 61/5 (477-484).
- 218.- PETERS, U. H. - GLUCK, A. 1973.
" Die personlichkeit am ende der depressiven phase Beobachtungen nach ausklingen endogen depressiver phasen ".
ARCH. PSYCHIATR. NERVENKR. (14-18).

- 219.- PICHOT, P. 1978.
 " La depression. Problemes de vocabulaire et de nosologie".
 En: Pichot, P. (edt.) " Les voies nouvelles de la depression ".
 Masson Paris.
- 220.- PICHOT, P. ; GUELFY, J.A. ; PULL, C.B. 1980.
 " Semiologie de la depression ".
 ENCYCL. MED. CHIR. PSYCHIATRIE. PARIS.
- 221.- PILOWSKY, I ; LEVINE, S. ; BOULTON, D. M. 1969.
 "The classification of depression by numerical taxonomy ".
 BRIT. J. PSYCHIATR. 115. (937-945).
- 222.- PILOWSKY, I. 1979.
 " Personality and depressive illness".
 ACTA PSYCHIATR. SCAND. 60/2 (170-176).
- 223.- PLATMAN, S. R. ; PLUTCHIK, R ; FIEVE, R. ; LAWLOR, W. 1969.
 " Emotion profiles associated with mania and depression".
 ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 20. (210-214).
- 224.- POLAINO-LORENTE, A. 1981.
 " Indefensi3n aprendida (learned helplessness) Un modelo experimental animal. Revisi3n critica".
 PSIQUIS. 2 (169-180).
- 225.- PRICE, J. 1969.
 " Personality differences within families: comparison of adult brothers and sisters".
 J. BIOSOC. SCI. 1/2 (177-209).
- 226.- RADO, S. 1928.
 " The problem of melancholia ".
 Gaylin, W. (edt.) " The meaning of despair ".
 Science House Inc. New York.

- 227.- REICH, W. (1933)
 " Analisis del caracter .
 Trad. espñ. 1976. Madrid.
- 228.- REISS, E. 1910.
 " Konstitutionelle verstimmung und manisch-depressives
 irresein."
 Z.GES.NEUROL. PSYCHIAT. ORIGIN. II 347 (167)
 (citado por Tellenbach 1974)
- 229.- RENNIE, T.A.C. 1941.
 " Prognosis in manic-depressive psychoses".
 AM. J. PSYCHIAT. 98. (801-814).
- 230.- REYNOLDS, F.H. ; PREECE, J.M. ; BALEY, J. COPPEN, A. 1970.
 " Folate deficiency in depressive illness ".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 117. (287-292).
- 231.- RIOCH, D. - SPRING S. 1972.
 " personality ".
 ARCH. GEN. PSYCHIAT. 27. (575-580).
- 232.- ROJO SIERRA, M. 1980
 " Psicología y psicopatología de la percepción,
 memoria y fantasía ".
 Eunibar. Barcelona.
- 233.- ROSENTHAL, S.H. ; GUDEMAN, J.E. 1967.
 " The self-pitying constellation in depression ".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 113 (485-489).
- 234.- ROSENBERG, C.M. 1967.
 " Personality and obsessional neurosis "
 BRIT. J. PSYCHIAT. 113. (471-477).
- 235.- ROWE, C.J. - DAGGETT, D.R. 1954.
 " Prepsychotic personality traits in manic-depressive
 disease ".
 J. NERV. MENT. DIS. 119 (412-420).

- 236.- RUFFIN, W.C. 1969.
" Psychological problems of agins".
VIRGINIA MED. MTH. 96/4 (185-192).
- 237.- RUSCH, A.J. ; BECK, A.T. ; KOVACS, M.; HOLLON, S. 1977.
" Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients".
COGNITIVE THER. RES. 1. (17-37).
- 238.- SABUCO DE NANTES, M. 1888.
" Obras de D^a. Oliva S. de Nantes ".
Atlas. Madrid.
- 239.- SACHAR, E.J. et al. 1976.
" Neuroendocrine studies of depressive illness-".
PHARMAKOPSYCH. 9. (11-17)
- 240.- SANDLER, J. - HAZARI, A. 1960.
" The obsessional on the psychological classification of character traits and symptoms ".
BRIT. J. MED. PSYCHOL. 33 (113-122).
- 241.- SARRO BURBANO, R. 1980
" Correspondencia "
En: "Conversaciones con R. Sarró". J,L. Mediavilla.
Barcelona 1980.
- 242.- SCHAEFFER, D.L. 1970.
" Patterns of premorbid and symptom behaviors in schizophrenia and depressed women ".
J.NERV. MENT. DIS. 150/6 (449-467).
- 243.- SCHALLING, D. 1970.
" Contribution to the validation of some personality concepts".
REP. DEPT. PSYCHOL. suppl. 1. Stockholm.

- 244.- SCHILDKRAUT, J. 1965.
 " Cathecholamine hypotesis of affective disorders ".
 AM. J. PSYCHIATRY. 122. (509-522).
- 245.- SCHMALE, A.H. - ENGEL, G.L. 1981.
 " El papel del repliegue de conservación en las
 relaciones depresivas ".
 En: " Depresión y existencia humana". Anthony - Benedek.
 Salvat. Barcelona.
- 246.- SCHNEIDER, K. 1950.
 " Die aufdeckung des daseins durch die cyclothyme
 depression ".
 ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 21 (193)
- 247.- SELIGMAN, M. 1975.
 " Helplessness "
 Freeman Co S. Francisco.
 (Trad. espñ. Debate. Madrid 1981)
- 248.- SHAW, D.M. ; Mc SWEENEY, D.A. ; JOHNSON, A. 1975.
 " Personality characteristics of alcoholic and
 depressed patients".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 126/1 (56-59).
- 249.-SHELDON, W. H. - STEVENS, S. 1942.
 " The varieties of temperament ".
 New York.
- 250.- SHIMODA, M. 1961.
 " Predepressive character in manic-depressive disease".
 Psychiatria et Neurol. Jap. 45. (61-67).
- 251.- SHINFUKU, N. - IHDA, S. 1969.
 " Über den prämorbiden charakter der endogenen de-
 pression. Inmodithymie von Shimoda ".
 FORTSCHR. NEUROL. PSYCHIAT. 37. (545-552).
- 252.- SJOBRING, H. 1973.
 " Personality structure and development ".
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. suppl. 244. (1-204).

- 253.- SJOBRING, H. 1958.
 " Structure and development: a theory of personality".
 Swedish Gleerups. Lund.
- 254.- SLAUNEY, P ; McHUGH, P. ; PLAINS, W. 1974.
 " The hysterical personality. A controlled study".
 ARCH. GEN. PSYCHIATRY. 30. (325-329).
- 255.- SLAUNEY, P.R. - McHUGH, P. R. 1975.
 " The hysterical personality. An attempt at validation
 with the MMPI".
 ARCH. GEN. PSYCHIAT. 32/2 (186-190).
- 256.- SMITH, G. J.W. 1959.
 " Ett nytt försök till empirisk analys af Sjöbrings
 personlighets psykologiska modell"
 NORD. PSYKIAT. 14. (116-122).
- 257.- SNAITH, R.P. - McGUIRE, R. J. 1971.
 " Aspects of personality and depression ".
 PSYCHOL. MED. I (239-246).
- 258.- SPARER, P.J. - GOTTESFELD, H. 1969.
 " Psychologic factors in overweight individuals:
 a special weight reduction program".
 MID. S. MED. J. 44/12 (343-344).
- 259.- SPIELBERGER, C. D. ; PARKER, J.B. ; BECKER, J. 1963.
 " Conformity and achievement in remitted manic-
 -depressive patients".
 J.NERV. MENT. DIS. 137. (162-172).
- 260.- SPITZ, R. 1942.
 " Anaclitic depression: an inquiry into the genesis
 of psychiatric conditions in early childhood".
 PSYCHOANAL. STUDY. CHILD. 2. (313-342).
- 261.- SPITZER, R. ; ENDICOTT, P.J. ; ROBINS, E. 1975.
 " Research diagnostic criteria (RDC) for a selected
 group of funtional disorders".
 Inst. Biometrics Research. New York.

- 262.- STEINBERG, F. A. 1979.
" The delineation of an M.M.P.I. symptom pattern
unique to lithium responders".
AM. J. PSYCHIAT. 136. (567-569).
- 263.- STENGEL, E. 1948.
" Some clinical observations on the psychodynamic
relationship between depression and obsessive-comul-
sive symptoms ".
J.MENT. SCI. 94. (550-652).
- 264.- STERN, W. 1911
" Die differentielle psychologie in ihren methodis-
chen grundlagen ".
Leipzig.
- 265.- STOCKER, W. 1914.
" Uber genese und klinische stellung der zwanggvors-
tellungen ".
ZEITSCH. GES. NEVR. PSYCHIAT. 23. (121)
- 266.- STRANDMAN, E. 1978.
" Psychogenic needs in patients with affective disorders
ACTA PSYCHIAT. SCAND. 58. (16-29).
- 267.- STRECKER, E. A. ; EBAUGH, F.G. ; EWALT, J.R. 1951.
" Practical clinical psychiatry ".
Blakiston Co. Philadelphia.
- 268.- SUNDQUIST, U. 1973.
" Academic performance and mental helth in univer-
sity students".
ACTA PSYCHIAT. SCAND. suppl. 239.
- 269.- SYDENHAM, T. 1665.
(citado por Foucault 1972).

- 270.- TAIT, A. C. ; HARPER, J. ; McCLATCHEY, W.T. 1957.
 " Initial psychiatric illness in involuntional
 women. 1. Clinical aspects".
 J. MENT. SCI. 103. (132-145).
- 271.- TELLENBACH, H. 1969.
 " zur freilegung des melancholischen typus im rahmen
 einer kinetischen typologie ".
 En: " Das depressive syndrom". Hippus y Selbach (edt)
 Urban - schwarzenbog. München.
- 272.- TELLENBACH, H. 1974.
 " Melancholie ".
 Springer-Verlag. Berlin.
 (tad. espñ. 1976 Morata. Madrid.)
- 273.- TELLENBACH, H. 1977.
 " Psychopathologie der cyclothymie ".
 ARCH. PSYCHIAT. NERVENKR. 48 (335-341).
- 274.- TELLENBACH, H. 1975.
 " Typologische untersuchungen zur pramorbiden personlich
 keit von psychotikern unter besonderer berucksichtigung
 manisch depressiver."
 CONFIN. PSYCHIAT. 18/1 (1-15).
- 275.- THELMA, J. ; METCALFE, M. ; COPPEN, A. 1969.
 " Aspects of personality of depressive patients."
 BRIT. J. PSYCHIAT. 115 (587-589).
- 276.- THOMAS, A. ; CHASE, S. ; BIRCH, H.G. 1968.
 " Temperament and behavior disorders of children. "
 New York University Press. New York.
- 277.- TITLEY, W. B. 1936.
 " Prepsychotic personality of patients with
 involuntional melancholic ".
 ARCH. NEUROL. PSYCHIAT. 36. 19.

- 278.- TITLEY, W. B. 1938.
 " Prepsychotic personality of patients with avitaded depression."
 ARCH. NEUROL. PSYCHIAT. 39. (333-342).
- 279.- TORRES DE VILLARROEL, D. 1731
 " Las brujas del campo de Barahona."
 (Citado por F. Rico: " El pequeño mundo del hombre" Castalia. Valencia 1970.)
- 280.-VALDES, M - FLORES, T. 1981.
 " Consideraciones sobre las evaluaciones clinicas de la personalidad."
 PSICOPATOLOGIA 2. (163-172).
- 281.- WALKER, W.L. 1966.
 " A preliminary investigation of personality change in depressed patients following ECT!"
 AUST. J. PSYCHOL. 18. (239-243).
- 282.- Van PRAAG, H.M. 1978.
 " Neuroendocrine disorders in depression and their significance for the monoamine hypothesis of depression."
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 57. (389-404).
- 283.- VAUGHAN, M. 1976.
 " The relationships between obsessional personality obsessions in depression and symptoms of depression."
 BRIT. J. PSYCHIAT. 129/7 (36-39).
- 284.- VAZ SERRA,A. - POLLIT, J. 1975.
 " The relation between personality and the symptoms of depressive illness".
 BRIT. J. PSYCHIAT. 127/9 (211-218).
- 285.- VIDEBECH, T. 1975.
 " A study of genetic factors, childhood, bereavement and premorbid personality traits in patients with anancastic endogenous depression."
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 52. (178-222).

- 286.- VIDEBECH, T. 1975.
 " The psychopathology of anancastic endogenous depression."
 ACTA PSYCHIAT. SCAND. 52 (336-373).
- 287.- WEINSTEIN, E. - KAHN, R.L. 1953.
 " personality factors in denial of illness."
 ARCH. NEUROL. PSYCHIAT. 69. (355-367).
- 288.- WEISSMAN, M. - KLERMAN, G. 1977.
 " Sex differences and the epidemiology of depression."
 ARCH. GEN. PSYCHIAT. 34. (98-111).
- 289.- WEISSMAN, M. ; PRUSOFF, B.A. ; KLERMAN, G. 1978.
 " Personality and the prediction of long term outcome of depression."
 AM. J. PSYCHIAT. 135/7. (797-800)
- 290.- WEITBRECHT, H. 1952.
 " Zur typologie depressiver psychosen."
 FORTSCHR. NEUR. 20. (247-253).
- 291.- WETZEL, R. D. ; CLONINGER, C.R. ; HONG, B.; REICH, T. 1980.
 " Personality as a subclinical expression of the affective disorders. "
 COMPR. PSYCHIATRY. 21/3 (197-205).
- 292.- WHYBROW, P. - MENDELS, J. 1969.
 " Toward a biology of depression: some suggestions from neurophysioloy."
 AM. J. PSYCHIAT. 125. (45-54).
- 293.- WIBERG, A. 1979.
 " Mitochondrial MAO: studies on its activity in some psychiatric diseses."
 Umea Univ. Med. Diss. New Series nº 41. Umea.
 (citado pr Ferris 80)

- 294.- WIER, J. 1885.
" Histoire, disputes et discours des illusions
et impostures des diables."
Paris.
- 295.- WILLIS 1681.
" Opera "
(Citado por Foucault 1972)
- 296.- WILSON, I.C. ; RABON, A.M. ; BUFFALOE, W.J. 1967.
" Imipramine therapy in depressive syndromes:
prediction of therapeutic outcome. "
PSYCHOSOMATICS 8/4 (203-207)
- 297.- WILSON, I.C. ; ALLTOP, L.B. ; BUFFALOE, W.J. 1967.
" Parental bereavement in childhood: MMPI profiles
in a depressed population."
BRIT. J. PSYCHIAT. 113 (761-764).
- 298.- WING, J.K. ; COOPER, J.E. ; SARTORIUS, N. 1974.
" The measurement and classification of psychiatric
symptoms."
Oxford University Press. London, New York, Melbourne
- 299.- WINOKUR, G. 1974.
" The division of depressive illness in to depression
spectrum disease and pure depressive disease."
INT. PHARMACOPSYCHIAT. 9. (5-13).
- 300.- WINTER, H. ; HERSCHEL, M. ; PROPPING, P. et al. 1978.
" A twin study of three enzymes (DBH, COMT, MAO)
of catecholamines metabolism."
PSYCHOPHARMACOLOGIA 57. (63-69)
- 301.- WITTENBORN, J.R. ; MAURER, H. PLANTE, M. 1963.
" Methods for treating depression evaluated after the
elapse of one year. "
J. NERV. MENT. DIS. 136. (492-499)

- 302.- WITTENBORN, J.R. - MAURER, H. 1977
" Persisting personalities among depressed women."
ARCH. GEN. PSYCHIAT. 34. (968-971).
- 303.- WITTENBORN, J.R. 1979.
" Personality and depression."
En: " Classification and prediction of outcome
of depression." Angst, J. (edt.)
Schattauer. Stuttgart, New York.
- 304.- WOOSTER, E. G. 1965
" A study of aspects of the premorbid personality
of patients suffering from depressive illness".
Disertación para el diploma de la Academia
de Medicina Psicologica de la Universidad
de Londres. No publicado.
(Citado por Kendell y Discipio 1968)
- 305.- WRETMARK, G. ; ASTROM, J. ; OLANDER, F. 1961.
" MPI resultat vid endogen depression före och
efter behandling."
NORD. PSYKIAT. 15. (448-454).
- 306.- WRETMARK, G. ; ASTROM, J. ; ERIKSSON, M. 1970
" The Maudsley personality inventory as a prognostic
instrument."
BRIT. J. PSYCHIAT. 116. (21-26).
- 307.- ZERSSSEN, D. von 1966.
" Körperbau, psychose und persönlichkeit."
ARCH. PSYCHIAT. NERVENR. 37. (52-59).
- 308.- ZERSSSEN, D. von 1969.
" Objektivierende untersuchungen zur prämorbidem
persönlichkeit endogen depressiver".
Hippius - Selbach (edt.) Urban Schwarzenberg.

- 309.- ZERSSEN, D. ; KOELLER, D. ; REY, E. 1970.
 " Die praemorbidie pers6nlichkeit von endogenen
 depressiven."
 CONFN. PSYCHIAT. 13, 156. (36-67)
- 310.- ZERSSEN, D. von ; KOELLER, D.M. ; REY, E. 1970.
 " Die befindlichkeits skala (B.S.) ein einfaches ins-
 trument zur objeklivierung von befindlichkeitsst6rungen
 insbesondere im rahmen von langsschittuntersuchungen."
 ARZNEIMITTELFORSCH. 20. (915-918).
- 311.- ZERSSEN, D. von 1975.
 " Dre Typus melancholicus in psychometrischer sicht."
 ARCH. NEUROL. PSYCHIAT.
 (citad6 por Tellenbach 1975.)
- 312.- ZERSSEN, D. von 1976.
 " Der typus melancholicus in psychometrischer"
 PSYCHOL. PSYCHOTHER. 24. (200-220).
- 313.- ZERSSEN, D. von 1977.
 " Premorbid personality and affective psychoses."
 En:"Handbook of studies on depression".
 Excerpta Medica. Amsterdam.
- 314.- ZERSSEN, D. von 1980
 " Pers6nlichkeitsforschung bei depressionen".
 En " Neve perspektiven in der depressionsforschung"
 Heimann-Gideke (edt.) Huber. Bern.
- 315.- ZERSSEN, D. von 1982
 " Personality and affective disorders."
 En: " Handbook of Affective disorders."
 Paykel, E. (edt.) Churchill. Livingstone.
 New York.
- 316.- ZETZEL, E. R. 1966.
 " predisposition to depressive."
 J. CANAD. PSYCHIAT. ASSN. suppl. 11. (236-249)

317.- ZUCKERMAN, M. 1969.

" Response set in a list test: sometimes thing ."

PSYCHOLOGICAL REPORTS. 25. (773-774).

318.- ZUCKERMAN, M. et al. 1967.

" A multitrait multimethod measurement approach to the traits or states of anxiety, depression and hostility. "

J. PROJECT. TECHN. 31. (39-48)

319.- ZUCKERMAN, M. ; PRUSOFF, B.A. ; WEISSMAN. M. 1980.

" Personality as a predictor of psychotherapy and pharmacotherapy outcome for depressed outpatients."

J.CONULT. CLIN. PSYCHOL. 48/6 (730-735).