



ESTILOS DE PERSONALIDAD EN DEPRESIVOS; PERFIL DEL MIPS EN UN GRUPO DE PACIENTES Y CONTROLES.

(Personality profile in depressive outpatients. a study using millon index of personality styles.)

Gustavo González Ramella * ; **Daniel Varela****; **Marta Aparicio García*****; **Ricardo Guichon******; **Patricia Ceriani******* ; **Francisco Barraza*******.

* Hospital Neuropsiquiátrico de Necochea y "Confluencia", Argentina.

** Hospital "Evita Pueblo" de Berazategui, Argentina.

*** Universidad Complutense de Madrid, España.

**** CONICET, Depto. de Biología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

***** Residentes del Hospital Neuropsiquiátrico de Necochea, Argentina (participaron en entrevistas y tabulación del MIPS)

E-mail: gusgonram@infovia.com.ar

PALABRAS CLAVE: MIPS, Millon, Depresión, Personalidad.

RESUMEN:

El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) es un instrumento útil para medir los "estilos de personalidad" en población normal. Este cuestionario mide personalidad normal mediante 180 ítems de verdadero/falso. Se comparan los resultados de una muestra de 85 pacientes con una muestra de 71 controles sin patología detectada. Los pacientes "depresivos" son divididos en cuatro grupos de acuerdo a sus diagnósticos (DSM IV) en: Trastorno Depresivo Mayor (21 casos), Depresión Doble (17 casos), Distimia (19 casos) y Trastornos de Ansiedad con síntomas depresivos (28 casos).

Se comparan los perfiles entre grupos de pacientes y con la muestra control, realizándose también observaciones comparativas entre esta muestra control y el perfil de normalidad aportado por Millon en el MIPS. En general se observa una tendencia desadaptativa en las metas Motivacionales, los estilos Cognitivos y conductas Interpersonales para los pacientes.

Se señalan las escalas que más significativamente diferencian a los pacientes depresivos de los controles tomados como "normales" y se formulan hipótesis.

Abstract

The Millon Index of Personality Styles (MIPS) is a powerful tool to aid assessment and study of personality. MIPS is a 180 item true-false questionnaire designed to measure personality styles among adults and was administered to a sample of 85 outpatients with depressive symptoms and to a control group of healthy persons (n= 71). The depressive group was classified in four subgroups regarding its DSM IV diagnosis: Major Depressive Disorder (n=21), Dysthymia (n=19), "Double Depression"- concurrent former two disorders - (n=17) and Anxiety Disorders (n=28). This last group has affective symptomatology but insufficient criteria to be rated as any mood disorder. MIPS results of ill and healthy groups were compared as soon as each of the diagnosed groups was compared against the control subjects.

Another comparison was made taking into account our results against the prototype patterns obtained by Millon in developmental states for the MIPS. We can argue a maladjustment trend exhibited by depressive outpatients as derived from their responses to Motivating Aims, Cognitive Modes and Interpersonal Behaviour MIPS scales. Subscales showing significant differences between depressive and controls are shown and hypothesis for future work are pointed from the discussion.

Introducción

Se han realizado estudios diversos acerca de la comorbilidad entre ejes I y II del DSM IV (1994), y en particular en los trastornos depresivos y rasgos de personalidad predisponentes (Chodoff, 1972; Kovacs y Beck, 1978; von Zerssen, 1982; Hirschfeld y Cross, 1983; Millon, 1997- 2000). En este trabajo exploramos con el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS, 1994; traducción al español 1997; adaptación al español 2001) a un grupo de pacientes con patología depresiva. Partimos de la hipótesis que este instrumento de psicodiagnóstico, diseñado por Millon para estudios de personalidad normal, podría ser sensible y expresar de forma característica algún patrón de perfil específico en los pacientes con sintomatología depresiva.

Sabemos que dentro del eje I podemos diferenciar con criterio clínico y en base al DSM IV diferentes trastornos. En la práctica, nos enfrentamos con:

- 1) Episodios Depresivos Mayores que conforman un diagnóstico clínico de Trastorno Depresivo Mayor.
- 2) Trastornos denominados "Depresión Doble", en que, a un proceso Distímico (más de dos años de duración) se superpone uno o más Episodios Depresivos Mayores en algún momento de su evolución (Keller y Shapiro, 1982; Pepper, Klein et. al., 1995).
- 3) Trastornos Distímicos "típicos" (Burton y Akiskal, 1990; Kocsis y Frances, 1987; Freeman, 1994).
- 4) Pacientes con síntomas depresivos menores sobre un Trastorno de Ansiedad.

Esta diversidad, que en conjunto conforman un "síndrome depresivo", puede ser estudiada no solamente desde un criterio clínico sintomatológico, evolutivo, sino también desde el eje II, es decir las características de personalidad previas, acompañantes, y también posteriores a la afección depresiva (Hirschfeld, Klerman et.al., 1983; Hirschfeld, 1994). Detectar estas características sería importante tanto para el diagnóstico más preciso, como para la prevención y el tratamiento adecuado.

El instrumento elegido para este estudio, el MIPS, si bien es un método auxiliar en la clínica, es de fácil aplicación y ha mostrado validez y confiabilidad en diversos estudios con población sana, así como en últimos estudios exploratorios de desórdenes y trastornos adaptativos en la clínica psicológica y psiquiátrica (Millon, 1997; Sánchez López y Aparicio García, 1998; Sánchez López, Casullo y Aparicio, 1999; Casullo y Castro Solano, 2000; Patró Hernández, Fernández Ros y Corbalán Berná, 2000).

Los ámbitos y escalas de la personalidad estudiados por T.

Millon en su modelo evolucionista-ecológico, y mensurables en el MIPS en dimensiones bipolares, se muestran como indicadores pertinentes para los objetivos de este trabajo. Podemos distinguir las "metas motivacionales", "estilos cognitivos" y "conductas interpersonales", con sus correspondientes escalas (Cuadro 1).

Se creyó oportuno explorar también las sub-escalas "impresión positiva" (IP) e "impresión negativa" (IN), dado que a nuestro entender su uso no se debe limitar a convalidar veracidad y otros criterios de validez y confiabilidad, sino que pueden ser evaluadas cualitativamente como un rasgo más, dimensionable y útil, en cada caso en particular.

En nuestra experiencia clínica, en coincidencia con otros autores, vemos que se trata de la "deseabilidad social" (IP) y de la "autoestima" (IN), y consideramos que estos indicadores debían ser explorados en pacientes depresivos.

Millon (1997) cita en un estudio comparativo con el BDI (Beck Depression Inventory; Beck y Steer, 1987) una correlación elevada entre IN del MIPS y Depresión del BDI. En dicho estudio comparativo se encontró también una alta correspondencia con las escalas Preservación, Descontento y Sumisión, así como una correlación inversa entre Expansión del MIPS, y los indicadores de Depresión del BDI.

Metas motivacionales	1A – Expansión 1B – Preservación 2A – Modificación 2B – Adecuación 3A – Individualidad 3B – Protección
Estilos cognitivos	4A – Extraversión 4B – Introversión 5A – Sensación 5B – Intuición 6A – Pensamiento 6B – Sentimiento 7A – Sistematización 7B – Innovación
Conductas interpersonales	8A – Retraimiento 8B – Sociabilidad 9A – Indecisión 9B – Decisión 10 A – Discrepancia 10B – Conformidad 11A – Sumisión 11B – Dominio 12A – Descontento 12B – Aquiescencia
	IP – Impresión Positiva IN – Impresión Negativa C – Consistencia

Otros estudios citados por Millon (1997) correlacionan la escala Depresión de la CAS (College Adjustment Scales; Anton y Reed, 1991) con puntajes altos en Descontento, Sumisión y Preservación del MIPS, así como Ansiedad de la CAS con Indecisión y Preservación del MIPS.

Es oportuno señalar aquí, que si bien ha sido utilizado el MCMI III, test clínico de Millon, en diversos estudios correlacionando con diagnósticos en ejes I y II del DSM IV (Casullo, Castro solano, Braude y Koldobsky, 2000), tarea que también nuestro equipo realizó con 30 pacientes para consensuar y ajustar nuestros diagnósticos clínicos en ejes I y II con los aportados por dicho test de Millon, a nuestro entender el MIPS se presenta como una herramienta más analítica y rica en el abordaje estructural y funcional de la personalidad, y por lo tanto más apropiada a los fines del presente estudio.

Objetivo y método

El objetivo general de este trabajo fue explorar la aplicación del MIPS como método auxiliar en el diagnóstico, prevención y tratamiento de problemáticas depresivas.

Los objetivos específicos:

- Explorar el comportamiento de las diversas escalas y áreas del MIPS en una muestra conformada por cuatro subtipos de pacientes depresivos (clasificación DSM IV).
- Realizar una evaluación comparativa de los valores promedio de la muestra Millon en relación a una muestra control local.

El método empleado para desarrollar el trabajo consistió en una selección de pacientes con trastornos depresivos, pertenecientes a poblaciones urbanas y suburbanas de las localidades de Necochea y Berazategui, en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

En la muestra total de pacientes (85 casos) se realizó el diagnóstico en eje I, agrupando de acuerdo a los criterios diagnósticos:

Grupo 1 - Depresión Mayor (n= 21)

Grupo 2 - Depresión Doble (n= 17)

Grupo 3 - Distimia (n= 19)

Grupo 4 - Trastorno de Ansiedad con síntomas depresivos (n= 28)

Se realizó también, en todos los pacientes, el diagnóstico de personalidad en eje II, y su agrupación por clusters, como se puede ver en Tabla 1.

Eje II	D.mayor (n=21)	D.doble (n=17)	Disitimia (n=19)	Ansiedad (n=28)
<u>Cluster A</u>				
Esquizotípico				
Esquizoide				
Paranoide				
TOTAL A	0	0	0	0
<u>Cluster B</u>				
Borderline	6	4		2
Antisocial				
Narcicista	2	2	1	4
Histriónico	1	1	3	5
TOTAL B	9	7	4	11
<u>Cluster C</u>				
Evitativo		3	6	3
Obsesivo	7	2	3	7
Dependiente	3	4	2	7
Negativista	1	1	2	
TOTAL C	11	10	13	17
Otros	1		2	

Simultáneamente, y en las mismas localidades, se tomó una muestra de personas presuntamente sanas, como muestra control.

Las características de las muestras de pacientes y controles, de acuerdo a edad y sexo, se detallan en Tablas 2 y 3.

Sexo	Pacientes (n=85)				Controles (n=71)
	D.mayor	D.doble	Disitimia	Ansiedad	
Femenino	17	16	13	20	42
Masculino	4	1	6	8	29
Total	21	17	19	28	71

Sexo	Pacientes (n=85)				Controles (n=71)
	D.mayor	D.doble	Disitimia	Ansiedad	
Media	50.7	50.7	49.2	36.6	36.2
DE	9.0	7.3	10.2	9.7	12.8
Mín	32	40	30	57	18
Máx	73	65	65	20	78

La conformación general de las muestras de pacientes y controles no mostraban diferencias significativas en cuanto a la composición socio-económica y cultural.

A medida que avanzaba el diseño de esta experiencia, se elaboraron las hipótesis y expectativas teóricas acerca del MIPS en pacientes depresivos, tal como se muestra en el Cuadro 2.

Metas motivacionales	↑ Hacia polo B	1A – Expansión	1B – Preservación ↑
		2A – Modificación	2B – Adecuación ↑
		3A – Individualidad	3B – Protección ↑
Estilos cognitivos	↑ Hacia polo B	4A – Extraversión	4B – Introversión ↑
		5A – Sensación	5B – Intuición ↑
		6A – Pensamiento	6B – Sentimiento ↑
		7A – Sistematización	7B – Innovación ¿?
Conductas interpersonales	↑ Hacia polo A	8A – Retraimiento ↑	8B – Sociabilidad
		9A – Indecisión ↑	9B – Decisión
		10A – Discrepancia ↑	10B – Conformidad
		11A – Sumisión ↑	11B – Dominio
		12A – Descontento ↑	12B – Aquiescencia

Las hipótesis fueron elaboradas en base al conocimiento teórico del "modelo" Millon, a las experiencias y estudios realizados por otros autores, y a nuestro trabajo clínico con el MIPS.

Consideramos entonces como expectativas generales que los puntajes de las escalas, en los pacientes, se desplazarían hacia los polos "desadaptativos": las metas motivacionales hacia el polo B, los estilos cognitivos hacia el polo B y las conductas interpersonales hacia el polo A, y que estas tendencias serían más marcadas de acuerdo a la intensidad (¿y cronicidad?) del trastorno.

Todas las personas, pacientes y controles, respondieron al Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS).

Se procesaron los resultados de puntajes en las escalas del MIPS y otras variables de las muestras utilizando el programa estadístico SPSS en su versión 8.0.

Los puntajes de las escalas del MIPS utilizados en este trabajo son las Puntuaciones Brutas (PB), dadas las características del trabajo, con muestras reducidas, y lo apuntado por M.M. Casullo y A. Castro Solano (2000), haciendo pertinente en este tipo de investigación el uso de tales puntuaciones, y no el de los Puntajes de Prevalencia (PP) como en otros estudios de Millon. Así también, de acuerdo a los autores citados, se tomaron los puntajes promedio entre varones y mujeres.

Resultados

Una vez obtenidos las puntuaciones brutas (PB) de pacientes y controles en las escalas del MIPS, nuestra tarea consistió en comparar los resultados entre los grupos de pacientes y el grupo control (Tabla 4).

En esta tabla podemos observar que existen diferencias en 19 de las 24 escalas del MIPS y en Impresión Negativa entre los grupos de pacientes y el grupo control.

Se presentan también los resultados de los puntajes promedios de los grupos de pacientes y controles en los Gráficos 1, 2, 3 y 4, diferenciando las escalas de acuerdo a las áreas exploradas en el MIPS y sus correspondientes "perfiles".

Escala	Depresión mayor		Depresión doble		Distimia		Trastornos de ansiedad		Grupo Control		F
	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	Media	Sd	
1A	10.52	8.4	9.06	5.37	12.95	5.81	18.93	5.84	24.52	6.66	34.903***
1B	34.33	10.43	37.47	7.01	35.89	6.37	25.43	10.28	18.1	9	30.892***
2A	13.38	8.63	14.76	11.28	22.37	6.78	27.57	8.48	28.96	8.69	16.416***
2B	32.52	8.8	34.76	9.2	31.79	7.12	23.89	8.45	20.83	10.21	14.049***
3A	10.71	8.01	10.59	7.7	19.11	7.9	19.36	7.29	20.92	8.14	10.914***
3B	28.86	8.95	35.12	7.31	32.68	7.53	33.25	8.98	31.18	8.09	1.732
4A	18	7.39	14.24	7.28	18.58	7.91	24.75	7.52	26.83	8.61	12.848***
4B	12.62	6.64	20.18	6.09	17.42	7.68	12.11	5.98	11.13	6.96	8.276***
5A	18.81	4.93	16.29	6.06	18.05	4.81	18.36	6.36	16.49	6.12	1.113
5B	20.57	5.62	24.47	6.3	24.26	5.21	23.96	8.31	24.23	7.74	1.175
6A	8.05	6.34	9.71	7.47	17.79	8.02	17.93	6.35	17.73	8.58	9.773***
6B	35.67	5.79	39.29	6.2	37.26	6	35.25	8.02	32.76	8.04	3.567**
7A	20.48	12.26	20.29	12.46	30.26	11.62	34.79	9.83	33.32	10.95	9.839***
7B	28.81	5.95	29.82	5.34	30.32	6.04	31.18	8.59	30.65	9.67	0.292
8A	31.33	8.78	33.65	7.66	31.32	7.05	23.82	9	19.32	8.76	17.923***
8B	14.38	9.67	12.18	10.87	22.37	8.39	30.46	8.89	32.99	11.13	24.605***
9A	32.33	10.96	40.82	7.7	33.26	10.03	25.79	9.4	18.23	10.49	24.411***
9B	16.29	10.42	15.88	11.09	23.47	8.02	31.46	9.35	34.59	10	23.662***
10A	24.05	7.66	26.53	5.12	26.47	7.49	24.04	8.23	22.68	8.41	1.406
10B	29.67	9.13	32	11.23	38.42	9.17	40.61	7.49	37.68	9.75	5.543***
11A	27.71	9.36	32.82	8.46	25.16	8.35	20	7.86	15.17	7.41	23.799***
11B	16.9	7.46	15.76	9.18	21.37	6.25	26.14	6	26.46	7.37	13.482***
12A	35.76	10.31	36.29	8.68	34.42	6.8	28.71	9.68	24.85	8.44	11.711***
12B	39.71	9.32	43.18	7.73	36.16	6.63	34.86	8.13	33.48	10.1	5.027**
IP	3.48	2.11	4.41	2.24	4.53	2.34	4.64	2.08	3.69	2.37	1.566
IN	6.95	2.33	7.76	2.11	7.58	1.92	5.46	2.5	3.77	2.29	20.394***
CN	3.52	0.98	3.29	0.92	2.95	0.78	3.32	1.06	3.63	1.1	1.951

p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

Las personas con Depresión Doble son las que presentan puntajes más desadaptativos en la mayoría de las escalas en comparación con el resto de los grupos, y en especial comparados con el grupo control.

Tienen medias significativamente más altas que el resto en la escala Preservación, Adecuación, Introversión, Sentimiento, Retraimiento, Indecisión, Sumisión, Descontento, Aquiescencia e Impresión Negativa, de tal forma que se definirían como personas que tienen tendencia a concentrarse en los problemas de la vida, agravándolos; tienden a acomodarse pasivamente a las circunstancias creadas por otros, de tal forma que ponen poco empeño en modificar su vida; prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recurso, construyendo la realidad con un estilo cognitivo de percepciones internas más que externas; forman sus juicios tomando en consideración sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias, exaltando subjetivamente las consecuencias que tendrán sus actos para quienes resulten afectados por ellos y guiándose por sus valores personales; se caracterizan por su falta de resonancia emocional o aislamiento social; son personas apocadas, tímidas y experimentan nerviosismo en situaciones sociales; están más habituadas al sufrimiento que al placer, son sumisas y tienden a rebajarse ante los demás; tienden a ser insatisfechas (pasivo-agresivos) y malhumorados; pero también, paradójicamente (ambivalentes) pueden ser receptivos y maleables en su relación con los demás, adoptando actitudes de concordancia y afinidad. A su vez, tienden a una baja autoestima y la impresión de sí mismo es negativa.

Los pacientes con Depresión Mayor y con Distimia siguen al grupo anterior en cuanto a puntajes desadaptativos en relación al grupo de pacientes ansiosos y al grupo control.

Las personas con Distimia, en la mayoría de las escalas ocupan un lugar intermedio entre los puntajes de los Depresivos Dobles y los Trastornos de Ansiedad con síntomas depresivos menores. No ocurre esto en las escalas Preservación, Introversión, Sentimiento, Indecisión e Impresión Negativa, escalas donde sus puntajes promedios, si bien menores a Depresivos Dobles, son mayores que los puntajes promedios de los pacientes con Depresión Mayor.

Los pacientes con Trastornos de Ansiedad, si bien se comportan como el grupo más cercano a los promedios del grupo control, se caracterizan por puntuar más alto que el resto en las escalas Pensamiento, Sistematización y Conformismo. Se caracterizan por ser personas que tienden a procesar los conocimientos por medio de la lógica y el razonamiento analítico; son más proclives a la asimilación de la información en esquemas previos de sistemas de creencias y conocimientos ya fijados, más organizados y predecibles en su manera de abordar las experiencias de la vida, probablemente más rígidos, y su relación con la autoridad es más cooperativa, con mayor autodominio y formalidad.

El grupo Control puntúa más alto en las escalas Expansión, Modificación, Individualidad, Extraversión, Sociabilidad, Decisión y Dominio. Por tanto, el grupo control se caracteriza por ser personas que tienden a ver el lado bueno de las cosas, son optimistas en cuanto a las posibilidades que les ofrece el futuro y les resulta fácil pasarlo bien; intentan conseguir que las cosas sucedan en lugar de mantenerse pasivamente a la espera; tienden a satisfacer primero sus propias necesidades y deseos antes que los de los demás; recurren a los demás en busca de estimulación y aliento; buscan estimulación, excitación y atención; tienden a creer que son más competentes y talentosas que las personas que les rodean; y son enérgicos y a menudo dominantes, intrépidos y competitivos.

De estos datos podemos concluir que las personas que no tienen trastorno tienen perfiles

significativamente más adaptativos que las personas con trastorno, tal y como predecíamos en el cuadro 2.

Los resultados de las muestras de pacientes depresivos en las escalas del MIPS muestran diferentes puntajes promedio comparados con nuestra muestra control.

Las desviaciones de la norma de las escalas en "depresivos" sigue un patrón muy típico y general: son menos intensas y marcadas para el grupo 4 (Trastornos de Ansiedad con síntomas depresivos), pero se hacen más pronunciadas las diferencias para los grupos 1 y 3 (Trastorno Depresivo Mayor y Distimia) y se hacen extremas para el grupo 2 (Depresión Doble).

Este hallazgo es una constante para casi todas las escalas que se muestran sensibles a lo "depresivo" y se observa con detalle en los los gráficos 1, 2, 3 y 4 de los perfiles del MIPS en las tres áreas: Motivacional, Cognitiva e Interpersonal, así como en la subescala Impresión negativa. Las escalas que distinguen de un modo más significativo a Depresivos de Controles son:

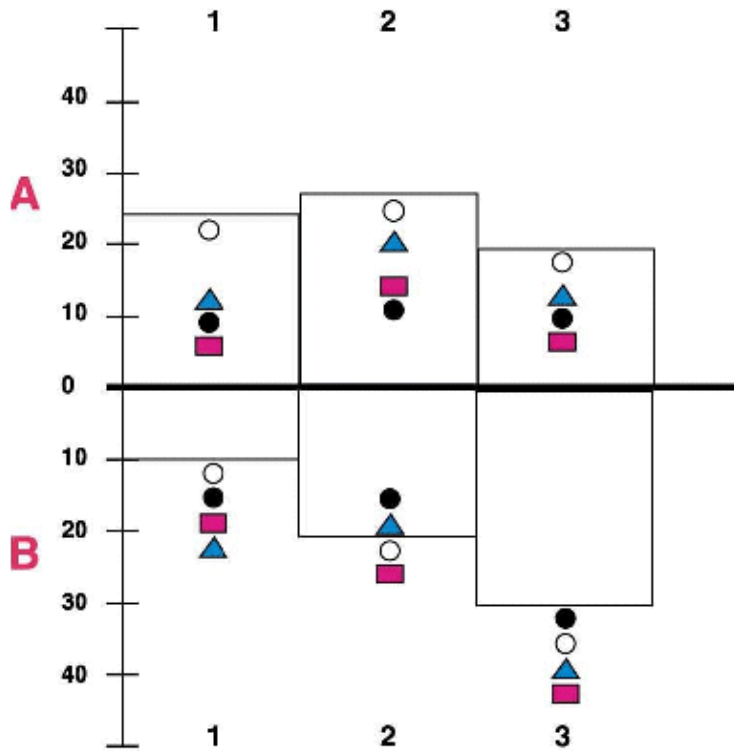
- 1A - Expansión
- 1B - Preservación
- 2A - Modificación
- 2B - Adecuación
- 4A - Extraversión
- 4B - Introversión
- 8A - Retraimiento
- 8B - Sociabilidad
- 9A - Indecisión
- 9B - Decisión
- 11A - Sometimiento
- 11B - Dominación
- 12A - Descontento
- IN - Impresión Negativa

Escalas:

- 1. Expansión / Preservación
- 2. Modificación / Adecuación
- 3. Individualidad / Protección

Grupos de Pacientes:

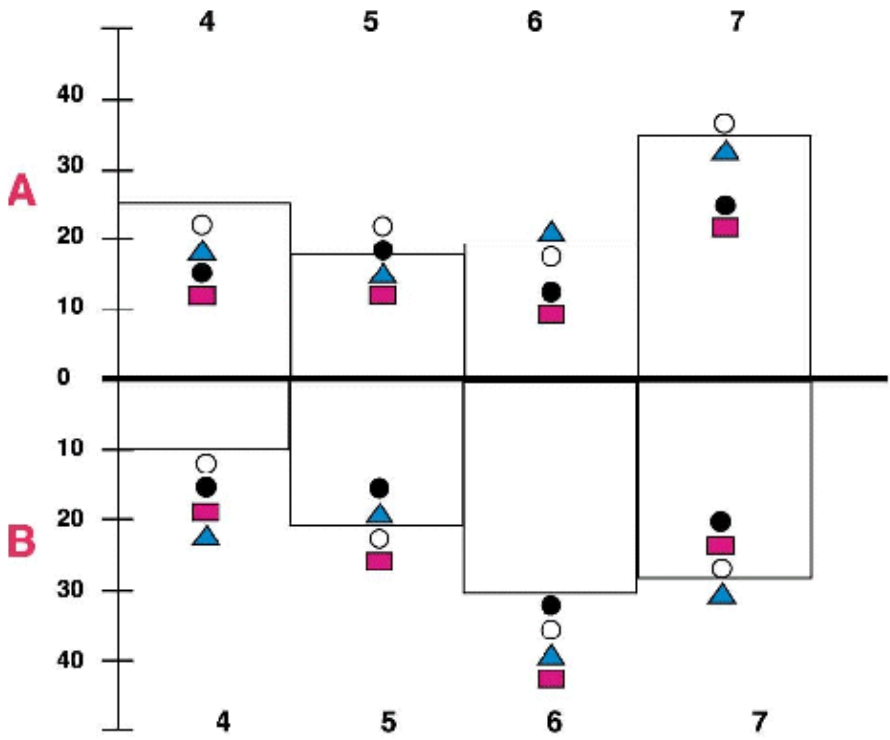
- Trastorno Ansiedad
- ▲ Distimia
- Depresión Doble
- Depresión Mayor



REFERENCIAS > Eje vertical : puntajes promedios en las escalas A y B
> Eje horizontal : escalas en barras con los puntajes promedios de la muestra control

Escalas:
 4. Extraversión / Introducción
 5. Sensación / Intuición
 6. Pensamiento / Sentimiento
 7. Sistematización / Innovación

Grupos de Pacientes:
 ○ Trastorno Ansiedad
 ▲ Distimia
 ■ Depresión Doble
 ● Depresión Mayor



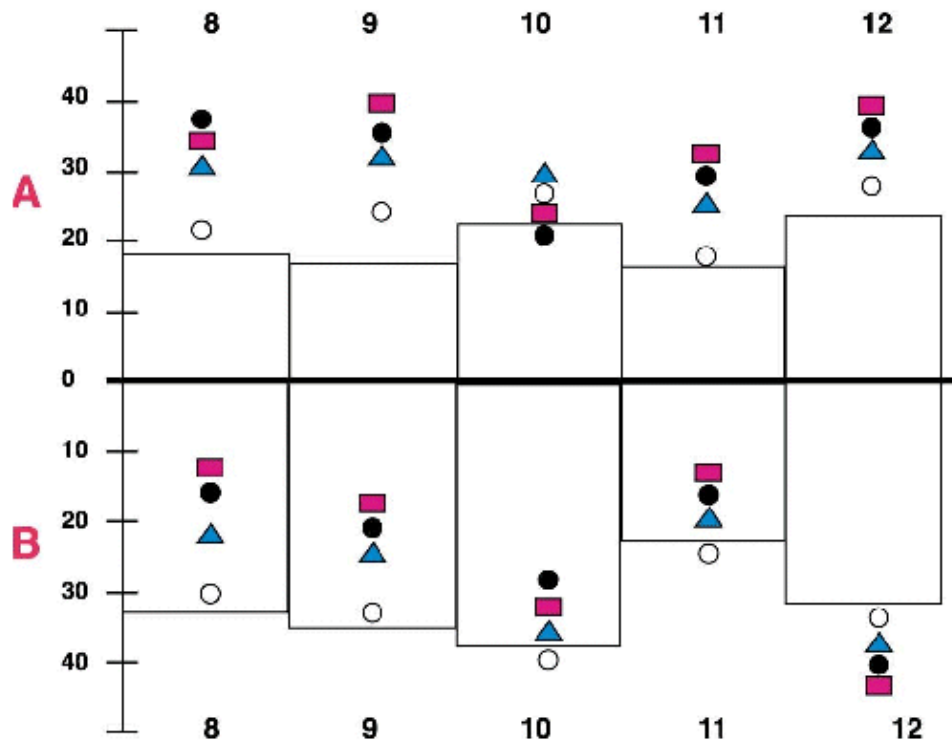
REFERENCIAS > Eje vertical : puntajes promedios en las escalas A y B
 > Eje horizontal : escalas en barras con los puntajes promedios de la muestra control

Escalas:

- 8. Retraimiento / Sociabilidad
- 9. Indecisión / Decisión
- 10. Discrepancia / Conformidad
- 11. Sumisión / Dominio
- 12. Descontento / Aquisescencia

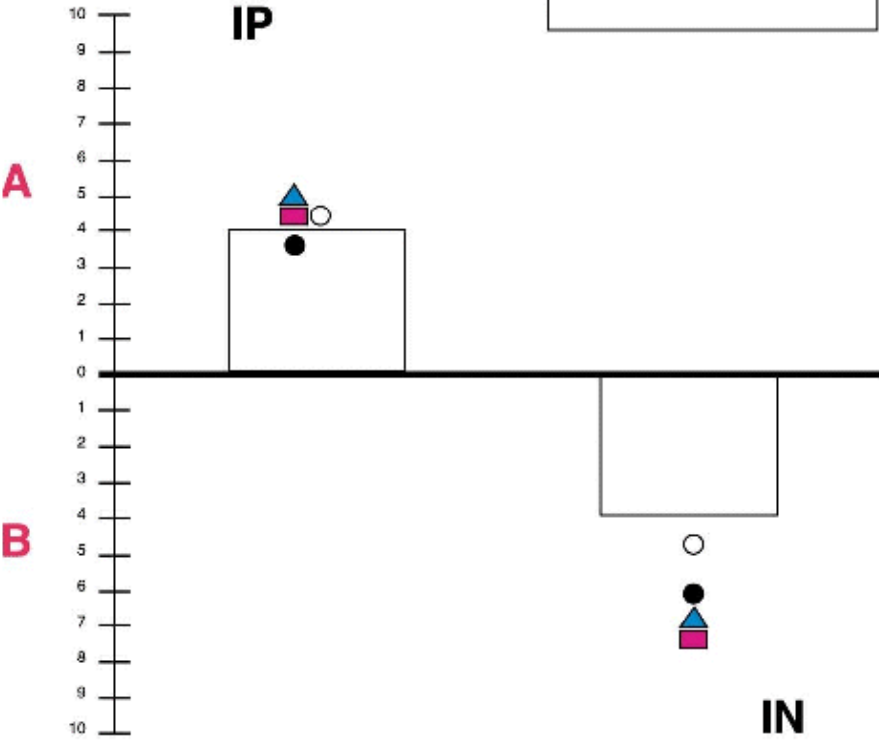
Grupos de Pacientes:

- Trastorno Ansiedad
- ▲ Distimia
- Depresión Doble
- Depresión Mayor



REFERENCIAS > Eje vertical : puntajes promedios en las escalas A y B
> Eje horizontal : escalas en barras con los puntajes promedios de la muestra control

<p>Escalas: IP: Impresión Positiva (deseabilidad social) IN: Impresión Negativa (baja autoestima)</p>	<p>Grupos de Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastorno Ansiedad ▲ Distimia ■ Depresión Doble ● Depresión Mayor
--	---



REFERENCIAS > Eje vertical : puntajes promedios en las subescalas A y B
> Eje horizontal : subescalas en barras con los puntajes promedios de la muestra control

Con respecto al Eje II, Rasgos de Personalidad agrupados en Clusters B y C según DSM IV, se presentan los resultados en las diversas escalas delk MIPS en Tablas 5.1 y 5.2.

Escala	Media	Minimo	Maximo	D.E
1A	13.4	2	29	6.9
1B	32.9	10	45	9.2
2A	20.7	2	38	10.2
2B	29.9	10	48	9.4
3A	15.9	1	35	9.3
3B	33.0	10	45	7.6
4A	18.3	3	36	8.5
4B	16.3	0	29	7.6
5A	19.0	9	28	4.7
5B	22.2	9	36	5.9
6A	14.8	2	33	8.6
6B	36.7	22	47	5.8
7A	29.6	6	51	13.0
7B	28.8	17	42	6.5
8A	30.3	10	43	7.8
8B	19.8	0	46	10.6
9A	33.2	12	51	10.8
9B	22.1	2	42	11.4
10A	24.5	5	48	7.8
10B	37.6	21	54	9.5
11A	24.9	9	42	8.6
11B	20.8	1	35	8.2
12A	32.8	12	49	9.0
12B	38.7	19	56	8.6
IP	4.3	1	9	2.1
IN	6.8	1	10	2.5
CON	3.2	2	5	0.9

Escala	Media	Minimo	Maximo	D.E.
1A	13.7	2	29	8.7
1B	31.5	9	45	11.2
2A	20.0	2	44	11.6
2B	29.2	4	46	9.5
3A	15.1	1	29	8.1
3B	31.5	3	46	9.0
4A	21.9	7	35	8.1
4B	12.7	0	27	6.2
5A	16.8	5	27	6.6
5B	24.8	11	38	7.9
6A	11.7	2	30	7.3
6B	36.7	12	50	7.4
7A	24.1	4	50	12.5
7B	32.4	21	49	6.8
8A	27.6	6	44	10.8
8B	23.0	0	47	14.3
9A	29.7	7	46	11.2
9B	24.2	5	46	12.7
10A	25.8	5	40	7.1
10B	32.9	12	49	10.4
11A	26.2	6	44	11.1
11B	20.8	4	41	8.8
12A	34.0	12	51	10.1
12B	37.2	17	53	8.6
IP	4.3	1	8	2.4
IN	6.6	0	10	2.3
CON	3.5	2	5	1.1

Consideraciones

Es conveniente llamar la atención acerca de la distinta magnitud en las diferencias de puntajes promedio entre los pacientes con sintomatología depresiva clínica típica (grupos 1, 2 y 3) y los pacientes ansiosos con sintomatología depresiva menor (grupo 4). Estos últimos no parecen formar parte del mismo universo de "depresivos" de acuerdo al perfil del MIPS. Esto se corresponde con la distinción que realiza el DSM IV acerca de la nosografía, agrupando a distímicos con los depresivos, y separando a los pacientes ansiosos con síntomas depresivos leves dentro del grupo de Trastornos de Ansiedad.

El grupo de pacientes "ansiosos" se parece más a la muestra control que al grupo de "depresivos", aunque muestran algunas diferencias cualitativas en el perfil, ya señaladas arriba, en algunas escalas.

Las escalas del MIPS más afectadas en los puntajes promedios de los pacientes depresivos, grupos 1, 2 y 3, corresponden a las áreas motivacional y conductas interpersonales, así como a la subescala impresión negativa, como se puede observar en los Gráficos 1, 2, 3 y 4, con una tendencia al aumento de los puntajes promedio hacia los polos "desadaptativos".

El área cognitiva parece menos alterada exceptuando las escalas 4A y 4B (Extraversión /

Introversión) para los tres grupos de pacientes depresivos, con aumento de puntajes hacia el polo B. También se muestran sensibles las escalas 6A (Pensamiento) y 7A (Sistematización) a los grupos con Depresión Mayor y Depresión Doble de modo característico, con una disminución de sus puntajes promedio.

Con respecto al grupo 4, pacientes con Trastornos de Ansiedad, solamente muestran puntajes promedio diferentes a los controles, de un modo significativo, en las escalas 1B (Preservación), 9A (Indecisión) y la subescala IN (Impresión negativa).

En las hipótesis previas decíamos que era probable que el MIPS fuera sensible a los cambios anímico-afectivos, y a la patología depresiva en particular.

También pensábamos, conociendo la diversidad de "tipos" de depresión, que el perfil del MIPS podría marcar características distintivas de personalidad de acuerdo a esos "tipos" de presentación depresiva.

Clásicamente se ha diferenciado modalidades "neuróticas", "reactivas", más sujetas al conflicto intrapsíquico y al afrontamiento desadaptativo de las exigencias diarias, y otras modalidades más "endógenas", con un patrón bio-genético más evidente.

Pensamos que estas distintas formas depresivas en el eje I podrían visualizarse en el perfil del MIPS de forma distinta y quizás característica, señalando entonces factores más propios del eje II. En este trabajo algunas hipótesis parecen acertadas y otras no.

Bipolaridad de las escalas

Observamos que cada escala bipolar, o dimensión, que se aparta de la norma, lo hace con un aumento del puntaje hacia un polo y disminución en el otro. Este comportamiento se mantiene constante y acentúa el acento en la bipolaridad de estas escalas; vistas así, las "barras" siguen una tendencia hacia una dirección característica con la patología, con exceso hacia un polo y defecto en el opuesto, tal como se observa en Gráficos 1,2,3 y 4..

Sin embargo, no todas las escalas del MIPS marchan hacia puntajes "desadaptativos" en la patología depresiva; y en algunos casos, raramente, ocurre lo contrario a lo esperado. Es el caso de la escala 12 (Descontento/Aquiescencia), donde los puntajes se hacen más extremos hacia ambos polos a la vez, el 12A y el 12B, cuando la patología depresiva se hace más crónica e intensa, en especial en la Depresión Doble.

Queda el interrogante sobre este fenómeno señalado, que acompañaría a la patología depresiva, llevando a un mayor descontento e insatisfacción (más explicable y lógico) y también hacia una mayor aquiescencia y concordancia. Quizás esta ambivalencia se explique por una "adaptación" ante el sufrimiento.

Con la escala 7 (Sistematización/Innovación) del área cognitiva pasa lo contrario, ya que se observa un "achicamiento" o "empobrecimiento" de esta importante dimensión bipolar a expensas, especialmente, de la disminución del puntaje promedio de la escala 7A. Surge este registro particularmente en los grupos de pacientes con Depresión Doble y Depresión Mayor.

Rasgos de personalidad

Tomando los rasgos de personalidad dominantes en cada paciente, la muestra de pacientes con síntomas depresivos se subdividió en "clusters" según eje II del DSM IV, tal como se observaba en tabla 1.

Habíamos observado ya que ningún paciente con síntomas depresivos, estudiado en este trabajo, tenía rasgos dominantes de personalidad del cluster A.

Como se ha referido en Resultados, los puntajes promedio en cada escala del MIPS de los pacientes de los clusters C (ansiosos y temerosos) y B (inmaduros y erráticos) se muestran en tablas 5.1 y 5.2 .

La comparación de los resultados de los puntajes promedio entre los clusters B y C muestran algunas diferencias de "perfil" en el MIPS ya que hay algunas escalas del test que diferencian a uno de otro grupo de personalidades.

Las escalas que más distinguen a los clusters B y C son:

- 4A y 4B (Extraversión/Introversión), por un mayor puntaje promedio de los "ansiosos-temerosos" hacia el polo de la introversión.

- 5A y 5B (Sensación/Intuición), por un aumento hacia el polo de la intuición de los "inmaduros-erráticos".

- 6A (Pensamiento), por un achicamiento mayor en este polo por parte de los pacientes "inmaduros-erráticos".

- 7A y 7B (Sistematización/Innovación), por un achicamiento más intenso del polo de la sistematización por parte de los pacientes "inmaduros-erráticos" que a su vez tienden a ser más innovadores e imprevisibles, a la inversa de lo que ocurre con los "ansiosos-temerosos".

- 8A y 8B (Retraimiento/Sociabilidad), por una tendencia a mayores puntajes promedio de los pacientes "ansiosos-temerosos" hacia el polo del retraimiento y el correspondiente achicamiento marcado del polo opuesto de la sociabilidad.

- 9A y 9B (Indecisión/Decisión), por la misma tendencia desadaptativa que observábamos en la escala anterior por parte del grupo de "ansiosos-temerosos"; es decir, con mayor puntaje hacia la indecisión y menores puntajes en el polo opuesto.

- 10B (Conformismo), por la mayor tendencia a puntajes elevados hacia este polo por parte de los pacientes "ansiosos-temerosos".

Es de notar que en esta comparación de rasgos de personalidad (eje II) no encontramos diferencias significativas en las escalas del área motivacional, y sí en las cuatro escalas del área cognitiva, y en algunas escalas interpersonales. Cuando comparábamos en base al eje I (tipos de depresión) nos encontrábamos con otros resultados en cuanto a que el área cognitiva se veía menos afectada, y hallábamos más diferencias significativas en el área motivacional, interpersonal y en Impresión Negativa.

Muestras "control" regional Argentina y Norteamérica

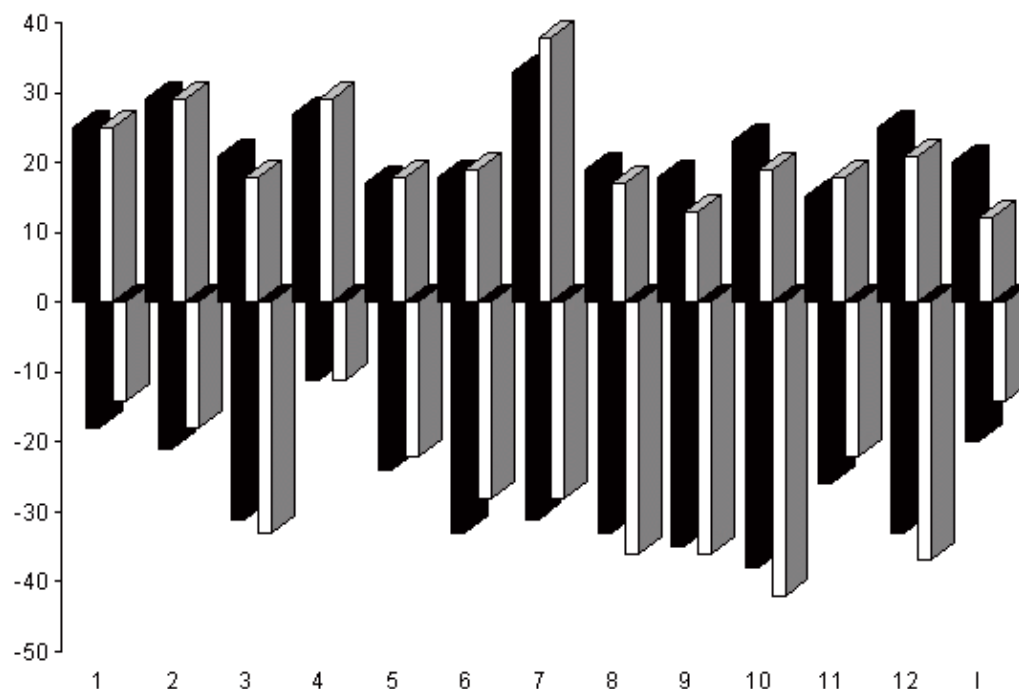
Los resultados obtenidos de los puntajes promedio de nuestra muestra Control, como referente de "normalidad" estadística en nuestra región bonaerense argentina, nos llevan a algunas consideraciones.

Si bien el número de casos tomados para esta muestra (71 casos) es pequeño a los fines estadísticos y demográficos, es interesante apuntar que hasta ahora los estudios sobre MIPS en argentinos se han realizado en Buenos Aires capital, es decir en la gran urbe, y no contábamos con estudios comparativos regionales del MIPS desde poblaciones suburbanas y en el sudeste de la Provincia de Buenos Aires.

Es llamativo que el perfil de los puntajes promedio de nuestra muestra control, cualitativamente, no es diferente al perfil de los controles norteamericanos tomados por Millon como norma estadística, como se observa en el Gráfico 5. Sin embargo, se presenta como característica que los puntajes promedio de nuestra muestra control, en comparación con la norteamericana, tienen en varias escalas una leve tendencia hacia los polos llamados hasta ahora "desadaptativos" que marcan un "primer paso" hacia los perfiles de los pacientes con características ansiosas y depresivas en este trabajo.

Esto último se hace más visible en las escalas de Preservación (1B), Adecuación (2B), Sentimiento (6B), Retraimiento (8A), Indecisión (9A), Discrepancia (10A), Descontento (12A) e Impresión Negativa (baja autoestima).

Gráfico 5 : Perfil del MIPS comparativo de Controles regionales argentinos (n=71) y Controles norteamericanos de Millon (n=1000)



Conclusiones

El MIPS se muestra como un instrumento sensible en pacientes depresivos, en el sentido de señalar escalas que corresponden a áreas de la personalidad, que se apartan de la media "normal".

Las escalas que mejor distinguen a depresivos de normales sanos con diversa intensidad de acuerdo a los distintos grupos de pacientes son: Expansión-Preservación, Modificación-Adecuación, Extraversión-Introversión, Retraimiento-Sociabilidad, Indecisión-Decisión, Sometimiento-Dominación, Descontento-Aquiescencia e Impresión Negativa.

Hemos visto que la acentuación de lo "desadaptativo" iba a la par del grado de duración e intensidad de la patología depresiva, siendo máxima entonces en los pacientes con Depresión Doble, y marcada en los casos de Depresión Mayor y Distimia.

El perfil de los pacientes con Trastornos de Ansiedad y sintomatología depresiva leve presenta leves diferencias respecto a la muestra control tomada como normal, pero con una tendencia desadaptativa parecida a la que observamos en los pacientes depresivos. Sin embargo se diferencian de estos últimos, particularmente, en escalas como Pensamiento, Sistematización y Conformidad. Si a estas características, agregamos los puntajes suficientemente altos en Vacilación (Indecisión) y Preservación, entonces podemos suponer que se asemeja al perfil ansioso obsesivo, y en general al Cluster C (evitativo-temeroso), que predomina en el número de casos de este grupo de pacientes.

Con respecto a las Personalidades de base de los pacientes depresivos, ningún paciente presentó rasgos dominantes del Cluster A, predominando los rasgos del Cluster C.

Entre los pacientes que presentan rasgos dominantes del Cluster C predominan los rasgos obsesivos, evitativos y dependientes, y la distribución es bastante pareja entre los distintos grupos de depresión y ansiedad.

Para los pacientes que presentaban rasgos del Cluster B, vemos un peso relativo mayor en rasgos borderline en los casos con Depresión Mayor y Depresión Doble, así como mayor porcentaje de narcisistas e histriónicos en los casos con Distimia y Trastornos de Ansiedad.

Observamos también, que en la comparación de los resultados obtenidos entre nuestra muestra Control regional argentina, y los resultados de Millon para la población norteamericana, hay una tendencia leve hacia los puntajes llamados "desadaptativos" en nuestra muestra control, como un paso hacia los puntajes encontrados en los pacientes. Dado el escaso número de casos controles, esto sólo deja hipótesis a explorar.

Por último, podemos decir que el MIPS es una herramienta analítica y rica en el abordaje funcional y estructural de la personalidad en los trastornos depresivos y ansiosos, a la hora de aportar datos para el diagnóstico en ejes I y II del DSM IV.

Del mismo modo es útil en el abordaje específico de ciertas áreas de la personalidad durante la psicoterapia y la evaluación de la terapéutica psicofarmacológica.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV). Washington, DC.

Aparicio García, M.E. y Sánchez-López, M.P. (1998). "Medida de la Personalidad a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad en España y México". *Revista Mexicana de Psicología* 15, 2, 103-117.

Aparicio García, M. (2000). "Estilos diferenciales de personalidad según la cultura y/o nación". *Estilos de Personalidad: una perspectiva iberoamericana*; Cap. 9 . Miño y Dávila Editores. Madrid.

Burton,S. y Akiskal,H. (1990). "Dysthymic Disorder". Gaskell, London.

Casullo, M.M. y Castro Solano, A. (2000). "Adaptación del MIPS en Argentina". *Estilos de Personalidad; una perspectiva iberoamericana*; Cap. 4 . Miño y Dávila Editores. Madrid.

Casullo, M.M., Castro Solano, A., Braude, M. y Koldobsky, N. (2000). "Diagnóstico Psicopatológico de Adultos. Aportaciones del MCMI III". Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata.

Chodoff,P. (1972). "The Depressive Personality". *Arch.Gen.Psychiat.* Vol 27, Nov.

Freeman,H. (1994). "Historical and nosological aspects of dysthymia". *Acta Psychiatr.Scand.* 89 (suppl.383)7 - 11.

Hirschfeld,R. (1994). "Major Depression, Dysthymia and Depressive Personality Disorder". *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl.26), 23- 30.

Hirschfeld,R.; Cross,C. (1983). "Personality, Life Events and Social Factors in Depression". Grinspoon,E. (ed). *Psychiatry Update Volume II*. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Hirschfeld,R; Klerman,G; Clayton,P; Keller,M; Mc Donald-Scott,P; Larkin,B. (1983). "Effects of the Depressive State on Trait Measurement". *Assessing Personality*, 140:6, June.

Keller,M; Shapiro,R.. (1982). "Double Depression: Superimposition of Acute Depressive Episodes on Chronic Depressive Disorders". *Am.J.Psychiatry* 139:4, April.

Kocsis,J.; Frances,A. (1987). "A Critical Discussion of DSM-III Dysthymic Disorder". *Am.J.Psychiatry* 144:12, December.

Kovacs,M; Beck,A. (1978). "Maldaptive Cognitive Structures in Depression". *Am.J.Psychiatry* 135:5, May.

Millon, T. (1997). "MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad". Editorial Paidós, Bs As.

Millon, T. y Davis, R.D. (1998). "Trastornos de la Personalidad; más allá del DSM IV". Editorial Masson. Barcelona.

Millon, T. y Davis, R. (2000). "Personality Disorders in Modern Life". Library of Congress. John Wiley & Sons, Inc. USA.

Patró Hernández, R., Fernández Ros, E., Corbalán Berná, F.J. (2000). "Estilos de Personalidad en mujeres víctimas de malos tratos". *Estilos de Personalidad: una perspectiva iberoamericana*; Cap. 13 . Miño y Dávila Editores. Madrid.

Pepper,C.; Klein,D.;Anderson,R.; Riso,L.; Ouimette,P.; Lizardi,U. (1995). "DSM III-R Axis II

Comorbidity in Dysthymia and Major Depression" Am.J.Psychiatry 152: 2, February.

Sánchez-López, M.P., Casullo, M.M. y Aparicio M.E. (1999). "Estilos Diferenciales de Personalidad en Población Adulta Española y Argentina". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4, 1, 37-47.

Sánchez-López, M.P. y Aparicio García, M.E. (1998). "El Inventario Millon de Estilos de Personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina". Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 9, 2, 87-110.

Zerssen,D.v. (1982). "Personality and Affective Disorders". Paykel,S.: Handbook of Affective Disorders. Guilford Press, New York.