



Ciencias Psicológicas

ISSN: 1688-4094

cienciaspsi@ucu.edu.uy

Universidad Católica del Uruguay

Dámaso Antonio Larrañaga

Uruguay

Amezaga, Pilar; Saiz, Mario
TIPOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS DEPRESIVOS
Ciencias Psicológicas, núm. 9, septiembre, 2015, pp. 141-152
Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga
Montevideo, Uruguay

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545410004>

- ▶ Cómo citar el artículo
 - ▶ Número completo
 - ▶ Más información del artículo
 - ▶ Página de la revista en redalyc.org

re^dalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TIPOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS DEPRESIVOS

TIPOLOGY AND DEPRESSIVE DISORDERS

Pilar Amezaga

Mario Saiz

Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo general investigar la tipología Junguiana, (Jung, 1921); a partir de los resultados del Inventario Tipológico Forma G (MBTI, 1995) de Briggs-Myers, en una muestra de pacientes con Trastorno Depresivo, analizando a su vez, las relaciones con la Personalidad Depresiva y con los diferentes Patrones Clínicos de la Personalidad en una muestra de 82 pacientes con diagnóstico clínico de Trastorno Depresivo. Se estudia en primer lugar la relación entre el patrón tipológico y la depresión. En segundo lugar, la relación entre tipología y los diferentes patrones clínicos de personalidad, y en tercer lugar, comparamos la tipología en pacientes con y sin personalidad depresiva. Los resultados obtenidos muestran una clara preferencia por la Introversión sobre la Extroversión y de la Sensación sobre la Intuición en los Trastornos Depresivos (BDI-I, 1979) y en casi todos los Patrones Clínicos de la Personalidad (MCMII-III, 2007). A medida que aumenta la sintomatología depresiva se observa un mayor predominio de la introversión.

Palabras Clave: *Tipos Psicológicos; MBTI; Trastornos Depresivos; Personalidad Depresiva; Psicología Analítica*

Abstract: This study has as main objective to investigate Jungian typology from the results of the Briggs-Myers Typology Inventory Form G, (1995) in a sample of patients with Depressive Disorder, analyzing in turn, relations with Depressive Personality and different Clinical Patterns of Personality. Starting with a sample of 82 patients with clinical diagnosis of Depressive Disorder, we studied first the typological pattern and its behavior in relation to depression. Second, the Relationship between typology and the different Clinical Patterns of Personality and third, we compared the typology of patients with and without Depressive Personality. Results show that patients with Depressive Disorder (BDI-I, 1979) and in most Clinical Patterns of Personality (MCMII-III,2007) have a clear preference for Introversion over Extroversion and for Sensation over Intuition. As severity of Depression increases, the preference for Introversion also increases.

Key Words: *Personality Type; MBTI; Depressive Disorders; Depressive Personality; Analytical Psychology*

Introducción

La tipología junguiana y su desarrollo a través del MBTI (Inventario Tipológico de Briggs – Myers, 1995) ha encontrado aplicación en el campo de la educación, elección vocacional y recursos humanos. Solo recientemente está siendo aplicada en el campo de la psicopatología donde se han llevado a cabo algunas investigaciones que relacionan trastornos del humor, alcoholismo, estrés post traumático, trastornos somáticos y fobias sociales con la tipología junguiana.

En relación a los trastornos del humor, Janowsky, Hong, Morter y Howe (2002) realizaron tres estudios que investigan las relaciones entre trastornos del humor y los resultados del MBTI obteniendo los siguientes resultados: En los pacientes con Trastorno Depresivo Unipolar predominan las polaridades Introversión, Senso-

ción, Sentimiento y Percepción. Los pacientes bipolares son significativamente más extrovertidos que los pacientes con depresión unipolar. Los pacientes con tendencias suicidas muestran mayor nivel de introversión que los pacientes sin tendencias suicidas. A medida que disminuye la introversión mejora la depresión mientras que si se mantiene el nivel de introversión el riesgo de recaída en la depresión y de suicidio aumenta.

En el ámbito de los Trastornos de la Personalidad, Coolidge, Segal, Hook, Yamazaki y Ellett (2001) realizaron una investigación en la cual estudian las relaciones entre tipología Junguiana y los desórdenes de la personalidad según son evaluados por el Coolidge Axis II Inventory, CATI (inventario designado para evaluar los trastornos de la personalidad siguiendo los criterios del IV). La muestra utilizada fue de 332 adultos entre 18 y 89 años. Los resultados con relevancia estadística-

Correspondencia: Pilar Amezaga. Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay.
Correo Electrónico: pilar.amezaga@gmail.com

ca para la Extroversión/Introversión y Sensación/Intuición fueron los siguientes: La dimensión Extroversión/Introversión arrojó resultados significativos en 10 de las 14 escalas del Eje II. En 9 de estas 10 escalas (Evitativa, Dependiente, Depresiva, Obsesivo-compulsivo, Paranoide, Pasivo/Agresivo, Derrotista, Esquizoide, y Esquizotípico) predominó la introversión y solo en una, la Histriónica, la Extroversión. La dimensión Sensación/Intuición arrojó valores significativas en 8 de las 14 escalas, 7 de las cuales mostraron puntajes significativos en la polaridad Intuición (Antisocial, Borderline, Narcisista, Pasivo/Agresivo, Sádico, Derrotista, Esquizotípico) y solo en la escala Obsesivo/Compulsivo prevalece la Sensación.

Estos estudios demuestran que la tipología junguiana operacionalizada por el MBTI, tiene una aplicación en el estudio de los Trastornos Depresivos y los Desórdenes de la Personalidad.

El análisis que haremos a partir de los datos obtenidos en esta investigación se concatenan y complementan la tarea realizada por Saiz (2008) en su tesis sobre Psiconeurociencia: Investigando patrones arquetípicos en la organización del espectro depresivo ya que en esta oportunidad se estudió el patrón de organización de lo depresivo a partir del estudio de los patrones: neurobiológico, somático-vegetativo, cognitivo-afectivo, tipológico y del significado personal.

Consideraciones y objetivos

La depresión es uno de los trastornos más comunes y acuciantes en el campo de la salud mental. La organización mundial de la salud sostiene que en el 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacidad en el mundo después de las enfermedades isquémicas. La relación existente entre personalidad y depresión ha despertado mucho interés en las últimas décadas y son numerosos los estudios que intentan dar una explicación en éste sentido. Múltiples autores coinciden en que la comorbilidad de trastornos afectivos con una determinada estructura de personalidad estaría asociada al inicio precoz, mayor gravedad de los síntomas, pobre recuperación y mayor recurrencia del trastorno afectivo (Klein & Vocizano, 1999).

En el estudio de los trastornos depresivos gran parte de las investigaciones se han centrado en las alteraciones que se dan a nivel de los esquemas cognitivos, las emociones, los trastornos físicos y neuroquímicos, los trastornos a nivel

comportamental y las relaciones interpersonales. Nosotros aquí nos proponemos profundizar en el estudio de los trastornos depresivos tomando las variables que utiliza Jung para dar cuenta de diferentes estilos de Personalidad, que hoy día son conceptualizadas como estilos cognitivos, es decir formas de captar y procesar la realidad.

Nuestro objetivo general es investigar la tipología Junguiana a partir de los resultados del MBTI, Inventario Tipológico de Briggs-Myers, Forma G (1995) en una muestra de pacientes con Trastorno Depresivo, analizando a su vez, las relaciones con la Personalidad Depresiva y con los diferentes patrones clínicos de la Personalidad

En el contexto del objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

- comparar el patrón tipológico de los pacientes con trastorno depresivo con el de la población normal.
- estudiar las polaridades tipológicas de acuerdo a la gravedad del Trastorno Depresivo
- estudiar las polaridades tipológicas Extroversión/Introversión y Sensación/Intuición en los diferentes patrones clínicos de la personalidad.
- comparar las polaridades tipológicas entre pacientes con Trastorno Depresivo con Personalidad Depresiva y sin Personalidad Depresiva.

Modelo tipológico de Jung y psicopatología

La tipología se basa en procesos que pertenecen a estructuras y funciones muy básicas y elementales del funcionamiento psíquico y pueden ser rastreadas en casi todas las dimensiones humanas: biología, adaptación, motivación, relaciones interpersonales, toma de decisiones, resolución de conflictos, fuentes de satisfacción, etc.

Jung (1921, 1994) cuando formuló su teoría de los tipos psicológicos habló de actitudes y de funciones de la conciencia, conceptos que hoy día se corresponden con lo que denominamos estilos cognitivos, es decir formas de captar y procesar la realidad. Se entiende por estilo cognitivo una dimensión psicológica que refiere a la forma habitual de funcionamiento cognitivo en un individuo. (Ausburn, L. & Ausburn, F. 1978). Messick (1976) definen los estilos cognitivos como actitudes estables, preferencias o estrat-

tegias habituales que determinan la forma del individuo de percibir, recordar, pensar, aprender y relacionarse con los otros. El estilo cognitivo, ejerce una fuerte influencia en lo que se jerarquiza de la realidad y en la perspectiva del mundo que se construye a partir de esa jerarquización. Es una dimensión de la personalidad que nos permite reconocer lo invariante de una persona a través de conductas muy diversas.

Desde la perspectiva Junguiana se parte de una concepción de la personalidad como una totalidad que contiene aspectos conscientes e inconscientes. Se organiza y desarrolla a partir de ciertos patrones dinámicos que configuran procesos que tienden a la adaptación y a la individuación y que dan cuenta en definitiva, de un modo de ser propio, de un estilo personal de individuarse (Jung, 1921,1994).

Jung (1921,1994) distingue 8 tipos psicológicos que surgen de la articulación de dos actitudes de la conciencia: la Introversión (I) y la Extroversión (E) con una de las cuatro funciones de la conciencia: Sensación (S), Intuición (N), Pensamiento (T) y Sentimiento (F). Tanto las actitudes como las funciones se organizan en 3 pares de polaridades. Se trata de pares de opuestos, es decir son excluyentes entre sí en la medida en que no pueden operar simultáneamente. El par I/E refiere fundamentalmente a diferencias en la dirección del flujo de energía: hacia el mundo interno o hacia el mundo externo respectivamente. En la extroversión la energía psíquica está volcada hacia afuera lo cual hace que la persona se sienta energizada y motivada por lo externo. Desempeña un papel muy importante en la adaptación al mundo. En la introversión por el contrario la energía se vuelca hacia el adentro, predomina la subjetividad y cumple una función muy importante en la adaptación al mundo interior.

Jung (1921,1994) sostiene que las cuatro funciones se organizan en dos pares de polaridades, la polaridad Sensación (S) – Intuición (N) que determina dos formas diferentes de captar la realidad, ambas funciones perceptivas, y la polaridad Pensamiento (T) – Sentimiento (F) que son funciones evaluativas y proveen de una estructura racional a nuestras percepciones, constituyen dos formas diferentes de procesar la realidad. La función Sensación nos dice que algo existe, ya que refiere a la información que recibimos a través de los cinco órganos sensoriales. Los tipos Sensación dirigen su atención

hacia el mundo de lo tangible, lo sensorial, el presente. En el otro polo esta la función Intuición. La Intuición refiere a la información que proviene de lo intangible, las posibilidades, lo prospectivo, el futuro. La función Pensamiento nos dice lo que algo es, clasifica e identifica la información que hemos adquirido mediante la Sensación o la Intuición. El abordaje a través del Pensamiento es esencialmente lógico y analítico, establece categorías para poder comprender, mantener una lógica y un orden. El Sentimiento en cambio le asigna un valor a las percepciones, da el valor que algo tiene. Estas cuatro funciones adquieren características diferentes dependiendo de la actitud que se encuentre asociada a ellas, es por ello que hablamos de Sensación Extrovertida o Introvertida, Intuición Introvertida o Extrovertida, Pensamiento Introvertido o Extrovertido y Sentimiento Extrovertido o Introvertido.

La combinación de la función superior junto con la actitud predominante dará pues lugar a ocho tipos psicológicos u ocho formas diferentes del funcionamiento de la conciencia. Briggs-Myers y Myers (1985) agregaron otra polaridad, la polaridad Juicio/Percepción que refiere a la forma de manejarse con el mundo exterior. Las personas con una preferencia por el Juicio muestran una tendencia a manejarse de forma ordenada, planificada, mientras que los tipos Perceptivos tienden a ser más flexibles y espontáneos. La combinación de las cuatro polaridades preferenciales da lugar a un código de cuatro letras que corresponde a uno de los 16 tipos psicológicos planteados por Briggs-Myers y Myers (1985).

El tipo psicológico, dice Jung (1921,1974), es el resultado de una unilateralidad del desarrollo. El desarrollo se produce siempre mediante la diferenciación jerárquica de las funciones. Esta diferenciación se da siguiendo un cierto orden que está al servicio de la adaptación. Siempre habrá una función superior que puede ser perceptiva o evaluativa, una auxiliar que será de naturaleza opuesta a la superior, es decir si la función superior es una función perceptiva Sensación o Intuición, la función auxiliar será una función evaluativa, Pensamiento o Sentimiento y viceversa. Los otros dos polos de ambas polaridades permanecerán poco desarrollados y por lo tanto a nivel inconsciente. La polaridad opuesta a la función superior será la función menos desarrollada de todas y es denominada función inferior.

Tanto Beebe (2004), Giannini (2004), Meier (1995) y Von Franz (2006), hacen énfasis en la tipología como un sistema dinámico donde el buen desarrollo de las funciones y actitudes de la conciencia, hacen posible una buena adaptación. Según Giannini (2004) y Beebe (2004), cada una de las variables tipológicas constituye una disposición arquetípica necesaria para una buena adaptación y un adecuado procesamiento de la realidad tanto interna como externa. Saiz (2008) sostiene que se trata de un patrón tipológico arquetípico que constituye un sistema que se hace presente como totalidad y que apunta a la integración de sus partes.

Depresión y Personalidad

Desde la perspectiva de la psicología analítica, la depresión es un proceso natural de la energía psíquica que se vuelca hacia el interior, hacia el inconsciente, en busca de un nuevo sentido que esté acorde con las necesidades propias del proceso de individuación y desarrollo de la personalidad. La patología surge cuando la unilateralidad de la conciencia es tal que impide la integración y el desarrollo a nivel de la conciencia de esas necesidades arquetípicas que traerán un nuevo sentido a la vida. Según Steinberg (1989), Jung (1928/2004) explica la depresión recurriendo a conceptos que derivan de su teoría de la libido y entiende la depresión como el resultado de los mecanismos de compensación del psiquismo y la introversión. Consideraba los desórdenes depresivos como una forma forzada de introversión al servicio de la función compensatoria. Como consecuencia el Ego pierde su energía y queda deprimido. Harding (1985) siguiendo a Jung plantea que el trastorno depresivo es un intento de la psique de reorientar la personalidad hacia una experiencia de introversión. La depresión patológica es una forma involuntaria o forzada de introversión. Forzada y por lo tanto patológica porque que individuo no ha participado de la introversión voluntaria.

Saiz (2006) entiende que la depresión surge cuando la emergencia del programa arquetípico, que en este caso refiere al patrón arquetípico tipológico, se vuelve disfuncional en la interacción genoma-ambiente no pudiendo dar lugar al cumplimiento parcial o total de una o más de las necesidades arquetípicas básicas del desarrollo individual.

La depresión la podemos entender como una alteración o desorganización en la

capacidad de funcionar, o como plantea Beck, Rush, Shaw y Emery (2003), de relacionarnos con el mundo, con nosotros mismos y con el futuro.

Millon (2011) sostiene que, la personalidad y sus trastornos constituye una base esencial desde la cual comprender cualquier desorden clínico. Contextualizar los síntomas clínicos dentro del contexto de la personalidad es esencial para identificar las fortalezas y debilidades de los pacientes, vulnerabilidades que tienen gran incidencia en síndromes clínicos tales como la depresión, la ansiedad etc.

Akiskal, Hirschfeld y Yerevanian (1983), han realizado estudios que demuestran que la introversión - en tanto rasgo de personalidad - está estrechamente ligada a la depresión unipolar y a otros rasgos, aunque no necesariamente patogénicos, como la introversión que puede influir en la expresión clínica de los desórdenes afectivos y en su pronóstico.

Según Millon (2011) existen personas para quienes la depresión es más que un conjunto de síntomas que conforman un síndrome del Eje I. Aunque se sienten tristes y culpables, su estado emocional es consecuencia de una matriz entera de características intensas y duraderas como son un constante estado de abatimiento y tristeza, sentimientos de inadecuación, de culpa, pesimismo exagerado que los lleva a imaginarse lo peor, se centran en lo negativo y desatienden lo positivo. Se sienten impotentes para cambiar su futuro. Estos individuos pueden estar verdaderamente deprimidos, pero su depresión es el resultado de una forma de pensar, sentir y percibir; en definitiva, de una personalidad depresiva.

El objetivo de este trabajo es estudiar las relaciones que existen entre los tipos psicológicos propuestos por Jung (1921,1994) utilizando el Inventario Tipológico de Briggs – Myers Forma G (1995) y el trastorno depresivo, la Personalidad Depresiva y alteraciones de la personalidad, en una muestra de pacientes adultos con depresión. A la vez que, reflexionar en base a los resultados obtenidos sobre el alcance explicativo de la tipología Junguiana.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 82 pacientes que consultaron a un centro de asistencia y orientación psicológica universitario dirigido a la

comunidad y a un centro médico de asistencia colectiva y presentaban un diagnóstico clínico de depresión. Los pacientes de ambos centros fueron estudiados en un consultorio universitario donde se aplicaron las diferentes técnicas de evaluación. La investigación se realizó sobre las historias clínicas, registrando el diagnóstico clínico de acuerdo a las pautas del DSM-IV - TR (2002), y los resultados de tres técnicas de evaluación: Inventario de Depresión de Beck (BDI-I de Beck et al., 1979), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III, 2007) y el MBTI Inventario Tipológico de Briggs – Myers forma G (1995). Todos los cuestionarios son autoaplicados.

De la muestra original de 82 pacientes con diagnóstico clínico de depresión, solo 71 cumplieron con el criterio diagnóstico de trastorno depresivo del Inventario de Depresión de Beck ($BDI \geq 9$) por lo cual solo éstos últimos fueron incluidos para estudiar el patrón tipológico, tanto para pacientes con Trastorno Depresivo como con Personalidad Depresiva.

Los criterios de exclusión utilizados fueron tener menos de 20 años o más de 60, presentar trastornos orgánicos cerebrales, trastornos por abuso o dependencia de sustancias, trastornos psicóticos o enfermedad somática. Todos los pacientes que conforman la muestra presentan un nivel educativo que les permite entender y responder adecuadamente los cuestionarios aplicados.

Instrumentos

- *Inventario de Depresión de Beck:* BDI-I Beck et al. (1979). Es un cuestionario de autoaplicación de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Existen cuatro respuestas alternativas para cada ítem que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. El rango de la puntuación obtenida es de 0 – 63 puntos. Su objetivo es cuantificar la sintomatología. Los puntos de corte usualmente aceptados para evaluar la intensidad/severidad son los siguientes: 0 – 9 puntos No depresión, 10 – 18 puntos Depresión leve, 19 – 29 puntos Depresión Moderada, ≥ 30 puntos Depresión severa. De los 21 ítems, 1 – 14 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los ítems 15 – 21 a síntomas somático-vegetativos.

Aplicado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es actualmente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos.

- *MBTI:* Inventario Tipológico de Briggs. El MBTI – Forma G de Briggs-Myers (1995) se basa en la teoría de los tipos psicológicos de C.G. Jung. Tiene como finalidad identificar las preferencias básicas del sujeto en la percepción y el juicio, para poder establecer los efectos que cada preferencia tiene (de modo aislado o en conjunción) en diversas áreas de la conducta. Apunta a evaluar cuatro escalas bipolares de preferencias: Extraversión/introversión, Sensación/Intuición, Sentimiento/Pensamiento y Juicio/Percepción. Cada ítem del test refiere a una polaridad y las respuestas reflejan elecciones opuestas, pero estas no necesariamente tienen que competir entre si. Todas las respuestas son válidas. La combinación de las escalas con mayor puntuación en cada una de las dicotomías planteadas permite definir 16 tipos de personalidad.

Se asume que las preferencias tipológicas son dicotómicas, no extremos en un continuum. Sin embargo estas puntuaciones pueden ser convertidas a puntuaciones continuas de las cuatro escalas E-I, S-N , T-F y J-P es decir valores que refieren a puntuaciones dentro de un continuum en las escalas bipolares obteniéndose así una puntuación que indica la preferencia en la dirección de uno de los polos de las cuatro escalas. Algunos autores sostienen que la interpretación cuantitativa del MBTI no es recomendable y que las puntuaciones fueron diseñadas para mostrar la dirección de una preferencia, no su intensidad. Otros autores, asumiendo una posición contraria, critican el uso de puntuaciones dicotómicas en lugar de puntuaciones continuas (Cowan, 1989).

El MBTI arroja tres tipos de datos, las puntuaciones directas (PD), las puntuaciones de preferencia (Pr) y las puntuaciones en el continuo de la escala (Pe).

Para obtener las Puntuaciones continuas se siguió el criterio utilizado por Myers y McCaulley (1985). Se utilizó el procedimiento convencional para convertir las Puntuaciones de Preferencia en Puntuaciones continuas. Se asume que la distribución de los puntajes de preferencia es continuo y lineal y se toma como punto de corte una puntuación de 100. Puntuaciones más bajas representan más Extroversión, Sensación,

Pensamiento, Juicio. Puntuaciones más altas representan más Introversión (I), Intuición, (N) Sentimiento (F), Percepción (P).

- *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCM - III)*. El Inventario Multiaxial de Millon (2007) es un cuestionario de personalidad de autoaplicación. Es una versión adaptada a los nuevos diagnósticos DSM-IV (1995) para que sea congruente con esa nosología. El instrumento destaca el inter juego entre los trastornos caracterológicos y las manifestaciones sintomatológicas durante períodos de estrés psicológico. Se trata de un inventario que consta de 175 ítems V-F que evalúan 24 escalas clínicas y 3 escalas de corrección.

La sección 2 y 3 apuntan a evaluar los trastornos de personalidad y su gravedad y la 4 y 5 los síndromes clínicos y su gravedad. Todas ellas corren paralelas al sistema Multiaxial DSM-IV (1995) y tienen importantes implicancias interpretativas. Puntuaciones superiores a 75 indican la predominancia de cierto patrón clínico de personalidad sobre los demás, superiores a 85 son claro índice de disfuncionalidad de los rasgos de personalidad correspondientes a esa o esas escalas. El perfil obtenido provee información sobre el grado de disfunción, severidad y cronicidad de la psicopatología de los pacientes.

El MCM-III de Millon (2007) encuentra gran aplicación en el ámbito clínico, de investigación y para la planificación y orientación del tratamiento a seguir.

Si bien El Beck describe el momento actual, el MCM-III apunta a estudiar la personalidad (Eje II), además de los síndromes clínicos del Eje I. En la literatura consultada no se encontraron mayores evidencias para el caso de pacientes psicóticos.

Análisis de datos

Las técnicas de análisis de datos utilizadas en esta investigación han sido dirigidas a: análisis descriptivo de variables, pruebas t o pruebas chi-cuadrado, según el tipo de variable. El análisis descriptivo se encaró para evaluar las principales características de distintas variables utilizadas en esta investigación respecto a su tendencia central, dispersión y forma de distribución. Los estadísticos calculados refieren a: la media aritmética, la desviación estándar, el índice de asimetría, y el índice de curtosis. En algunas variables interesó además valorar la distribución de frecuencias absolutas y porcentajes.

Por otra parte, obtuvimos matrices de correlaciones entre variables, con el propósito de analizar y describir las relaciones entre ellas. Los análisis de datos han sido realizados, con el paquete estadístico SPSS 15.

Resultados

La media de edad para toda la muestra ($n = 71$) es igual a 43,38. La media de edad para las mujeres que integraron la muestra es igual a 43,85. La media de edad para los hombres que integraron la muestra es igual a 42,46. Las diferencias entre hombres ($n = 24$) y mujeres ($n = 47$). En lo que hace a severidad depresiva (puntuaciones del BDI) alcanzó niveles de significación estadística, $t(69) = -2,25$, $p = 0,027$. Las mujeres mostraron niveles significativamente superiores de depresión ($M = 22,64$; $DS = 7,30$) respecto de los hombres ($M = 18,50$; $DS = 7,36$).

El primer objetivo específico de este trabajo fue comparar el patrón tipológico de los pacientes con trastorno depresivo con el de la población normal (Tabla 1). Para ello se utilizó la distribución del tipo psicológico en la población normal y en la muestra de 71 pacientes con trastorno depresivo según el Inventario de Depresión de Beck (BDI ≥ 9).

Tabla 1

Comparación de la distribución del Tipo Psicológico en la muestra de pacientes con Trastorno Depresivo y datos Normativos

TIPOS 4 Factores	Distribución Normal (n = 55971)	Pacientes con Depresión (n = 71)	Nivel de Significación <i>P</i>
ISTJ	11%	24%	0,015
ISFJ	9%	11%	
ISTP	3%	14%	0,005
ISFP	4%	7%	
INFJ	4%	3%	
INTJ	5%	4%	
INFP	6%	1%	
INTP	4%	7%	
ESTP	3%	1%	
ESFP	5%	6%	
ESTJ	11%	10%	
ESFJ	9%	4%	
ENFP	9%	3%	
ENTP	5%	3%	
ENFJ	6%	1%	0,054
ENTJ	6%	0%	0,012

Nota: Todas las comparaciones con el Grupo Normativo se hicieron mediante el análisis estadístico Chi-Cuadrado. Todos los porcentajes se presentan en cifras redondas.

Los resultados muestran diferencia significativa del tipo ISTP en la población de pacientes depresivos (14%) con respecto a la población normal (3%), $p = 0,005$ y una prevalencia del tipo ISTJ (24%) dentro de la muestra de pacientes depresivos respecto de la población normal (11%).

Siguiendo con este objetivo se estudiaron los puntajes correspondientes a los indicadores preferenciales del MBTI para factores individuales: Extroversión (E), Introversión (I), Sensación (S), Intuición (N), Pensamiento (T), Sentimiento (F), Juicio (J) y Percepción (P). En la Tabla 2 se comparan las preferencias tipológicas en la población normal y en la muestra de pacientes con trastorno depresivo.

Tabla 2
Indicadores de Preferencias del MBTI (Pr) para Factores individuales. Comparación de la muestra de pacientes con Trastorno Depresivo y datos normativos

Preferencias Específicas	Distribución Normal (n = 55971)	Pacientes con Depresión (n = 71)
Extroversión (E)	54%	28% ***
Introversión (I)	46%	72% ***
Sensación (S)	56%	78% **
Intuición (N)	44%	22% **
Pensamiento (T)	47%	63% *
Sentimiento (F)	53%	37% *
Juicio (J)	61%	58%
Percepción (P)	39%	42%

Nota: Todas las comparaciones con el Grupo Normativo se hicieron mediante el análisis estadístico Chi-Cuadrado. Todos los porcentajes se presentan en cifras redondas. *** p = <0.05, ** p = < 0.005, * p = < 0.001

Tabla 3
Indicadores de Preferencias del MBTI (Pr) para Factores individuales. Comparación de muestras de pacientes con distintos niveles de severidad en depresión (n = 82)

Preferencias específicas	BDI < 19 (n = 39)	BDI >= 19 (n = 43)	Nivel de significación de la diferencia
Extroversión (E)	44%	21%	$\chi^2 = 4,8493^*$
Introversión (I)	56%	79%	
Sensación (S)	67%	86%	$\chi^2 = 4,3147^*$
Intuición (N)	33%	14%	
Pensamiento (T)	59%	65%	$\chi^2 = 0,3281$
Sentimiento (F)	41%	35%	
Juicio (J)	59%	56%	
Percepción (P)	41%	44%	$\chi^2 = 0,0835$

Nota: Todas las comparaciones se hicieron mediante el análisis estadístico Chi-Cuadrado. Todos los porcentajes se presentan en cifras redondas. * p < 0,05

Aquí se pudieron constatar diferencias significativas en torno a Extroversión, la Introversión, la Sensación y la Intuición. Existe una preferencia muy significativa hacia la actitud introvertida y la función sensación en la muestra de pacientes depresivos con respecto a la población normal: Observamos que la Extroversión en la población normal es del 54% mientras que en la población depresiva alcanza solo el 28%, la Introversión el 46% en la población normal y el 72% en la depresiva, la Sensación el 56% en la población normal y el 78% en la depresiva y la Intuición el 44% en la población normal y el 22% en la depresiva.

El segundo objetivo de este trabajo fue estudiar las polaridades tipológicas de acuerdo a la gravedad del Trastorno Depresivo. En este caso se tomó la muestra en su totalidad ($n = 82$) de manera de incluir los pacientes sin y con depresión de acuerdo con el BDI-I. Se incluyeron sujetos cuyas puntuaciones en el BDI estaban por debajo del punto de corte establecido para calificar como depresivos: $BDI < 9$ pero que sí cumplían con el diagnóstico clínico de depresión según la entrevista clínica del DSMV-TR (2002) que fue el criterio utilizado para la selección de la muestra.

Esta muestra se dividió según el nivel de gravedad de los síntomas depresivos en dos grupos: $BDI < 19$ (no deprimidos y depresión leve) y $BDI \geq 19$ (depresión moderada y depresión mayor) y se estudiaron los indicadores preferenciales para factores individuales y las puntuaciones continuas (Pe) del MBTI ,1995 como figura en las Tablas 3 y 4.

Aquí observamos que entre los pacientes sin depresión o con depresión leve ($BDI < 19$) el 56% de los casos muestra una preferencia por la introversión y en el 67% por la Sensación, mientras que entre los pacientes con depresión moderada y severa ($BDI > 19$) el 79% prefieren la Introversión y el 86% la sensación.

Tabla 4

Puntuaciones Continuas del MBTI (Pe) para Factores individuales. Comparación de muestras de pacientes con distintos niveles de severidad en depresión (n = 82)

Preferencias Específicas	BDI < 19 (n = 39)	BDI >= 19 (n = 43)	Nivel de Significación (p)
E – I	104 ± 3,5	112 ± 2,6	0,046 *
S – N	85 ± 3,4	82 ± 2,8	0,460
T – F	98 ± 2,9	95 ± 2,5	0,421
J – P	94 ± 3,5	96 ± 2,6	0,588

Nota 1: Las medias de los grupos fueron comparadas mediante t-tests (prueba t para muestras independientes). Todos los resultados muestran la media ± SEM (error típico de la media), comparando grupos de pacientes con niveles distintos en severidad de sintomatología depresiva (TD).

Las puntuaciones continuas (Pe) en la Tabla 4 muestran que existen diferencias significativas en el nivel de introversión entre los dos grupos de pacientes. Los sujetos que evidencian niveles superiores de depresión presentan mayor preferencia por el polo Introversión en el continuum que va de la introversión a la extroversión. $BDI \geq 19$: E-I = $112 \pm 2,6$, $BDI \leq 19$: E-I = $104 \pm 3,5$.

El tercer objetivo fue estudiar las polaridades tipológicas Extroversión/Introversión y Sensación/Intuición en los diferentes patrones clínicos de la personalidad.

Para ello se estudió la distribución de la muestra ($n = 71$) según los resultados obtenidos en las escalas de patrones clínicos de la personalidad del MCMI-III ($MCMI - III \geq 75$) y las preferencias E/I y S/N según el MBTI (1995).

La Tabla 5 muestra la distribución de los pacientes con Trastorno Depresivo en función de los patrones clínicos de la Personalidad y las variables tipológicas E/I y S/N.

Dentro de éstas escalas observamos que el Patrón Clínico de Personalidad Depresiva tiene el mayor porcentaje dentro de los pacientes con

Tabla 5

Distribución de la muestra en función de los patrones clínicos de la personalidad MCMI-III ≥ 75 y de las Preferencias para Factores Individuales E/I y S/N del MBTI (n=71)

Personalidad	MCMI-III ≥ 75	Introversión	Extroversión	Sensación	Intuición
ESQUIZOIDE	36,6%	80,8%	19,2%	80,8%	19,2%
EVITATIVA	46,5%	81,8%	18,2%	81,8%	18,2%
DEPRESIVA	59,2%	76,2%	23,8%	78,6%	21,4%
DEPENDIENTE	53,5%	73,7%	26,3%	81,6%	18,4%
HISTRIONICA	5,6%	50,0%	50,0%	100%	
NARCISISTA	8,5%	66,7%	33,3%	50,0%	50,0%
ANTISOCIAL	8,5%	33,3%	66,7%	66,7%	33,3%
AGRESIVO/SADICA	5,6%	100%		75,0%	25,0%
COMPULSIVA	4,2%	100%		100%	
PASIVO/AGRESIVA	28,2%	70,0%	30,0%	70,0%	30,0%
AUTODESTRUCTIVA	45,1%	78,1%	21,9%	78,1%	21,9%
ESQUIZOTIPICA	8,5%	100%		66,7%	33,3%
BORDERLINE	18,3%	76,9%	23,1%	84,6%	15,4%
PARANOIDE	14,1%	80,0%	20,0%	90,0%	10,0%

Trastorno Depresivo (59,2%). Con respecto a la polaridad I/E, dentro de éste grupo, el 76,2% muestra preferencia por la introversión y el 23,8% por la extroversión. Con respecto a la polaridad S/N, el 78,6% muestra preferencia por la sensación y el 21,4% por la intuición.

La introversión prevalece sobre la extroversión en 12 de los 14 Patrones Clínicos de la Personalidad. Ambas polaridades aparecen representadas por igual en la escala del Patrón Clínico correspondiente a la Personalidad Histriónica. La extroversión predomina sobre la introversión solamente en la escala Antisocial.

La sensación prevalece sobre la intuición en todos los patrones clínicos de la personalidad menos en la escala correspondiente a la Personalidad Narcisista donde Sensación e Intuición aparecen con valores iguales.

El cuarto objetivo fue comparar las polaridades tipológicas entre pacientes con Trastorno Depresivo con Personalidad Depresiva y sin Personalidad Depresiva.

En la Tabla 6 se comparan las puntuaciones continuas (Pe) de los pacientes con y sin Personalidad Depresiva. No se constataron diferencias significativas entre ambos grupos.

En ambos casos los resultados muestran que se mantiene una preferencia por la introversión ($112,33 \pm 2,54$, $p = 0,266$), la sensación ($85,48 \pm 2,93$, $p = 0,408$), el pensamiento ($97,33 \pm 2,60$, $p = 0,310$) y el juicio ($93,67 \pm 2,60$, $p = 0,334$) pero no se da una diferencia significativa de ninguna de las polaridades.

Discusión

Con respecto a la distribución general de los 16 tipos propuestos por Briggs-Myers en el MBTI (1995) en la población normal y en la muestra de pacientes con Trastorno Depresivo se pudo constatar, a partir del estudio de las puntuaciones de preferencia (Pr) que el tipo ISTJ predomina tanto en la población normal (11%) como en la muestra de pacientes depresivos (24%). Cuando comparamos la distribución de los 16 tipos en la población normal con la muestra vimos que se encontraron diferencias significativas ($p = 0,005$) en la prevalencia del tipo ISTP; 3% en la población normal y 14 % en la muestra de pacientes deprimidos.

A continuación se estudiaron los Indicadores Preferenciales para Factores Individuales y se realizó la misma comparación entre los datos normativos y la muestra de pacientes depresivos y se encontraron diferencias significativas en torno a la Extroversión/Introversión y a la Sensación/Intuición. En la población normal el 54% de las personas muestra una preferencia por la Extroversión y el 46% por la Introversión mientras que en la población depresiva, solo el 28% prefiere la Extroversión y el 72% la Introversión. En cuanto a los Indicadores Preferenciales para la Sensación y la Intuición, dentro de la población normal, el 56% prefiere la Sensación y el 44% la Intuición mientras que en la población depresiva, el 78% prefiere la Sensación y solo el 22% la Intuición.

Tabla 6
Puntuaciones continuas del MBTI (PE) para factores individuales.
Comparación de muestras de pacientes con y sin personalidad depresiva
(MCMII- ≥ 75)

MBTI PREFERENCIAS ESPECÍFICAS	SIN Personalidad Depresiva $n = 29$ (41%)	CON Personalidad Depresiva $n = 42$ (59%)	P
E-I	$107,55 \pm 3,58$	$112,33 \pm 2,54$	0,266
S-N	$81,55 \pm 3,76$	$85,48 \pm 2,93$	0,408
T-F	$93,14 \pm 3,19$	$97,33 \pm 2,60$	0,310
J-P	$98,17 \pm 4,12$	$93,67 \pm 2,60$	0,334

Nota: Las medias de los grupos fueron comparadas mediante la aplicación de t-tests (prueba t para muestras independientes). Todos los resultados muestran la media \pm SEM (error típico de la media), comparando grupos de pacientes con TD con o sin personalidad depresiva.

Luego se analizaron dichos indicadores teniendo en cuenta la gravedad del trastorno depresivo. Aquí se estudiaron además de las Puntuaciones Preferenciales las Puntuaciones Continuas de las 4 dimensiones tipológicas y se vio que a medida que se agrava el Trastorno Depresivo aumenta el número de pacientes que prefieren la Introversión y Sensación sobre la Extroversión e Intuición.

Los resultados son concluyentes con respecto a la predominancia de la Introversión sobre la Extroversión y de la Sensación sobre la Intuición en todas las manifestaciones del espectro de lo depresivo y al aumento de los valores de Introversión a medida que se acentúa el Trastorno Depresivo. La primacía de la introversión sobre la extroversión tanto en los trastornos depresivos en general, en el ámbito de los trastornos depresivos de la personalidad, así como en los patrones clínicos de la personalidad, nos llevan a continuar investigando en la línea de lo que plantea E. Harding (1985), sobre la existencia de una introversión involuntaria y por lo tanto ego distónica o sintomática asociada a diferentes cuadros psicopatológicos. Ello no solo daría cuenta del carácter sintomático que adquiere la introversión en los trastornos depresivos, sino también de la activación de la actitud introvertida como función compensatoria, que obliga al individuo a encontrar un nuevo significado a su vida que guarda mayor relación con su realidad inconsciente.

Nuestra hipótesis, y a la luz de los datos obtenidos, es que la negatividad y dificultad que tiene el depresivo para visualizar un futuro esperanzador y creativo puede estar relacionada con la dimensión tipológica Sensación Introvertida como función superior y la Intuición Extravertida como función inferior.

El tipo Introvertido Sensación se caracteriza por ser personas detallistas, concretas y realistas. Se focalizan en la realidad presente la cual debido a la introversión, va a estar siempre teñida de subjetividad. Siempre estará comparando su experiencia sensorial actual con experiencias similares del pasado a través de una muy bien desarrollada y vívida memoria. Experimentan el presente a través de la comparación con experiencias pasadas, reexperimentan el pasado con muchos detalles sensoriales, se focalizan en las memorias y comparaciones que se activan por los hechos del presente. Utiliza el estímulo externo del pre-

sente para estimular una experiencia interna, un recuerdo del pasado. La experiencia del pasado inmediatamente tiñe el presente.

Esto puede tener relación con los planteos de Beck et al. (2003) acerca de la visión negativa del futuro que tienen los pacientes depresivos, con las características diagnósticas del DSM IV – TR (2002) del Trastorno Depresivo de la Personalidad, como con la descripción que hace Millon (2011) de las características propias del ámbito cognitivo de la Personalidad Depresiva.

Tanto Jung (1921,1994) como Von Franz (2006) sostienen que la función inferior, la Intuición, debido a su poco desarrollo, se presenta de forma arcaica y primitiva e influye en la vivencia que va a tener el depresivo con respecto al futuro. El futuro se presenta como amenazador y negativo. Para aquellas personas con la función Intuición poco desarrollada, es difícil que puedan tener confianza en el futuro, en lo que aún no se ha manifestado como algo tangible y real. El depresivo se encuentra sumergido en su propia interioridad y negatividad y estancado en un presente cargado de pesimismo.

A modo de reflexión podemos decir que el estilo cognitivo Sensación Introvertida presente en los Trastornos Depresivos con su polaridad Intuición Extravertida poco desarrollada, puede ser una de las características de la personalidad del Depresivo que da cuenta de la dificultad que tienen estos pacientes para proyectarse en el futuro.

Como pudimos constatar en la investigación cuanto mayor diferencias o desregulación exista entre las polaridades Sensación/Intuición y Extroversión/Intuición, mayor grado de depresión. Estos datos ayudan a corroborar la hipótesis ya planteada que cuanto mayor es la desigualdad entre ambas polaridades, mayor es el grado de depresión y viceversa. La Intuición (función encargada de traer al campo de la conciencia el mundo de posibilidades) y la Extroversión (actitud que dirige la energía hacia el mundo exterior) no estarían pues posibilitando su función de complementariedad. El depresivo se queda sumergido en un mundo propio con poco contacto con el mundo externo, su libido está introvertida con poca capacidad para nutrirse de toda posibilidad de cambio, posibilidad que viene dada por la función Intuitiva.

Cuando se estudiaron las preferencias tipológicas Extroversión/Introversión y Sensación/Intuición en los diferentes patrones clínicos de

la personalidad de los pacientes con trastorno depresivo se pudo constatar que se repite el mismo patrón que en los Trastornos Depresivos en general. Cabe destacar que estos datos discrepan -en lo que refiere a la Sensación-, con los datos obtenidos por Coolidge et al. (2001), donde la Sensación predomina sobre la Intuición solo en el Trastorno Compulsivo de la Personalidad. Esta discrepancia nos lleva a preguntarnos acerca de la incidencia que puede haber tenido las características de la muestra estudiada. En nuestro caso se utilizó una muestra de pacientes con Trastorno Depresivo y en la otra una muestra de población no clínica.

Entendemos que esto abre las puertas a nuevas investigaciones orientadas a la exploración de la tipología en los trastornos de la personalidad en pacientes sin Trastorno Depresivo y a comparar también la influencia que la sintomatología depresiva puede llegar a tener en las variables tipológicas.

Esta investigación presenta algunas limitaciones metodológicas a ser tenidas en cuenta: En primer lugar, la muestra de 71 pacientes y la forma en que fueron seleccionados no nos permite hacer una generalización de los resultados obtenidos. En segundo lugar las puntuaciones de corte utilizadas en el BDI (1979) no siguen la propuesta en el inventario de Depresión de Beck ya que se tuvieron que agrupar los pacientes en dos grupos debido al tamaño de la muestra. En tercer lugar se utiliza el MBTI-Forma G de Briggs-Myers (1995) siendo que existe una versión más reciente: MBTI – III de Myers, McCaulley, Quenk Hammer y Mitchell (2009) que evalúa no solo el Tipo Psicológico sino el desarrollo tipológico, es decir la efectividad con la cual los individuos utilizan sus preferencias, la que sería importante incorporar en estudios futuros.

Dentro de los patrones clínicos de la personalidad (MCMI-III de Millon, 2007) no se profundizó en el análisis de las variables Pensamiento/Sentimiento. Se estudiaron solamente aquellas variables tipológicas Extroversión/Introversión y Sensación/Intuición ya que resultaron ser las únicas dimensiones que mostraron diferencias significativas en el estudio de los Trastornos Depresivos. Este análisis hubiera sido importante para tener una perspectiva más global del tipo psicológico en los Patrones Clínicos de la Personalidad en la muestra de pacientes con Trastorno Depresivo.

Las congruencias encontradas con las investigaciones de Janowsky et al. (2002) sobre los Trastornos del Humor y la Tipología alientan a continuar investigando sobre la dinámica entre las polaridades Extroversión / Introversión y Sensación/Intuición en los trastornos Depresivos.

Muchas preguntas quedan sin ser respondidas en esta instancia, entre Tipología y Trastornos Depresivos, tales como: ¿a medida que disminuye el nivel de depresión disminuye también la acentuación de las polaridades? Los tipos con una tipología opuesta a la encontrada en los pacientes con trastornos depresivos, es decir los tipos Intuitivos Extrovertidos, ¿son propensos a la depresión? ¿Qué prevalencia tienen los trastornos depresivos en una muestra de pacientes con una tipología opuesta, es decir Extrovertidos Intuitivos?, En personas con una tipología opuesta al patrón prevalente encontrado en los trastornos depresivos, es decir los tipos Intuición Extrovertida, que características presenta el trastorno depresivo? ¿Cómo se distribuyen las variables tipológicas en los diferentes patrones clínicos de la personalidad en pacientes que no presentan un Trastorno Depresivo?

Referencias

- Akiskal, H., Hirschfeld, R., & Yerevanian, I. (1983) The Relationship of personality to affective disorders: critical review. *Arch Gen Psychiatry*, 40: 801-10.
- American Psychiatric Association (APA). (1995). *DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión revisada* (4^a ed., Texto rev.). Washington, DC: APA.
- Ausburn, L. & Ausburn, F. (1978). Cognitive styles: Some information and implications for instructional design. *Educational Communication and Technology*, 26, 337-354.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2003) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer, Biblioteca de Psicología.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beebe, J. (2004). Understanding consciousness through the theory of psychological types. In J. Cambray, and L. Carter (Eds.), *Analytical psychology: Contemporary perspectives in Jungian analysis* (pp. 83-115). Hove, UK: Brunner-Routledge..
- Briggs-Myers, I (1995). *MBTI: Inventario Tipológico Forma G. Manual*. Madrid: TEA Ediciones
- Briggs-Myers, I., & Myers, P. (1995). *Gifts differing*. Palo Alto: Davies Black.
- Briggs-Myers, I. (1995). *Manual MBTI Inventario Tipológico: Forma G*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.

- Coolidge F., Segal D., Hook J., Yamazaki T., & Ellett J., (2001). An Empirical Investigation of Jung's Typological Type and Personality Disorder Features, *Journal of Psychological Type*, 58: 33-36. Recuperado de <http://www.uccs.edu/Documents/dsegal/An-empirical-investigation-Jungs-types-and-PD-features-JPT-2.pdf>
- Cowan, D. (1989). An Alternative to Dichotomous Interpretation of Jung's Psychological Functions: Developing More Sensitive Measurement Technology. *Journal of Personality Assessment*, 53: 458 – 471.
- Giannini, J. (2004). *Compass of the Soul: Archetypal Guides to a Fuller Life*. Gainesville: Center for Applications of Psychological Type, Inc.
- Harding, E. (1985). *The Value and Meaning of Depression*, Analytical Psychology Club of New York: USA.
- Janowsky, D. S., Hong, E., Morter, S., & Howe L. (2002). Myers Briggs Type Indicator Personality Profiles in unipolar depressed patients. *World J Biol Psychiatry*, 3, 4, 207-215. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12516312>
- Jung C. (1974). *Los Complejos y el Inconsciente*. España: Alianza Editorial.
- Jung, C. (1921). *Psychological types*. The collected works of C. G. Jung, Vol. 6 Bollingen: Series XX.
- Jung, C. (1928). *Two Essays on Analytical Psychology*. London: Routledge.
- Jung, C. (1994). *Tipos Psicológicos*. Barcelona: Edhasa.
- Jung, C. (2004). *Sobre la energía psíquica Obra Completa*. España: Ed. Trotta.
- Klein, D., & Vocisano, C. (1999). *Depressive and Self-defeating Personality Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Meier, C. (1995). *Personality, the individuation Process in the Light of Jung's Typology*. Einsiedeln: Switzerland.
- Messick, S. (1976). Personality consistencies in cognition and creativity. In S. Messick (Ed.), *Individuality in learning* (pp. 4–23). San Francisco: Jossey-Bass
- Millon, T. (2007). *Inventario Clínico y Multiaxial de Millon-III*. Manual. Madrid: TEA-Ediciones.
- Millon, T. (2011). *Disorders of Personality, Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal*. New Jersey: Jonh Wiley & Sons.
- Myers, I., & McCaulley, M. (1985). *A Guide to the Development and Use of the Myers Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Myers, I., McCaulley, M., Quenk, N., Hammer, A., & Mitchell, W. (2009). *MBTI Step III manual: Exploring personality development using the Myers-Briggs Type Indicator instrument*. Mountain View CA: CPP, Inc.
- Saiz, E. (2008). Investigando Patrones Arquetípicos en la Organización del Espectro Depresivo. (Tesis de Maestría). Universidad Católica del Uruguay.
- Saiz, M. (2006). Trastornos Depresivos. En Saiz, M., *Psicopatología Psicodinámica Simbólico-Arquetípica: Una perspectiva Junguiana de Integración en Psicopatología y Clínica Analítica*. Vol 1, Montevideo, Prensa Médica Latinoamericana.
- Steinberg J. (1989). Depression: A Discussion of Jung's Ideas. *Journal of Analytical Psychology*, 34, 4, 339-352.
- Von Franz, M., & Hillman, J. (2006). *Lectures on Jung's Typology*. New Orleans: Spring Publications.

Para citar este artículo:

Amezaga, P., & Saiz, M. (2015). Tipos psicológicos y trastornos depresivos. *Ciencias Psicológicas* 9(2): 141 - 152

Recibido: 02/2015

Revisado: 05/2015

Aceptado: 08/2015