



Revista Latinoamericana de Psicología

www.elsevier.es/rlp



ORIGINAL

Estilos de personalidad dependiente y autocrítico: desempeño cognitivo y sintomatología depresiva



Eugenio Rodríguez^a, Juan Cristobal Ruiz^a, Camila Valdés^a, Mahaira Reinel^a, Marcela Díaz^b, Jorge Flores^a, Carla Crempien^a, Caroline Leighton^c, Alberto Botto^c, Claudio Martínez^d y Alemka Tomicic^{d,*}

^a Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^c Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^d Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

Recibido el 24 de octubre de 2014; aceptado el 30 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 11 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Depresión;
Dependencia;
Autocrítica;
Desempeño cognitivo

KEYWORDS

Depression;
Dependency;
Self-criticism;
Cognitive performance

Resumen El presente estudio explora la relación entre las dimensiones de personalidad dependiente y autocrítica, con los déficits emocionales, cognitivos y sociales asociados a la sintomatología depresiva. La muestra del estudio la conformaron 91 estudiantes universitarios pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica de Chile y a la Universidad de Chile, con edades comprendidas entre los 18 y 24 años. Para explorar el estado emocional de los participantes se utilizaron los test Inventario de Depresión de Beck (BDI) y *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ). Con el fin de evaluar el desempeño cognitivo, se utilizaron: una tarea tipo Stroop y la prueba de Tiempo de Reacción Serial (SSRT), y para evaluar el nivel de mentalización, la tarea de reconocimiento facial *Reading the Mind in the Eyes Task* (RMET) de Baron-Cohen. Se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones dependencia y autocrítica, la sintomatología depresiva y el desempeño cognitivo de los participantes.

© 2016 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Dependent and self-critical personality styles: Cognitive performance and depressive symptomatology

Abstract This study examines the relationship between the dependent and self-criticism dimensions of personality with emotional, cognitive and social deficits associated with depressive symptoms. The sample included 91 college students, aged 18 to 24, from Pontificia Universidad Católica de Chile and Universidad de Chile. The Beck Depression Inventory (BDI)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alemka.tomicic@mail.udp.cl (A. Tomicic).

and the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) tests were used in order to explore the emotional state of the participants. A Stroop task and a Serial Reaction Time (SSRT) test were used in order to assess cognitive performance. In turn, the Reading the Mind in the Eyes Task (RMET) face recognition task, by Baron-Cohen, was used to assess the mentalising capacity. Significant correlations were found between dependency and self-criticism dimensions, depressive symptoms and cognitive performance of the participants.

© 2016 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La depresión es un cuadro psiquiátrico con una alta prevalencia, que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo (World Health Organization, 2003). A nivel mundial, la presencia de sintomatología depresiva fluctúa entre un 8 y un 12% de la población (Kessler et al., 2003). En Chile, según los datos del Ministerio de Salud, la depresión mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres mayores de 15 años y es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres (Ministerio de Salud, 2010).

La depresión es un cuadro complejo debido a que, de forma adicional a la esfera afectiva, compromete también el funcionamiento cognitivo y social de quienes lo padecen (Jaeger, Berns, Uzelac, & Davis-Conway, 2006). El deterioro cognitivo ha sido ampliamente evidenciado en pacientes con depresión mayor (Hammar & Ardal, 2009; Lee, Hermens, Porter, & Redoblado-Hodge, 2012; Papazacharias & Nardini, 2012) y en la fase eutímica del trastorno bipolar (Khalil, Eissa, Hassan, Aziz, & Kassem, 2013).

Una de las dificultades cognitivas encontradas en pacientes con el diagnóstico de depresión es un déficit en el control ejecutivo (Clery-Melin et al., 2011). El control ejecutivo regula el procesamiento de información y la selección de respuestas en situaciones en las que los mecanismos de rutina no están disponibles o son inadecuados para realizar la tarea (Markela-Lerenc, Kaiser, Fiedler, Weisbrod, & Mundt, 2006).

La interferencia perceptual es comúnmente utilizada para evaluar la capacidad de las personas de seleccionar una nueva respuesta por sobre la que elegirían habitualmente (Floden, Vallesi, & Stuss, 2011) y ha sido propuesta como parte del control ejecutivo. La habilidad para inhibir la respuesta habitual estaría disminuida en pacientes con el diagnóstico de depresión (Epp, Dobson, Dozois, & Frewen, 2012).

También se ha encontrado en pacientes con depresión un sesgo negativo en la capacidad para la identificación de emociones (Eizenman et al., 2003; Siegle, Granholm, Ingram, & Matt, 2001; Watters & Williams, 2011). La teoría de la mente se refiere a la habilidad de entender y predecir el comportamiento social de los otros, al reconocer sus estados mentales y otorgarles un significado (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). Durante los últimos años este concepto se ha utilizado para entender las interacciones sociales y su mal funcionamiento. Es posible que el deterioro del funcionamiento social en los pacientes con depresión se deba a una disfunción de la teoría de la mente (Wang, Wang, Chen, Zhu, & Wang, 2008). Algunos

estudios muestran que personas con depresión tienen dificultades en el razonamiento acerca de los estados mentales de otras personas y en la integración de la información contextual (Wolkenstein, Schönenberg, Schirm, & Hautzinger, 2011).

Otras de las tareas en las que los pacientes con depresión han presentado un menor rendimiento es en el aprendizaje implícito (Naismith, Hickie, Ward, Scott, & Little, 2006). El paradigma del aprendizaje implícito puede utilizarse para evaluar la capacidad del cerebro de aprender secuencias relacionadas con eventos sin conciencia de la intención del sujeto de hacerlo. Sin embargo, un estudio encontró una deficiencia en el aprendizaje implícito solo en pacientes con síntomas melancólicos y no en pacientes deprimidos sin melancolía (Exner, Lange, & Irle, 2009). Esto podría indicar que la sintomatología depresiva por sí sola no es capaz de explicar el rendimiento en esta prueba.

Por otro lado, se ha encontrado que la personalidad es otro aspecto que afecta al cómo se experimenta la depresión. La cualidad de la experiencia depresiva puede variar de acuerdo con ciertos rasgos de personalidad premórbidos, de los que se desprenden estilos depresivos que requerirían de estrategias terapéuticas con focos diferenciales (Luyten et al., 2007). Blatt (2004) y colaboradores (Blatt, d'Afflitti, & Quinlan, 1976) elaboraron un modelo teórico que considera el rol de dos dimensiones en la experiencia depresiva: dependencia y autocrítica. Estas dimensiones permiten comprender el inicio, el curso y la presentación clínica diferencial de la depresión, y cuentan con una vasta evidencia empírica (Adams, Abela, Auerbach, & Skitch, 2009; Campos, Besser, & Blatt, 2010).

La dependencia se refiere a una dimensión de la personalidad caracterizada por una fuerte necesidad de ser amado y cuidado, presentando un gran temor a la pérdida, al abandono y una tendencia a buscar ayuda y apoyo de otros, especialmente cuando los sujetos se ven enfrentados a estrés, mientras que la autocrítica implica un fuerte énfasis en el control, la autodefinición, la autonomía, junto con el miedo a la reprobación y a la pérdida de control. Tanto la dependencia como la autocrítica se han asociado con la presencia, intensidad y especificidad de la depresión (Luyten et al., 2007).

El presente estudio tiene por objetivo evaluar la relación entre la respuesta a una batería cognitiva y los niveles de sintomatología depresiva, junto con las dimensiones de la personalidad de autocrítica y dependencia propuestas por Blatt (1976, 2004). La hipótesis principal es que menores niveles de sintomatología depresiva están asociados a un

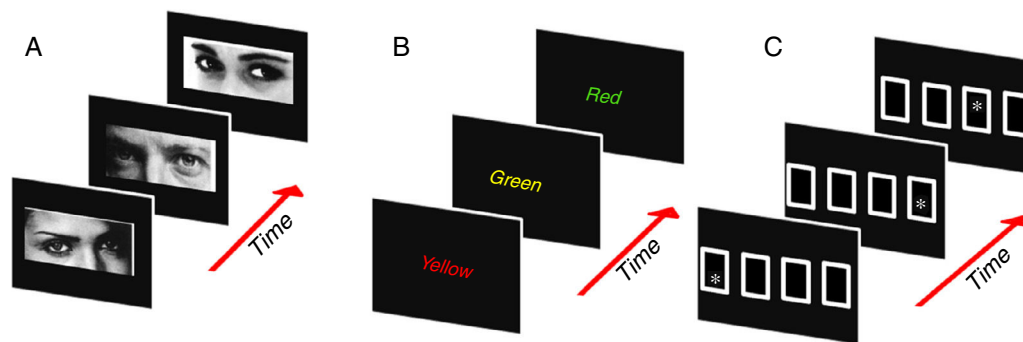


Figura 1 Esquema de las pruebas cognitivo-emocionales utilizadas: A) corresponde a la tarea de reconocimiento facial Leyendo la mente en los ojos de Baron-Cohen (RMET), B) es la tarea tipo Stroop, y C) representa la tarea de tiempo de reacción serial (SSRT).

mejor desempeño en las tareas cognitivas. Sin embargo, también se busca explorar posibles asociaciones entre el desempeño cognitivo y los aspectos de la personalidad ligados a distintos modos de experiencia depresiva: dependencia y autocrítica.

Método

Participantes

La muestra fue constituida por 91 participantes (28 hombres y 49 mujeres), estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chile, cuyo promedio de edad fue de 20.6 años, con un rango entre 18 y 24 años. Con respecto a la clasificación según los niveles de sintomatología depresiva, medidos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), 53 participantes se encontraron en la categoría mínima, 19 presentaron sintomatología leve y 6 moderada. Ningún participante presentó sintomatología severa.

Los criterios de exclusión definidos fueron: sujetos que presentaran alteraciones físicas no corregidas que pudieran tener algún efecto en el desempeño de las tareas del experimento (e.g., discapacidad visual, motora, etc.) y haber consumido alcohol, drogas y/o psicofármacos que pudieran deteriorar su concentración en las últimas 48 horas (excepto antidepresivos y estabilizadores del ánimo). De los 91 participantes, 14 fueron excluidos de los análisis por reportar consumo de alcohol 48 horas previas al experimento, así se incluyeron finalmente 77 participantes.

Instrumentos

Se aplicaron tres tareas cognitivo-sociales que se resumen a continuación (fig. 1):

1. *Reading the Mind in the Eyes Task* (RMET) (Baron-Cohen et al., 2001). Es un test de cognición social y mide cuán bien un sujeto puede reconocer los estados mentales de otra persona. En este test se presenta una serie de 36 fotografías de la región de los ojos, de rostros con distintas expresiones que reflejan emociones complejas. El participante debe escoger, de entre cuatro palabras, la opción que mejor represente el estado que expresan los ojos de la fotografía.

2. *Stroop Colour Word Test Task*. Es una tarea tipo Stroop (Stroop, 1935) para medir el control ejecutivo de interferencia. El test consiste en mostrar nombres de colores impresos en tintas de colores incongruentes. Se registra el tiempo necesario para deshacerse de la información irrelevante pero destacada (leer el nombre del color) a favor de un aspecto menos obvio (nombrar el color de la tinta). Implica la inhibición de la respuesta dominante, lo cual involucra procesamiento que requiere esfuerzo (Besner & Stolz, 1999).
3. Prueba de Tiempo de Reacción Serial (SSRT) (Nissen & Bullemer, 1987). La tarea consiste en presentar una clave (asterisco) que aparece en una de cuatro posiciones de una barra de cuadrados horizontales en la pantalla del ordenador. El participante recibe la instrucción de presionar la tecla que corresponde a la posición del asterisco lo más rápido posible utilizando los dedos índices medios de ambas manos. La prueba incluye una secuencia programada de 320 ensayos, de los cuales existe una secuencia que se repite aleatoriamente cuatro veces. Se calcula el promedio del tiempo de reacción para cada secuencia. Se asume aprendizaje implícito cuando el tiempo de reacción mejora a lo largo de los bloques secuenciados comparados con los bloques azarosos. El resto de los estímulos han sido previamente aleatorizados para no interferir con la secuencia de aprendizaje implícito (Naismith et al., 2006).

Los cuestionarios para evaluar el nivel de sintomatología depresiva y las dimensiones autocrítica y dependiente de la personalidad fueron seleccionados con el criterio de que han sido utilizados en distintos estudios en Chile, para evaluar estas variables:

1. *Beck Depression Inventory* (BDI-I) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Está compuesto por 21 ítems que corresponden a síntomas depresivos. Cada ítem presenta cuatro afirmaciones de las cuales el sujeto debe elegir la alternativa que mejor represente su estado durante la última semana. Un mayor puntaje significa una mayor sintomatología depresiva. Se utilizó el modelo de corrección de puntajes propuesto por Beck. Esta escala presentó una alta confiabilidad, reflejada en un alfa de Cronbach = 0.83.
2. *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ) desarrollado por Blatt et al. (1976). Mide tres dimensiones de

la personalidad: (a) dependencia, (b) autocrítica y (c) eficacia. Según la manera en que se combinen estos factores, se pueden diferenciar cuatro tipos de experiencia depresiva: (a) anaclítica (alta dependencia, baja autocrítica y baja eficacia); (b) introyectiva (alta autocrítica, baja dependencia y baja eficacia); (c) mixta (alta dependencia, alta autocrítica y baja eficacia, y (d) ausencia de depresión (alta eficacia, baja dependencia y baja autocrítica). El cuestionario se compone de 66 ítems que describen características y rasgos personales. Se presentan en formato de escala Likert que va de *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo* (1 a 7). El cálculo de las subescalas incluye todos los ítems, y lo que cambia entre las escalas es el peso que recibe cada ítem. Debido a esto se calculó la confiabilidad de la escala en su totalidad, mediante el alfa de Cronbach. Este cuestionario presentó una alta confiabilidad ($\alpha = 0.89$).

Procedimientos

Los participantes fueron contactados a través de correo electrónico y voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación a cambio de una compensación monetaria equivalente a US\$10. Durante la primera parte de la sesión se les pidió a los sujetos leer el consentimiento informado y firmarlo si decidían participar. Posteriormente, se les pidió que llenaran una ficha de antecedentes médicos y psicológicos. Durante la segunda parte de la sesión los participantes debían completar las 3 tareas cognitivas computarizadas (RMET, Stroop y SSRT) y luego una batería de cuestionarios para medir la sintomatología depresiva y los estilos de personalidad asociados a la experiencia depresiva (BDI, DEQ). Todas las pruebas e inventarios fueron programados computacionalmente en el software E-Prime 2.0 (Psychology Software Tools, <http://www.pstnet.com/>). El experimento fue aprobado por el comité de ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Análisis de datos

Con el fin de evaluar la asociación entre los puntajes del BDI y los de las distintas escalas del DEQ con los resultados de las tareas de Stroop y RMET, se realizó una matriz de correlaciones de Pearson, considerando el tiempo de reacción y la precisión en las tareas.

Para la prueba de aprendizaje implícito (SSRT) se realizó un ANOVA mixto considerando el tiempo de reacción en las distintas secuencias de aprendizaje. Esto fue así ya que en esta prueba, más que una correlación del tiempo de reacción en un momento específico, lo importante es ver si el tiempo de reacción disminuye al aumentar las veces que se ha repetido la secuencia, con las secuencias de aprendizaje como factor intrasujeto y el nivel de sintomatología depresiva como factor intersujeto. Para dicho ANOVA, se utilizó una corrección de Greenhouse-Geisser, dado que los grupos eran desiguales en el número de sujetos. Todos estos análisis fueron realizados mediante el programa estadístico R (v 3.0.1) de *R Foundation for Statistical Computing* (2014).

Resultados

En la [tabla 1](#) se observa un resumen de los resultados obtenidos en las pruebas cognitivas. Se presentan los resultados totales y los separados por nivel de sintomatología depresiva de los participantes.

En la [tabla 2](#) se presenta la matriz de correlaciones entre las pruebas aplicadas (Stroop, RMET, SSRT), los modos de experimentar la depresión (DEQ) y la sintomatología depresiva (BDI).

Sintomatología depresiva y resultados en las tareas cognitivas

Al revisar la matriz de correlaciones entre las variables estudiadas ([tabla 2](#)), es posible observar una asociación negativa entre baja y media, según los criterios de Cohen, entre el

Tabla 1 Datos demográficos, clínicos y comportamentales (promedios y DE) de los participantes incluidos en el estudio

	Categoría BDI			
	Sintomatología mínima	Sintomatología leve	Sintomatología moderada	Total
<i>n</i>	52	19	6	
<i>Edad</i>	20.33 (1.40)	20.84 (1.38)	21.83 (1.83)	20.57 (1.47)
<i>Mujeres (%)</i>	69	53	50	63
<i>Prueba de reconocimiento facial</i>				
Aciertos	26.04 (2.60)	25.16 (2.36)	25.00 (3.29)	25.74 (2.60)
Tiempo de reacción	7,722 (2,565)	8,229 (2,356)	8,292 (1,352)	7,891 (2,431)
<i>Stroop</i>				
Aciertos	24.02 (2.87)	22.05 (5.88)	21.50 (6.38)	23.34 (4.17)
Tiempo de reacción	1,118 (352)	1,083 (251)	1,403 (704)	1,131 (371)
<i>Prueba de tiempo de reacción serial (tiempo de reacción)</i>				
Bloque 1	491.93 (82.52)	475.69 (88.74)	470.19 (65.88)	486.23 (82.41)
Bloque 2	456.73 (71.94)	447.73 (81.26)	450.35 (62.24)	454.01 (72.85)
Bloque 3	464.20 (78.78)	447.37 (74.07)	456.94 (85.00)	459.48 (77.41)
Bloque 4	459.99 (78.60)	458.57 (91.19)	485.66 (92.59)	461.64 (82.03)

Tabla 2 Matriz de correlaciones entre las variables de sintomatología depresiva, las dimensiones de personalidad (dependencia y autocrítica), la prueba de Stroop y la tarea de reconocimiento facial (RMET)

	Escala dependencia (DEQ)	Escala autocrítica (DEQ)	Escala eficacia (DEQ)	Stroop (aciertos)	Stroop (tiempo de reacción)	Tarea de reconocimiento facial (aciertos)	Tarea de reconocimiento facial (tiempo de reacción)
BDI	0.23*	0.62**	-0.04	-0.24*	0.21	-0.15	0.10
Escala dependencia (DEQ)		-0.01	0.15	-0.21	0.29**	0.02	0.06
Escala autocrítica (DEQ)			0.01	-0.10	0.12	-0.32**	0.08
Escala eficacia (DEQ)				-0.31**	0.05	-0.28*	-0.02
Stroop (aciertos)					-0.29**	0.22	-0.13
Stroop (tiempo de reacción)						-0.21	0.15
Tarea de reconocimiento facial (aciertos)							-0.00
Tarea de reconocimiento facial (tiempo de reacción)							

* $p < .05$.** $p < .01$.

puntaje obtenido en el BDI y el número de aciertos en la prueba de Stroop ($r = -0.236$, $p = .040$). De esto se desprende que en la medida que aumenta el nivel de sintomatología depresiva, disminuye la precisión en dicha prueba. Por su parte, no se encuentran asociaciones entre la sintomatología depresiva y los resultados en la prueba de reconocimiento facial (RMET).

Al comparar los tiempos de reacción de los participantes en las distintas secuencias de aprendizaje implícito de la prueba, separando a los sujetos según su puntaje en BDI, no se encontró interacción entre ambos factores ($F [6, 216] = 0.846$; $p = .5$, corregido mediante Greenhouse-Geisser). Por tanto, no se observa evidencia para pensar que el patrón de tiempos de reacción durante el experimento se altera por el nivel de sintomatología depresiva.

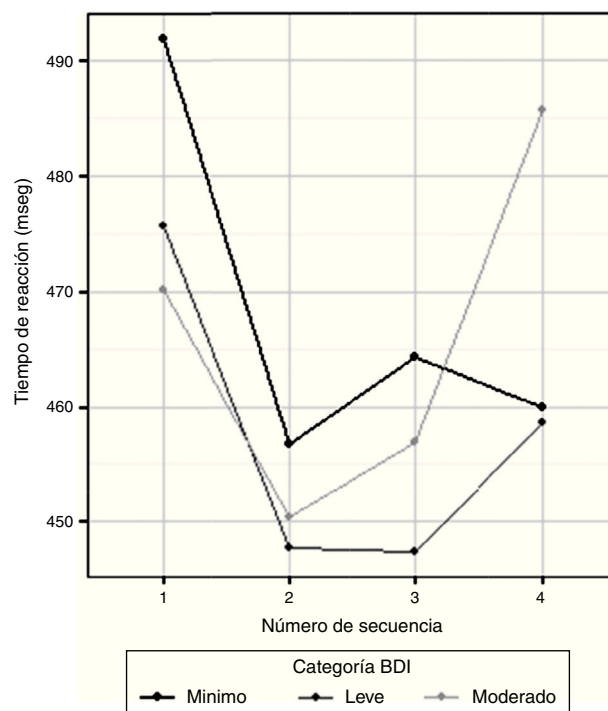
Tomando en cuenta el efecto principal de la secuencia de aprendizaje implícito, se observan diferencias, siendo la primera secuencia más lenta que las siguientes ($F [3, 216] = 5.3$; $p < .01$, utilizando la corrección de Greenhouse-Geisser). Los cambios en los tiempos de reacción en las distintas secuencias se pueden observar en la [figura 2](#).

Dimensiones de la personalidad en la experiencia depresiva y el desempeño en las tareas cognitivas

Al analizar la relación entre el puntaje en la escala de dependencia del DEQ y el desempeño en las tareas cognitivas, se encontró que existía una asociación positiva de dicha escala con el tiempo de reacción en la prueba de Stroop, es decir, a medida que la persona posee mayores niveles de dependencia, aumenta el tiempo que toma en responder a la prueba. Se encontró también una tendencia a la asociación entre el nivel de aciertos en la prueba de Stroop y la escala de dependencia ($r = -0.206$, $p = .07$), aunque esta relación no es significativa; no se observó asociación entre el nivel de dependencia y el desempeño en la prueba de reconocimiento facial (RMET).

En el caso de la escala de autocrítica del DEQ, se encontró una asociación negativa de magnitud media con el número de aciertos en la prueba RMET ($r = -0.322$, $p = .04$). Esto implica que a mayores niveles de autocrítica del participante, menor cantidad de respuestas correctas presenta en esta prueba. La escala de autocrítica no presentó ningún tipo de relación con la prueba de Stroop.

Finalmente, la escala de eficacia del DEQ presentó una asociación negativa de magnitud media con el número de aciertos, tanto en la prueba de Stroop ($r = -0.309$, $p = .006$)

**Figura 2** Cambios de tiempos de reacción en la prueba de aprendizaje implícito.

como en la RMET ($r = -0.276, p = .015$). Esto indica que para ambas pruebas los participantes presentaron menor número de respuestas correctas a medida que aumentaba su percepción de eficacia.

Conclusión y discusión

El objetivo de este estudio era, por un lado, evaluar la relación entre las respuestas a una batería de tareas cognitivas y los niveles de sintomatología depresiva y, por otro lado, la relación entre las respuestas a dichas tareas y las dimensiones de la personalidad de autocrítica y dependencia, que han sido asociadas a distintas cualidades de la experiencia depresiva.

En relación con la sintomatología depresiva, se encontró una asociación negativa entre la severidad de esta y el nivel de aciertos en la tarea de Stroop, es decir, a mayor sintomatología depresiva, menor precisión del control ejecutivo de interferencia, lo que concuerda con los hallazgos de diversos estudios anteriores (Markela-Lerenc et al., 2006).

Para analizar los resultados de la prueba de aprendizaje implícito, se realizó un ANOVA de medidas repetidas, evaluando si había diferencia en el tiempo de reacción a esta prueba entre los grupos de sintomatología que se encontraban y las diferentes medidas. No se encontraron diferencias significativas de esta manera. Estos resultados se contradicen con los resultados de estudios anteriores (Naismith et al., 2006), lo que podría tener relación con la baja variabilidad de la sintomatología depresiva en la muestra estudiada, en la que solo 6 de los participantes presentaban sintomatología moderada y ninguno sintomatología severa. Es importante notar, de todas formas, que aunque no se hayan encontrado diferencias significativas, al observar el gráfico parece haber una tendencia en el grupo de mayor sintomatología a un entrecimiento de la respuesta hacia el final de la prueba.

Por otro lado, un estudio reciente encontró que la asociación entre la sintomatología depresiva y el aprendizaje implícito solo se observaba en pacientes con síntomas melancólicos y no en pacientes sin este tipo de síntomas (Exner et al., 2009). Este antecedente es interesante, pues está en la línea de que ciertos aspectos o cualidades específicas de la experiencia depresiva podrían presentar relación con el aprendizaje implícito.

En este sentido, nuestro estudio también encontró una asociación entre la respuesta en la prueba de Stroop con dos dimensiones de la personalidad asociadas a la experiencia depresiva: dependencia y eficacia. Existen muy pocos estudios que hayan evaluado una posible asociación entre los resultados de esta prueba y aspectos de la personalidad. Uno de ellos evaluó el nivel de actividad en las cortezas prefrontales derecha e izquierda, durante la prueba de Stroop, y el modelo de personalidad de los cinco factores. En él se encontró una asociación entre la actividad cerebral en la corteza prefrontal derecha durante la prueba y el nivel de agradabilidad. La agradabilidad en este modelo se observa en la preocupación desinteresada por otros y en los sentimientos de confianza y generosidad. Es interesante saber que este rasgo de la personalidad se ha asociado con el trastorno de personalidad dependiente (Ikeda, Ikeda, Shiozaki, & Hirayasu, 2014). Por otro lado, múltiples estudios han

relacionado deficiencias en la prueba de Stroop con distintos tipos de trastornos de la personalidad (LeGrís & van Reekum, 2006; Aydin, Koybasi, Sert, Mete, & Oyekcin, 2014). Parece ser, entonces, que ciertos aspectos de la personalidad, en específico la dependencia, están de alguna manera relacionados con el control inhibitorio. Futuros estudios con muestras más diversas clínicamente podrían contrastar estos resultados.

En el caso de la prueba RMET, que mide la capacidad de reconocer estados mentales, no se encontró una asociación con la sintomatología depresiva, lo que difiere de lo observado en estudios anteriores, en los que la capacidad de mentalización se ha visto relacionada con la sintomatología depresiva (Wolkenstein et al., 2011). Sin embargo, sí se encontró una asociación significativa con las escalas de autocrítica y eficacia. Dicha asociación fue negativa, de manera que a mayor autocrítica, menor capacidad de reconocer estados mentales. Lo mismo se encontró en el caso de la eficacia. Dado que sí se encontró una relación con estas dimensiones de la personalidad asociadas a la experiencia depresiva, podría ser que personas con distintos tipos de experiencia depresiva presenten distinto nivel de alteración de la capacidad de mentalización. Esto, junto con una muestra con baja variabilidad en el nivel de sintomatología, podría explicar los resultados obtenidos. Más estudios serían necesarios para probar dicha hipótesis.

Es posible plantear, entonces, que la batería de pruebas cognitivas implementada en esta investigación puede ser un aporte a la comprensión de la relación entre el rendimiento en tareas cognitivas, la sintomatología depresiva y los aspectos de la personalidad asociados a la experiencia depresiva. Esto es debido a que constituye una batería sensible, automatizada y fácil de aplicar que entrega indicadores objetivos de la perturbación cognitiva.

Una limitación de este estudio es que la muestra utilizada corresponde a una población muy homogénea, al ser todos los participantes estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. Queda por delante, entonces, ampliar la muestra no solo hacia una población clínica en la que se puedan observar niveles más altos de sintomatología depresiva y sus distintas experiencias, sino también hacia participantes con características sociodemográficas diversas. Se espera que al aplicar esta batería a una muestra clínica se pueda, no solo replicar las asociaciones aquí encontradas, sino también encontrar significación estadística en ciertas tendencias observadas.

Un aporte de este estudio es incorporar variables de personalidad que han sido asociadas con distintos modos de experimentar la depresión y explorar su relación con el desempeño en las tareas cognitivas, ya que sabemos que la cualidad de la experiencia depresiva puede variar en función de ciertos aspectos de la personalidad y originar estilos depresivos que requerirían de estrategias terapéuticas específicas (Luyten et al., 2007), habiéndose estudiado poco la relación entre estos aspectos y el desempeño cognitivo de los pacientes depresivos.

Financiación

Este estudio contó con el apoyo del fondo para Innovación y la Competitividad del Ministerio de Economía, Fomento y

Turismo de Chile, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) N.º IS130005.

Referencias

- Adams, P., Abela, J. R., Auerbach, R. & Skitch, S. (2009). Self-criticism, dependency, and stress reactivity: An experience sampling approach to testing Blatt and Zuroff's (1992) theory of personality predispositions to depression in high-risk youth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(11), 1440–1451. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167209343811>
- Aydin, P. C., Koybasi, G. P., Sert, E., Mete, L. & Oyekcin, D. G. (2014). Executive functions and memory in autogenous and reactive subtype of obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 904–911. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.005>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The Reading the mind in the eyes test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Besner, D. & Stolz, J. A. (1999). Unconsciously controlled processing: The Stroop effect reconsidered. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't Retracted Publication]. *Psychonomic Bulletin & Review*, 6(3), 449–455. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03210834>
- Blatt, S. (2004). *Experiences of depression. Theoretical, clinical and research perspectives* (1st ed.). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Blatt, S., d'Afflitti, J. & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383–389. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.85.4.383>
- Campos, R. C., Besser, A. & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1149–1157. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20763>
- Clery-Melin, M. L., Schmidt, L., Lafargue, G., Baup, N., Fossati, P. & Pessiglione, M. (2011). Why don't you try harder? An investigation of effort production in major depression. *PLoS One*, 6(8), e23178. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0023178>
- Eizenman, M., Yu, L. H., Grupp, L., Eizenman, E., Ellenbogen, M., Gemar, M., et al. (2003). A naturalistic visual scanning approach to assess selective attention in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 118(2), 117–128. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00068-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00068-4)
- Epp, A. M., Dobson, K. S., Dozois, D. J. & Frewen, P. A. (2012). A systematic meta-analysis of the Stroop task in depression. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 316–328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.005>
- Exner, C., Lange, C. & Irle, E. (2009). Impaired implicit learning and reduced pre-supplementary motor cortex size in early-onset major depression with melancholic features. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 156–162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.015>
- Floden, D., Vallesi, A. & Stuss, D. T. (2011). Task context and frontal lobe activation in the Stroop task. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(4), 867–879. <http://dx.doi.org/10.1162/jocn.2010.21492>
- Hammar, A. & Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression — a summary. *Frontiers in Human Neurosciences*, 3, 26. <http://dx.doi.org/10.3389/neuro.09.026.2009>
- Ikeda, H., Ikeda, E., Shiozaki, K. & Hirayasu, Y. (2014). Association of the five-factor personality model with prefrontal activation during frontal lobe task performance using two-channel near-infrared spectroscopy. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 68(10), 752–758. <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12190>
- Jaeger, J., Berns, S., Uzelac, S. & Davis-Conway, S. (2006). Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 145(1), 39–48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.011>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Khalil, A. H., Eissa, A. M., Hassan, G. A., Aziz, K. A. & Kassem, T. (2013). Profile of cognitive impairment in euthymic bipolar I patients: Relation to clinical characteristics. *Middle East Current Psychiatry*, 20(1), 22–29. <http://dx.doi.org/10.1097/01.XME.0000422807.09000.bd>
- Lee, R. S., Hermens, D. F., Porter, M. A. & Redoblado-Hodge, M. A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 113–124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.023>
- LeGris, J. & van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 131–142.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., de Grave, C., et al. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24(8), 586–596. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20272>
- Markela-Lerenc, J., Kaiser, S., Fiedler, P., Weisbrod, M. & Mundt, C. (2006). Stroop performance in depressive patients: A preliminary report. *Journal of Affective Disorders*, 94(1), 261–267. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.011>
- Ministerio de Salud. (2010). Encuesta nacional de salud 2009-2010. Santiago, Chile [consultado 22 Oct 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Naismith, S. L., Hickie, I. B., Ward, P. B., Scott, E. & Little, C. (2006). Impaired implicit sequence learning in depression: A probe for frontostriatal dysfunction. *Psychological Medicine*, 36(3), 313–323. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006835>
- Nissen, M. & Bullemer, P. (1987). Attentional requirements of learning: Evidence from performance measures. *Cognitive Psychology*, 19(1), 1–32. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285\(87\)90002-8](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285(87)90002-8)
- Papazacharias, A. & Nardini, M. (2012). The relationship between depression and cognitive deficits. *Psychiatria Danubina*, 24(Suppl. 1), S179–S182.
- R Core Team. (2014). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing [consultado 22 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.R-project.org/>
- Siegle, G. J., Granholm, E., Ingram, R. E. & Matt, G. E. (2001). Pupillary and reaction time measures of sustained processing of negative information in depression. *Biological Psychiatry*, 49(7), 624–636. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)01024-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(00)01024-6)
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662. <http://dx.doi.org/10.1037/h0054651>
- Wang, Y. G., Wang, Y. Q., Chen, S. L., Zhu, C. Y. & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research*, 161(2), 153–161. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.018>

Watters, A. J. & Williams, L. M. (2011). Negative biases and risk for depression; integrating self-report and emotion task markers. *Depression and Anxiety*, 28(8), 703–718. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20854>

Wolkenstein, L., Schönenberg, M., Schirm, E. & Hautzinger, M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it:

Impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders*, 132, 104–111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.010>

World Health Organization. (2003). Investing in mental health. Ginebra, Suiza [consultado 22 Oct 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf