

DIMENSIONES DE LA EXPERIENCIA DEPRESIVA Y FUNCIONAMIENTO ESTRUCTURAL: ¿QUÉ HAY EN LA BASE DE LA HETEROGENEIDAD DE LA DEPRESIÓN?

DEPRESSIVE EXPERIENCE DIMENSIONS AND STRUCTURAL PERFORMANCE: WHAT'S AT THE BASIS OF DEPRESSION HETEROGENEITY?

Paula Dagnino^{*,**,***}, Elyna Gómez-Barris^{**},
Ana María Gallardo^{***}, Camila Valdes^{*}
y Guillermo de la Parra^{**}

Resumen

La depresión es un cuadro clínico de alta prevalencia en el mundo y de difícil abordaje por su heterogeneidad. Este estudio exploró las asociaciones entre dimensiones autocríticas y dependientes de la experiencia depresiva y funciones estructurales en 43 pacientes chilenos con sintomatología depresiva. Los pacientes mostraron un estilo dependiente o autocrítico. A mayor sintomatología depresiva peor el funcionamiento estructural. La autocrítica fue la dimensión que más se relacionó con bajo funcionamiento estructural y la vulnerabilidad en la función de autorregulación fue predictora de sintomatología depresiva, mostrando un efecto mayor en altos niveles de autocrítica. Los resultados aportan en la línea de considerar la heterogeneidad en la base de la depresión y la importancia de diseñar estrategias terapéuticas diferenciadas.

Palabras clave: Depresión, dependencia y autocrítica, estructura, vulnerabilidades estructurales.

Abstract

Depression has a high prevalence worldwide and has a difficult approach because it is a heterogeneous syndrome. This study explored the associations between self-criticism and dependency dimensions of depressive experience and structural functions in 43 Chilean patients with depressive symptomatology. Patients showed either self-criticism or dependency style. Results showed that the highest the symptomatology, the worst structural functioning. Self-criticism showed to relate more with low structural functioning and self-regulation vulnerability predicted the presence of depressive symptomatology, showing a greater effect on high levels of self-criticism. The results support the perspective of considering heterogeneity at the base of depression and the importance of designing different therapeutic strategies.

Key words: Depression, dependency and self-criticism, structure, structure vulnerabilities.

Recibido: 28-10-15 | Aceptado: 01-02-17

La depresión es una enfermedad frecuente y costosa, de alta relevancia en salud pública a nivel

* Paula Dagnino, Camila Valdes, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Macul, Santiago, Chile

** Paula Dagnino, Elyna Gómez-Barris y Guillermo de la Parra, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Macul, Santiago, Chile

*** Paula Dagnino y Ana María Gallardo, Facultad de Psicología, Universidad Gabriela Mistral, Providencia, Santiago, Chile

E-Mail: pauladagnino@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVI p.p. 83-94

© 2017 Fundación AIGLÉ.

mundial (Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon y Andersson, 2010). Específicamente en Chile su prevalencia es más alta que en otros países llegando a un 17,2% de la población (Valdés y Errázuriz, 2012). Esta enfermedad tiene importantes consecuencias para el paciente, su círculo más cercano y la sociedad en su conjunto, ya que se asocia a un amplio rango de indicadores de morbilidad secundaria (Kessler, de Jonge, y Shahly, 2014), además de ser

Agradecemos el apoyo de CONICYT Fondecyt Postdoctorado N° 3140402, el apoyo de la Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Proyecto NS130005.5 y a la Universidad Gabriela Mistral con su Proyecto Capital Semilla N° 10112.

una de las principales causas de discapacidad en el mundo en términos de número total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) (MINSAL, 2013; Salvo, 2014). Dadas las dificultades planteadas anteriormente, el aumento progresivo de su prevalencia y las proyecciones en su carga de enfermedad (López y Murray, 1998) este cuadro es foco de interés de los especialistas de la salud mental a nivel clínico, de investigación y políticas públicas. Sin embargo, este síndrome es una entidad nosológica de difícil delimitación, tanto en su etiología como en su presentación, con una elevada tasa de tratamientos inadecuados (Kessler y cols., 2003). Esto ha llevado a argumentar en contra de una hipótesis unificada de la depresión y a considerarla como un fenómeno heterogéneo con presentaciones diversas que deben ser entendidas y abordadas como tales para poder mejorar su tratamiento (Blatt, 2008; Hassler, 2010; Parker, 2000).

Blatt (Blatt, D’Afflitti y Quinlan, 1976; Blatt, 2004) aborda la heterogeneidad de la depresión proponiendo una comprensión desde la experiencia de la enfermedad. En este modelo, la depresión deja de ser considerada una entidad diagnóstica aislada para ser comprendida como el resultado de exageraciones compensatorias y distorsiones en el desarrollo de dos dimensiones psicológicas fundamentales, que evolucionan desde la infancia hasta la senectud: la “función de relación” y la “función de autodefinición”. La primera se refiere a la capacidad de desarrollar relaciones interpersonales cada vez más maduras, integradas y recíprocas; la segunda está relacionada con la capacidad de establecer un sentido de identidad cada vez más integrado, realista y positivo (Luyten, Blatt y Corveleyn, 2013, Blatt y Luyten, 2009b, Luyten y Blatt, 2011a). De este modo, las personas que desarrollan una depresión marcada por distorsiones en la función de relación (estilo depresivo dependiente) suelen tener una vivencia de impotencia, debilidad, miedo al abandono y temores relacionados con el contacto físico y la gratificación de necesidades. Los factores precipitantes en este tipo de tendencia en la experiencia depresiva son las inconsistencias parentales, negligencia, abandono y desprotección, culpa de separación, necesidad excesiva de amor y temor al rechazo (Blatt, 1974; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonal y Zuroff, 1982; Zuroff, Santor y Mongrain, 2004). Por otra parte, quienes presentan una depresión marcada por la autocrítica dentro de las funciones de autodefinición (estilo depresivo autocrítico), manifiestan una vivencia de poca valía, culpa, sensación de haber fallado en relación a las expectativas y estándares que se les plantean y temor a la pérdida de aprobación y reconocimiento. Los eventos precipitantes son las experiencias de fracaso, las expectativas parentales de logro y las figuras parentales hipercríticas y

hostiles que impiden espontaneidad y creatividad normales (Blatt, 1974; Blatt et al. 1976; Blatt, et al., 1982; Luyten, Sabbe, BlattMeganck, Jansen, De Grave, Maes y Corveleyn, 2007; Zuroff, Santor y Mongrain, 2004).

Estudios desde esta perspectiva señalan que pacientes con trastorno depresivo mayor presentan indicadores significativamente mayores tanto en el nivel de dependencia como de autocrítica en comparación a un grupo control (Luyten et al., 2007) y asocian positivamente estas dos variables con la recurrencia de episodios depresivos (Kannan y Levitt, 2013; Mongrain y Leather, 2006). También se ha reportado a la dimensión de autocrítica como la más relevante, e incluso como único predictor de la depresión (Dunkley, Blankstein y Flett, 1997; Kannan y Levitt, 2013, Luyten, et al., 2007, Mongrain y Leather, 2006) y de otros cuadros clínicos como trastornos alimentarios y cuadros ansiosos (Mongrain y Leather, 2006). La regulación y expresión de la rabia han mostrado diferencias importantes en ambos estilos depresivos. Las personas con un estilo dependiente son sensibles a la rabia y frustración, pero no la expresan a otros por temor a perder un vínculo, redirigiendo esa rabia hacia sí mismos. Al contrario, las personas con un estilo autocrítico tienen mayor dificultad en controlar la rabia, con tendencia a expresar esta emoción hacia otros, pero además hacia sí mismos de forma muy dura (Abi-Habib y Luyten, 2013; Blatt, 2004; Vliegen y Luyten, 2008).

Este modelo dimensional de las experiencias depresivas ha llevado a sugerir una visión evolutiva de los trastornos del eje I y II del DSM, entendiendo el surgimiento de la psicopatología como un desbalance entre las funciones de relación y de autodefinición producidas por perturbaciones en la historia del desarrollo (Luyten y Blatt, 2011a) con un funcionamiento estructural diferente en ambos estilos y con necesidades de indicación psicoterapéutica diferenciadas (De la Parra y Dagnino, 2015; Fonagy y Luyten, 2012). Los aspectos relativos al funcionamiento de la estructura han mostrado ser centrales en el diagnóstico psicológico con gran influencia en los resultados terapéuticos (Caligor y Clarkin, 2010; Fonagy y Luyten, 2012; Magnavita, 2004; Westen, Gabbard, y Blagov, 2006). El nivel estructural inicial es capaz de predecir el resultado del tratamiento (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; McWilliams, 1994; Westen, Gabbard y Blagov, 2006), incluso hasta tres años después de terminado éste (Beutel, Höflich, Kurth y Reimer, 2005; Hoglend et al., 2008; Vermote et al., 2010). Esto podría deberse a que pacientes con mayores niveles de estructura presentan mayores habilidades de autorreflexión, insight y regulación de afectos (Clarkin et al., 2006; McWilliams, 1994). Esta relevancia del componente estructural

Tabla 1. Dimensiones de funciones estructurales en OPD-SQ. Dirigidas hacia el self y hacia los otros

<p>PERCEPCIÓN DEL SELF</p> <p>Capacidad de percibir de manera diferenciada una imagen del propio self y de los sucesos intrapsíquicos, especialmente de los afectos.</p>	<p>PERCEPCIÓN DE LOS OBJETOS</p> <p>Capacidad de desarrollar una imagen realista del interlocutor, en especial, consiste en poder percibir al otro como poseedor de características individuales.</p>
<p>MANEJO DEL SELF</p> <p>Aspecto integrador de la vivencia psíquica. De ello resulta la capacidad de responsabilizarse como el gestor de las propias acciones competentes; de esta autoeficacia deriva la confianza en sí mismo y la autoafirmación.</p>	<p>MANEJO DE LA RELACIÓN</p> <p>Las tareas de regulación frente al objeto incluyen tanto la protección de la relación frente a los propios impulsos como el resguardo de los propios intereses para que éstos no se pierdan ante la influencia de otros.</p>
<p>COMUNICACIÓN EMOCIONAL HACIA ADENTRO</p> <p>Capacidad de llevar diálogos internos y de entenderse uno mismo. La capacidad de dejar que surjan los afectos en uno y de vivirlos es un requisito para lograr esa comunicación.</p>	<p>COMUNICACIÓN EMOCIONAL HACIA AFUERA</p> <p>Se refiere al intercambio emocional entre el self y el otro. Alude al establecimiento de contacto emocional entre personas, la comunicación de los propios afectos y la capacidad de dejarse tocar emocionalmente por los afectos de otros, así como la comprensión mutua y el sentimiento del “nosotros” de la reciprocidad.</p>
<p>VÍNCULO INTERNO</p> <p>Capacidad de relacionarse con otros, tanto intrapsíquicamente como en el contacto interpersonal. El punto de partida lo genera la capacidad de crear representaciones internas de personas significativa, Se refiere a la capacidad de internalización.</p>	<p>VÍNCULO RELACIONES EXTERNAS</p> <p>Capacidad para poder vincularse emocionalmente a otros en relaciones reales. Afectos como la solidaridad, el sentido de responsabilidad, la culpa, etc, son afectos vinculares</p>

ha sido recogida por los manuales diagnósticos; tanto el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) como la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 11 (CIE-11), enfatizando la importancia de estimar la severidad de la patología ligada al funcionamiento de la personalidad (Bender, Morey y Skodol, 2011; Tyrer, Crawford, Mulder, 2011), aludiendo a la necesidad de contar con diagnósticos capaces de focalizarse más allá de los síntomas y considerar una relación entre la severidad de los síntomas y el funcionamiento de la personalidad. Este constructo es homologable a estructura u organización de la personalidad, utilizados en la tradición psicoanalítica. Todos ellos pueden denominarse, en términos generales, como Estructura (Doering, et al., 2014; Zimmerman et al. 2012). Si bien existen diversas definiciones de estructura, un aspecto común entre ellas es la referencia a un conjunto de subestructuras psicológicas, mayormente inconscientes, que ordenan el proceso y los contenidos mentales en una organización coherente y de un modo dinámico (Koelen et. al. cols., 2012).

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) (Grupo de Trabajo OPD, 2008) permite realizar un diagnóstico detallado del funcionamiento estructural en uno de sus ejes (Eje IV Estructura). El concepto de estructura de OPD incorpora aproximaciones de las relaciones de objeto, del self y de la psicología del yo y considera este constructo en

función de su relación hacia el self y hacia los otros (Rudolf y cols., 2002). En OPD la estructura es considerada como un tejido de disposiciones psíquicas que determina un estilo personal y relativamente permanente a través del cual el individuo puede recuperar (o no) su equilibrio intrapsíquico e interpersonal frente a las demandas del medio interno y externo. Estas disposiciones o capacidades son descritas tanto en su orientación hacia el sí mismo (self) como hacia los otros (objetos) componiéndose en 8 dimensiones (ver Tabla 1) con cuatro niveles de integración (alto, medio, bajo, desintegrado). Cualquiera de estas dimensiones puede ser identificada como vulnerabilidades o recursos del funcionamiento estructural del paciente y pueden convertirse en focos terapéuticos (Ehrenthal et al., 2012).

Debido a la relevancia de la depresión, a la evidencia de su heterogeneidad y a la importancia que tiene el funcionamiento estructural, es que este estudio busca: 1) evaluar la relación entre sintomatología depresiva, funcionamiento estructural y dimensiones de la experiencia depresiva, 2) identificar entre las funciones estructurales aquella(s) que presenta(n) una relación relevante con sintomatología depresiva y 3) evaluar el efecto de las dimensiones de la experiencia depresiva en la relación entre sintomatología depresiva y las funciones estructurales de más importancia. Todo esto con el fin de colaborar en una mayor comprensión del síndrome de-

presivo y sus implicancias en la práctica clínica. Las hipótesis que guían este estudio son: a) existe una asociación positiva entre las vulnerabilidades estructurales, la sintomatología y las dimensiones de la experiencia depresiva, b) el nivel de dependencia y de autocrítica afecta la relación entre la sintomatología depresiva y los niveles de funciones estructurales. Dada la poca base teórica sobre la relación entre las distintas dimensiones de la estructura de la personalidad y la sintomatología depresiva, no se trabajará con una hipótesis específica sobre qué funciones estructurales presentan una mayor relación con la depresión.

Método

Este estudio se basó en un diseño no experimental, transversal. Se utilizaron análisis descriptivos, correlacionales y de regresión.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 43 pacientes (83,7% mujeres) entre 18 y 70 años ($M = 25$, $DE = 9,7$), cuyo puntaje en el Cuestionario BDI (BDI-I-A, Beck et al., 1961) indicara presencia de sintomatología depresiva leve, media y moderada ($BDI \geq 11$ puntos). En cuanto al estilo depresivo un 54,2% de ellos presenta una predominancia de un estilo dependiente y un 45,8% un estilo autocrítico.

El muestreo se realizó de forma aleatoria entre usuarios que asistieron a primera consulta psicológica en Centros de Atención en Salud Mental, Centros de Atención Psicológica Universitarios y consultas particulares de la Región Metropolitana de Chile, quienes aceptaron participar de este estudio. Todos los pacientes correspondieron a usuarios de nivel socioeconómico medio.

Se excluyeron aquellos consultantes menores de 18 años, consultantes por abuso de sustancia, síntomas psicóticos o retraso mental. También se excluyeron a todos aquellos que presentaron un BDI menor a 10 puntos independiente del motivo de consulta (ver más información en Tabla 2).

Procedimiento

A los consultantes en salud mental de los distintos centros se les ofreció participar en la investigación. Aquellos que aceptaron firmaron una Carta de Consentimiento Informado donde se señalaron los resguardos éticos asegurando la confidencialidad de los participantes y la voluntariedad de su participación. Del mismo modo, se le aseguró a cada participante que su proceso psicoterapéutico no se vería interferido en caso de no querer participar. Luego

se les aplicó tres instrumentos; el instrumento BDI para determinar sintomatología depresiva, el Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ, Blatt et al., 1976; Blatt, et al, 1995; Zuroff, Quinlan, y Blatt, 1990) y el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado-Cuestionario Estructural (OPD-SQ, Ehrental et al., 2012; Schauenburg, Dinger, Komo Lan, 2012).

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Instrumentos

Inventario Depresivo de Beck (BDI-I-A)

Se utilizó el Inventario Beck de Depresión (BDI-I-A) (Beck, et al., 1961), cuestionario de auto-informe que permite evaluar sintomatología depresiva. El BDI-I-A ha sido traducido a diversos idiomas y es utilizado ampliamente en todo el mundo y en atención primaria en Chile (Alvarado, Vega, Sanguenza y Muñoz, 2005). El instrumento consta de 21 ítems puntuados en una escala de 0 a 3. Presenta adecuada consistencia interna y alta confiabilidad, con un coeficiente alpha de 0.86 para población clínica y 0.81 para la población no clínica (Beck, Steer y Carbin, 1988). La versión chilena muestra que es un instrumento apropiado para evaluar sintomatología depresiva, con un grado de consistencia interna adecuado ($\alpha = .93$) (Morales-Reyes, Valdés, Pérez, Medellín y Krause, 2015).

Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ)

El Cuestionario de Experiencia Depresiva (DEQ) (Blatt et al., 1976; Blatt, et al, 1995; Zuroff, Quinlan y Blatt, 1990) fue usado para evaluar Dependencia y Autocrítica, dimensiones centrales en la configuración de los estilos depresivos Dependiente y Anaclítico. Este instrumento incluye ítems que son representativos de experiencias comunes de individuos que presentan depresión sin focalizarse en los síntomas depresivos. El DEQ es una medida validada de estas dimensiones que contiene 66 ítems estructurados en escala Likert entre 1 (muy desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo). Las propiedades psicométricas del DEQ son satisfactorias, con altas estimaciones de consistencia interna y confiabilidad retest (Blatt, et al., 1976; Zuroff, et al., 1990).

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado-Cuestionario Estructural (OPD-SQ)

El OPD-SQ consiste en 95 ítems (Ehrental et al., 2012; Schauenburg, Dinger, Komo Lan, 2012) que evalúan ocho dimensiones estructurales (ver

Tabla 2. Datos de la muestra

EDAD	25	(18-70)
GÉNERO	Mujer	82,1%
ESTADO CIVIL	Soltero	78,7%
	Conviviente	6,4%
	Casado	4,3%
	Separado/divorciado	4,3%
	Viudo	2,1%
ESCOLARIDAD	Básica Completa	2,1%
	Media Incompleta	2,2%
	Media Completa	40,5%
	Superior Técnica-profesional	4,3%
	Superior Universitaria	47,8%
OCUPACIÓN	Dueña de casa	9,1%
	Estudiante	72,7%
	Cesante	13,6%
	Pensión invalidez	2,3%
	Trabajador activo (dependiente/independiente)	2,3%
ANTECEDENTES PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	No	57,4%
	Sí	42,6%
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA*	Depresión Leve (10-19)	70,2%
	Depresión Moderada (20-29)	19,1%
	Depresión Severa (30-63)	10,6%
ESTILOS DEPRESIVOS**	Dependiente	54,2%
	Autocrítico	45,9%

Nota: *medido a través del Cuestionario BDI, ** medido a través del Cuestionario DEQ

Tabla 1). Cada ítem se puntúa en una escala Likert de cinco puntos, desde un “no estoy de acuerdo” a “totalmente de acuerdo”, con puntajes mayores implicando menor integración estructural. El promedio de todas las escalas es un indicador del funcionamiento estructural global. Estudios de confiabilidad en Alemania con 1.110 sujetos han mostrado puntajes de consistencia interna Cronbach's $\alpha = .71$ y $.91$ para las subescalas y Cronbach's $\alpha = .96$ para el funcionamiento global en tres muestras diferentes (N = 734 participantes no clínicos, N = 172 ambulatorio, and N = 204 hospitalizados; Ehrental et al., 2012).

Resultados

Asociación entre sintomatología depresiva, integración de la estructura y experiencia depresiva

Para los análisis, en primera instancia se calculó una matriz de correlaciones incluyendo el nivel de sintomatología depresiva correspondiente al BDI, el nivel de integración de la estructura medido mediante el OPD-SQ y sus subescalas y el tipo de experiencia depresiva a través de las subescalas Dependencia y Autocrítica del DEQ. Los resultados se presentan en la Tabla 3.

De estos resultados se puede destacar que BDI se asoció significativamente con todas las subescalas del OPD-SQ de manera positiva. Esto significa que a mayor sintomatología depresiva fue menor el nivel de integración estructural en todas las subdimensiones de funcionamiento. También se asoció de manera significativa y positiva a las escalas de Autocrítica y Dependencia del DEQ. Esto indica que en la medida que aumentó la sintomatología depresiva fue mayor la presencia de autocrítica y de dependencia.

Tabla 3. Matriz de correlaciones que incluye BDI, subescalas del DEQ y Puntaje total y subescalas de OPD-SQ

	DEQ				OPD						
	Dependencia	Auto-crítica	OPD Total	Auto-Percepción	Percepción del Objeto	Auto-Regulación	Regulación del Objeto	Comunicación hacia Adentro	Comunicación hacia Afuera	Vínculos Internos	Vínculos Externos
BDI	0,38***	0,66***	0,67***	0,64***	0,38***	0,68***	0,46***	0,54***	0,47***	0,61***	0,51***
Dependencia		0,26**	0,47***	0,49***	0,12	0,50***	0,31***	0,28**	0,41***	0,37***	0,44***
Auto-Crítica			0,81***	0,76***	0,49***	0,75***	0,69***	0,58***	0,59***	0,74***	0,60***
OPD Total				0,92***	0,61***	0,87***	0,81***	0,74***	0,80***	0,90***	0,77***
Autopercepción					0,51***	0,83***	0,70***	0,68***	0,71***	0,79***	0,65***
Percepción del Objeto						0,49***	0,52***	0,47***	0,41***	0,51***	0,4
Autorregulación							0,72***	0,57***	0,61***	0,74***	0,56***
Regulación del Objeto								0,50***	0,64***	0,66***	0,55***
Comunicación hacia Adentro									0,54***	0,68***	0,44***
Comunicación hacia Afuera										0,66***	0,64***
Vínculos Internos											0,67***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Sobre la relación entre las subescalas del DEQ y del OPD-SQ, autocrítica presentó una asociación significativa, positiva y alta, tanto con el puntaje total del OPD-SQ, como con sus distintas subdimensiones. Por otro lado, Dependencia presentó una asociación significativa y positiva con todas las subdimensiones, a excepción de Percepción del objeto. Es decir, a medida que aumentan los niveles de autocrítica, aumentó la vulnerabilidad estructural, tanto total como en las distintas dimensiones de funcionamiento. Lo mismo se cumplió para dependencia, excepto en la función de Percepción del objeto.

Relaciones entre dimensiones del funcionamiento estructural y sintomatología depresiva

Con el objetivo de evaluar la relación entre las distintas dimensiones del funcionamiento estructural y la sintomatología depresiva, se realizó una regresión lineal. Se utilizaron como predictores las subescalas del OPD-SQ (Percepción de sí mismo, Percepción del objeto, Autorregulación, Regulación en relación al objeto, Comunicación hacia adentro, Comunicación hacia afuera, Vínculos internos y Vínculos

externos). La variable dependiente fue Sintomatología Depresiva, medida mediante el BDI.

En la Tabla 4, podemos observar que el único predictor con un coeficiente significativo en el modelo fue Autorregulación (modelo BDI: $\beta = 9,85$; $p < 0,001$). Esto indica que la subescala de autorregulación es la única dimensión en el funcionamiento estructural que mostró una asociación importante con la sintomatología depresiva, cuando estuvo controlada por las otras dimensiones de la estructura. Esta asociación fue positiva, lo que significa que a medida que aumentó la vulnerabilidad estructural en la función de autorregulación fue mayor la sintomatología depresiva.

Influencia del funcionamiento estructural en la relación entre sintomatología depresiva y dimensiones de la experiencia depresiva

Finalmente para estimar de qué manera el funcionamiento estructural (OPD-SQ) afecta la relación entre sintomatología depresiva (BDI) y estilo depresivo (DEQ), se realizaron dos modelos de regresión lineal con interacción. Dado que Autorregulación mostró ser el único predictor significativo de sintomatología depresiva entre las subescalas de estructura, éste se eligió como moderador para los modelos.

Tabla 4. Modelo de regresión de BDI en las subescalas de OPD-SQ

	BETA	p
Percepción del sí mismo	-1,55	0,52
Percepción del objeto	-0,96	0,50
Autorregulación	9,85	0,00*
Regulación en relación al objeto	-1,36	0,61
Comunicación hacia adentro	5,10	0,06
Comunicación hacia afuera	-6,31	0,11
Vínculos con objetos internos	-1,74	0,43
Vínculos con objetos externos	5,02	0,08
R^2 ajustado		0,3
F	3,20	0,01

Nota: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabla 5. Modelos de moderación de la relación entre autorregulación y sintomatología depresiva, mediante las distintas experiencias depresivas (DEQ)

	MODERADOR	
	Modelo 1: Dependencia	Modelo 2: Autocrítica
Intercepto	8,53***	8,04***
Autorregulación	6,27***	3,88***
Moderador (X)	0,48	2,50***
Interacción (OPD*X)	0,58	1,01***
R^2 Ajustado	0,46	0,52
$F_{(3,126)}$	37,87***	48,09***

Nota: Variable dependiente: Sintomatología depresiva (BDI)

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Ambos modelos fueron significativos, explicando entre un 46% a un 52% de la varianza (Ver Tabla 5). La moderación, en cambio, fue significativa sólo en el modelo con autocrítica como moderador.

Con el fin de estudiar la naturaleza de la interacción en este último modelo, se realizó un análisis de pendientes simples. Para esto, se calcularon las pendientes de la relación entre autocrítica y sintomatología depresiva en 3 puntos de autorregulación. Se utilizó como puntos para calcular las pendientes simples una desviación estándar bajo la media de autorregulación (Autorregulación Integrada), la media de autorregulación (Autorregulación Medianamente Integrada) y una desviación estándar por sobre la media (Autocrítica Bajamente Integrada).

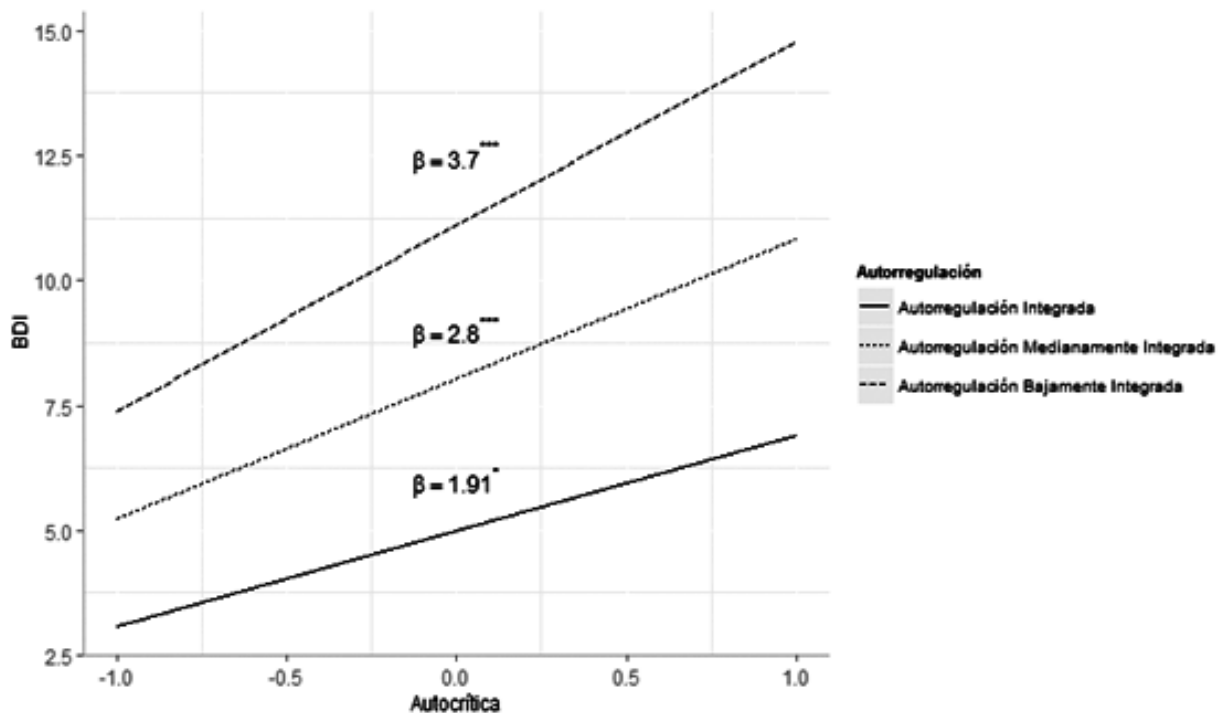
Se puede apreciar que cuando hubo un bajo nivel de integración de la dimensión autorregulación,

la relación entre sintomatología depresiva y autocrítica fue mayor que cuando hubo una autorregulación integrada (Ver Gráfico 1). Dicho de otro modo, cuando el paciente presentó menor integración en la dimensión estructural de autorregulación, la autocrítica tuvo una asociación mayor con la sintomatología depresiva.

Discusión y conclusiones

Este estudio exploró la relación entre el nivel de funcionamiento estructural, las dimensiones de la experiencia depresiva y la sintomatología depresiva. Por otro lado, se evaluó la capacidad predictiva de las distintas vulnerabilidades estructurales sobre la sintomatología depresiva. Finalmente, se estimó el efecto moderador del funcionamiento estructural en la relación entre sintomatología depresiva y las experiencias depresivas.

Figura 1. Relación entre sintomatología depresiva, dimensión estructural de autorregulación y dimensión de autocrítica



Los resultados aportan a la noción de considerar la depresión como una entidad clínica heterogénea. Todos los pacientes analizados presentan niveles de síntomas depresivos sugerentes de diagnóstico de depresión y aun así casi la mitad de ellos presentan una predominancia de un estilo dependiente y la otra mitad de un estilo autocrítico. Esta heterogeneidad (Parker, 2000) confirma la necesidad de realizar diagnósticos centrados en el paciente y tratamientos idiosincráticos a éste (Van Praag, 1989).

Los síntomas depresivos muestran una relación con el funcionamiento estructural. Mientras mayor sintomatología depresiva presenta el paciente, peor es su funcionamiento estructural general y en cada una de sus funciones. Esto aporta evidencia a la asociación entre patología y estructura, en cuanto la psicopatología surge de funciones mentales que no están trabajando adecuadamente (Hartmann, 1955; Rapaport, 1967) y particularmente a la relación que existe entre depresión y funcionamiento de la estructura (Akiskal, Hirschfield y Yerevanian, 1983). Algunos estudios han encontrado que casi la mitad de los pacientes con depresión presentan una moderada integración de la estructura medida a través de OPD (Klug y Huber, 2009) lo que coincide con lo encontrado en este estudio.

En cuanto a los estilos depresivos, los resultados muestran que tanto altos niveles de autocrítica

como de dependencia se asocian con mayor sintomatología depresiva, sin embargo esta asociación es mucho más fuerte en su relación con autocrítica. Estos resultados aportan a la comprensión de la depresión clínica como un modo no adaptativo de balance entre los aspectos de relación y de autodefinition, con un énfasis excesivo de una dimensión por sobre la otra (Blatt et al., 1976; Blatt, 2004; y Blatt, 2011). Pero más allá, el hecho de encontrar en los resultados una predominancia de autocrítica, coincide con estudios que han mostrado consistentemente que la relación entre dependencia y severidad de la depresión es menor que la de autocrítica y severidad de la depresión (Blatt, 2004; de la Parra y Dagnino, 2015; Kannan y Levitt, 2013; Nietzel y Harris, 1990). De hecho, la dimensión autocrítica ha tenido cada vez más relevancia en la literatura actual, planteándose incluso la existencia de un continuo desde un autocrítico saludable hasta aspectos autocríticos maladaptativos de la experiencia (Chang, 2008; Gilbert e Irons, 2005; Shahar, 2001; Whelton y Greenberg, 2005). Como lo revelan además nuestros resultados que muestran un mayor "efecto depresivo" de la autocrítica en las estructura más bajas, por lo menos en lo que autorregulación se refiere (véase más adelante).

En cuanto a la relación entre estas dimensiones de la experiencia depresiva y el funcionamiento es-

tructural, los resultados muestran que altos montos de autocrítica y altos montos de dependencia se relacionan con un bajo funcionamiento estructural. Estos resultados son concordantes con lo señalado por otros autores que describen la presencia de fragilidades estructurales globales cuando se ha alterado la dialéctica y sinergia entre la capacidad de relacionarse con el otro y el desarrollo de la identidad y autodefinición (Blatt y Luyten, 2009a; Blatt y Schichman, 1983). Tanto las vulnerabilidades estructurales como las sobrecompensaciones de las dimensiones de la experiencia y la depresión han mostrado estar relacionadas con experiencias disruptivas y adversas en etapas tempranas de desarrollo (Conradi y de Jonge, 2009, Grupo de Trabajo OPD, 2008; Luyten y Blatt, 2011b). Se puede esperar que en la base de las experiencias depresivas, y eventualmente del cuadro clínico, existan vulnerabilidades estructurales de origen temprano que probablemente debieran convertirse en foco psicoterapéutico.

Los resultados sugieren que pacientes con altos niveles de autocrítica o de dependencia presentan bajo funcionamiento estructural en términos generales y en todas sus áreas, a excepción de la función de percepción de objeto. Esta función no se asocia de la misma manera en personas con altos niveles de dependencia y parece no haber influencia entre ambas características. Las funciones de percepción de objeto aluden a la capacidad de percibir al otro en forma total y realista. Es posible que estos pacientes, al estar desde pequeños orientados hacia los otros por sus necesidades de confirmación y cuidado (Blatt y Schichman, 1983), desarrollen adecuadas capacidades de lectura de señales interpersonales. Es posible también que este desarrollo sea a costa de otras capacidades, como la percepción orientada hacia el sí mismo. Estos resultados requieren más estudio para determinar otras posibles asociaciones, así como posibles áreas de recursos y vulnerabilidades para el diseño de estrategias terapéuticas y de focalización.

Dentro del funcionamiento estructural, los resultados arrojan que la dimensión autorregulación tiene un peso predictivo en la intensidad de la sintomatología depresiva. Es decir, éste es el único componente que muestra que, al ser más vulnerable, mayor es la sintomatología depresiva. La autorregulación es considerada un aspecto integrador de la vivencia psíquica que permite el sentido de autoeficacia, autoconfianza y autoafirmación (Cierpka, Stasch y Dahlbender, 2006; Grupo de Trabajo OPD, 2008). Además se asocia a funciones de adaptación, capacidad de mantener una adecuada organización psíquica frente a situaciones de tensión y capacidad de enfrentar eventos estresores (Buckner, Mezzaca-

ppa, Beardslee, 2010; Fonagy, Gergely, Jurist, Target; 2004).

Como comentábamos más arriba, los resultados muestran que la vulnerabilidad estructural (autorregulación) determinan (moderan) el efecto que tiene la autocrítica sobre la sintomatología depresiva; donde en la estructura más baja, tal como se expresa en la autorregulación, la autocrítica muestra su mayor poder patógeno, es decir podríamos hablar de un posible continuo desde una autocrítica adaptativa hacia una desadaptativa en estructuras más bajas como lo plantean diversos autores (Blatt, 1974; Chang, 2008; Gilbert e Irons, 2005; Shahar, 2001; Whelton y Greenberg, 2005).

Esto tiene implicancias, además, al momento de considerar estrategias terapéuticas diferenciales; es decir pensar en focalizar tanto en la autocrítica, algo sugerido en diversos trabajos (Blatt y Schichman, 1983; Kannan y Levitt, 2013) como en aspectos estructurales, en este caso la autorregulación -que en OPD implica focalizar en la regulación de los afectos, de la autoestima y de los impulsos- (Grupo de Trabajo OPD, 2008; Rudolf, 2002; Rudolf, 2012). Los resultados de este estudio deben ser interpretados en el contexto de varias limitaciones. El diseño transversal del estudio limita la posibilidad de realizar conclusiones causales, es por ello que en otros estudios se debe incorporar la temporalidad como una variable que dé más riqueza a los datos. Una segunda limitación es, por un lado, el pequeño tamaño de la muestra que impide hacer generalizaciones, pero también la ausencia de un grupo control y/o una muestra de pacientes con otras patologías, por lo que se hace necesario aumentar la muestra a esta diversidad en futuras investigaciones con el fin de hacer más certeros los resultados encontrados. Tercero, este estudio se basa sólo en datos de auto-informe, lo que puede distorsionar en alguna medida los datos por un "trait-state artifact" de la depresión. Estudios futuros deben usar otra metodología, como evaluación a través de observadores, para identificar el nivel de funcionamiento estructural, depresión y dimensiones de la experiencia depresiva.

A pesar de estas limitaciones, los resultados encontrados sugieren que tanto investigadores como clínicos deben poner atención sobre el funcionamiento estructural y sobre las experiencias depresivas tanto en la evaluación como en el tratamiento de la depresión. La terapia debe focalizarse sobre las funciones estructurales de autorregulación ya que ésta mostró ser la vulnerabilidad mayor en relación a sintomatología depresiva. Los resultados también enfatizan la importancia de focalizar sobre la dimensión de autocrítica, por su peso efectivo general sobre la depresión y por su efecto potenciador

sobre la autorregulación como vulnerabilidad en la base de la sintomatología depresiva. En el ámbito del autocrítico, han surgido con más fuerza los estudios acerca de la dimensión menos adaptativa de éste, como lo es el perfeccionismo. En términos generales tanto autorregulación como autocrítico deben estar en el foco de las intervenciones de los terapeutas para un trabajo más eficiente con pacientes deprimidos, ya que ambas dimensiones están altamente relacionadas. Investigaciones futuras deben evaluar en mayor detalle estas dimensiones y confirmar que el trabajo sobre éstas sea de ayuda para los pacientes.

REFERENCIAS

- Abi-Habib, R., y Luyten, P. (2013) The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences* 55, 921-925. doi:10.1016/j.paid.2013.07.466.
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., y Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: a critical review. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801-810. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790060099013.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G., y Muñoz, M.G. (2005). Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 278-286. Extraído el 1 de Octubre desde http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900008&lng=en&lng=en.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th. Ed.). American Psychiatric Publishing: Washington DC.
- Beck, A., Steer, A. & Carbin, M. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 8 (1) 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J. (1961). An inventory of measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-85. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- Bender D. S., Morey L. C. & Skodol A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5. 1. A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment* 93, 332- 346. doi: 10.1080/00223891.2011.583808.
- Beutel, M. A, Höflich, A., Kurth, R. A. & Reimer, C. (2005). Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients evaluation, outpatient after-care and determinant of outcomes. *Psychology y Psychotherapy*, 78, 219-234. doi: 10.1348/147608305X27665.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (2004). Two Types of Depression. En Blatt, S. (Ed.) *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008) Two Primary Configurations of Psychopathology. En Blatt, S. (Ed.) *Polarities of Experiences: Relatedness and Self-definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process* (pp.234-245) American Psychological Assn.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009a) A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experiences across the life span. *Development and Psychopathology*, 21, 793-814.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009b). Depression as an evolutionary conserved mechanism to terminate separation-distress: Only part of the biopsychosocial story? *NeuroPsychoanalysis*, 11, 52-61.
- Blatt, S. J., Quinlan, D., Chevron E., McDonal, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and Self Criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50 (1), 113-124. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.50.1.113>.
- Blatt, S. J., & Schichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 40, 187-257.
- Blatt, S. J., Zohar, A. Quinlan, D., Zuroff, D. & Mongrain, M. (1995) Subscales Within the Dependency Factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. 64 (2) 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402_11.
- Buckner, J., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. (2010) Self-Regulation and Its Relations to Adaptive Functioning in Low Income Youths. *American Orthopsychiatric Association*. 79 (1) 19-30. DOI: 10.1037/a0014796.
- Caligor, E., & Clarkin, J.F. (2010) An object relations model of personality and personality pathology. In J.F. Clarkin, P. Fonagy, y G.O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamics psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp.3-35). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Chang, E. C. (2008). *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research and clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11624-000.
- Cierpka, M., Stasch, M. y Dahlbender, W.J. (2006) El Sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) - Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 44,105-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000200004>.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Conradi, H. J., & de Jonge, P. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 116(1), 93-99. doi:10.1016/j.jad.2008.10.027.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40, 211-223. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291709006114>.
- De la Parra, G., Dagnino, P. (2015, Junio) Psychotherapy for depression or, who is the patient? Implications for psychotherapy of the preliminary results of the Millennium Nucleus Research Program "Psychological Intervention and Change in Depression". En A. Werbar (coord.) *Does*

- psychotherapy foster changes in anaclitic and introjective personality configurations? Part 2: Assessment and change in depression. Simposio realizado en 46th Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research Meeting (SPR). Philadelphia, USA.
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann M., Schneider, G. (2014). Assessment of personality functioning: Validity of the operationalized psychodynamic diagnosis axis IV (Structure). *Psychopathology*, 47(3), 185-193. doi:10.1159/000355062.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Flett, G.L (1997). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041-1053. doi:10.1016/S0191-8869(97)00079-2.
- Ehrental J. C., Dinger U, Horsch L, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Grande T, Schauenburg H. (2012) Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62, 25-32. Extraído el 1 de Octubre desde http://www.researchgate.net/profile/Henning_Schauenburg/publication/216049922_Der_OPD-Strukturfragebogen_%28OPD-SF%29/links/0c96051650cfa57f74000000.pdf.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung. Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (3rd edition). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2012). Psychodynamic models of personality disorder. In T. Widiger (Ed.), *Oxford handbook of personality disorders* (pp.345-371). Oxford: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*, 263-325.
- Grupo de trabajo OPD (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder, Barcelona.
- Hartmann H (1955). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York, NY: International UP. 121.
- Hassler, G (2010) Fisiopatología de la Depresión: ¿Tenemos alguna evidencia sólida de interés para los clínicos?. *World Psychiatry*; 9: 155-161.
- Hoglund, P., Bogwald, K.P., Amlo, S., Marble, S., Ulberg, R., Sjaastad, M. C. Sorbye, O., Heyerdahl O., & Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, 165, 763-771. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07061028
- Kannan, D. y Levitt, H. (2013) A review of Self-Criticism in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 23(2) 166-178. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032355>.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E. & Wang P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA*. 289(23):3095-105. doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Koelen, J. a, Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L. H. M., Diguer, L., Vermote, R., Lowyck, B., & Bühring, M. E. F. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review. *Psychiatry*, 75(4), 355-74. <http://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.4.355>
- Klug, G., y Huber, D. (2009). Psychic structure: exploring an empirically still unknown territory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(1), 149-73. doi:10.1177/0003065108330085
- López, A. & Murray, C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*. 4(11) 1241-1243.
- Luyten, P., & Blatt, S.J. (2011a) Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A Proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31, 52-68 doi:10.1016/j.cpr.2010.09.003.
- Luyten, P., & Blatt, S.J. (2011b) Psychodynamic approaches of depression: Whither shall we go? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74, 1-3. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.1
- Luyten, P., Blatt, S., & Corveleyn, J. (2013). The Convergence Among Psychodynamic and Cognitive. En J. Corveleyn, P. Luyten, S. J. Blatt, y H. Lens-Gielis, *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism* (Vol. 5). Routledge.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F. y Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586-596. doi: 10.1002/da.20272
- Magnavita, J. (2004). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. New York: Wiley.
- MINSAL (2013): Guía Clínica Auge. Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013. Recuperado el 10 de enero 2014 de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Mongrain, M., & Leather, F. (2006). Inmature dependence and self-criticism predict the recurrence of mayor depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62: 705-713. Doi: 10.1002/jclp.20263
- Morales-Reyes, I., Valdés, C., Pérez, J. C., Medellín, A., & Krause, M. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck para la población chilena. Manuscrito enviado para publicación.
- McWilliams, N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis*. New York: Guilford.
- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 279-297. doi:10.1016/0272-7358(90)90063-G.
- Parker, G. (2000). Classifying Depression Should Paradigms Lost Be Regained? *American Journal of Psychiatry*; 157, 1195-1203. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1195>.
- Rapaport, D. (1967). *The collected papers of David Rapaport*, Gill M, editor. New York, NY: Basic Books. 946 p.
- Rudolf, G. (2012). Strukturbezogene Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57(4), 357-372. doi:10.1007/s00278-012-0915-y.
- Rudolf G, Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Oberbracht C, et al. (2002) Structural changes in psychoanalytic therapies – the Heidelberg-Berlin Study on long-term psychoanalytic therapies (PAL); in Leuzinger-Bohleber M, Target M (eds): *Outcomes of Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers*. London, Whurr Publishers, pp 201-222. 23.
- Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile.

- Revista Médica de Chile*, 142, 1157-1164. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900010>.
- Shahar, G. (2001). Shame, personality, and the breakdown of social ties: The voice of quantitative depression research. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64, 228-239. doi: 10.1521/psyc.64.3.228.18463.
- Schauenburg H, Dinger U, Komo-Lang M., et al (2012) Der OPD-Strukturfragebogen OPD-SF. In: Doering S, Hörz S (Hrsg.) *Handbuch der Strukturdiagnostik. Schattauer, Stuttgart*, S 2984-2307. Extraído el 1 de Octubre desde http://www.researchgate.net/profile/Henning_Schauenburg/publication/216049922_Der_OPD-Strukturfragebogen_%28OPD-SF%29/links/0c96051650cfa57f74000000.pdf.
- Tyrer P., Crawford M, Mulder R. (2011). Reclassifying personality disorders. *Lancet*; 377: 1814-1815.
- Valdés, C., y Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: El Paciente Pobre del Sistema de Salud. *Claves de Políticas Públicas*, N° 11.
- Van Praag, H. (1989). Moving ahead yet falling behind: a critical appraisal of some trends in contemporary depression research. *Neuropsychobiology* 22: 181-193.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stroobants, T., Vandeneede, B., Vansteelandt, K. & Peuskens, J (2010) Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *Journal of Nervous Mental Disease*, 198, 110-115. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181ccod59.
- Vliegen, N., & Luyten, P. (2008) The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between postpartum depression and anger. *Personality and Individual Differences*. 45. 34-40. doi:10.1016/j.paid.2008.02.015.
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583-1595. doi:10.1016/j.paid.2004.09.024.
- Zimmermann, J., Ehrenthal, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S., & Benecke, C. (2012). Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 522-32. doi:10.1080/00223891.2012.700664.
- Zuroff, D., Quinlan, D., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 65-72. DOI: 10.1080/00223891.1990.9674047.
- Zuroff, D., Santor, D., Mongrain, M. (2004) Conceptualizing and measuring personality Vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*. 30 (3), 489-511. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.489.