

Perfiles Fenomenológicos de Evocación Autobiográfica en Individuos con Depresión

María Lolich¹

*Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires, Argentina*

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina
Centro de Investigación en Neurociencias y Neuropsicología Clínica, Facultad de Ciencias
Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina*

Susana Azzollini

*Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires, Argentina*

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina
Centro de Investigaciones Sociales y Humanas para la Defensa, Colegio Militar
de la Nación, Instituto de Enseñanza Superior del Ejército, Ministerio de Defensa,
Buenos Aires, Argentina*

Gustavo Vázquez

*Centro de Investigación en Neurociencias y Neuropsicología Clínica, Facultad de Ciencias
Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina*

Resumen

Los recuerdos autobiográficos se encuentran en íntima relación con los procesos de regulación emocional y con la concepción del sí mismo. Por otro lado, el acceso a los componentes fenomenológicos específicos se vería disminuido de ocurrir alteraciones afectivas. Se llevó a cabo un muestro no probabilístico intencional de 94 individuos con depresión mayor y de 188 individuos sanos de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Fueron comparados los componentes fenomenológicos de los recuerdos autobiográficos significativos en cuanto a su cantidad e intensidad. Asimismo, se comparó el rendimiento dentro del grupo depresivo, de acuerdo a la presencia o ausencia de episodios depresivos previos, tratamiento psicofarmacológico y severidad sintomatológica. Se encontraron diferencias significativas en la Cantidad e Intensidad Total de los componentes fenomenológicos evocados, presentando el grupo clínico una evocación reducida ($p < .001$). Las dimensiones Valencia, Imaginería Visual, Sensorialidad, Intersubjetividad y Claridad también presentaron diferencias significativas. No se encontraron diferencias al realizar los análisis secundarios de acuerdo a las variables clínicas. Los individuos con depresión manifestaron un patrón distintivo de evocación fenomenológica de sus recuerdos en comparación a individuos sanos. Considerar las modalidades fenomenológicas de evocación autobiográfica a la luz de los modelos cognitivos en *Mindfulness* e Imaginería posee implicancias clínicas de relevancia.

Palabras clave: Memoria autobiográfica, especificidad, experiencia, depresión.

¹ Dirección postal: Salguero 1612 1B (CP:1425), Buenos Aires, Argentina. Tel: +541148273951. E-mail: mlolic@palermo.edu.

Trabajo realizado dentro del proyecto de investigación titulado “Dimensiones fenomenológicas en la evocación de recuerdos autobiográficos significativos” en el contexto de una beca doctoral otorgada a la Mag. Lolich por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Perfis Fenomenológicos da Evocação Autobiográfica em Indivíduos com Depressão

Resumo

Os registros autobiográficos encontram-se em relação íntima com os processos de regulação emocional e com a concepção de si mesmo. Por outro lado, os processos de acesso aos componentes fenomenológicos específicos estariam alterados durante a ocorrência de alterações afetivas. A amostra não probabilística intencional foi constituída por 94 indivíduos com depressão maior e 188 indivíduos sãos, provenientes da cidade de Buenos Aires, Argentina. Foram comparados os componentes fenomenológicos das memórias autobiográficas significativas quanto à sua quantidade e intensidade. Ao mesmo tempo, comparou-se o rendimento do grupo depressivo de acordo com a presença ou ausência de episódios depressivos prévios, tratamento psicofarmacológico e severidade dos sintomas. Encontraram-se diferenças significativas na Quantidade e Intensidade Totais dos componentes fenomenológicos evocados, apresentando o grupo clínico uma evocação reduzida ($p < 0,001$). Ao mesmo tempo, as dimensões Valencia, Imagem Visual, Sensorialidade, Intersubjetividade e Claridade também apresentaram diferenças significativas. Contudo, não se encontraram diferenças significativas ao realizar as análises secundárias de acordo com as variáveis clínicas. Os indivíduos com depressão mostraram um padrão distintivo de evocação fenomenológica de suas memórias em comparação com os controles. Considerar as modalidades fenomenológicas de evocação autobiográfica à luz dos modelos cognitivos em *Mindfulness* e Imagem tem implicações clínicas relevantes.

Palavras-chave: Memória autobiográfica, especificidade, experiência, depressão.

Phenomenological Profiles of Autobiographical Memories in Individuals with Depression

Abstract

Autobiographical memories are deeply linked with emotional regulation processes and self-concept. Conversely, in case of affective disorders, the access to specific phenomenological components would be impaired. Intentional non-probabilistic sampling was carried out, involving 94 individuals with major depression and 188 healthy individuals in the city of Buenos Aires, Argentina. The phenomenological components of significant autobiographical recollections were contrasted, considering their quantity and intensity. In addition, the depressive individuals' performances were compared according to the presence or absence of previous depressive episodes, psychopharmacological treatment and severity of symptoms. Statistically significant differences were found in the total amount and intensity of the recalled phenomenological components, in which the clinical group presented reduced memory ($p < .001$). Besides, the dimensions: Valence, Visual Imagery, Sensoriality, Inter-subjectivity and Clarity also presented significant differences. Notwithstanding, non-significant differences were observed during the secondary analysis in relation to the clinical variables. Individuals with depression showed a distinctive phenomenological memory pattern in comparison to controls. Considering phenomenological memory modalities in the light of cognitive models of Mindfulness and Imagery entails relevant clinical implications.

Keywords: Autobiographical memory, specificity, experience, depression.

Las experiencias significativas de vida suelen ser conservadas a modo de recuerdos autobiográficos (RsAs). Estas representaciones, a di-

ferencia de lo que ocurre con los engramas de la memoria semántica, pueden contener una amplia variedad de componentes fenomenológicos. De

esta manera, cuando los individuos evocan RsAs recrean, en el presente, vivencias pasadas con un alto grado de especificidad y detalle (Magila & Xavier, 2000; Sutin & Robins, 2007; Tulving, 2002).

A partir de una serie de estudios en memoria autobiográfica (MA), y bajo diferentes metodologías, fueron delimitadas diversas dimensiones fenomenológicas características de los RsAs (Lolich & Azzollini, 2012; Luchetti & Sutin, 2015; Sutin & Robins, 2007). Uno de los principales constructos remite a la imagería visual y a la perspectiva visual de evocación (Greenberg & Knowlton, 2014; Sutin & Robins, 2010). Además suelen estar presentes los restantes componentes sensoriales, la valencia e intensidad afectiva y la sensación de viajar en el tiempo (Bluck, Alea, & Habermas, 2005; Sutin & Robins, 2007; Tulving, 2002).

En los últimos años, ha sido creciente el interés por delimitar los perfiles fenomenológicos de evocación de los RsAs significativos. Investigaciones en Estados Unidos y Europa han encontrado asociaciones significativas entre el tipo de dimensiones fenomenológicas evocadas y otras variables psicológicas y psicopatológicas (Janssen, Kristo, Rouw, & Murre, 2015; Montebanocci, Luchetti, & Sutin, 2014). De esta manera se ha mostrado cómo los individuos con un trastorno depresivo mayor (TDM) evocan sus RsAs de modo sobre-generalizado, en comparación a individuos sanos (King et al., 2010). Esto es, dicha población clínica tiende a evocar sus RsAs de modo difuso, donde eventos similares suelen fundirse en una categoría mnémica común y la delimitación de detalles concretos es escasa (Williams et al., 2007). De forma particular, se ha encontrado que las personas con TDM evocan predominantemente a sus RsAs desde una perspectiva visual de observador y presentan una menor conciencia auto-nóica (Bergouignan et al., 2008; Lemogne et al., 2006). Aunque existe la tendencia a considerar que este grupo clínico evocaría recuerdos estructurados a partir de un tipo de valencia negativa (Park, Goodyer, & Teasdale, 2002; Watkins & Teasdale, 2004), este no parece ser el resultado encontrado en todos los estudios y se enfatiza, en cambio, a la

baja intensidad afectiva como rasgo característico (Kuyken & Howell, 2006; Werner-Seidler & Moulds, 2011a).

En relación a lo anterior, modelos en psicología cognitiva [*Mindfulness* (Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000) e Imagería (Holmes & Mathews, 2007)] resaltan la tendencia de los pacientes con TDM hacia la sobre-generalización. Los mismos sostienen que, un estilo cognitivo sobre-generalizado de procesamiento de la información es particularmente contraproducente. Si bien al evocar RsAs a un nivel general se evitaría el contacto directo con experiencias que podrían resultar dolorosas, dichas implicancias emocionales seguirían actuando implícitamente y favorecerían la instauración de cogniciones sesgadas (Dinis, Carvalho, Gouveia, & Estanqueiro, 2015; Williams et al., 2007). Si el evento conservara su impacto en el sí mismo pero no se puede acceder a sus detalles fenomenológicos de un modo específico, éste no resultaría adecuadamente integrado a las redes mnésicas correspondientes (Sumner, Griffith, & Mineka, 2010; Williams et al., 2007). Dicha evocación, generalizada en los detalles pero elevada en cuanto a las repercusiones afectivas a mediano plazo, incrementaría la vulnerabilidad de los individuos a presentar recuerdos intrusivos y cogniciones disfuncionales (Bessell, Watkins, & Williams, 2008; Sumner et al., 2014). De esta manera, la dificultad para entrar en contacto de un modo específico con la experiencia, como lo son los RsAs significativos, se encuentra asociado con un peor pronóstico e inclusive con una mayor probabilidad a presentar recaídas (Crawley, 2014; Kuyken & Dalgleish, 2011; Sumner et al., 2010).

En este sentido, se ha reportado la relación directa entre la cantidad de episodios depresivos mayores y el deterioro mnésico en aquellos individuos con TDM (MacQueen, Galway, Hay, Young, & Joffe, 2002). He ahí la importancia de actuar de forma temprana buscando reducir las chances de que se presenten nuevos episodios. Otra variable clínica de interés es la severidad de la sintomatología depresiva. Distintos estudios (King et al., 2010; Liu, Li, Xiao, Yang, & Jiang, 2013) postulan que una vez desencadenado el

TDM, la afectación mnésica es independiente de la gravedad clínica del episodio. Antes que el estado anímico, sería la modalidad disfuncional de procesamiento cognitivo la responsable de los sesgos en la MA. Por último, otro punto de interés remite al efecto de los psicofármacos en tareas de MA (King et al., 2010). Si bien algunos autores (Zoladz, Park, Muñoz, Fleshner & Diamond; 2008) sugieren que los medicamentos antidepresivos podrían, de hecho, presentar efectos de neuroprotección e inclusive efectos neurotróficos disminuyendo los déficits cognitivos (para una revisión véase, Tanis, Newton, & Duman, 2007), otros investigadores reportan respuestas mnésicas empobrecidas asociadas al uso de la medicación psicofarmacológica en pacientes con TDM (Brittlebank, Scott, Williams, & Ferrier, 1993).

Conocer los estilos fenomenológicos de evocación de RsAs significativos, en individuos que presentan trastornos depresivos, resultaría de gran aplicabilidad a nivel clínico y teórico. Poder identificar cuáles son las dimensiones fenomenológicas que presentan un mayor grado de sobre-generalización y cuales variables clínicas se encuentran relacionadas con un mejor o peor rendimiento brindaría información de gran relevancia: Por ejemplo, dichos datos serían de utilidad al momento de diseñar y aplicar intervenciones psicoterapéuticas que busquen trabajar con los episodios significativos de vida de los pacientes. Favorecer, en los espacios de consultoría clínica, la evocación de RsAs de un modo específico, puede conllevar beneficios terapéuticos significativos. Poder acceder a los recuerdos negativos de un modo concreto viabiliza una mejor tramitación de los hechos mientras que recordar de modo específico los recuerdos positivos posibilita beneficiarse anímicamente de los mismos (Bessell et al., 2008; Werner-Seidler & Moulds, 2011b). No obstante, al momento presente no se cuenta con estudios en poblaciones latinoamericanas que hayan buscado identificar los perfiles fenomenológicos característicos de evocación de RsAs significativos en individuos con TDM. Por otro lado, los estudios realizados pocas veces han utilizado técnicas de evaluación psicométricamente válidas y confiables (Rotten-

berg, Joormann, Brozovich, & Gotlib, 2005; Sutin & Robins, 2007).

El objetivo primario del presente trabajo es comparar los perfiles fenomenológicos de evocación de RsAs significativos referidos por individuos adultos con y sin TDM de la ciudad de Buenos Aires (Argentina). Específicamente, se busca evaluar la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en la cantidad e intensidad de componentes fenomenológicos evocados. Como objetivos secundarios, se propone evaluar diferencias estadísticamente significativas en la cantidad e intensidad total de componentes fenomenológicos en el grupo de individuos con TDM de acuerdo a la presencia o ausencia de episodios depresivos previos, tratamiento psicofarmacológico en curso y severidad de la sintomatología depresiva.

Respectivamente, la hipótesis principal es que el perfil fenomenológico de evocación de RsAs significativos de individuos con TDM presenta diferencias significativas en comparación al perfil fenomenológico de evocación de individuos sin TDM. Los individuos con TDM, en comparación a los individuos sin TDM, presentan menor cantidad y evocan con menor intensidad los componentes fenomenológicos durante la evocación de RsAs significativos. Como hipótesis secundarias se establece que los individuos con TDM y presencia de episodios depresivos previos, así como los individuos con TDM bajo tratamiento psicofarmacológico, evocan en menor cantidad e intensidad los componentes fenomenológicos presentes en sus RsAs autobiográficos en comparación al grupo de individuos con TDM sin antecedentes de episodios previos y sin tratamiento psicofarmacológico en curso. Además, aquellos individuos con mayor severidad sintomatológica actual evocan en menor cantidad e intensidad los componentes fenomenológicos en comparación a los individuos con TDM que presentan síntomas depresivos más leves.

Métodos

Tipo de Estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo-correlacional de corte transversal.

Tabla 1
Caracterización Socio-Demográfica y Clínica de la Muestra

	Muestra Total	Grupo con TDM	Grupo Control	<i>p</i> -valor
Casos [<i>n</i> (%)]	282 (100)	94 (33,3)	188 (66,7)	
Edad [años, mediana (RI*)]	31 (29)	32 (29)	30,5 (28,7)	0,833 ^a
Mujeres [<i>n</i> (%)]	168 (59,6)	56 (59,6)	112 (59,6)	1,000 ^b
Estado Civil [(<i>n</i> (%)]				
Soltero	132 (46,8)	45(47,9)	87 (46,3)	0,740 ^b
En pareja	86 (30,5)	26 (27,6)	60 (31,9)	
Divorciado	64 (22,7)	23 (24,5)	41 (21,8)	
Nivel de Instrucción [<i>n</i> (%)]				
Secundaria incompleta	34 (12,1)	13 (13,8)	21 (11,2)	0,748 ^b
Secundaria completa	38 (13,5)	12 (12,8)	26 (13,8)	
Universitario incompleto	166 (58,9)	57 (60,6)	109 (58)	
Universitario completo	44 (15,6)	12 (12,8)	32 (17)	
Características Clínicas				
Puntaje Total IDB [mediana (RI)]	6 (12)	18 (13)	3 (5)	
Sin Sintomatología Significativa	188 (100)	0 (0)	188 (100)	
Episodio Depresivo Leve	38 (13,5)	38 (40,4)	0 (0)	
Episodio Depresivo Moderado	41 (14,5)	41 (43,6)	0 (0)	0,001 ^a
Episodio Depresivo Severo	15 (5,3)	15 (16)	0 (0)	
Episodios depresivos previos [<i>n</i> (%)]	54 (19,1)	54 (57,44)	0 (0)	
Tratamiento psicofarmacológico actual [<i>n</i> (%)]	61 (21,6)	61 (64,89)	0 (0)	

Nota. *RI= Rango Intercuartil.

^a Prueba de la Mediana. ^b Prueba Chi-Cuadrado.

Participantes

Se tomó una muestra no probabilística intencional de 282 individuos adultos (veáse Tabla 1) con TDM ($n_{TDM}=94$) y sin TDM ($n_{S/TDM}=188$) residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina).

Fueron incluidos para conformar el grupo clínico aquellos individuos entre 18-65 años que presentaban de forma previa al comienzo del estudio un diagnóstico primario de TDM, puntuaran ≥ 13 en el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y aceptarían participar del estudio firmando el consentimiento informado. Fueron incluidos para conformar el grupo control aquellos individuos que presentarían un puntaje < 13 en el IDB, refirieran no con-

tar con antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico por trastornos afectivos y aceptarían participar del estudio firmando el consentimiento informado. Para ambos grupos, fueron excluidos aquellos individuos con antecedentes previos o actuales de trastorno de la personalidad, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenias, trastornos relacionados con sustancias, trastornos mentales orgánicos, retraso mental, enfermedades médicas de consideración que pudieran afectar el desempeño cognitivo y aquellos individuos que no se encontraran en condiciones de brindar su consentimiento voluntario. Además, aún cuando los participantes cumplieran con los

criterios de inclusión, se excluyó a aquellos individuos que una vez comenzada la evaluación quisieran darla por terminada antes de tiempo. De esta manera fueron excluidos $n_{TDM} = 2$ individuos con antecedentes de tratamiento psiquiátrico por esquizofrenia, $n_{TDM} = 3$ y $n_{S/TDM} = 6$ individuos por presentar antecedentes de enfermedades médicas de consideración.

Aplicando la técnica de emparejamiento (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006), la conformación del grupo sin TDM se realizó buscando aparear las variables, edad, sexo y nivel educativo de cada caso incluido en el grupo con TDM. En consonancia, tal como se expone en la tabla 1, la comparación estadística de las variables socio-demográficas entre ambos grupos resultó no significativa. Fueron llevadas a cabo las pruebas estadísticas correspondientes al nivel de medición y distribución de las variables. Todas las pruebas fueron a dos colas considerando un nivel de significación $p < .05$.

Calculo del Tamaño Muestral. A partir de un primer estudio piloto con 15 individuos en cada grupo se recabó información respecto a las medias, varianzas y puntaje totales aproximados. Posteriormente se llevó a cabo un cálculo del tamaño de la muestra para comparación de dos medias. Considerando una potencia del 80%, un nivel de confianza del 95%, una varianza de 222 para el grupo control, una diferencia mínima significativa de 4 puntos entre los grupos para los resultados primarios de la Escala de Evaluación de Recuerdos Autobiográficos Significativos (EERAS) y aplicando una prueba bilateral se estimó, mediante el programa informático Piface (Lenth, 2006-2009), un n total por grupo de 188 individuos. Dadas las dificultades implicadas en recabar tal cantidad de individuos en el caso del grupo clínico, finalmente fue estimada la inclusión de 94 participantes con TDM y 188 individuos sin TDM. No obstante, dado que el número del grupo clínico resultó más pequeño se contraría, por tanto, con menor potencia estadística por lo que de detectarse diferencias estadísticas significativas entre los grupos la evidencia en pos de dichas diferencias sería mayor (Camacho Sandoval, 2008).

Instrumentos

Las variables, antecedentes de episodios depresivos previos y presencia de tratamiento psicofarmacológico en curso, fueron recabadas de las historias clínicas de los pacientes.

Inventario de Depresión de Beck (IDB). Para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva se utilizó la versión traducida, adaptada y estandarizada para la población Argentina del IDB (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996; Bonicatto, Dew, & Soria, 1998; Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique, & Dowrick, 2000). El IDB es un inventario autoadministrable, incluye 21 ítems de síntomas depresivos; cada reactivo incluye a su vez cuatro opciones de respuesta a las que les corresponde un puntaje de cero a tres de acuerdo a la gravedad del síntoma (puntaje máximo 63). El puntaje final se obtiene de la suma directa de los puntajes correspondientes a cada ítem. La adaptación local posee propiedades psicométricas satisfactorias- entre ellas; una sensibilidad del 100% y especificidad del 99%, con un poder predictivo estimado en el 72% (Bonicatto et al., 1998).

El puntaje de corte utilizado –mayor o igual a 13– fue empleado en estudios epidemiológicos previos (Lasa et al., 2000; Leiderman, Vázquez, Lolich, & Baldessarini, 2012). El puntaje total puede clasificarse en: 0-12 (ausencia de sintomatología depresiva significativa); 13-16 (estado depresivo leve); 17-29 (estado depresivo moderado); 30- 63 (estado depresivo severo; Bonicatto et al., 1998; Leiderman et al., 2012).

Escala de Evaluación de Recuerdos Autobiográficos Significativos (EERAS). Para evaluar el perfil fenomenológico de evocación, en individuos con y sin TDM, se utilizó la EERAS (validada por Lolich & Azzollini, 2016). Dicha escala fue diseñada para evaluar los perfiles fenomenológicos de evocación de RsAs significativos. Los mismos se encuentran conformados a partir de la cantidad e intensidad de evocación de los componentes fenomenológicos presentes en los RsAs.

La EERAS consta de un total de 47 ítems: 30 ítems de respuesta de Likert agrupados en ocho dimensiones (Imaginería Visual, Valencia, Impacto en el sí mismo; Sensorialidad, Clari-

dad, Intersubjetividad, Distanciamiento-Identificación e Intensidad), nueve ítems de respuesta cerrada y ocho abierta. El instrumento presenta propiedades psicométricas satisfactorias -como ser una consistencia interna de .892 y una varianza total explicada del 65,77%. De esta manera, se obtienen dos puntajes principales relativos a la cantidad total de componentes fenomenológicos e intensidad total de la evocación así como información categórica respecto a la valencia e intensidad afectiva del recuerdo. Además, también es posible obtener puntajes parciales relativos a cada una de las dimensiones fenomenológicas en su nivel de intensidad y cantidad. Siendo los objetivos del presente trabajo, exclusivamente cuantitativos, en este estudio solo fueron analizados los ítems de respuesta de la escala de Likert.

El instrumento presenta como consigna inicial la evocación de un recuerdo autobiográfico significativo de duración menor a un día (Williams, 1995). Se solicita que dicho evento remita a un momento específico, es decir, que sea relativo a un hecho puntual de la biografía del participante (Williams, 1995; Williams et al., 2007). Los distintos ítems del instrumento, se presentan como una serie de afirmaciones (i.e., “En la imagen que se me presenta puedo distinguir algunos colores”, “Recuerdo uno o más sonidos”) de las que se espera el participante indique en qué medida se encuentra de acuerdo o en desacuerdo (“muy en desacuerdo”; “en desacuerdo”; “no estoy seguro”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo”).

Cantidad de componentes. El puntaje total (y parcial para cada dimensión) relativo a la cantidad de componentes fenomenológicos evocados se obtiene de la suma de componentes fenomenológicos señalados, por el participante, como presentes durante la evocación del recuerdo. Se obtiene un punto por cada tipo de respuesta “De acuerdo” o “Muy de acuerdo” para los distintos ítems que componen las ocho dimensiones de la EERAS. El valor final resulta de la sumatoria de asignar un punto a la presencia y cero puntos a la ausencia de cada ítem.

Intensidad de evocación. El puntaje total (y parcial para cada dimensión) relativo a la inten-

sidad con la que cada componente fenomenológico es evocado se obtiene de la suma de cada una de las respuestas señaladas, por el participante, para cada ítem de la escala. Se brinda un puntaje máximo de cinco puntos para un tipo de respuesta “Muy de acuerdo” y un puntaje mínimo de un punto para un tipo de respuesta “Muy en desacuerdo”. El puntaje final resulta de la sumatoria total de los valores obtenidos para cada una de las respuestas consignadas por el participante a cada uno de los diferentes ítems.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados a través del muestreo de redes (Hernández Sampieri et al., 2006) durante los años 2013-2014. Fue administrado un cuestionario de datos socio-demográficos, la EERAS y el IDB al grupo de participantes con y sin TDM.

Los individuos con TDM fueron contactados en diferentes centros de salud ubicados en distintas comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Todos ellos se encontraban realizando tratamiento ambulatorio por un TDM como diagnóstico primario de acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual for the Mental Health-Text Revision* ([DSM-IV-TR], 4. ed., American Psychiatric Association [APA], 2000) y puntuaron ≥ 13 en el IDB. Las instituciones de salud aprobaron una versión resumida del protocolo de investigación en los respectivos comités de docencia e investigación y comités de ética con aprobación posterior, donde correspondiera, del comité central del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Los participantes con TDM fueron referidos por los profesionales a cargo del tratamiento. Los individuos sin antecedentes de psicopatología fueron contactados a través de un muestreo en redes (Hernández Sampieri et al., 2006) buscando lograr el emparejamiento con las variables socio-demográficas del grupo clínico. Se invitó a participar a individuos que residieran en las mismas comunas donde se encontraban ubicadas las instituciones de salud de donde se reclutaron los participantes del grupo con TDM.

Ambos grupos de participantes, al momento de la admisión al estudio, firmaron el consenti-

miento informado para que los datos brindados sean utilizados para la respectiva investigación. En dicho consentimiento, libre y voluntario, se garantizó el futuro anonimato de la información brindada y, en el caso de la muestra clínica, la ausencia de consecuencias en la atención recibida. La toma de datos fue realizada en consultorios individuales. En el caso de la muestra control, los participantes fueron invitados a un consultorio particular, de condiciones ambientales similares al utilizado para evaluar a la muestra clínica. La administración de las técnicas fue realizada de forma balanceada (la mitad de la muestra dentro de cada grupo respondió primero al IDB y luego a la EERAS, y viceversa).

Análisis de los Datos

Los datos obtenidos a partir de la administración del cuestionario socio-demográfico, del IDB y de la EERAS fueron analizados estadísticamente. Luego de explorar la matriz de datos, fueron realizados análisis descriptivos e inferenciales según el nivel de medición de las variables. Dada la distribución de las variables y el no cumplimiento de los supuestos paramétricos, se utilizó la prueba no paramétrica de Mann Whitney para las comparaciones entre los dos grupos y de Kruskal Wallis para las comparaciones entre los tres subgrupos de individuos con TDM con distinto grado de severidad sintomatológica. Se aceptó un error $\alpha \leq .05$ para el análisis del objetivo primario. Para los objetivos secundarios, se realizó una corrección de Bonferroni de acuerdo a la cantidad de comparaciones múltiples efectuadas ($\alpha/6 \leq .0008$). De esta manera, se buscó controlar la tasa del error tipo I. Además, para cada una de las comparaciones realizadas, se calculó una estimación del tamaño del efecto para pruebas no paramétricas utilizándose el coeficiente r de Rosenthal (1991) junto con su respectivo intervalo de confianza del 95% (Rosenthal, 1991; Téllez, García, & Corral-Verdugo, 2015).

Ningún caso tuvo que ser excluido ya que todos los individuos respondieron al menos al 95% de los ítems (Carracedo-Martínez & Figueiras, 2006). Se utilizó el software SPSS versión 18, idioma español (SPSS Inc., 2009).

Resultados

Exploración de la Matriz de Datos

Se realizó una exploración inicial de los datos no detectándose valores atípicos. Ninguno de los casos ni de los ítems presentó respuestas vacías superiores al 5%. No se detectaron diferencias estadísticas significativas (a nivel de $p > .05$) en las puntuaciones de los instrumentos de acuerdo al orden de aplicación dentro de cada grupo.

Una vez administrada la EERAS al grupo de individuos con y sin TDM, los índices derivados del análisis fiabilidad resultaron superiores a .80. Por otro lado, los índices parciales también resultaron satisfactorios ($> .70$). Únicamente en las dimensiones Afectividad (TDM=.651; S/TDM=.593), Intersubjetividad (TDM=.538; S/TDM=.590) y Sensorialidad (TDM=.620; S/TDM=.660) se obtuvieron coeficientes de consistencia interna levemente menores a los valores mínimos aceptables (Cortina, 1993; Cronbach, 1951).

Intensidad y Cantidad Total de Componentes en el Grupo con y sin TDM

Se observaron diferencias estadísticas muy significativas entre los grupos en los puntajes principales de la EERAS. Esto se observó tanto en lo que hace a la Cantidad ($p < .001$) como a la Intensidad Total ($p < .001$) de componentes fenomenológicos referidos. Los individuos del grupo con TDM evocaron en menor cantidad y con menor intensidad los componentes fenomenológicos de sus RsAs significativos. De la misma manera, la estimación del tamaño del efecto para estos análisis fue moderada (véase la Tabla 2).

Cantidad de Componentes por Dimensión. Al compararse la cantidad de componentes fenomenológicos evocados, por cada grupo de participantes para cada una de las ocho dimensiones fenomenológicas, se encontraron diferencias significativas (véase Tabla 2).

Durante la evocación de los RsAs, los individuos sin TDM refirieron mayor cantidad de componentes en las dimensiones: Imaginería Visual, Valencia, Claridad e Intersubjetividad

Tabla 2
Resultados en la EERAS en el Grupo con y sin TDM

EERAS Dimensiones	Grupo con TDM [mediana (RI)]	Grupo sin TDM [mediana (RI)]	<i>p</i> -valor ^a	Estimación del tamaño del efecto [<i>r</i> ^b (IC)]
Imaginería Visual				
Cantidad de Componentes	6 (2,2)	6 (2)	.033*	-0.127 (-0.24; -0.01)
Intensidad de los Componentes	28 (8)	29 (5)	.091	-0.100 (-0.02; 0.01)
Valencia				
Cantidad de Componentes	1 (4)	4 (2)	.001***	-0.363 (-0.48; -0.25)
Intensidad de los Componentes	14 (12)	22 (6)	.001***	-0.396 (-0.51; -0.28)
Impacto en el sí mismo				
Cantidad de Componentes	4 (1)	3 (3)	.470	-0.118 (-0.24; -0.01)
Intensidad de los Componentes	17 (4)	16 (7)	.380	-0.124 (-0.02; -0.01)
Sensorialidad				
Cantidad de Componentes	1 (1,2)	2 (1,7)	.135	-0.089 (-0.20; 0.02)
Intensidad de los Componentes	10 (5,2)	12 (4,7)	.024*	-0.134 (-0.25; -0.01)
Claridad				
Cantidad de Componentes	3 (1)	3 (0)	.006**	-0.165 (-0.28; -0.04)
Intensidad de los Componentes	12 (4)	13 (3)	.031*	-0.129 (-0.24; -0.01)
Intersubjetividad				
Cantidad de Componentes	2 (1)	3 (1)	.030*	-0.129 (-0.25; -0.01)
Intensidad de los Componentes	12 (4,2)	12 (4)	.022*	-0.136 (-0.25; -0.01)
Distanciamiento-Identificación				
Cantidad de Componentes	2 (1)	2 (2)	.809	-0.014 (-0.25; -0.01)
Intensidad de los Componentes	8 (3,2)	8 (4)	.707	-0.001 (-0.13; -0.10)
Afectividad				
Cantidad de Componentes	2 (2)	2 (1)	.563	-0,022 (-0,14; 0,09)
Intensidad de los Componentes	9 (3)	8 (3)	.152	-0,034 (-0,15; 0,08)
Cantidad Total de Componentes	20 (7,2)	22 (7,7)	.001***	-0,208 (-0,32; -0,09)
Intensidad Total de los Componentes	107,50 (18,2)	116,50 (21,7)	.001***	-0,239 (-0,35; -0,12)

^a Prueba *U* de Mann Whitney. ^b Coeficiente *r* de Rosenthal.
 p*<0,05; *p*<0,01; ****p*<0,001.

(Tabla 2). Así, la dimensión Valencia presentó diferencias estadísticamente muy significativas entre los grupos (*p*<.001). Considerando el modo en el que están redactados los ítems que evalúan dicha dimensión, los individuos del grupo control (mediana =4; RI =2) evocaron recuerdos de mayor emocionalidad positiva que el grupo clínico (mediana = 1; RI = 4). Además, la estimación del tamaño del efecto para dicha diferencia reportada fue moderada [*r*=-0.363 (-0.44; -0.25)]. Por otro lado, en el nivel cantidad de componentes de la dimensión Claridad también se observaron diferencias estadísticas muy significativas (*p*=.006). Si bien la mediana de la puntuación obtenida fue la misma, tanto

en el grupo clínico (mediana =3; RI= 1) como en el grupo de referencia (mediana =3; RI= 0), la medida de dispersión fue mayor en el grupo clínico, existiendo mayor variabilidad en su tipo de respuestas. En este caso, no obstante, la estimación del tamaño del efecto de la diferencia fue pequeña [*r*=-0.165(-0.28;-0.04)].

Intensidad de Componentes por Dimensión. Al compararse la intensidad con la que fueron evocadas cada una de las distintas dimensiones fenomenológicas de la escala, se encontraron diferencias significativas entre los grupos (véase tabla 2).

Durante la evocación de RsAs, los individuos sin TDM refirieron mayor intensidad en la

evocación de los componentes de las dimensiones: Valencia, Sensorialidad, Claridad e Intersubjetividad. Particularmente, las diferencias en cuanto a la intensidad de evocación fueron muy significativas para la dimensión Valencia [mediana grupo con TDM = 14; RI= 12 vs mediana grupo sin TDM= 22; RI= 6; $p < 0,001$; $r = -0.396$ (-0.51; -0.28)].

Intensidad y Cantidad Total de Componentes según la Presencia de Episodios Depresivos Previos. Considerándose la corrección de Bonferroni ($\alpha < 0,0008$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes principales de la EERAS entre el subgrupo de individuos con TDM que presentaban antecedentes previos de episodios depresivos ($n = 54$) en comparación al subgrupo de individuos con TDM que no los presentaban ($n = 40$), tanto en cuanto a la cantidad total [mediana grupo TDM con antecedentes= 18,5; RI= 6 vs mediana grupo TDM sin antecedentes= 20; RI= 7,5; $p = .044$; $r = -0,120$ (-0,32; 0,08)] como intensidad total de componentes [mediana grupo TDM con antecedentes= 104; RI= 20,5 vs mediana grupo TDM sin antecedentes= 113; RI= 16,75; $p = .018$; $r = -0,141$ (-0,34; -0,06)] evocados.

Intensidad y Cantidad Total de Componentes según la Presencia de Tratamiento Psicofarmacológico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el subgrupo de individuos con TDM que se encontraban bajo tratamiento psicofarmacológico ($n = 61$) frente a al subgrupo de individuos con TDM que no lo estaban ($n = 33$), en los puntajes principales de la EERAS relativos a la cantidad total (mediana grupo TDM en tratamiento= 20; RI= 7,5 vs mediana grupo TDM sin tratamiento= 19; RI= 6; $p = .153$) e intensidad total de componentes (mediana grupo TDM en tratamiento= 111; RI= 18 vs mediana grupo TDM sin tratamiento= 105; RI= 20; $p = 0,135$).

Intensidad y Cantidad Total de Componentes según la Severidad de la Sintomatología Depresiva. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos de individuos con TDM conformados a partir del grado de severidad sintomatológica (véase

la tabla 1) en los puntajes principales de la EERAS. La prueba Kruskal Wallis presentó un p valor de 0,245 para la cantidad total de componentes y un p valor de .224 para la intensidad total de los componentes.

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo primario evaluar los perfiles fenomenológicos de evocación de RsAs significativos de acuerdo a la presencia o ausencia de TDM y, secundariamente, evaluar el rendimiento en la EERAS en el grupo con TDM de acuerdo a la presencia de episodios depresivos previos, tratamiento psicofarmacológico y severidad sintomatológica. Los resultados encontrados respaldan la hipótesis principal del estudio en cuanto a que los individuos con TDM evocan en menor cantidad y con menor intensidad los componentes fenomenológicos de sus RsAs en comparación al grupo control. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticas en el grupo de individuos con TDM, al repetir los análisis de acuerdo a las tres variables clínicas evaluadas.

Al comparar los puntajes obtenidos entre los grupos con y sin TDM para cada dimensión fenomenológica, se encontraron diferencias significativas únicamente en las dimensiones Imaginería Visual, Valencia, Sensorialidad, Claridad e Intersubjetividad. Por un lado, el grupo de individuos con TDM evocó en menor cantidad los componentes relativos a la dimensión visual del recuerdo pero, no obstante, no se diferenció del grupo control en la intensidad con la que dichos detalles fueron evocados. Podría plantearse que, una vez que los individuos con TDM acceden a componentes visuales de su recuerdo, la intensidad de evocación de dichos detalles no se ve afectada de forma significativa. Tal como sostienen Greenberg y Knowlton (2014), la imaginación visual juega un rol fundamental en los RsAs, y en el funcionamiento cognitivo en general, por lo que conservar la cualidad evocativa aportaría beneficios adaptativos considerables. En cambio, en lo que refiere a los componentes sensoriales (sabores, olores, sonidos y sensaciones táctiles)

el grupo de individuos con TDM evocó con menor intensidad los componentes de dicha dimensión. Tal como manifiestan abordajes centrados en la experiencia (Bessell et al., 2008; Holmes & Mathews, 2010; Williams, 2010), el procesamiento sensorial y afectivo son funciones de relevancia en lo que refiere a la emergencia de los fenómenos de rememoración. Resta para futuros estudios evaluar la posibilidad de que los individuos con TDM refieran menor intensidad para dichos componentes siendo que la evocación multimodal de la información se encuentra afectada en esta población. Distintos trabajos sostienen que una modalidad de procesamiento de tipo generalizada es característica de pacientes con TDM (Sumner et al., 2010; Watkins, Moberly, & Moulds, 2008; Watkins & Teasdale, 2004)). Puede plantearse que el grupo de individuos con depresión pudo haber presentado menor intensidad en la evocación de los componentes sensoriales como una estrategia de evitación emocional (Dinis et al., 2015; Williams et al., 2007).

Además, tanto en lo que refiere a la cantidad como intensidad de componentes que hacen a la dimensión Claridad, el grupo de participantes con TDM presentó puntajes significativamente menores. Esto coincide con estudios que sostienen que, a mayor especificidad del procesamiento representacional, mayor es la cantidad de detalles accesibles de un modo vívido (Watkins et al., 2008; Werner-Seidler & Moulds, 2011b). De la misma manera, en relación a la dimensión Intersubjetividad, el grupo clínico refirió menor cantidad de componentes así como un menor nivel de intensidad que el grupo control. Los RsAs han sido vinculados, entre otros propósitos, a los fines de sociabilización (Bluck et al., 2005; Harris, Rasmussen, & Berntsen, 2013). El hecho de que los participantes con TDM hayan evocado en menor medida los aspectos intersubjetivos de sus RsAs resulta congruente con la afectación social característica de los cuadros de depresión (Bluck et al., 2005; Conway, 2005; Michalak & Lam, 2002).

Por otro lado y a diferencia de lo reportado de forma previa (King et al., 2010, MacQueen et al., 2002), no se encontraron diferencias sig-

nificativas en el rendimiento mnésico de los individuos con TDM de acuerdo a la presencia de episodios depresivos previos. No obstante, esta diferencia podría residir en el hecho de que en este trabajo dicha variable fue registrada de forma dicotómica. De haber contado con el número preciso de episodios los análisis se hubieran visto enriquecidos. De la misma manera, la variable tratamiento psicofarmacológico tampoco mostró ser un factor significativo en la performance mnémica evaluada por la EERAS. Como se comentó en la introducción, se encuentra bajo debate el tipo de efecto que los psicofármacos producen en tareas de MA (Brittlebank et al., 1993; Zoladz et al., 2008). Para un próximo trabajo resultaría interesante registrar esta variable de acuerdo al tipo de medicamento y no sólo de acuerdo a su presencia o ausencia. Por último y en coincidencia con otras investigaciones (Lemogne et al., 2006; Watkins, Teasdale, & Williams, 2000), tampoco se encontraron diferencias significativas de acuerdo al grado de severidad sintomatológica de los individuos con TDM. Si bien a primera vista puede resultar contra intuitivo y tal como ha sido sugerido en la literatura, una vez que se instala un TDM las alteraciones en el procesamiento cognitivo de la de la MA resultarían independientes de la severidad clínica del cuadro (King et al., 2010).

El presente trabajo tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, por razones operativas, el diseño muestral fue no probabilístico. Ésta característica limita el alcance de las conclusiones a los grupos de individuos que aceptaron participar de la investigación. Sin embargo, no limita la confiabilidad y validez de los resultados encontrados en este grupo de participantes. Por otro lado, el mismo objeto bajo estudio suele ser blanco de múltiples sospechas en cuanto a la exactitud con la que opera la MA. Empero, en concordancia con líneas actuales de investigación (Bergouignan et al., 2008; Montebanacci et al., 2014), no fue un objetivo evaluar la veracidad del contenido de los RsAs sino los perfiles fenomenológicos de evocación evaluados con la EERAS. Y de hecho, antes que la veracidad del contenido, son las modalidades de procesamiento de la experiencia del recuerdo las que se en-

cuentran asociadas con los sesgos cognitivos de los individuos con TDM y, en definitiva, con el impacto anímico asociado (Watkins & Teasdale, 2004). Por último, al ser éste un estudio observacional, no pudieron ser controladas distintas variables de confusión ni eliminados los sesgos asociados a este tipo de investigaciones. Poder replicar el presente estudio por medio de una selección muestral bajo procedimientos probabilísticos y controlar los análisis con otras variables clínicas de relevancia sería necesario en pos de la generalización de la información recabada a la población general. Pese a las limitaciones del presente trabajo, se considera que los resultados alcanzados podrán ser de suma utilidad en próximas investigaciones en la temática.

En concordancia con los modelos de *Mindfulness* (Williams, 2010) e Imaginería Cognitiva (Holmes & Mathews, 2010), se cree que el buscar incrementar la especificación de aquellas dimensiones fenomenológicas de la evocación de RsAs significativos que se muestran más afectadas, probará beneficios terapéuticos significativos en individuos con TDM (Williams et al., 2000). Afectividad, memoria e identidad confluyen en la conformación de las experiencias del pasado, del presente y aún en la conformación de las proyecciones futuras de las personas (Janssen et al., 2015; Mullally & Maguire, 2013). Continuar profundizando las intrincadas relaciones entre estas funciones cognitivas puede aportar información de gran utilidad en el ámbito clínico y teórico en relación a la MA.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. ed.). Washington, DC: Autor.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Bergouignan, L., Lemogne, C., Foucher, A., Longin, E., Vistoli, D., Allilaire, J.-F., & Fossati, P. (2008). Field perspective deficit for positive memories characterizes autobiographical memory in euthymic depressed patients. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 322-333.
- Bessell, A. L., Watkins, E., & Williams, W. H. (2008). Depressive rumination reduces specificity of autobiographical memory recall in acquired brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 14(1), 63-70.
- Bluck, S., Alea, N., & Habermas, T. (2005). A tale of three functions: The self-report uses of autobiographical memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117.
- Bonicatto, S., Dew, M. A., & Soria, J. (1998). Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatric Research*, 79, 277-285.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118-121.
- Camacho Sandoval, J. (2008). Tamaño de Muestra en Estudios Clínicos [Sample Size in Clinical Studies]. *Acta Médica Costarricense*, 50(1), 20-21.
- Carracedo-Martínez, E., & Figueiras, A. (2006). Tratamiento estadístico de la falta de respuesta en estudios epidemiológicos transversales. *Salud Pública de México*, 48(4), 341-347. doi:10.1590/S0036-36342006000400009
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628. doi:10.1016/j.jml.2005.08.005
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Crawley, R. (2014). Trait mindfulness and autobiographical memory specificity. *Cognitive Processing*, 79-86. doi:10.1007/s10339-014-0631-3
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-234. doi:10.1007/BF02310555. ISSN 0033-3123
- Dinis, A., Carvalho, S., Gouveia, J. P., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms. *The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance*, 63-86.
- Greenberg, D. L., & Knowlton, B. J. (2014). The role of visual imagery in autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 42(6), 922-934. doi:10.3758/s13421-014-0402-5

- Harris, C. B., Rasmussen, A. S., & Berntsen, D. (2013, noviembre). The functions of autobiographical memory: An integrative approach. *Memory* (Hove, Inglaterra), 37-41.
- Hernández Sampieri, F., Fernández Collado, C., & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación* [Metodología de investigación]. Buenos Aires: Belgrano.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 349-362. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.001
- Janssen, S. M. J., Kristo, G., Rouw, R., & Murre, J. M. J. (2015). The relation between verbal and visuospatial memory and autobiographical memory. *Consciousness and Cognition*, 31, 12-23. doi:10.1016/j.concog.2014.10.001
- King, M. J., MacDougall, A. G., Ferris, S. M., Levine, B., MacQueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2010). A review of factors that moderate autobiographical memory performance in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(10), 1122-1144. doi:10.1080/13803391003781874
- Kuyken, W., & Dalgleish, T. (2011). Overgeneral autobiographical memory in adolescents at risk for depression. *Memory* (Hove, Inglaterra), 19(3), 241-250. doi:10.1080/09658211.2011.554421
- Kuyken, W., & Howell, R. (2006). Facets of autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder and never depressed controls. *Cognition & Emotion*, 20(3-4), 466-487. doi:10.1080/02699930500342639
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). Use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265.
- Leiderman, E. A., Vázquez, G. H., Lolich, M., & Baldessarini, R. (2012). Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1154-1158.
- Lemogne, C., Piolino, P., Friszer, S., Claret, A., Girault, N., Jouvent, R., ...Fossati, P. (2006). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, auto-noetic consciousness, and self-perspective. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 258-268.
- Lenth, R. V. (2006-2009). Java Applets for power and sample size [Computer software].
- Liu, X., Li, L., Xiao, J., Yang, J., & Jiang, X. (2013). Abnormalities of autobiographical memory of patients with depressive disorders: A meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 353-373.
- Lolich, M., Azzollini (2016) Escala de evaluación de recuerdos autobiográficos significativos: diseño y validación [Evaluation of significant autobiographical memories scale: design and validation]. *Vertex* (27), 405-419.
- Lolich, M., Azzollini, S. (2012). Instrumentos de evaluación de la memoria autobiográfica y sus dimensiones fenomenológicas [Assessment tools of autobiographical memory and its phenomenological dimensions]. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 4(58), 256-269.
- Luchetti, M., & Sutin, A. R. (2015, May). Measuring the phenomenology of autobiographical memory: A short form of the Memory Experiences Questionnaire. *Memory*, 1-11. doi:10.1080/09658211.2015.1031679
- MacQueen, G. M., Galway, T. M., Hay, J., Young, L. T., & Joffe, R. T. (2002). Recollection memory deficits in patients with major depressive disorder predicted by past depressions but not current mood state or treatment status. *Psychological Medicine*, 32(2), 251-258.
- Magila, M. C., & Xavier, G. F. (2000). Interação entre sistemas e processos de memória em humanos [Interaction between memory systems and processes in humans]. *Temas em Psicologia*, 8(2), 143-154. Recuperado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000200004&lng=pt&tlng=pt
- Michalak, E., & Lam, R. (2002). Breaking the myths: new treatment approaches for chronic depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7).
- Montebarocci, O., Luchetti, M., & Sutin, A. R. (2014). Age, memory type, and the phenomenology of autobiographical memory: Findings from an Italian sample. *Memory* (Hove, Inglaterra), 22(3), 295-306. doi:10.1080/09658211.2013.786093
- Mullally, S. L., & Maguire, E. A. (2013). Memory, imagination, and predicting the future: A common brain mechanism? *The Neuroscientist: A Review Journal Bringing Neurobiology, Neurology and Psychiatry*, 20(3), 220-234. doi:10.1177/1073858413495091

- Park, R. J., Goodyer, I. M., & Teasdale, J. D. (2002). Categorical overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, *32*(2), 267-276. Recuperado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866322>
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (2. ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Rottenberg, J., Joormann, J., Brozovich, F., & Gotlib, I. H. (2005). Emotional intensity of idiographic sad memories in depression predicts symptom levels 1 year later. *Emotion* (Washington, D.C.), *5*(2), 238-242. doi:10.1037/1528-3542.5.2.238
- Sumner, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(7), 614-625. doi:10.1016/j.brat.2010.03.013
- Sumner, J. A., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Vrshek-Schallhorn, S., & Epstein, A. (2014). Examining the long-term stability of overgeneral autobiographical memory. *Memory* (Hove, Inglaterra), *22*(3), 163-170. doi:10.1080/09658211.2013.774021
- Sutin, A. R., & Robins, R. W. (2007). Phenomenology of autobiographical memories: The memory experiences questionnaire. *Memory* (Hove, Inglaterra), *15*(4), 390-411.
- Sutin, A. R., & Robins, R. W. (2010). Correlates and phenomenology of first and third person memories. *Memory* (Hove, Inglaterra), *18*(6), 625-637. doi:10.1080/09658211.2010.497765
- Tanis, K. Q., Newton, S. S., & Duman, R. S. (2007). Targeting neurotrophic/growth factor expression and signaling for antidepressant drug development. *CNS and Neurological Disorders-Drug Targets*, *6*(2), 151-160.
- Téllez, A., García, C. H., & Corral-Verdugo, V. (2015). Effect size, confidence intervals and statistical power in psychological research. *Psychology in Russia: State of the Art*, *8*(3), 27-46. <http://doi.org/10.11621/pir.2015.0303>
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From Mind to Brain. *Annual Review of Psychology*, *53*, 1-25.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, *82*(1), 1-8. doi:10.1016/j.jad.2003.10.006
- Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion* (Washington, D.C.), *8*(3), 364-378. doi:10.1037/1528-3542.8.3.364
- Watkins, E., Teasdale, J. D., & Williams, R. M. (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, *30*(4), 911-920.
- Werner-Seidler, A., & Moulds, M. L. (2011a). Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: Formerly depressed individuals recall less vivid positive memories. *Cognition & Emotion*, *25*(6), 1087-1103. doi:10.1080/02699931.2010.531007
- Werner-Seidler, A., & Moulds, M. L. (2011b). Mood repair and processing mode in depression. *Emotion*, *12*(3), 470-478.
- Williams, J. M. G. (1995). *The Autobiographical Memory Test*. Bangor, ME: University of Wales.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion* (Washington, D.C.), *10*(1), 1-7. doi:10.1037/a0018360
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, *133*(1), 122-148. doi:10.1037/0033-2909.133.1.122
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(1), 150-155. doi:10.1037//0021-843X.109.1.150
- Zoladz, P. R., Park, C. R., Muñoz, C., Fleshner, M., & Diamond, D. M. (2008). Tianeptine: An antidepressant with memory-protective properties. *Current Neuropharmacology*, *6*(4), 311-321.

Recebido: 25/08/2015
 1ª revisão: 10/03/2016
 Aceite final: 14/03/2016