

SOCIOTROPÍA Y AUTONOMÍA: ¿EVIDENCIAS PARA LA HIPÓTESIS DE ESPECIFICIDAD DE SÍNTOMAS EN DEPRESIÓN?

*SOCIOTROPY AND AUTONOMY: ¿EVIDENCES FOR
SPECIFICITY SYMPTOMS HYPOTHESIS IN DEPRESSION?*

*SOCIOTROPIA E AUTONOMIA: EVIDÊNCIAS PARA A HIPÓTESE
DA ESPECIFICIDADE DE SINTOMAS NA DEPRESSÃO?*

*Ronald Alberto Toro Tobar**

*Hugo Alejandro Arias López***

*Julián Camilo Sarmiento López****

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre síntomas depresivos y personalidad cognitiva sociotrópica-autonómica según el modelo de vulnerabilidad cognitiva y la hipótesis de especificidad de síntomas, en la cual se afirma que diferencialmente en la depresión sociotrópica se presentan síntomas de elevada tristeza, soledad, privación, ansiedad e intentos pasivos de suicidio, mientras que en la autonómica cogniciones frecuentes de fracaso, autodesprecio, anhedonia, autocrítica, abstinencia, bajo interés, hostilidad y formas activas de suicidio (Clark, Beck & Alford, 1999). El estudio fue descriptivo, correlacional comparativo con una muestra de 399 participantes, 38.9% hombres y 61.1% mujeres, entre 18 y 40 años ($M = 23.77$, $DE = 5.33$), quienes diligenciaron Escala de Sociotropía y Autonomía y el Inventario de Depresión de Beck II. Los resultados indicaron bajas correlaciones entre depresión y vulnerabilidad cognitiva, con síntomas depresivos específicos para sociotropía como el ánimo deprimido e irritable, cambios en peso y apetito, sentimientos de inutilidad y culpa, y síntomas cognoscitivos. La agitación o enlentecimiento psicomotor correlacionó con ambas medidas de vulnerabilidad. Se encontraron además diferencias entre grupos clasificados según vulnerabilidad cognitiva en cuanto a

* Universidad Católica de Colombia – Bogotá, Colombia.

** Fundación Universitária Konrad Lorenz – Bogotá, Colombia.

*** Universidad Nacional de Colombia – Bogotá, Colombia.

síntomas de agitação o enlentecimento, sentimentos de inutilidade y culpa. Se concluyó reportando evidencia parcial para la hipótesis planteada.

Palabras clave: vulnerabilidad; sociotropía; autonomía; depresión.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the relationship between depressive symptoms and sociotropy-autonomy personality according to the cognitive vulnerability model and the symptom specificity hypothesis, in which differentially a person with sociotropic depression shows elevated symptoms of sadness, loneliness, withdrawal, anxiety and attempted suicide liabilities, an autonomic frequent cognitions of failure, worthlessness, anhedonia, self-criticism, withdrawal, low interest, hostility and active forms of suicide (Clark, Beck & Alford, 1999). The study was a descriptive, correlational and comparative with a sample of 399 participants, 38.9% men and 61.1% women, between 18 and 40 years ($M = 23.77$, $SD = 5.33$), who filled the Sociotropy Autonomy Scale and the Beck Depression Inventory II. Results showed low correlations between depression and cognitive vulnerability, with specific symptoms for sociotropy as irritable and depressive mood, change in appetite and body weight, inutility and guilty feelings, and cognitive symptoms. Agitation and psychomotor retardation correlated in both vulnerability measures. Also results showed significant differences in the cognitive vulnerability groups in Agitation and psychomotor retardation and inutility and guilty feelings. We conclude partially evidence for the stated hypothesis.

Keywords: vulnerability; sociotropy; autonomy; depression.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi identificar a relação entre os sintomas depressivos e a personalidade cognitiva sociotrópica-autônômica segundo o modelo da vulnerabilidade cognitiva e a hipótese da especificidade de sintomas, pela qual se afirma que, diferencialmente na depressão sociotrópica, apresentam-se sintomas de elevada tristeza, solidão, privação, ansiedade e tentativas passivas de suicídio, enquanto que na autônômica: cognições de fracasso, autodesprezo, anedonia, autocrítica, abstinência, baixo interesse, hostilidade e formas ativas de suicídio (Clark, Beck, & Alford, 1999). O estudo foi descritivo, correlacional e comparativo com uma amostra de 399 participantes, 38.9 % homens e 61.1 % mulheres, com uma idade entre os 18 e 40 anos ($M = 23.77$; $DE = 5.33$), que preencheram a Escala de Sociotropia-Autonomia e o Inventário de Depressão de Beck II.

Os resultados indicaram baixas correlações entre a depressão e a vulnerabilidade cognitiva, com sintomas depressivos específicos para sociotropia como o humor deprimido e irritável, mudanças no peso e apetite, sentimentos de inutilidade e culpa e sintomas cognitivos. A agitação ou retardamento psicomotor correlacionou as duas medidas de vulnerabilidade. Também diferenças entre os grupos classificados segundo a vulnerabilidade cognitiva para sintomas de agitação ou retardamento, sentimentos de inutilidade e culpa. Concluiu-se informando evidência parcial para a hipótese constituída.

Palavras-chave: vulnerabilidade; sociotropia; autonomia; depressão.

Introducción

Las variables causales en el desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos han sido un tema de permanente desarrollo investigativo en áreas especializadas de la psicología clínica y la psicoterapia. Una de estas variables ha sido la derivada de los modelos cognitivos aplicados a la psicopatología, denominada *vulnerabilidad cognitiva*. Un modelo explicativo que lleva tres décadas de investigación a partir de los constructos de *personalidad sociotrópica y autónoma* (Beck, 1983), se trata de dos dimensiones dominantes, resultado de la activación de modos desadaptativos relacionados con los mecanismos evolutivos darwinistas de supervivencia y reproducción (Beck, Freeman, Davis et al., 2004; Gilbert, 1989).

El modelo corresponde al tipo diátesis estrés, en el cual la persona será más vulnerable cuando sus esquemas desadaptativos latentes (diátesis), cuyo contenido específico esté asociado a una elevada necesidad de aceptación, compañía, relaciones cercanas y un miedo excesivo al abandono, rechazo y desprecio (sociotropía), o sus contenidos están relacionados con logros, metas personales, independencia, desempeño, miedo excesivo al fracaso, y aversión a la decisión o control de otros (autonomía), puede desarrollar un trastorno ansioso o depresivo si un evento (estrés) resulta congruente con el dominio esquemático latente (Clark & Beck, 2010; Clark, Beck & Alford, 1999; Otani et al. 2014), es decir, la persona puede desarrollar con mayor probabilidad un trastorno depresivo ante un divorcio si su personalidad es sociotrópica, o cuando es despedida de su trabajo por algún error cometido si es autónoma.

Lo anterior ha propiciado un terreno investigativo para el estudio de la vulnerabilidad cognitiva, que ha girado en torno a la *hipótesis de especificidad de síntomas* en la cual se ha demostrado parcialmente que los individuos con alto dominio sociotrópico presentan síntomas asociados a la privación, elevada tris-

teza, soledad, ansiedad e intentos pasivos de suicidio, mientras que los individuos autónomos presentan síntomas asociados a sensación de fracaso, autodesprecio, anhedonia, autocrítica, abstinencia, pérdida de interés en otros, dificultad para llorar, formas activas de suicidio, hostilidad, y permanente preocupación sobre la efectividad personal. Además de lo anterior, las formas reactivas de ansiedad y depresión se han asociado a la sociotropía, mientras que las endógenas a la autonomía (Clark, Beck & Alford, 1999; Bieling & Alden, 2001; Robins, Hayes, Block, Kramer & Villena, 1995). Esta hipótesis ha sido evidente también en el desarrollo posterior de patologías más complejas como anorexia nerviosa (Krug & Kalathas, 2016; Pedlow & Niemeier, 2012), ideación paranoide (Greer, Smailes, Spencer, Freeston, & Dudley, 2016), y autolesiones no suicidas (Gandhi, Luyckx, Goossens, Maitra, & Claes, 2016), entre otros.

Sin embargo, la evidencia para esta hipótesis se considera incompleta y escasamente concluyente (Clark, Beck & Alford, 1999). Por ejemplo, estudios sobre síntomas diferenciales en depresión según el tipo de afrontamiento, han reportado que los estilos de afrontamiento cognitivo negativo varían en niños depresivos hijos de padres depresivos, aspecto que cuestiona la relación síntoma depresivo y control activo o pasivo (Dunbar, Mckee, Rakow, Watson, Forehand, & Compas, 2013), así como su posible función mediadora, aspecto que apoya la hipótesis de síntomas y afrontamientos diferenciales de acuerdo con las dimensiones dominantes de la personalidad cognitiva. Al respecto, los estudios llevados a cabo con diferentes variables de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de psicopatologías como la depresión, han incluido aquellas relacionadas con neuroticismo, estilos inferenciales negativos, actitudes disfuncionales, sociotropía y autonomía. Los resultados reportados por Sutton et al. (2010) por ejemplo, afirmaron que en una muestra de 550 estudiantes universitarios, las medidas de vulnerabilidad correlacionaron positivamente con los síntomas de ansiedad y depresión, con una varianza explicada superior para neuroticismo ($sr^2 = .11$, en sociotropía un $sr^2 = .00$, y en autonomía un $sr^2 = .02$). Resultados similares reportó Vallejo (2015) en pacientes con trastornos adaptativos, particularmente un alto neuroticismo, baja positividad, y afrontamiento evitativo como la falta de compromiso.

La autocompasión como variable clínica que involucra componentes como extrema debilidad, se asocia a síntomas depresivos clínicos, rumiación autofocalizada, y la evitación cognitiva y conductual (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig, & Grosse, 2013). Las conclusiones de Raghavan, Le y Berenbaum (2002), indicaron relación entre sociotropía (vulnerabilidad), estresores interpersonales (congruencia) y disforia (especificidad de síntoma), al igual que en autonomía (vulnerabilidad), estresores relativos al desempeño (congruencia) y hostilidad (es-

pecificidad de síntoma). Al respecto, comorbilidades estrechas fueron reportadas en el estudio de Bettis, Forehand, McKee, Dunbar, Watson y Compas (2016) lo que sugiere una relación transdiagnóstica entre afrontamiento, estrés, ansiedad y depresión.

Sin embargo, aunque otro trabajo reportó que la ansiedad está estrechamente relacionada con la sensibilidad interpersonal, específicamente las medidas de ansiedad por separación y sociotropía ($\beta = .56 p < .001$ y $\beta = .61 p < .001$, respectivamente), no se obtuvieron evidencias claras para las medidas de autonomía (Orani, Suzuki, Kamata, Matsumoto, Shibuya, & Sadahiro, 2012).

También se ha planteado que los estresores congruentes sirven como mediadores de la aparición de los síntomas depresivos, agregados a los estilos inferenciales negativos, hallazgos consistentes con la medida de sociotropía, pero también escasa con autonomía (Calvete, 2011). A nivel laboral, variables asociadas al reconocimiento que haría parte de la dimensión de autonomía, se han reportado aquellas asociadas a estresores de alta demanda en el trabajo, baja recompensa e incluso diferencias salariales entre hombres y mujeres, estarían asociadas a síntomas depresivos diferenciales ($OR = 2.13$; $95\% CI: 1.41-3.21$) (Ansoleaga, Vézina, & Montaña, 2014).

Estos resultados controversiales indican que el estudio de las medidas de vulnerabilidad cognitiva sociotrópica y autonómica no han sido concluyentes, las revisiones elaboradas a partir del modelo de Beck (1983), siguen siendo una fuente de permanente estructuración del modelo así como nuevas directrices en cuanto a diferencias sociodemográficas, las medidas de personalidad cognitiva usadas y los mismos factores subyacentes en ambos constructos. Por ejemplo, la búsqueda excesiva de tranquilidad ha sido asociada a la reducción de apoyo social, lo que incrementa la aparición de estresores vitales (en especial eventos interpersonales negativos) y como resultado la aparición de síntomas depresivos de tipo sociotrópicos (Birgenheir, Pepper, & Johns, 2010).

Luego de este panorama, siguiendo las revisiones propuestas por Clark, Beck y Alford (1999), en donde afirman que la hipótesis de especificidad de síntomas requiere de mayor investigación que le brinde solidez al modelo de las hipótesis secundarias en el terreno de la vulnerabilidad cognitiva. Es así que partiendo de las dificultades reportadas sobre la especificidad de síntomas, el objetivo del presente trabajo investigativo fue identificar las relación entre síntomas depresivos específicos y personalidad cognitiva sociotrópica y autonómica, según el modelo de vulnerabilidad cognitiva de Beck (1983).

Método

Diseño

Es un estudio empírico cuantitativo no experimental correlacional simple, en el que mediante una sola toma de medidas se busca explorar las relaciones entre variables usando coeficientes de correlación (Ato, López, & Benavente, 2013). Se buscó verificar la hipótesis de especificidad de síntomas a partir de las relaciones entre síntomas depresivos y personalidad cognitiva sociotrópica-autonómica, de acuerdo con los siguientes resultados esperados: a) la medida de vulnerabilidad cognitiva correlaciona significativamente con la gravedad de síntomas depresivos (SAStotal y BDI-II); b) la medida de sociotropía correlaciona significativamente con los síntomas depresivos específicos: elevada tristeza, soledad, privación, ansiedad e intentos pasivos de suicidio (SASsoc y EstadoAnimoDeprimidoIrritable, CambiosPesoApetito, AgitacionEnlentecimientoPsicomotor, FatigaPerdidaEnergia y Desesperanza); c) la medida de autonomía correlaciona significativamente con las cogniciones frecuentes de fracaso, autodesprecio, anhedonia, autocrítica, abstinencia, bajo interés, hostilidad y formas activas de suicidio (SASaut y SentimientoInutilidadCulpa, DisminucionPlacerInteres, InsomnioHipersomnio, DisminucionPensarConcentrarseTomaDecisiones, IdeasMuerteSuicidio y BajaAutoestima; y d) se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos altos y bajos en autonomía-sociotropía en los síntomas depresivos específicos.

Participantes

La muestra final estuvo constituida por 398 participantes de población disponible, compuesta a partir del criterio de exclusión que no estuviesen en tratamiento psiquiátrico ni recibiendo psicoterapia en el momento de diligenciar los instrumentos, además como criterio de inclusión ser mayores de edad y haber firmado el consentimiento informado. Estuvo por lo tanto distribuida con un 38.9% hombres y un 61.1% mujeres, con un rango de edades entre 18 y 40 años ($M = 23.77$ $DE = 5.33$), un 74.6% fueron solteros frente a un 11.6% casados y un 12.1% en condición de unión libre. La escolaridad fue de un 49.2% universitarios (estudios de pregrado hasta postgrado), un 25.4% técnicos, un 18.3% con nivel de secundaria, y un 6.8% con estudios de primaria. A nivel socioeconómico, de acuerdo con la medida usada en Colombia para clasificar por estratos, a partir de la reglamentación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (CONPES, 2005), los estratos de la muestra estuvieron distribuidos así: estrato Bajo-bajo tuvo un 7%, Bajo 44.2%, Medio-bajo 36.4%, Medio 10.1%, Medio-alto 0.8% y Alto un 1.5%

de la muestra total. La muestra para el análisis comparativo se agrupó según las puntuaciones directas obtenidas por cada uno de los participantes en las subescalas de la SAS: SASsociotropía (bajos en sociotropía ($n = 361$) y altos en sociotropía ($n = 37$)) y SASautonomía (bajos en autonomía ($n = 276$) y altos en autonomía ($n = 122$)).

Instrumentos

– Medida de la dimensión dominante de la personalidad

Sociotropy Autonomy Scale (SAS, siglas en inglés de Escala de Sociotropía-Autonomía, versión adaptada a Colombia).

Instrumento originalmente desarrollado para medir las *actitudes sociotrópicas y autonómicas*, con dos escalas (alfas en consistencia interna de $\alpha = .89$ y $\alpha = .94$, en sociotropía, y $\alpha = .83$ y $\alpha = .95$ para autonomía; confiabilidad test-retest de $r = .65$ a $r = .88$ para sociotropía, y $\alpha = .66$ y $\alpha = .75$ para autonomía) y cuatro subescalas (temor a la crítica y el rechazo, y preferencia por la afiliación, para sociotropía; y alcance de logros de manera independiente y sensibilidad al control de otros, para autonomía) (Beck, Epstein, Harrison, & Emery, 1983; Bieling, Beck, & Brown, 2000). Se usó la versión adaptada para Colombia por Toro y Vargas (2014) tomada de la revisión de Clark y Beck (1991). Su formato consta de 62 ítems, que deben ser respondidos según cinco términos porcentuales 0% “no me describe para nada” hasta 100% que indica “me describe mucho. Entre sus propiedades psicométricas durante la adaptación, se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = .85$ SASsociotropía ($\alpha = .82$) y menor para SASautonomía ($\alpha = .61$) con una adecuada validez convergente con la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS, Versión en español de Sanz & Vásquez, 1993) ($r = .43$ p .01). Para la clasificación de los grupos de participantes altos y bajos sociotrópicos y autonómicos, se agruparon siguiendo las puntuaciones correspondientes al cuarto cuartil (*percentil 75* para puntajes superiores a 64 en sociotropía y 58 en autonomía), tal como lo sugieren los autores de la adaptación psicométrica local.

– Medida de la severidad de los síntomas de la depresión

Beck Depression Inventory second edition (BDI II, siglas en inglés del Inventario de Depresión de Beck, versión II en español).

Desarrollado por Beck, Steer y Brown (1996) y adaptado al español latinoamericano por Brenlla y Rodríguez (2006) en Argentina, es un instrumento que mide la severidad de los síntomas depresivos, consta de 21 ítems que se puntúan de 0 a 3. Presenta un coeficiente alfa de $\alpha = .88$ en pacientes con diagnóstico

previo de depresión. Los puntos de corte son: 0 a 13 (depresión mínima), 14 a 19 (depresión leve), 20 a 28 (depresión moderada) y 29 a 63 (depresión severa). Las subescalas que corresponden a los diferentes síntomas evaluados por el BDI-II que fueron usados para los análisis correlacionales fueron los siguientes de acuerdo con Sanz (2012): estado de ánimo deprimido e irritable (ítems 1, 10 y 17), disminución de placer e interés (ítems 4, 12, 21), aumento/descenso peso/apetito (ítem 18), insomnio e hipersomnia (ítem 16), agitación/enlentecimiento psicomotor (ítem 11), fatiga o pérdida de energía (ítems 15 y 20), sentimientos de inutilidad o culpa (ítems 3, 5, 6, 8 y 14), disminución de capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones (ítems 13 y 19), ideas de muerte o suicidio (ítem 9), baja autoestima (ítem 7), y sentimientos de desesperanza (ítem 2).

Procedimiento

Los participantes fueron invitados a diligenciar los instrumentos impresos, cuyo consentimiento informado debían firmarlo en la primera hoja impresa, diseñado, sometido y aprobado por el comité de ética en la investigación de la Universidad. A continuación, diligenciaron el SAS y luego el BDI-II, teniendo en cuenta que los síntomas correspondían a los presentes en la última semana. Todos fueron anónimos y completamente voluntarios. Se les informó que los datos acerca de los resultados de la investigación, los podían solicitar en cualquier momento e igualmente el retiro de su participación, siguiendo los principios éticos, deontológicos y legales colombianos acordes con la resolución número 8430 de 1993 (Ministerio de Salud Nacional, 1993) y la práctica de investigaciones en psicología promulgada en la ley 1090 de 2006 (COLPSIC, 2009). Lo anterior permite aseverar que la investigación se enmarcó en la legislación colombiana correspondiente a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y a su vez promovió el mantenimiento de la dignidad, bienestar y protección de los derechos de los participantes, cumpliendo las exigencias Ministerio de la Protección Social catalogados como *riesgo mínimo* (Ministerio de Salud Nacional, 1993).

Plan de análisis de resultados

Se llevaron a cabo análisis de datos con el software Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales – SPSS versión 19, inicialmente los análisis descriptivos de la muestra total y las escalas utilizadas en el estudio. Posteriormente, se establecieron correlaciones usando el r de Pearson entre las dos medidas de vulnerabilidad cognitiva y los síntomas según el BDI-II, más una prueba de diferencia de medias t

para muestras no relacionadas entre vulnerables sociotrópicos-autonómicos altos y bajos. Finalmente, para verificar los resultados significativos obtenidos en los análisis comparativos, se realizó una prueba de tamaño del efecto usando la *d* de Cohen, teniendo en cuenta el criterio propuesto por Cohen (1988): pequeño ($d = .20$), moderado ($d = .50$) y grande ($d = .80$).

Resultados

Las medias, desviaciones típicas y correlaciones entre los síntomas específicos de depresión y las variables de vulnerabilidad sociotrópica y autonómica se presentan en la tabla 1. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas ($p < .05$) entre el total de depresión y vulnerabilidad cognitiva (SAStotal), aunque el coeficiente fue bajo ($r = .12$), se obtuvo una correlación significativa ($p < .01$) con la vulnerabilidad sociotrópica (SASsoc) pero no con la autonómica (SASaut). Dentro del espectro sintomático, la SASsoc correlacionó con el estado de ánimo deprimido e irritable ($r = .11$ $p < .05$), cambios en el peso y apetito ($r = .12$ $p < .05$), agitación o enlentecimiento psicomotor ($r = .17$ $p < .01$), sentimiento de inutilidad y culpa ($r = .11$ $p < .05$) y la disminución en el pensar, concentrarse y tomar decisiones ($r = .13$ $p < .01$). En cuanto a la SASaut correlacionó únicamente de forma significativa con agitación o enlentecimiento psicomotor ($r = .12$ $p < .05$).

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre síntomas de depresión y vulnerabilidad cognitiva sociotrópica-autonómica (N = 398)

Síntomas depresivos / Vulnerabilidad cognitiva	SAStotal	SASsoc	SASaut	Media(DT)
BDIItotal	.12*	.13**	.09	11.67(9.04)
EstadoAnimoDeprimidoIrritable	.10*	.11*	.07	1.61(1.7)
DisminucionPlacerInteres	.07	.079	.05	1.41(1.49)
CambiosPesoApetito	.12*	.12*	.09	0.86(0.88)
InsomnioHipersomnio	.06	.06	.06	0.95(0.84)
AgitacionEnlentecimientoPsicomotor	.16**	.17**	.12*	0.58(0.79)
FatigaPerdidaEnergia	.04	.05	.02	1.17(1.17)
SentimientoInutilidadCulpa	.10*	.11*	.07	2.65(2.56)
DisminucionPensarConcentrarseTomaDecisiones	.12*	.13**	.09	1.29(1.33)
IdeasMuerteSuicidio	.01	.00	.01	0.26(0.57)
BajaAutoestima	.02	.02	.02	0.5(0.76)
Desesperanza	.02	.03	.01	0.38(0.67)
Media	138.67	85.70	52.97	-
DT	26.48	17.54	10.23	-

Nota. * $P < .05$; ** $P < .01$; BDIItotal (Inventario de depresión de Beck, segunda edición); SAStotal (Escala de Sociotropía y Autonomía); SASsoc (Escala de Sociotropía); SASaut (Escala de Autonomía); DT (Desviación típica).

En la tabla 2 se presentan los estadísticos para identificar la presencia de síntomas depresivos diferenciales según su predominio sociotrópico o autónomo, a partir de las correlaciones significativas obtenidas previamente. El procedimiento se realizó por medio de dos pruebas *t* las cuales revelaron que existen diferencias significativas entre los grupos de participantes clasificados como sociotrópicos o autónomos (variable categórica) en varios síntomas del estado de ánimo. Específicamente, se encontraron diferencias significativas para los grupos de autonomía en cuanto a agitación y enlentecimiento psicomotor ($t(399) = -3.01, p < .05$) y en sociotropía para sentimientos de inutilidad y culpa ($t(398) = -1.96, p < .05$) y baja autoestima ($t(398) = -2.13, p < .05$); los demás grupos de síntomas no presentaron diferencias significativas para ninguno de los grupos.

Tabla 2. Diferencias en síntomas depresivos según grupos altos y bajos en sociotropía y autonomía

Síntomas depresivos	Sociotropía			Autonomía		
	Grupos	Prueba <i>t</i>		Grupos	Prueba <i>t</i>	
		$t_{(q) = 396}$	M(DT)		$t_{(q) = 396}$	M(DT)
EstadoAnimo	1	-0.64	1.43(1.51)	3	-0.71	1.57(1.7)
Deprimido/Irritable	2		1.62(1.72)	4		1.70(1.71)
Cambios Peso/Apetito	1	-0.17	0.84(0.8)	3	-1.34	0.82(0.83)
	2		0.86(0.88)	4		0.95(0.96)
Agitación/ Enlentecimiento Psicomotor	1	-1.2	0.43(0.6)	3	-3.01*	0.50(0.04)
	2		0.60(0.81)	4		0.76(0.09)
Sentimiento Inutilidad/Culpa	1	-1.96*	1.86(2.26)	3	-0.27	2.63(2.56)
	2		2.73(2.58)	4		2.70(2.59)
Disminución Pensar Concentrarse/ Toma Decisiones	1	-1.28	1.03(1.11)	3	-0.66	1.26(1.28)
	2		1.32(1.35)	4		1.36(1.44)

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; 1 (Bajos en sociotropía, $n = 361$); 2 (Altos en sociotropía, $n = 37$), 3 (Bajos en autonomía, $n = 276$); 4 (Altos en autonomía, $n = 122$).

A partir de las diferencias significativas entre grupos se realizó la medida del tamaño del efecto de la diferencia de medias *t*, donde se obtuvo para sociotropía en cuanto a sentimientos de inutilidad y culpa una $d = .19$. Para la variable autonomía, en los grupos de agitación y enlentecimiento psicomotor una $d = .30$. Estos dos tamaños del efecto son considerados bajos según el criterio propuesto por Cohen (1988), sin embargo, para estudios en el área clínica y educación, cuando están alrededor de $d = .30$ pueden ser relevantes y deben ser tenidos en

cuenta debido a las altas fuentes ajenas de varianza, como la validez de los instrumentos usados, la complejidad de las situaciones o la misma interacción entre variables (Morales, 2012).

Discusión

El objetivo del presente trabajo investigativo fue identificar la relación entre síntomas depresivos y personalidad cognitiva sociotrópica y autónoma según el modelo de vulnerabilidad cognitiva desde la hipótesis de especificidad de síntomas (Beck, 1983; Clark, Beck, & Alford, 1999). De acuerdo con los resultados obtenidos, tanto las correlaciones entre variables de vulnerabilidad cognitiva y síntomas depresivos, como las diferencias entre grupos altos y bajos en sociotropía-autonomía, pueden considerarse como evidencia parcial para la hipótesis de especificidad de síntomas, tal como se analiza a continuación.

Sobre la relación entre síntomas como el estado de ánimo depresivo e irritable, cambios en el apetito y el peso corporal, además de la agitación o enlentecimiento, son hallazgos que parecen indicar que la medida de sociotropía frente a la autonomía presenta una mayor asociación con los síntomas depresivos, con claras diferencias en las cargas correlacionales positivas y niveles de significación estadística con la autonomía, lo que apoya los resultados reportados por autores como Raghavan, Le y Berenbaum (2002), quienes encontraron relación entre estas variables de personalidad y las diferencias entre autorreportes de síntomas ansiosos y depresivos, es decir relación personalidad-síntoma; resultados observados también a nivel transcultural (v.g. Schrier, de Wit, Krol, Fassaert, Verhoeff, Kupka et al., 2013), en especial aquellos que refieren preocupaciones interpersonales y el papel causal que puede tener la sociotropía en la aparición de síntomas específicos.

Sin embargo, no se hallaron diferencias de medias significativas con la medida de autonomía, tal como se ha discutido en distintos estudios con respecto a esta variable (Otani et al., 2012; Grondin et al., 2011). Estos resultados siguen siendo inconsistentes para estas medidas de vulnerabilidad cognitiva, puesto que se continúan encontrando trabajos investigativos en los cuales se reportan diferencias sintomáticas claras entre las dos medidas de vulnerabilidad; se destacan por ejemplo el estudio llevado a cabo por Otani, Suzuki, Kamata, Matsumoto, Shibuya y Sadahiro (2011), quienes encontraron que la sociotropía se correlaciona con baja auto-dirección, mientras que la autonomía con elevada persistencia, aspecto que soporta los hallazgos de la presente investigación, en la cual los sín-

tomas asociados a sociotropía, como el bajo interés y enlentecimiento/agitación. Referente a autonomía, las medidas correlacionales fueron menos significativas (agitación y enlentecimiento psicomotor: $r = .12$ $p < .05$). Por otra parte, en la conducta suicida al parecer los hombres con personalidad autonómica tienden a presentar mayores intentos de suicidio que aquellos con características sociotrópicas ($r = -.43$, $p = .02$), a diferencia de las mujeres (Raeisei, Mojahed, & Bakhshani, 2015), indicando lo anterior una inconsistencia con los resultados de la presente investigación.

Sato, Harman, Donohoe, Weaver y Hall (2010), en su estudio reportan un elevado autocontrol en la persistencia de tareas en sujetos autonómicos a diferencia de los sociotrópicos, aunque también indicaron alto autocontrol durante las tareas experimentales. Además, en el estudio comparativo de Batmaz, Kaymak, Kocbiyik y Turkcapar (2014), se refiere que entre depresivos unipolares y bipolares las dimensiones de culpa, duración del síntoma, validación y aceptación emocional, no presentaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que cuestionaron el modelo diferencial a nivel sintomático y de vulnerabilidad.

Sin embargo, los alcances del presente estudio están relacionadas con servir de aporte de nuevas evidencias para el modelo de diátesis estrés en el modelo cognitivo de Beck (1983) para la depresión, en especial para la hipótesis de especificidad de síntomas según sociotropía-autonomía, pero con varias limitaciones que valen la pena tener en cuenta. Al respecto, Clark, Beck y Alford (1999) en su obra resaltaron que este terreno de investigación no es sólido aún varios años después y por lo tanto, requiere de extensos cuerpos de investigación que impliquen direcciones futuras para los tipos de síntomas específicos para cada vulnerabilidad cognitiva, en especial solventando las dificultades asociadas a la medida de autonomía.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se resaltan aquellas asociadas a la captura de datos indicadores cuantitativos de vulnerabilidad utilizadas, puesto que se hizo evidente que la medida de autonomía ha sido fuente de controversia desde la creación de la Escala de Sociotropía-Autonomía (Beck, Epstein, Harrison, & Emery, 1983), y revisiones posteriores (Bieling, Burke & Haslam, 2001; Beck & Brown, 2000; Clark & Beck, 1991), es decir, a manera de sugerencia se recomienda el uso de un instrumento mucho más preciso como se ha reconocido el Personality Style Inventory en el estudio de la vulnerabilidad cognitiva en depresión y ansiedad.

Además, es necesario aumentar el espectro de variables de vulnerabilidad para futuras investigaciones, siguiendo las propuestas relacionadas con modelos transdiagnósticos en los cuales los espectros sintomáticos pueden tener aspec-

tos en común en varias psicopatologías (v.g. Sandín, Chorot, & Valiente, 2012; Belloch, 2012), pudiendo observar como ejemplo, el funcionamiento de los rasgos de extraversión en niños, los cuales al evaluar por primera vez un evento reaccionarán de forma ansiosa, no obstante tras una reevaluación cognitiva del mismo, como consecuencia de su rasgo extravertido, logran una valoración más positiva y benigna del evento reduciendo la respuesta de ansiedad (Andrés, Canet, Castañeiras, & Richaud, 2016).

Se concluye el presente trabajo, a la luz de las anteriores limitaciones, ante el interrogante inicial: ¿evidencias para la hipótesis de especificidad de síntomas en depresión?, que se puede afirmar, a pesar de haber obtenido evidencias parciales sobre la existencia de síntomas diferenciales según el tipo de personalidad cognitiva, que se hace necesario continuar con los estudios sobre vulnerabilidad cognitiva, que incluyan medidas de afrontamiento diferencial, otras medidas sintomáticas que suelen ser transversales a los indicadores usados con el inventario de depresión utilizado en el presente estudio, a manera de reconocer con mayor claridad los síntomas depresivos sociotrópicos o autonómicos, lo que puede repercutir en el desarrollo de tratamientos más precisos, cortos en duración y en especial efectivos para la depresión unipolar.

Referencias

- Andrés, M. L., Canet, L., Castañeiras, C. E., & Richaud, M. C. (2016). Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 99-115. doi:10.12804/apl34.1.2016.07
- Ansoleaga, E., Vézina, M., & Montaña, R. (2014). *Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres*. Recuperado en 30 jul. 2016 de <<http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/129613>>.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi:10.6018/analesps.29.3.178511
- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1546-1555. doi:10.1016/j.comppsy.2014.05.016.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression. En P. J. Clayton y J. E. Barret (comp.). *Treatment of depression: old controversies and new approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.

- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R., & Emery, G. (1983). *Development of the Sociotropy – Autonomy Scale: a measure of personality factors in psychopathology*. Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania Medical School, Philadelphia.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. and associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders. Second edition*. New York: The Guilford press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. USA, San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-312.
- Bieling, P. J., & Alden, L. E. (2001). Sociotropy, Autonomy, and the Interpersonal Model of Depression: an integration. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 167-184. doi:10.1023/A:1026491108540
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The Sociotropy-Autonomy Scale: structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 763-780. doi:10.1023/A:1005599714224
- Birgenheir, D. G., Pepper, C. M., & Johns, M. (2010). Excessive reassurance seeking as a mediator of sociotropy and negative interpersonal life events. *Cognitive Therapy and Research*, 34(2), 188-195. doi:10.1007/s10608-009-9242-1
- Brenlla, M., & Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Burke, A., & Haslam, N. (2001). Relations between personality and depressive symptoms: a multimeasure study of dependency, autonomy, and related constructs. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 953-961. doi:10.1002/jclp.1061
- Calvete, E. (2011). Integrating Sociotropy, negative inferences and social stressors as explanations for the development of depression in adolescence: interactive and mediational mechanisms. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 477-490. doi:10.1007/s10608-010-9320-4
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1991). Personality factors in dysphoria: a psychometric refinement of Beck's Sociotropy-Autonomy Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 13(4), 369-388. doi:10.1007/BF00960448
- Bettis, A. H., Forehand, R., McKee, L., Dunbar, J. P., Watson, K. H., & Compas, B. E. (2016). Testing specificity: associations of stress and coping with symptoms of anxiety and depression in youth. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 949-958. doi:10.1007/s10826-015-0270-z
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: Wiley.

- Clark, D. A., Steer, R. A., Haslam, N., Beck, A. T., & Brown, G. K. (1997). Personality vulnerability, psychiatric diagnoses, and symptoms: Cluster analyses of the Sociotropy-Autonomy subscales. *Cognitive Therapy and Research*, 21(3), 267-283. doi:10.1023/A:1021822431896
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. New York: Academic Press.
- COLPSIC – Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia*. Bogotá, Colombia: Autor.
- CONPES – Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2005). *Plan de acción para la focalización de los subsidios para servicios públicos domiciliarios*. Documento aprobado el 10 de octubre de 2005. Bogotá: Autor. Recuperado en jul. 17 2013 de <http://www.dane.gov.co/files/dig/CONPES_3386_oct2005_Focaliz_subsidios_servicios_publicos.pdf>.
- Connor-Smith, J. K., & Compas, B. E. (2002). Vulnerability to social stress: coping as a mediator o moderator of sociotropy symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 39-55. doi:10.1023/A:1013889504101
- Dunbar, J. P., Mckee, L., Rakow, A., Watson, K. H., Forehand, R., & Compas, B. E. (2013). Coping, negative cognitive style and depressive symptoms in children of depressed parents. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 18-28. doi:10.1007/s10608-012-9437-8
- Gandhi, A., Luyckx, K., Goossens, L., Maitra, S., & Claes, L. (2016). Sociotropy, autonomy, and non-suicidal self-injury: the mediating role of identity confusion. *Personality and Individual Differences*, 99, 272-277. doi:10.1016/j.paid.2016.05.040
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greer, J., Smailes, D., Spencer, H., Freeston, M., & Dudley, R. (2016). Recall of threat material is modulated by self or other referencing in people with high or low levels of non-clinical paranoia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 1-7. doi:10.1016/j.jbtep.2015.04.005
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Grosse, M. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501-513. doi:10.1016/j.beth.2013.04.004
- Krug, I., & Kalathas, F. (2016). The influence of social comparisons made on Facebook and sociotropy on bulimia nervosa symptoms: a revised examination of the dual pathway model. *European Psychiatry*, 33(Supplement), S143-S144.
- Ministerio de Salud Nacional. (1993). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Morales, P. (2012). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Rafael Landívar (Guatemala). Recuperado en 10 dec. 2013 de <<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>>.

- Otani, K., Suzuki, A., Kamata, M., Matsumoto, Y., Shibuya, N., & Sadahiro, R. (2011). Relationships of sociotropy and autonomy with dimensions of the Temperament and Character Inventory in healthy subjects. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(5), 507-510. doi:10.1016/j.comppsy.2010.10.014
- Otani, K., Suzuki, A., Kamata, M., Matsumoto, Y., Shibuya, N., & Sadahiro, R. (2012). Interpersonal sensitivity is correlated with sociotropy but not with autonomy in healthy subjects. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *200*(2), 153-155. doi:10.1097/NMD.0b013e3182438cba
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Sadahiro, R., Enokido, M., Kuwahata, F., & Takahashi, N. (2014). Distinctive correlations of sociotropy and autonomy with working models of the self and other. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(7), 1643-1646. doi:10.1016/j.comppsy.2014.05.013
- Pedlow, C. T., & Niemeier, H. M. (2012). Sociotropic cognition and eating disordered attitudes and behavior in young adults. *Eating Behaviors*, *14*(2), 95-101. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.10.001
- Raghavan, C., Le, H., & Berenbaum, H. (2002). Predicting dysphoria and hostility using the diathesis-stress model of sociotropy and autonomy in a contextualized stress setting. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(2), 231-244. doi:10.1023/A:1014525920767
- Raieisi, A., Mojahed, A., & Bakhshani, N. M. (2015). The relationship between personality styles of sociotropy and autonomy with suicidal tendency in medical students. *Global Journal of Health Science*, *7*(3), 345-350. doi:10.5539/gjhs.v7n3p345
- Robins, C. J., Hayes, A., Block, P., Kramer, R., & Villena, M. (1995). Interpersonal and achievement concerns and the depressive vulnerability and symptom specificity hypothesis: a prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, *19*(1), 1-20. doi:10.1007/BF02229673
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 181-184.
- Sanz, J. (2012). *La adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Consejos para su utilización en investigación y en la práctica clínica*. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, celebrado en España del 26 al 28 de Abril de 2012. Recuperado en 10 jun. 2013. de <<http://www.pearsonpsychcorp.es/archivos/13373230291.pdf>>.
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, *9*, 59-84.
- Sanz, J., García-Vera, M., & Fortun, M. (2012). El "Inventario de Ansiedad de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *20*(3), 563-583.

- Sanz, J., & Vásquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 67(19), 705-750.
- Sato, T., Harman, B. A., Donohoe, W. M., Weaver, A., & Hall, W. A. (2010). Individual differences in ego depletion: the role of sociotropy-autonomy. *Motivation and Emotion*, 34(2), 205-213. doi:10.1007/s11031-010-9166-9
- Schrier, A. C., de Wit, M. A., Krol, A., Fassaert, T. J., Verhoeff, A. P., Kupka, R. W., Dekker, J., & Beekman, A. T. (2013). Similar associations between personality dimensions and anxiety or depressive disorders in a population study of Turkish-Dutch, Moroccan-Dutch, and native Dutch subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 421-428. doi:10.1097/NMD.0b013e31828e110d.
- Sutton, J., Mineka, S., Zinbarg, R., Craske, M., Griffith, J., Rose, R., Waters, A. M., Nazarian, M., & Mor, N. (2011). The relationships of personality and cognitive styles with self-reported symptoms of depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(4), 381-393. doi:10.1007/s10608-010-9336-9
- Toro, R. A., & Vargas, C. V. (2014). Escala de sociotropía-autonomía (SAS): propiedades psicométricas de la adaptación a Colombia. *Psicogente*, 17(32), 323-336. doi:10.17081/psico.17.32.12
- Vallejo, B. (2015). *Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo*. Universidad Nacional de Educación a Distancia [Tesis doctoral]. Recuperado en 30 jul. 2016 de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Bvallejo/VALLEJO_SANCHEZ_Beatriz.pdf>.

Recebido em 05 de setembro de 2014

Aceito para publicação em 04 de outubro de 2016

