

---

 ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN
 

---

## PERSONALIDAD COGNITIVA Y AFRONTAMIENTO DIFERENCIAL EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

---

### COGNITIVE PERSONALITY AND DIFFERENTIAL COPING IN ANXIETY AND DEPRESSION

---

ALEJANDRO ARIAS

FUNDACIÓN SERÉ, BOGOTÁ - COLOMBIA

RONALD TORO\*

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA, BOGOTÁ - COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 2/10/2014 • FECHA ACEPTACIÓN: 12/12/2014

Para citar este artículo: Arias, A., & Toro, R. (2015). Personalidad cognitiva y afrontamiento diferencial en ansiedad y depresión. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 49-59.

### Resumen

El objetivo fue identificar las diferencias entre estrategias de afrontamiento sociotrópicas y autonómicas en personas con síntomas ansiosos o depresivos. Según Clark, Beck y Alford (1999) la *hipótesis de afrontamiento diferencial* afirma que existen estrategias de afrontamiento desadaptativas diferenciales entre sociotropía y autonomía (congruencia personalidad-síntoma-afrontamiento), en ansiedad o depresión. La muestra estuvo constituida por 590 participantes entre 18 y 50 años, de todos los estratos socioeconómicos, estados civiles y niveles de escolaridad. Los resultados obtenidos mediante análisis descriptivo-correlacionales y comparativos, revelaron diferencias significativas ( $p = .01$ ) en ansiedad para afrontamiento sociotrópico (búsqueda de apoyo profesional), y en depresión para afrontamiento autonómico (solución de problemas). Estas estrategias de afrontamiento apoyan la evidencia de su función mediadora del afrontamiento en cada grupo sintomático y la hipótesis de vulnerabilidad cognitiva. A su vez, se reafirma el modelo tripartito (afecto negativo-positivo) como continuo ansiedad y depresión.

**Palabras clave:** afrontamiento, sociotropía, autonomía, depresión, ansiedad.

### Abstract

The aim was to identify the differences between autonomic and sociotropic coping strategies in people with anxiety or depressive symptoms. According to Clark, Beck and Alford (1999) *differential coping hypothesis* states that there are differential maladaptive coping strategies between sociotropy and autonomy (congruence personality-symptom-coping) in anxiety or depression. The sample was composed of 590 participants aged 18 to 50, of all socioeconomic levels, marital status and educational levels. The results obtained by descriptive-correlational analysis and comparisons revealed significant differences ( $p = .01$ ) in anxiety for coping sociotropic (search for professional support), coping and depression for autonomic strategies (problems solving). These coping strategies support the evidence of its mediating role in each symptomatic group and cognitive vulnerability hypothesis. In turn, the results obtained by this research support the tripartite model (negative-positive affect) as continuous between anxiety and depression.

**Keywords:** coping, sociotropy, autonomy, depression, anxiety.

---

\* La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto alejoariaslo@gmail.com o tororonald@gmail.com, y a la calle 42 #22-45, Bogotá (Colombia).

## Introducción

El afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman (1986) como el proceso en el que la persona desarrolla estrategias cognitivas y conductuales para hacerle frente a las demandas internas y/o externas, el cual sucede independientemente del éxito o fracaso resultante. Este proceso es multidimensional y se establece a lo largo del tiempo, generalizándose a todas las situaciones que presenten características similares en las que la evaluación determine que la estrategia seleccionada, podría llegar a ser eficiente para solventar las demandas presentadas por cada situación en particular (Rueda, Aguado & Alcedo, 2008).

Dicho proceso consta de diversos momentos de evaluación cognitiva; en primer lugar, se evalúa la demanda como un agente de daño, pérdida, amenaza o desafío; en segundo lugar, una evaluación encargada de hacer juicio de los recursos y habilidades que posee el sujeto para afrontar el evento, en caso de concluir que los recursos percibidos son insuficientes, se produce la respuesta de estrés; y una evaluación final, que hace referencia al ajuste dado durante el afrontamiento que va a depender de los recursos disponibles y la percepción de control (Lazarus & Folkman, 1986).

Además, el proceso de afrontamiento se realiza de forma diferencial, no solo en relación con las demandas que se presentan, sino también con la tendencia particular a responder en función de diferentes mecanismos motivacionales particulares. Algunos de estos mecanismos se ven identificados en los modelos teóricos acerca de los estilos de afrontamiento, los cuales Millon y Davis (2004) los definen como un patrón de adaptación de las diferentes especies que en su nivel más básico, es un estilo característico que un miembro específico de dicha especie utiliza de forma frecuente para relacionarse con un grupo de ambientes, y se corresponde a una de las dimensiones de la personalidad al coincidir con la estrategia de refuerzo propia de cada patrón de personalidad, en función de las fuentes de refuerzo (entre otras) que podrían ubicarse dentro del propio sujeto (autónomo), los demás (sociotrópico), sujeto y los demás (ambivalente) o aislado (Clark, Beck & Alford, 1999; Millon & Davis, 2004). En resumen, los organismos afrontan con diversos sentimientos y comportamientos, lo que determina un estilo propio

que se caracteriza por ser congruente con los contenidos esquemáticos, acorde con la percepción que tiene acerca de sí mismo, el ambiente, las experiencias y el futuro (Mathews & Macleod, 2005).

De acuerdo con este modelo, Beck (1983) propuso las dimensiones de personalidad *sociotropía* y *autonomía*, entendidas como dos tipos de vulnerabilidad cognitiva acordes al modelo diátesis-estrés. La vulnerabilidad es parte integral de la diátesis y hace referencia a esquemas latentes que propician el desarrollo y mantenimiento de comportamientos disfuncionales; en el caso de la sociotropía, los contenidos específicos de estos esquemas se relacionan con aprobación social, necesidad de aceptación de parte de los demás y/o temor desmedido por el rechazo, abandono o desprecio; mientras que la vulnerabilidad cognitiva de autonomía con los contenidos relacionados con el alcance de metas personales, alto desempeño, libertad de acción, autodeterminación, independencia y/o temor al fracaso u aversión al control por parte de otros. Lo anterior implica que si bien cada una de las vulnerabilidades presenta una susceptibilidad particular a determinados eventos relacionados con un significado específico, no necesariamente son medidas de personalidad excluyentes entre sí (Clark & Beck, 2010; Clark & Beck, 1991; Clark, Beck, & Alford, 1999).

Clark y Beck (2010) y Clark et al. (1999), afirman que las estrategias de afrontamiento suelen tener un papel significativo en la permanencia de trastornos como la ansiedad o depresión, pues son congruentes con los contenidos esquemáticos latentes, (vulnerabilidad cognitiva); por ejemplo, en personas con vulnerabilidad cognitiva sociotrópica, se despliegan estrategias de afrontamiento como una elevada búsqueda de apoyo y dependencia afectiva (v.g. Permy, Merino, & Fernández-Rey, 2009), mientras que las personas con vulnerabilidad cognitiva autónoma, emplean estrategias como elevado autocontrol y dominio hacia los demás (v.g. Sato, Harman, Donohoe, Weaver, & Hall, 2010) o menor búsqueda de relaciones interpersonales (v.g. Bieling & Alden, 2001).

A partir de esto, los cuerpos de investigación se han desarrollado en torno a la *hipótesis de afrontamiento diferencial*, definida por Clark, Beck y Alford (1999) como una hipótesis de vulnerabilidad secundaria en la cual “las estrategias compensatorias y respuestas de afrontamiento desadaptativas, juegan un papel mucho más significativo

en la depresión cuando existe congruencia entre evento y personalidad cognitiva” (p. 346). Así, las estrategias o estilos de afrontamiento se pueden distinguir entre diferentes trastornos. En los problemas de ansiedad y depresión las estrategias de afrontamiento coinciden con la vulnerabilidad cognitiva del trastorno y su mantenimiento (Clark & Beck, 2010; Clark et al., 1999), por ejemplo, algunas personas al divorciarse presentarán depresión si su personalidad tiene mayor tendencia sociotrópica y su afrontamiento estará enfocado hacia la búsqueda de apoyo o dependencia, o al ser despedida del trabajo cuando es autónoma y afronta con evitación, agresión o solución disfuncional de problemas (Alford & Gerrity, 2003; Beck, 1983; Crosby, Klein, Anderson, Riso, & Lizardi, 1994; Sato & McCann, 1997; Sohlberg, Axelsson, Czartoryski, Ståhlberg, & Strömbom, 2006), aspecto que ha surgido como un interesante y extenso campo investigativo, sin resultados concluyentes aún. Por lo tanto, en esta investigación se buscó identificar qué diferencias hay entre las estrategias de afrontamiento sociotrópicas y autónomas en una muestra de personas con síntomas ansiosos y depresivos, acorde con lo propuesto por Beck (1983).

## Método

### Diseño

La investigación fue de corte cuantitativo empírico-analítico, con un diseño trasversal correlacional comparativo.

### Participantes

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta como variables de exclusión que la persona no consumiese ningún medicamento psiquiátrico, ni tener discapacidades cognitivas y/o físicas. La muestra estuvo constituida por 590 participantes colombianos residentes en la ciudad de Bogotá D. C. y municipios aledaños, entre los 18 y 50 años de edad, con una media de 24.8 ( $DT = 6.42$ ); en cuanto al sexo el 41.2% fueron hombres ante un 58.6% mujeres más un 0.2% sin información. Respecto al estado civil, un 71% solteros, un 12.9% casados, 13.4% unión libre, 1.7% separados, 0.7% viudos y un 0.3% sin información. En cuanto a escolaridad, se reportó un 0.3% sin estudio, un 6.8% con básica primaria, un 18.8% con secundaria, un 23.8% técnicos y un 49.8%

universitarios que incluyen pregrado hasta doctorados, además del 0.3% sin información. Finalmente, el estrato socioeconómico según la reglamentación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Colombiano (CONPES, 2005) para clasificar los habitantes en función del lugar donde vive cada persona, asumiéndolo como un indicador del ingreso económico de quienes habitan la residencia distribuidos por los estratos 1 y 2 para nivel bajo, 3 y 4 a medio, 5 y 6 a alto. La muestra por lo tanto se distribuyó con un 6.4% en estrato uno, 39% estrato dos, 42.7% estrato tres, 8.8% estrato cuatro, 1.5% estrato cinco, y el 1.4% estrato 6, más un 0.2% sin información.

### Instrumentos

Esta investigación buscó determinar la relación entre el patrón de afrontamiento, en los síntomas depresivos y ansiosos, de acuerdo con las medidas de personalidad cognitiva sociotrópica-autónoma; para ello se utilizaron los instrumentos detallados a continuación.

*Escala de Autonomía y Sociotropía de Beck – SAS.* Esta escala evalúa las dimensiones de personalidad en términos de sociotropía y autonomía, la dimensión de sociotropía se compone de las subescalas de temor a la crítica y el rechazo (Alpha de Cronbach  $\alpha = .89$ ) y preferencias por la afiliación ( $\alpha = .94$ ), y la dimensión de autonomía, compuesta por alcance de logros de manera independiente ( $\alpha = .83$ ) y sensibilidad al control de otros ( $\alpha = .95$ ) (Beck, Epstein, Harrison, & Emery, 1983; Bieling, Beck, & Brown, 2000). Para esta investigación se utilizó la versión adaptada para Colombia por Toro y Vargas (2014) tomada de la revisión de Clark y Beck (1991), su formato consta de 74 ítems, que deben ser respondidos a partir de valores porcentuales donde 0% = “no me describe para nada” hasta 100% = “me describe mucho”; entre sus propiedades psicométricas la adaptación obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de .87 para 74 ítems, la cual obtuvo buena validez convergente con la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS, Versión en español de Sanz & Vásquez, 1993) ( $r = .43$ ,  $p .01$ ).

*Escala de Estrategias de Coping Modificada - EEC-M.* Esta es una adaptación de la escala original diseñada y validada por Lazarus y Folkman (1986), la cual aborda las estrategias de afrontamiento que se utilizan para confrontar las diversas situaciones, consta de 69 ítems

con respuesta tipo Likert en un rango de frecuencia de 1 a 6 (desde *nunca* hasta *siempre*) agrupados en 14 subescalas (Londoño et al., 2006). Para cumplir con el objetivo de la investigación, se tomaron cuatro de las subescalas, las cuales se agruparon en sociotrópicas o autonómicas según la función que cumplían en el comportamiento del sujeto. La dimensión sociotrópica estuvo compuesta por las subescalas de búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional, debido a que son componentes que indican una integración a una estructura social, donde el individuo puede sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida, y le permite afrontar la situación y/o atenuar la percepción del estrés basado en el apoyo de otros; y las subescalas de autonomía y solución de problemas como estrategias de afrontamiento autonómico, porque se relacionan con aquellas estrategias que buscan el establecimiento de acciones para solucionar el problema a partir de la evaluación que se realiza de forma independiente al apoyo de otras personas (Londoño et al., 2006).

*Inventario de Depresión de Beck segunda edición-BDI-II.* Es un inventario de 21 ítems cuyo objetivo es evaluar la intensidad de la depresión. El diseño original fue realizado por Beck, Steer y Brown (1996) y adaptado al español latinoamericano por Brenlla y Rodríguez (2006) en Argentina. Este inventario evalúa la intensidad de los síntomas de la depresión a partir de diferentes categorías de síntomas. En cada uno de los ítems, el participante selecciona una de cuatro opciones de respuesta ordenadas por la gravedad del síntoma, puntuado de 0 a 3, cuya sumatoria tiene puntos de corte para cuatro niveles depresivos que van de 0 a 13 (depresión mínima), 14 a 19 (depresión leve), 20 a 28 (depresión moderada) y 29 a 63 (depresión severa). El inventario tiene un  $\alpha = .88$  en pacientes con diagnóstico previo de depresión y una consistencia interna  $\alpha = .94$ . Para la realización del ANOVA, se dividió la muestra en depresivos y no depresivos a partir del punto de corte de la depresión moderada (grupo de no depresivos menor o igual a 19 en la puntuación total del BDI-II, grupo de depresivos mayor o igual a 20 en la puntuación total del BDI-II).

*Inventario de Ansiedad de Beck – BAI.* Es un instrumento diseñado originalmente por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) que busca evaluar la presencia e intensidad de la

ansiedad, a partir de la autoaplicación de los 21 ítems que lo componen. Cada uno de estos ítems presenta cuatro opciones de respuesta que se valoran de 0 a 3 según la intensidad del síntoma que describe (0: “en absoluto”, 1: “levemente, no me molesta mucho”, 2: “moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y 3: “severamente, casi no podía soportarlo”). El BAI evalúa síntomas de la ansiedad centrados en las categorías de síntomas fisiológicos y síntomas cognitivos, sin embargo, la puntuación total es la que permite identificar la intensidad de los síntomas presentados a partir de los puntos de corte establecidos (0 a 7 = mínimo o bajo nivel de ansiedad; 8 a 15 = ansiedad media; 16 a 25 = ansiedad moderada; 26 a 63 = ansiedad severa) (Beck & Steer, 1993). Para la presente investigación se utilizó la adaptación española realizada por Sanz, García-Vera y Fortun (2012) la cual presentó un  $\alpha = .90$  para muestras españolas, la puntuación media en pacientes con ansiedad es 25.7 ( $DE = 11.4$ ) y en sujetos normales una media de 15.8 ( $DE = 11.8$ ). Para la realización de los ANOVA se dividió la muestra en ansiosos y no ansiosos (grupo de no ansiosos menor o igual a 18 en la puntuación total del BAI, grupo de ansiosos mayor o igual a 19 en la puntuación total del BAI).

#### *Procedimiento*

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera grupal. La conformación de los grupos varió dependiendo de la disponibilidad de los participantes, conformando un máximo de 20 personas en simultáneo, seleccionados al azar una vez verificado el cumplimiento de los criterios de inclusión. La aplicación de los instrumentos en total tuvo un promedio de aplicación de 20 minutos, sin inconvenientes durante el proceso de diligenciamiento.

## **Resultados**

Los resultados se obtuvieron usando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 19, con el cual se llevó a cabo un análisis descriptivo para obtener un perfil sociodemográfico y uno según las puntuaciones en las pruebas diligenciadas; adicionalmente, un análisis correlacional con el  $r$  de Pearson y comparaciones entre grupos independientes mediante un análisis de la varianza ANOVA, con los que se buscó comprobar la hipótesis del afrontamiento diferencial.

*Descriptivos*

En cuanto a la puntuación en las pruebas psicológicas aplicadas, la SAS obtuvo  $M = 24.8$  y  $DE = 6.42$ , en la subescala de sociotropía  $M = 63.42$  y  $DE = 14.96$ , y la subescala de autonomía obtuvo  $M = 102.02$  y  $DE = 19.03$ . En la EEC-M para la dimensión de sociotropía, se obtuvo en la subescala búsqueda de apoyo social  $M = 23.65$  y  $DE = 7.06$ , y búsqueda de apoyo profesional  $M = 12.66$  y  $DE = 6$ ; y para la dimensión de Autonomía, en la subescala de solución de problemas obtuvo  $M = 33.08$  y  $DE = 7.4$  y en la subescala de autonomía se obtuvo  $M = 6.31$  y  $DE = 2.34$ . Finalmente, en el BDI-II los participantes obtuvieron  $M = 10.48$  ( $DE = 9.05$ ), y en el BAI  $M = 15.97$  y  $DE = 12.95$ .

*Correlacional*

Se describen a continuación las correlaciones significativas encontradas con el  $N$  total y nivel de significancia  $p < .01$ . En la tabla 1 se resaltan las correlaciones según el estadístico  $r$  de Pearson obtenidas a la luz de los objetivos planteados; en primer lugar, la correlación entre vulnerabilidad cognitiva según sociotropía con la sintomatología depresiva ( $r = .18$ ,  $p < .01$ ), al igual que con síntomas de ansiedad ( $r = .21$ ,  $p < .01$ ), y la vulnerabilidad cognitiva según autonomía con los síntomas de ansiedad ( $r = .14$ ,  $p < .01$ ). Es importante resaltar adicionalmente la correlación alta entre la sintomatología de depresión y ansiedad ( $r = .49$ ,  $p < .01$ ).

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre afrontamiento, ansiedad, depresión y personalidad cognitiva.

Variables		1	2	3	4	5	6	7	8
Afrontamiento Autonómico	1. Solución Problemas	-							
	2. Autonomía	.08	-						
Afrontamiento Sociotrópico	3. Apoyo Profesional	.24**	.00	-					
	4. Apoyo Social	.36**	-.11**	.43**	-				
Ansiedad	5. BAI	-.02	.11**	.11**	.08	-			
Depresión	6. BDI-II	-.14**	.05	-.07	-.07	.49**	-		
Vulnerabilidad Cognitiva	7. SAS Sociotropía	.04	.04	.18**	.28**	.21**	.18**	-	
	8. SAS Autonomía	.25*	.20**	0	.10*	.14**	.08*	.56**	-

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ . BAI (Inventario de Ansiedad de Beck), BDI-II (Inventario de Depresión de Beck segunda edición), SAS (Escala de Sociotropía y Autonomía). Fuente elaboración propia.

*Análisis comparativo*

Finalmente se realizaron ocho análisis de varianza ANOVA comparando cada uno de los grupos (ansiedad y depresión) dados por la intensidad de los síntomas ansiosos o depresivos (depresivos Vs. no depresivos y ansiosos Vs. no ansiosos – es importante aclarar que

se establecen estas nominaciones sin que garanticen la presencia o ausencia de diagnósticos) teniendo como variable dependiente los cuatro estilos de afrontamiento: Búsqueda de Apoyo Social, Búsqueda de Apoyo Profesional, Solución de Problemas y Autonomía (estilo de afrontamiento).



Tabla 2. Diferencias en estilos de afrontamiento en depresivos/no depresivos y ansiosos/no ansiosos

		Afrontamiento							
		Sociotropía				Autonomía			
		Búsq. Apoyo Social		Búsq. Apoyo Profesional		Sol. Problemas		Autonomía Af	
		M (SD)	F	M (SD)	F	M (SD)	F	M (SD)	F
Depresión	Depresivos	23.78 (6.789)		12.70 (5.382)		30.99 (6.932)		6.45 (2.370)	
	No Depresivos	23.62 (7.117)	0.045	12.65 (6.128)	0.005	33.51 (7.431)	9.940**	6.28 (2.330)	0.437
Ansiedad	Ansiosos	24.39 (7.379)		13.76 (6.387)		32.72 (6.851)		6.57 (2.338)	
	No Ansiosos	23.31 (6.889)	2.962	12.16 (5.760)	9.037**	33.24 (7.642)	0.628	6.20 (2.328)	3.210

Nota: \*\*  $p < .01$

Se encontraron diferencias significativas en la ansiedad para la dimensión de afrontamiento sociotrópico en cuanto a la búsqueda de apoyo profesional ( $F = 9.037$ ;  $p = 0.01$ ); y en la depresión para la dimensión de afrontamiento autonómico en cuanto a la solución de problemas ( $F = 9.940$ ;  $p = 0.01$ ).

## Discusión

La investigación tuvo como objetivo identificar diferencias entre las estrategias de afrontamiento sociotrópicas y autonómicas en una muestra de personas con síntomas ansiosos y depresivos. A partir de los resultados encontrados se puede establecer que fueron identificadas diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento de manera diferencial en los grupos con sintomatología ansiosa y depresiva.

Estos resultados apoyan los reportes de estudios previos, en los cuales señalan una relación entre una elevada sociotropía y presentar sintomatología depresiva, aunque no concluyentes en su mayoría, tal como se reportó al obtener un  $r = .18$  ( $p > .05$ ), al parecer los individuos con este tipo de vulnerabilidad cognitiva, cuando se sienten incomprendidos, solos,

aislados y abandonados por los demás, tienen mayores probabilidades de presentar síntomas depresivos ante la congruencia con estos eventos (Beck, 1983; Bieling et al., 2000), puede agregarse que la baja percepción de apoyo social y profesional, fomenta la aparición de estrategias de afrontamiento orientadas hacia la búsqueda de apoyo. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los no depresivos, aspecto que resalta el valor adaptativo de este tipo de estrategias tipo orientación interpersonal en ambos grupos.

En cuanto a los grupos ansiosos y no ansiosos, las diferencias significativas se encontraron en la búsqueda de apoyo profesional, mientras que para los grupos con y sin depresión fueron en la solución de problemas; esto se puede interpretar a favor de la sociotropía, la cual parece tener una mayor relación con los síntomas de ansiedad como mecanismo de afrontamiento, en donde la búsqueda de apoyo profesional es relevante al funcionar como mediador de la aparición de los síntomas, mientras que para las personas con síntomas depresivos, el afrontamiento autonómico en términos de solución de problemas es el que podría funcionar como mediador. Se puede resumir entonces en que al parecer existe una función mediadora del afrontamiento sociotrópico en

la aparición de síntomas ansiosos, y el afrontamiento autonómico en síntomas depresivos.

Estos hallazgos soportan los reportados por Abbott, Hart, Morton, Gee y Conway (2008) y Botero (2012), quienes sugirieron que el afrontamiento es una de las herramientas que funcionan como mediador de las respuestas disfuncionales, lo que no va a interferir con la intensidad de los síntomas sino con la presencia o no de los síntomas a partir de estresores particulares, y para el caso de esta investigación el mediador en el despliegue de las estrategias de afrontamiento sociotrópico o autonómico.

Asu vez, los síntomas depresivos no correlacionaron significativamente con algunas de las variables de afrontamiento como fue esperado teóricamente. Sin embargo, siguiendo el modelo de Beck (1967), en el cual la anhedonia, inhibición y tríada cognitiva negativa como síntomas típicos de la respuesta depresiva, podrían repercutir negativamente en las estrategias de afrontamiento como solución de problemas o búsqueda de apoyo social o profesional, tal como lo reportaron Garnefski, Boon y Kraaij (2003), en donde al parecer existe una relación entre los síntomas depresivos y estrategias de afrontamiento de características cognitivas como la catastrofización y la puesta en perspectiva de los eventos a afrontar, que se perciben como eventos de difícil manejo y mediadores de los síntomas.

Sanjuán y Magallares (2007) concluyeron de forma similar en cuanto al estilo atribucional negativo y la aparición de síntomas depresivos, en especial afrontamientos centrados en la emoción y escasa solución de problemas; lo que sugiere que en la evaluación de las variables de afrontamiento para los síntomas de depresión, se recomienda tener en cuenta la presencia de mecanismos de afrontamiento diferentes, asumiendo la existencia de otras formas de afrontamiento como por ejemplo las cogniciones atribucionales internas, estables y globales (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989).

A su vez, se ha encontrado que las diferencias significativas entre la presencia de los síntomas depresivos y la utilización de la solución de problemas como estrategia de afrontamiento, coinciden como medida de vulnerabilidad cognitiva autonómica, en donde la inhibición conductual (escasa actividad enfocada a la solución de problemas) es mantenedora del cuadro

depresivo (Clark & Watson, 1991a; 1991b; González et al., 2004), resultados similares a los de Bieling y Alden (2001) donde refieren que al evaluar personas con autonomía alta presentaron inhibición conductual como mediador de la respuesta depresiva, resultados que hasta el momento han generado nuevas direcciones en el estudio de la vulnerabilidad cognitiva.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento sociotrópicas, no se evidenció ninguna correlación significativa con los síntomas depresivos; estos resultados se alejan del modelo de afrontamiento tradicional de Lazarus y Folkman (1986), aunque sí se aproximan al modelo de *Afrontamiento Proactivo* (Schwarzer & Taubert, 1999) el cual explica el por qué los trastornos relacionados con la ansiedad utilizan la búsqueda de apoyo profesional como estrategia de compensación, pues la anticipación catastrófica genera la búsqueda proactiva de herramientas de apoyo para el afrontamiento, asumiendo que la mejor estrategia será la búsqueda de apoyo preventivo, cuyo representante principal puede ser la búsqueda de ayuda experta en el manejo de la reactividad, especialmente fisiológica.

Ahora bien, retomando las diferencias significativas encontradas entre los grupos ansiosos y depresivos relacionados con búsqueda de apoyo profesional y solución de problemas, las correlaciones significativas indican que el espectro sintomático al parecer se activa en un continuo originario de las dos medidas de vulnerabilidad cognitiva, el cual se da por la activación de componentes comórbidos subyacentes que son responsables tanto de la sintomatología depresiva como de la ansiosa, asociados al continuo del afecto negativo (v.g. Barlow, 2002). Al respecto, autores como Watson y Clark (1984) afirmaron que los sujetos con altos niveles de afecto negativo suelen presentar nerviosismo, tensión, preocupación, baja autoestima, frustración y amenazas, síntomas característicos en los diferentes subtipos de ansiedad y depresión (Clark & Beck, 2010) (para profundizar en solapamiento sintomático véanse los trabajos de Slade & Watson, 2006 y Krueger, 1999).

Sin embargo, González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate (2004) refieren que hay una dificultad para realizar una distinción empírica entre ansiedad y depresión, dado que al realizar la comparación entre diferentes medidas de autoinformes y escalas clínicas, se suelen presentar

de forma solapada, esto justifica el hecho que exista una correlación significativa entre ansiedad y depresión en esta investigación ( $r = .49$ ;  $p = .01$ ), comorbilidad que coincide con los reportes de varias investigaciones relacionadas (v.g. Ehrenreich-May, Bilek, Queen, & Hernandez, 2012; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Titov, Dear, Johnston, & Terides, 2012).

Esto genera a futuro nuevas líneas de investigación con respecto a la correspondencia del afecto negativo con ansiedad y depresión, puesto que en las investigaciones reportadas no se han establecido diferencias entre los distintos mecanismos de afrontamiento y su relación con los síntomas ansiosos y depresivos reportados, se ha reconocido que existe una escasa evidencia del modelo de afrontamiento diferencial (González et al, 2004), así como la necesidad de ampliar estos estudios a otros tipos de afrontamiento no evitativos que permitan identificar procesos adicionales diferenciales entre estas dos agrupaciones sintomáticas (Schwarzer & Taubert, 2002).

Otra limitación del estudio, está dada por el solapamiento de las estrategias de afrontamiento según el modelo de vulnerabilidad cognitiva. Algunos estudios demuestran que las medidas sociotrópicas y autonómicas se solapan entre sí, dado que conductas que operan como estrategias de afrontamiento, pueden cumplir con una doble función o se establecen como desencadenantes de nuevas conductas que operarán como otras estrategias de afrontamiento o consecuencias de las mismas como la evitación cognitiva (v.g. Birgenheir, Pepper, & Johns, 2010; Blalock & Joiner, 2000) o dificultades interpersonales entre otros como aparecen en las propuestas vigentes (v.g. Hankin et al., 2009), esto permitiría explicar las correlaciones bajas entre las escalas de afrontamiento sociotrópicas y autonómicas propuestas en este estudio a partir del EEC-M y las subescalas del SAS, en las cuales no se ha podido identificar las diferencias entre estos dos constructos y las diversas fuentes de varianza al establecer un modelo de vulnerabilidad claro.

Al respecto, a manera de ejemplo, en la *búsqueda de tranquilidad* que suele redundar en la reducción de apoyo social y aislamiento, incrementa la aparición de estresores vitales y como resultado la aparición de síntomas cognitivos propios de la depresión sociotrópica (Birgenheir, Pepper, & Johns, 2010). Dentro de estos

solapamientos, los estudios actuales indican que el *perfeccionismo* también puede funcionar como una medida de vulnerabilidad cognitiva asociada a la dimensión de autonomía, la cual influye en el manejo de las demandas y la respuesta emocional, lo que podría derivar en la aparición de síntomas ansiosos y/o depresivos (Egan, Wade, & Shafran, 2012).

Además, es importante tener en cuenta que los estudios realizados previamente sobre esta temática, suelen utilizar abordajes de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo para el establecimiento de las relaciones, dado que suelen ser mejores predictores de la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (Blalock & Joiner, 2000).

Con respecto a las limitaciones relacionadas con los instrumentos utilizados para la toma de los datos, se presentaron dificultades en las medidas diferenciales entre sociotropía y autonomía. La SAS es una escala que ha tenido una trayectoria de dificultades discriminativas entre las subescalas de autonomía, incluyendo la autocrítica como factor emergente, para soluciones finales de tres factores (Clark & Beck, 1991). Se sugiere revisar esta escala y utilizar medidas equivalentes para próximas investigaciones (Bieling et al., 2000), al igual que valerse de otras medidas de convergencia para tener una medida mucho más confiable y válida de vulnerabilidad.

Así mismo, los hallazgos en otras investigaciones han demostrado que la sociotropía es un factor vulnerable más confiable psicométricamente en comparación con la autonomía, debido a la importancia que tienen las relaciones interpersonales (Herbert & Chappa, 2003) y las mismas características idiosincrásicas de la autonomía (Clark, Beck & Alford, 1999). Se requieren por lo tanto, usar también medidas válidas y confiables que permitan identificar otras estrategias de afrontamiento diferentes al clásico modelo de Lazarus y Folman (1986), como el del afrontamiento proactivo (Schwarzer & Taubert, 1999), evaluado con el Inventario de Afrontamiento Proactivo de Greenglass (1998).

## Conclusión

Se concluye con nueva evidencia empírica aunque parcial para la hipótesis de afrontamiento diferencial según el modelo de vulnerabilidad cognitiva sociotrópica y autonómica. Se puede afirmar que el afrontamiento



es un mediador de respuestas disfuncionales en el caso de la búsqueda de apoyo profesional (afrentamiento sociotrópico) para los sujetos con síntomas ansiosos, y la disminución en solución de problemas (afrentamiento autonómico) en los sujetos con síntomas depresivos. Las estrategias de afrontamiento se presentan como mediadores (no moderadores) entre la vulnerabilidad cognitiva (sociotrópica y/o autonómica) y los síntomas de ansiedad y depresión tal como reportaron Connor-Smith y Compas (2002); sin embargo, es importante establecer con claridad los mecanismos transdiagnósticos en los grupos de síntomas, así como los tipos de afrontamiento diferencial en estos dos trastornos de elevada prevalencia en la actualidad.

## Referencias

- Abbott, J., Hart, A., Morton, A., Gee, L., & Conway, S. (2008). Health – related quality of life in adults with cystic fibrosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 149-157. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.08.017
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness Depression: Theory-Based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. DOI: 10.1037//0033-295X.96.2.358
- Alford, B. A., & Gerrity, D. M. (2003). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10): 1069-1075. DOI: 10.1002/jclp.10199
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 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., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. DOI: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- 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., & Steer R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: Harcourt Brace and Company.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. USA, San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brenlla, M., & Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- 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, B. G., Pepper, C. M., & Johns, M. (2010). Excessive reassurance seeking as a mediator of sociotropy and negative life events. *Cognitive Therapy and Research*, 34(2), 188-195. DOI: 10.1007/s10608-009-9242-1
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting Depression/Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65. DOI: 10.1023/A:1005450908245
- Botero, P. (2012). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 196-214.
- 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
- 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, L. A., & Watson, D. (1991a). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric

- evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. DOI: 10.1037/0021-843X.100.3.316
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991b). Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. En J. Becker & A. Kleinman (Comp). *Psychosocial aspects of moods disorders*. (pp. 39 – 65). New Jersey: Erlbaum.
- 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
- 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. Consultado en julio 17 de 2013. Disponible en [www.dane.gov.co/files/dig/CONPES\\_3386\\_oct2005\\_Focaliz\\_subsidios\\_servicios\\_publicos.pdf](http://www.dane.gov.co/files/dig/CONPES_3386_oct2005_Focaliz_subsidios_servicios_publicos.pdf)
- Crosby, P. C., Klein, D. N., Anderson, R., Riso, L. P., & Lizardi, H. (1994). Relationship of Sociotropy/Autonomy and Dependency/ Self-Criticism to DSM-III-R personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 743-749. DOI: 10.1037/0021-843X.103.4.743
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279-294.
- Ehrenreich-May, J., Bilek, E. L., Queen, A. H., & Hernandez Rodriguez, J. (2012). A unified protocol for the group treatment of childhood anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3): 219-236.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211. DOI: 10.1097/00004583-200310000-00011
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescents*, 32(6): 401 – 408. DOI: 10.1023/A:1025994200559
- González, M., Herrero, M., Viña, C. M., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión, y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289 – 304.
- Greenglass, E. (1998). The Proactive Coping Inventory (PCI). In R. Schwarzer (Ed.), *Advances in health psychology research (Vols. CD-ROM)*. Berlin: Free University of Berlin.
- Hankin, B. L., Oppenheimer, C., Jenness, J., Barrocas, A., Shapero, B. G., & Goldband, J. (2009). Developmental origins of cognitive vulnerabilities to depression: review of processes contributing to stability and change across time. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1327-1338. DOI: 10.1002/jclp.20625
- Herbert, J., & Chappa, H. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas: Tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social*. 2 ed. Argentina: Médica Panamericana.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 921-926. DOI: 10.1001/archpsyc.56.10.921
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Segunda edición. México: Martínez Roca.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Posada, S., Arango, D., Puerta, I. C., & Aguirre, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica* 5(2), 327-349.
- Mathews, A., & Macleod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916
- Millon, T., & Davis, R. D. (2004). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

- Permy, B., Merino, H., & Fernández-Rey, J. (2009). Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy. *International Journal of Psychology, 1-7*. DOI: 10.1080/00207590903165059.
- Rueda, M. B., Aguado, A. L., & Alcedo, M. A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial, 17(2)*, 109-124. DOI: 10.4321/S1132-05592008000200002
- Sanjuán, P., & Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud, 18(1)*: 83-98.
- 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
- Sato, T., & McCann, D. (1997). Vulnerability factors in depression: The facets of Sociotropy and Autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 19(1)*, 41-62. DOI: 10.1007/BF02263228
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (1999). Coping with stress: Dimensions and processes. *Promocja zdrowia nauki spoleczene i medycyna, 6(17)*, 72-92.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.
- Slade, T., & Watson, D. (2006). The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychological medicine, 36(11)*, 1593-1600. DOI: 10.1017/S0033291706008452
- Sohlberg, S., Axelsson, J., Czartoryski, W., Ståhlberg, G., & Strömbom, Y. (2006). Sociotropy, autonomy, and depressive response to an unconscious challenge. *Cognitive Therapy and Research, 30(1)*, 85-103. DOI: 10.1007/s10608-006-9011-3
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., & Terides, M. (2012). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17(3)*, 237-260.
- Toro, R. A. & Vargas, C.V. (2014). Escala de Sociotropía-Autonomía (SAS): propiedades psicométricas de la adaptación a Colombia. *Psicogente, 17(32)*, 323-336.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96(3)*, 465-490. DOI: 10.1037/0033-2909.96.3.465