

Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada.

The components of cognitive vulnerability to generalized anxiety disorder

Nora H. Londoño

Universidad de San Buenaventura

Erika B. Jiménez

Universidad de San Buenaventura

Fernando Juárez

Universidad del Rosario

Carlos A. Marín

Universidad de San Buenaventura

ABSTRACT

The components of cognitive vulnerability to generalized anxiety disorder (GAD) were identified. We performed a comparative analysis between the cognitive profile of patients diagnosed with GAD (69 adults) and a control group with no diagnosis (69 adults). They were completed the MINI International Neuropsychiatric Interview, the Young Schemes Questionnaire -YSQ-, the Core Beliefs Questionnaire for Personality Disorders -CCE-TP-, the Inventory of Automatic Thoughts -IPA-, and the Coping Strategies Questionnaire -EEC-M-. The cognitive profile of GAD comprised patterns of abandonment, mistrust/abuse, uncompromising standards and insufficient self-control/self-discipline. Associated personality disorders were dependent, paranoid, avoidant, schizotypal, borderline and antisocial. Cognitive distortions were filtering or selective abstraction (low scores), and significantly higher scores in polarized thinking, overgeneralization, interpretation of thought, catastrophic vision, fallacy of control, emotional reasoning and fallacy of change. Coping strategies were high aggressive reaction, expression of coping difficulty, denial, and low positive reappraisal.

Key words: Anxiety, cognitive, vulnerability, profile, coping strategies.

RESUMEN

Se identificaron los componentes de vulnerabilidad cognitiva del trastorno de ansiedad generalizada -TAG-, en usuarios de consulta externa de psicología en diferentes universidades de Colombia. Se realizó un análisis comparativo entre el perfil cognitivo de quienes fueron diagnosticados con TAG (69 adultos) y un grupo control (69 adultos). Se aplicaron la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional -MINI-, el Cuestionario de Esquemas de Young -YSQ-, el Cuestionario de Creencias Centrales de Trastornos de la Personalidad -CCE-TP-, el Inventario de Pensamientos Automáticos -IPA- y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento -EEC-M-. El perfil cognitivo del TAG se caracterizó por esquemas de abandono, desconfianza/abuso, estándares inflexibles e insuficiente autocontrol/autodisciplina. Los trastornos de la personalidad asociados fueron los de dependencia, paranoide, evitación, esquizotípico, límite y antisocial. Las distorsiones cognitivas fueron filtraje o abstracción selectiva (puntuaciones bajas), y significativamente altas puntuaciones en pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, falacia de control, razonamiento emocional y falacia de cambio. Las estrategias de afrontamiento fueron la alta reacción agresiva, expresión de dificultad de afrontamiento, negación, así como baja en reevaluación positiva.

Palabras clave: Ansiedad, cognitivo, vulnerabilidad, perfil, afrontamiento.

Artículo recibido/Article received: Septiembre, 2010/September 2010, Artículo aceptado/Article accepted: Noviembre 2010/November 2010

Dirección correspondencia/Mail Address:

Nora Helena Londoño Arredondo. Universidad San Buenaventura de Medellín. Email: nora.londono@usbmed.edu.co

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH esta incluida en PSERINFO, CENTRO DE INFORMACION PSICOLOGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET y GOOGLE SCHOLARS. Algunos de sus artículos aparecen en SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK y está en proceso de inclusión en diversas fuentes y bases de datos internacionales.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH is included in PSERINFO, CENTRO DE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET and GOOGLE SCHOLARS. Some of its articles are in SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK, and it is in the process of inclusion in a variety of sources and international databases.

El trastorno de ansiedad generalizada TAG presenta como síntoma cardinal la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., a menudo con ansiedad anticipatoria (Toro y Calle, 2010). Se define como un estado de ansiedad y preocupación excesiva, anticipación aprensiva de un futuro, peligro o adversidad, que no se limita ni predomina en un ambiente en particular, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión (American Psychiatric Association, [APA], 2002; Macías, 2010).

El trastornos de ansiedad, junto con los trastornos del estado de ánimo y el uso de sustancias, son los trastorno psiquiátrico más frecuente, tanto en Europa como en Estados Unidos, con una prevalencia del 2% (Lieb, Becker y Altamira, 2005) y del 5% (Fricchione, 2004), respectivamente. El estudio Nacional de Salud Mental en Colombia realizado con 4.544 personas no institucionalizadas entre los 18 y 65 años de edad, reportó que un 40,1% de las personas habían presentado algún trastorno a lo largo de su vida. El trastorno de ansiedad fue el trastorno de más alta prevalencia, con un 19,3%, seguido por los trastornos del estado de ánimo (15%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%) (Posada, Aguilar, Magaña y Gómez, 2004).

Específicamente el TAG se presenta con una prevalencia del 3% aproximadamente, y en los centros médicos hasta un 25% (APA, 2002). Estos datos muestran la importancia que cobra ante la salud pública internacional y nacional el abordaje de este trastorno (Álvarez, López, Posada y Londoño, 2004; Cadavid, Correa, Gallego y Londoño, 2003; Maldonado, Pineda, López y Londoño, 2003; Rivera, Posso y Londoño 2003) y la identificación de los componentes que generan vulnerabilidad al mismo.

Varios modelos, desde la teoría cognitiva, han tratado de explicar cómo la ansiedad se convierte en trastorno. Entre los modelos a destacar están el de Dugas, Freeston y Ladouceur (1997) y el metacognitivo de Wells (1999, 2002). A su vez, Dugas, Letarte, Rheaume, Freeston y Ladouceur (1995) proponen la intolerancia a la incertidumbre como causante de la preocupación excesiva, síntoma central en el TAG. Este modelo, señala que las personas con TAG pueden tener mayor probabilidad de predecir resultados negativos porque se sienten incómodos con la ambigüedad de los acontecimientos que amenazan posiblemente en el futuro (Miranda y Mennin, 2007); así, las personas con TAG tienden a predecir el futuro de una forma negativa.

Dugas et al. (1997) estudiaron la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la solución de problemas, teniendo en cuenta la preocupación como característica

esencial del TAG. Para ello, tomaron una muestra de 276 personas (209 mujeres y 76 hombres) y encontraron una fuerte relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la orientación emocional al problema, como predictores de la preocupación, pero sin relacionarse con la habilidad para resolver problemas. Estos resultados son similares a los de Dugas, Letarte, Rheaume, Freeston y Ladouceur (1995), quienes hallaron que en las personas con TAG es la orientación a la situación problema y no la falta de habilidades, lo que ocasiona la preocupación.

La preocupación se ha considerado una reacción cognitiva protectora, ya que previene desenlaces y emociones negativas, como la culpa o la vergüenza (Francis, Dugas y Bakir, 2001); en un estudio ex post facto realizado con 503 personas adultas, se ha identificado la capacidad discriminante y predictiva en el TAG, de la intolerancia a la incertidumbre, las creencias sobre la preocupación y la evitación cognitiva, destacando la intolerancia a la incertidumbre como el desencadenante de los procesos cognitivos responsables de la sintomatología del TAG (Gonzalez, Ibáñez y Cubas, 2006).

Se puede afirmar entonces, que el trastorno de ansiedad representa un mal funcionamiento en el sistema cognitivo, el cual activa y desactiva las respuestas defensivas a la amenaza (Beck y Emery, 1985). El modelo de diátesis-estrés, postulado por estos autores, ha sido el que más se ha estudiado. Como factores de explicación etiológica del trastorno, se han considerado la vulnerabilidad biológica y cognitiva, junto con un estresores significativo (Barlow y Duran, 2001). La vulnerabilidad cognitiva consiste en una manera estable de percibir y valorar el mundo. Beck y Emery (1985) la definen como la percepción que tiene la persona de carecer o ser insuficiente el control interno o externo sobre los peligros, para sentirse a salvo. Los individuos con vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad, dispone de esquemas cognitivos, relativos a la amenaza o peligro, en torno a la aceptación, la competencia y el control (Arcas-Guijarro y Cano-Vindel, 1999).

Este concepto de esquema es fundamental dentro de la psicología cognitiva, desde los primeros estudios de Piaget (1973), hasta la utilización que hace Beck, quien los define como patrones estables, base de la regularidad de las interpretaciones acerca de las situaciones (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983, p. 20). El modelo cognitivo, se refiere a los esquemas como unidades básicas de procesamiento. Estas unidades clasifican, interpretan, evalúan y asignan significados a objetos o situaciones (Beck y Emery, 1985) y cuando contienen información desadaptativa, en presencia de ciertas circunstancias ambientales, aparece el trastorno psicológico (Clark y Beck, 1997). Las unidades de información estables y duraderas, que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida y

resultan significativamente disfuncionales, se denominan esquemas maladaptativos tempranos (Young, 1990) y dan lugar a los trastornos de personalidad. Beck (2000), también ha hecho énfasis en las creencias centrales, o ideas fundamentales desarrolladas en la infancia, acerca de uno mismo, los demás y del mundo, las cuales son globales y rígidas.

Otra característica del sistema cognitivo son los procesos, los cuales propician la adaptación y la respuesta del individuo en la vida cotidiana. Sin embargo, al funcionar bajo el principio de economía cognitiva, los procesos pierden información, convirtiéndose en desadaptativos. Dentro de estos procesos se encuentran las distorsiones cognitivas, o errores de procesamiento, las cuales conllevan a la activación de esquemas negativos. Así, una persona con ansiedad, percibe solo situaciones de daño o amenaza (Beck y Emery, 1985). La catastrofización, es una distorsión característica del TAG, mediante la cual el individuo se focaliza en el peor resultado posible en una situación en la que podrían existir otros. La abstracción selectiva y la pérdida de perspectiva son también propias del TAG. Igualmente, la falta de tolerancia a la ambigüedad, la pérdida de habituación y la generalización son otras características del pensamiento en el TAG (Beck y Emery 1985).

En un estudio realizado por Londoño, Alvarez, Bustamante y Posada (2005) con una muestra de 147 personas (36 casos y 111 control), se encontró que el estilo cognitivo del TAG en cuanto a procesamiento de la información, se caracteriza por el uso de los “deberías”, la falacia de justicia, el tener razón, la visión catastrófica, la falacia de control, la falacia de cambio y la abstracción selectiva. Esto evidencia rigidez cognitiva frente a la necesidad de control, predicción de acontecimientos y determinadas expectativas sociales. Álvarez et al. (2004), identificaron también algunos errores cognitivos en las personas con TAG, tales como el filtraje o abstracción selectiva, la sobregeneralización, la interpretación del pensamiento, la visión catastrófica, la falacia de cambio, la falacia de justicia, el razonamiento emocional, la falacia de control, la culpabilidad, los “deberías”, el tener razón y la falacia de la recompensa divina. Dentro del sistema cognitivo, se encuentran finalmente, las estrategias de afrontamiento, como productos o resultados que dicho sistema arroja. El afrontamiento se refiere a los pensamientos y acciones que permiten manejar situaciones difíciles (Stone, Helder y Schneider, 1988) y las estrategias de afrontamiento son los procesos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y externas. La estructura anteriormente mencionada del sistema cognitivo en relación al TAG, llevó a plantear, como objetivo de esta investigación, el establecer un panorama amplio del perfil cognitivo asociado a dicho trastorno, el cual incluyera los esquemas maladaptativos

tempranos, las creencias centrales, las distorsiones cognitivas y las estrategias de afrontamiento predominantes. Todo ello, dirigido al estudio específico de la población que consulta el servicio psicológico ofrecido por diferentes universidades de Colombia.

MÉTODO

Población y muestra

Participaron 138 personas, usuarios de los servicios de psicología que ofrecen diferentes universidades en Colombia, 69 casos con diagnóstico de (TAG) y 69 sin diagnóstico o controles, éstos últimos elegidos con características socio-demográficas similares a los casos. De la muestra total, 87 (63,04%) eran mujeres y 51 (36,96%) hombres. De los casos con TAG, 47 (68.1%) eran mujeres y 22 (31.9%) hombres. El rango de edad fue de 16 a 58 años, con predominio de individuos entre los 16 y 25 años, tanto en casos (49.71%) como en controles (46.67%). Hubo mayoría de solteros, tanto sin TAG (n=53, 76.8%) como con TAG (n=56, 81.2%). Los participantes se distribuían en todos los niveles socioeconómicos, con mayor presencia del estrato socioeconómico medio, tanto en los casos (n=35, 51%) como en los controles (n=37, 54%). Los estudiantes predominaron en los individuos con TAG (n=50, 66.7%) y en los controles (n=42, 61%) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra

	CON TAG		SIN TAG	
	n=69	%	n=69	%
Sexo				
Mujeres	47	68.1	40	58.0
Hombres	22	31.9	29	42.0
Edad				
16-25 años	49	71	46	67
26-35 años	13	19	7	10
36- 45 años	4	5.8	8	12
46-58 años	2	2.9	8	12
Estado civil				
Soltero	56	81.2	53	76.8
Casado / unión libre	11	15.9	14	20.3
Separado	2	1.4	2	2.9
Estrato Socioeconómico				
Bajo	20	29	2	29
Medio	35	51	37	54
Alto	12	17	29	42
Ocupación				
Empleado	11	16	18	26
Estudiante	50	72	42	61
Desempleado	5	7.2	7	10

INSTRUMENTOS

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Ferrando et al., 1999). Entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV (APA, 2002) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, [OPS/OMS], 1992). La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas "filtro" correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

El MINI tiene una elevada validez y confiabilidad, y una buena sensibilidad y especificidad para todos los diagnósticos, exceptuando el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ($Kappa = .36$), agorafobia (sensibilidad = .59) y la bulimia ($kappa = .53$) (Sheehan et al., 1998), los cuales arrojan propiedades más débiles.

Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ). Es un cuestionario desarrollado por Young (1990) y validado en Colombia por Castrillón et al. (2005), quien obtuvo una confiabilidad mediante el coeficiente alfa de .91. A través del análisis factorial se extrajeron once factores los cuales explicaron el 65% de la varianza total. Este cuestionario consta de 45 ítems que se puntúan en una escala Liker (de 1 a 6) y evalúa los siguientes 11 esquemas maladaptativos tempranos:

- a) Abandono (los demás son personas inestables emocionalmente e indignos de confianza).
- b) Insuficiente autocontrol/autodisciplina (dificultad en el control de las propias emociones o la expresión de las mismas y el control de los impulsos, poca disciplina).
- c) Desconfianza/abuso (las otras personas lastimarán, se aprovecharán, abusarán, humillarán, engañarán o mentirán).
- d) Deprivación emocional (los otros no proporcionarán un grado normal de apoyo emocional).
- e) Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (anticipación de catástrofes médicas, emocionales o externas, inminentes e incontrolables).
- f) Autosacrificio (concentración excesiva en la satisfacción de las necesidades de los demás a expensas de las propias).
- g) Estándares inflexibles 1 (autoexigencia) (esfuerzo para alcanzar estándares muy altos de

conducta y desempeño, dirigidos a evitar la crítica).

- h) Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo) (mantener todo en perfecto orden, ser siempre mejor, no conformarse).
- i) Inhibición emocional (contención de acciones y sentimientos que dificultan la comunicación, evitar la desaprobación de los demás).
- j) Entrampamiento (implicación y cercanía emocional con personas significativas, a expensas de la individuación y desarrollo social normal).
- k) Derecho/grandiosidad (la persona es superior a los demás, tiene derechos y privilegios especiales, no está obligado por normas sociales).

Cuestionario de Creencias Centrales de los trastornos de Personalidad (CCE-TP). Construido y validado en una población colombiana por Londoño et al. (2007). Evalúa las creencias centrales del trastorno de la personalidad antisocial (8 ítems, $\alpha = .839$); esquizotípico/límite (8 ítems, $\alpha = .846$); histriónico/patrón seductor (6 ítems, $\alpha = .833$); paranoide (6 ítems, $\alpha = .836$); por evitación/autopercepción negativa (5 ítems, $\alpha = .755$); por dependencia (5 ítems, $\alpha = .797$); histriónico/dependencia emocional (4 ítems, $\alpha = .755$); obsesivo-compulsivo/perfeccionista (4 ítems, $\alpha = .808$); por evitación/hipersensible (4 ítems, $\alpha = .766$); obsesivo-compulsivo/ crítico frente a los demás (3 ítems, $\alpha = .851$); narcisista (4 ítems, $\alpha = .717$); pasivo-agresivo/temor a ser dominado (3 ítems, $\alpha = .719$); pasivo-agresivo/crítico frente a la autoridad (3 ítems, $\alpha = .685$), y esquizoide (2 ítems, $\alpha = .774$). En un análisis factorial exploratorio se obtuvieron 14 factores, explicativos del 61.3% de la varianza. El coeficiente α de Cronbach de la prueba fue de .931. La descripción de las creencias es la siguiente:

- a) Antisocial (creencias sobre sí mismo de ser superior y merecer un trato privilegiado y especial, insensibilidad e indiferencia por los otros).
- b) Esquizotípico/límite (extraños y diferentes, los demás no les comprenden, creen que no encajan en los grupos).
- c) Histriónico/patrón seductor (creer ser una persona encantadora, especial y admirada por los demás).
- d) Paranoide (recelosos y suspicaces, desconfiados, en guardia para que los demás no los usen o manipulen).
- e) Evitativo/autopercepción negativa (creer ser indeseable en situaciones sociales, incompetente en el trabajo, creer que los demás lo rechazarán).

- f) Dependiente (creer ser débiles, necesitados de ayuda y afecto, y creencias sobrevaloradas de los demás).
- g) Histriónico/dependencia emocional (preocupaciones interpersonales frente al rechazo, la soledad y el aburrimiento).
- h) Obsesivo-compulsivo/perfeccionismo (perfeccionismo, mantener el orden, estar atento a los detalles).
- i) Evitativo/hipersensible (temor frente al rechazo, a ser expuesto como inferior, evitar las situaciones desagradables).
- j) Obsesivo-compulsivo/crítico (crítica frente a los demás, considera a los otros como incompetentes, irresponsables y descuidados).
- k) Narcisista (búsqueda de reconocimiento, de respeto y de derecho, mantener el estatus).
- l) Pasivo-agresivo/temor a ser dominado (consideran amenazante cualquier relación de potencial dominio del otro).
- m) Pasivo-agresivo/crítico frente a la autoridad (rechazo frente al rol de autoridad).
- n) Esquizoide (incomodidad frente a los compromisos con las demás personas, especialmente íntimas).

Inventario de evaluación de pensamientos automáticos, de Ruiz y Imbernon (1996). Creado en México y diseñado con la técnica de Likert, comprende en su versión final un total de 45 ítems, que exploran las distorsiones cognitivas, definidas como las representaciones mentales de nuestras experiencias en la vida, y que se dan en forma de significados. Las distorsiones cognitivas que evalúa son las siguientes:

- a) Filtraje o abstracción selectiva (seleccionar un solo aspecto de una situación).
- b) Pensamiento polarizado (valorar los acontecimientos en forma extrema, bueno o malo).
- c) Sobregeneralización (sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente).
- d) Interpretación de pensamiento (interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás).
- e) Visión catastrófica (adelantar acontecimientos de modo catastrofista).
- f) Personalización (relacionar sin base suficiente los hechos del entorno con uno mismo).
- g) Falacia de control (la persona ve de manera extrema el grado de control que debe tener sobre los acontecimientos de su vida).
- h) Falacia de justicia (valorar como injusto lo que no coincide con nuestros deseos y necesidades).

- i) Razonamiento emocional (creer que lo que la persona siente es cierto necesariamente).
- j) Falacia de cambio (depender de que los otros sean quienes han de cambiar primero su conducta).
- k) Etiquetas globales (generar un juicio global negativo con base en una o dos cualidades).
- l) Culpabilidad (atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente).
- m) Deberías (mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas).
- n) Tener razón (probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona que el punto de vista de uno es el correcto).
- o) Falacia de recompensa divina (no buscar solución a los problemas, la situación mejorara o uno tendrá una recompensa en el futuro).

Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006). Esta prueba evalúa las estrategias de afrontamiento al estrés. La escala es una adaptación de la elaborada por Chorot y Sandín en España (1993) y ha sido validada en una muestra colombiana, por Londoño et al. (2006), el coeficiente α de Cronbach de la prueba es de .847. Para esta última validación se utilizó una muestra de 893 personas y los ítems fueron reagrupados en las siguientes 12 estrategias:

- a) Solución de problemas (analizar las causas del problema y generar alternativas de solución).
- b) Búsqueda de apoyo social (se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas).
- c) Espera (esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo).
- d) Religión (rezo y oración dirigidos a tolerar o solucionar el problema o las emociones generadas).
- e) Evitación emocional (evitar expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social).
- f) Búsqueda de apoyo profesional (buscar el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo).
- g) Reacción agresiva (expresar la ira y la hostilidad como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionar agresivamente).
- h) Evitación cognitiva (eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción).
- i) Reevaluación positiva (aprender de las dificultades, identificar los aspectos positivos del problema).

- j) Expresión de la dificultad de afrontamiento (expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas, para resolver el problema).
- k) Negación (comportarse como si el problema no existiera, no pensar en el problema).
- l) Autonomía (responder ante el problema de manera independiente, sin contar con el apoyo de otras personas).

Procedimiento

La evaluación de los usuarios de los servicios de psicología se realizó en 13 universidades de diferentes ciudades de Colombia. Esta evaluación constó de siguientes etapas: a) la socialización y firma del consentimiento informado, b) la realización de la entrevista estructurada MINI, y c) la posterior aplicación de los instrumentos del perfil cognitivo. Esta evaluación se llevaba a cabo entre una o dos sesiones.

A los participantes que constituyeron el grupo de control (sin TAG) se les aplicó el criterio de exclusión de que no tuvieran ningún otro de los siguientes trastornos mentales: a) Episodio depresivo mayor, b) Trastorno

distímico, c) Riesgo de suicidio, d) Episodio (hipo) maníaco, e) Trastorno de angustia, f) Agorafobia, g) Fobia social, h) Trastorno obsesivo-compulsivo, i) Estado por estrés postraumático, j) Abuso y dependencia de alcohol, k) Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, l) Trastornos psicóticos, m) Anorexia nerviosa, y n) Bulimia nerviosa.

Se utilizaron análisis univariados para la descripción de la muestra, y análisis de diferencia de medias, así como pruebas paramétricas o no paramétricas, según las distribuciones de las variables del perfil cognitivo.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran los estadísticos de las variables de los esquemas maladaptativos tempranos para cada uno de los grupos, indicando aquellos que presentaron diferencia significativa: abandono, desconfianza/ abuso, estándares inflexibles (autoexigencia) e insuficiente autocontrol/ autodisciplina, todos con puntuaciones superiores en el grupo TAG.

Tabla 2. Estadísticos de los esquemas maladaptativos tempranos.

	Con TAG (n=69)		Sin ningún diagnóstico (n=69)		Estadístico (<i>U</i> <i>de Mann-Whitney</i>)
	Media	<i>DS</i>	Media	<i>DS</i>	
Esquema de privación emocional ^a	12.79	5.6	11.28	5.9	
Esquema de abandono ^b	21.03	8.6	16.57	7.6	3.056,000**
Esquema desconfianza/ abuso ^b	16.38	7.0	12.42	5.8	3.117,500**
Esquema de vulnerabilidad al daño y la enfermedad ^a	12.71	6.3	11.03	5.8	
Esquema de entrapamiento ^a	6.00	3.1	5.22	2.9	
Esquema de auto sacrificio ^a	16.32	4.6	15.28	5.4	
Esquema de inhibición emocional ^a	8.43	4.3	8.28	4.2	
Estándares inflexibles 1 Autoexigencia ^b	13.34	5.2	10.48	4.5	3.076,500**
Estándares inflexibles 2 Perfeccionismo ^a	11.61	4.0	10.35	3.9	
Esquema de derecho / grandiosidad ^a	8.19	3.5	7.59	3.5	
Esquema insuficiente autocontrol/autodisciplina ^b	19.45	19.4	14.68	6.8	3.243,000**

a: Distribución normal, estadístico ANOVA

b: Distribución no normal, U de Mann-Whitney

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

La Tabla 3 presenta los estadísticos para las creencias centrales de los trastornos de la personalidad, indicando los que presentaron diferencias significativas: paranoide, por evitación, por dependencia, antisocial, esquizotípico y límite, con puntuaciones superiores de la media en el grupo TAG.

La Tabla 4 presenta los estadísticos de las distorsiones cognitivas, señalando los que presentaron diferencias significativas entre los grupos, con puntuaciones altas en pensamiento polarizado, sobregeneralización y razonamiento emocional, y bajas en pensamientos de

filtraje o abstracción selectiva, visión catastrófica, falacia de control y falacia de cambio.

Tabla 3. Estadístico creencias centrales de los trastornos de la personalidad.

	Con TAG (n=69)		Sin ningún diagnóstico (n=69)		Estadístico (<i>F para Anova</i> ; <i>U de Mann-Whitney</i>)
	Media	DS	Media	DS	
Antisocial ^a	16.66	8.1	14.54	5.9	4.941*
Esquizotípico / límite ^b	18.20	7.7	15.42	7.5	2.722,000*
Histrionico/ patrón seductor ^a	20.52	6.2	19.30	7.1	
Paranoide ^a	20.13	7.2	15.29	6.0	17803**
Evitativo/ autopercepción negativa ^b	12.47	5.7	10.28	5.1	2.904,000**
Dependiente ^b	15.43	5.0	11.53	4.9	3.313,000**
Histriónico/ dependencia ^b	14.42	5.5	11.06	5.4	
Obsesivo compulsivo / perfeccionista ^a	14.39	5.2	15.34	4.4	
Evitativo/ hipersensible ^a	15.34	5.1	12.29	4.7	
Obsesivo compulsivo/crítico ^a	6.82	3.4	6.26	3.3	
Narcisista ^a	11.37	4.8	12.99	4.2	
Pasivo / Agresivo Temor a ser dominado ^a	12.63	4.0	11.71	4.4	
Pasivo-agresivo/ crítico frente a la autoridad ^a	8.53	3.6	8.91	4.1	
Esquizoide ^a	4.62	2.6	4.71	2.7	

a: Distribución normal, ANOVA

b: Distribución no normal, U de Mann-Whitney

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabla 4. Estadísticos de los pensamientos automáticos.

	Con TAG (n=69)		Sin ningún diagnóstico (n=69)		Estadístico (<i>F para Anova</i> ; <i>U de Mann-Whitney</i>)
	Media	DS	Media	DS	
Filtraje o abstracción selectiva ^b	2.3	2.3	3.26	2.1	3.232,000**
Pensamiento polarizado ^b	2.1	2.1	1.29	1.6	3.125,000**
Sobregeneralización ^b	2.3	2.3	1.68	2.0	3.054,000**
Interpretación de pensamiento ^b	1.9	1.9	1.94	1.7	2.855,500*
Visión catastrófica ^b	2.2	2.2	2.33	1.9	3.000,000**
Personalización ^a	1.7	1.7	1.76	1.7	
Falacia de control ^a	2.0	2.0	2.00	1.6	4.449*
Falacia de justicia ^a	2.3	2.3	2.19	1.8	
Razonamiento emocional ^a	2.1	2.1	1.55	1.3	6.702*
Falacia de cambio ^b	2.0	2.0	2.09	1.7	2.979,500*
Etiquetas globales ^a	2.0	2.0	1.75	1.6	
Culpabilidad ^a	1.7	1.7	2.01	1.8	
Deberías ^a	2.0	2.0	3.35	2.0	
Tener razón ^a	1.8	1.8	3.13	1.9	
Falacia de recompensa divina ^a	2.5	2.5	4.83	2.5	

a: Distribución normal, ANOVA

b: Distribución no normal, U de Mann-Whitney

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

La Tabla 5 presenta los estadísticos de las variables estrategias de afrontamiento, mostrando los que presentaron diferencias significativas entre los grupos: reacción agresiva, expresión de la dificultad de

afrontamiento y negación, con puntuaciones superiores en el grupo con TAG, y reevaluación positiva con puntuaciones inferiores en el grupo con TAG al compararlo con el grupo control.

Tabla 5. Estadísticos de las estrategias de afrontamiento.

	Con TAG (n=69)		Sin ningún diagnóstico (n=69)		Estadístico (F para Anova; U de Mann-Whitney)
	Media	DS	Media	DS	
Solución de Problemas ^a	29.42	8.2	32.77	8.4	
Búsqueda de Apoyo Social ^a	24.72	8.7	23.80	9.8	
Espera ^a	24.24	7.0	22.97	8.2	
Religión ^a	21.83	8.9	20.88	8.9	
Evitación Emocional ^a	26.20	7.8	23.09	8.3	
Búsqueda de Apoyo Profesional ^a	16.22	7.0	14.03	7.0	
Reacción Agresiva ^b	16.18	5.2	12.23	5.6	3.124,000 **
Evitación cognitiva ^a	16.12	4.7	16.43	4.8	
Reevaluación Positiva ^b	15.28	5.2	17.26	5.7	1.885,500 *
Expresión de la dificultad de afrontamiento ^b	12.90	3.0	11.47	3.7	2.881,000 *
Negación ^b	8.93	3.4	7.69	3.1	2.857,500 *
Autonomía ^a	5.14	2.2	5.06	1.9	

a: Distribución normal, ANOVA

b: Distribución no normal, U de Mann-Whitney

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

DISCUSIÓN

En este estudio se evidenció que las personas con TAG se caracterizan por poseer los esquemas de abandono, desconfianza/ abuso, estándares inflexibles (autoexigencia) e insuficiente autocontrol /autodisciplina. Estos esquemas generan desconfianza e inseguridad con relación a los demás, así como ambivalencia entre la necesidad de ser autoexigentes pero con dificultades para aplazar la satisfacción y alcanzar logros a largo plazo.

Dentro del dominio esquemático de desconexión/ rechazo, en las personas con TAG, se hizo evidente la presencia del esquema de desconfianza /abuso, lo que hace pensar que estas personas están constantemente a la expectativa de ser heridos o que alguien les cause algún daño, estando preparados para atacar primero. Generalmente evalúan la relación a partir de una creencia de daño, de tal forma que los otros son mentirosos y ellos van a ser víctimas de un engaño. Relacionado a este esquema, se encuentra el de inestabilidad/ abandono, por medio del cual la persona piensa que los otros significativos para él no estarán presentes de modo regular, no le brindarán protección o apoyo emocional debido a que morirán inminentemente o estarán con una persona mejor que ellos (Young, 1990). Estos esquemas han sido reportados en otros estudios (Álvarez et al., 2004; Cadavid et al., 2003; Maldonado et al., 2003; Rivera et al., 2003).

El esquema de insuficiente autocontrol/ autodisciplina hace parte del dominio esquemático de límites insuficientes, caracterizado por dificultades en establecer límites internos y con los otros y en orientarse hacia un objetivo. Este esquema, a diferencia de los otros, es el más significativo. Las personas con TAG evitan,

según Young (1990), sentirse incómodos, evitan el dolor, las confrontaciones, las responsabilidades a costa de su realización. Esto se correlaciona con la baja capacidad de solución de problemas, asociada a la metacognición, evitando así una responsabilidad dirigida a una meta específica (Borkovec, Ray y Stöber, 1998).

Adicionalmente, se encuentra el esquema de estándares inflexibles /autoexigencia que hace parte del dominio esquemático de sobrevigilancia e inhibición. Este esquema genera un constante esfuerzo para alcanzar patrones muy altos de conducta y desempeño, dirigidos a evitar la crítica, lo que provoca sentimientos de presión y dificultades para atenuar el ritmo de vida, tomando una actitud hipercrítica hacia sí mismo y hacia los demás. Involucra también un deterioro del placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias.

Estos dos esquemas (Insuficiente autocontrol/ autodisciplina y estándares inflexibles / autoexigencia), no se han evidenciado en otras investigaciones (Cadavid et al., 2003, Maldonado et al, 2003, Rivera et al., 2003), sin embargo, en dichas investigaciones, se presentan los esquemas de defectuosidad/vergüenza, dependencia/incompetencia, aislamiento social y subyugación /autosacrificio. El hecho de que esta es una investigación con una muestra clínica, a diferencia de las mencionadas, puede explicar el porqué estos esquemas no son significativos en el perfil cognitivo del TAG.

En la presente investigación se evidenciaron las creencias centrales de los trastornos de la personalidad paranoide, por evitación, por dependencia, antisocial, esquizotípico y límite para el TAG. De acuerdo con Beck

(2000), las creencias centrales son las ideas dominantes con respecto al propio sujeto y éste en su relación con los demás. Así, los trastornos de personalidad pueden reflejar niveles elevados en la preocupación por la inestabilidad en las relaciones interpersonales y la desconfianza. Los contenidos representados en la preocupación, como indicador básico del TAG, pueden estar en gran medida a la base de los contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad.

De esta manera, las preocupaciones interpersonales reflejan creencias de los trastornos de la personalidad: creencias paranoicas por la desconfianza ante el otro, creencias que representan al límite y al dependiente ante el temor al abandono, y creencias que representan las ideas esquizotípicas y evitativas de ser extraños, raros e inadecuados socialmente.

A partir de las creencias del trastorno de la personalidad límite y esquizotípico, un individuo puede generar un TAG al considerar que no logra controlar sus impulsos, los demás no lo entienden o que es extraño o diferente, por lo que no cree encajar en los grupos. Esto se relaciona con temores en las relaciones interpersonales, reflejados en otros trastornos de la personalidad como el de evitación, dependiente y paranoide. Las personas con TAG, se creen indeseables, incompetentes en lo que hacen, débiles y necesitados de ayuda y afecto. Estas creencias generan constante preocupación frente al posible rechazo, la soledad, la falta de afecto y el engaño, contando así con escasas habilidades sociales al evitar cualquier situación de evaluación o al manifestar preocupación por el temor a perder a alguien.

Las distorsiones cognitivas que reportaron diferencias significativas fueron filtraje (puntuaciones inferior al compararlos con el grupo control), fueron pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, falacia de control, razonamiento emocional y falacia de cambio, con puntuaciones más elevadas al grupo control.

Con relación a los procesos cognitivos, éstos son adaptativos y funcionales para el ágil procesamiento de la información y para mantener la estructura. De esta manera, el filtraje o abstracción selectiva, podría considerarse como un proceso atencional de gran importancia en el cual se selecciona la información relevante. Así, la abstracción selectiva es un proceso cognitivo adaptativa, dado que no toda información es relevante para el sistema. Las puntuaciones bajas en esta operación representarían déficit en filtrar información, es decir, seleccionar la relevante y eliminar la no relevante. La persona con TAG no filtra la información, todas las situaciones son motivo de preocupación y la atención estaría activada sin filtro que la regule en su proceso inicial.

Adicionalmente, la información entrante al sistema cognitivo al ser analizada en sus características extremas (pensamiento polarizado) y sobregeneralizarse a condiciones que se asemejen, mantienen los contenidos referentes a las dificultades y las amenazas experimentadas en las diferentes áreas de interacción: interpersonal, académica, laboral, etc. Estos procesos contribuyen al mantenimiento de los esquemas y las creencias como por ejemplo los estándares inflexibles/autoexigencia. Así mismo, tienden a llegar a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que la situación amerita. Esta sobregeneralización, negativa, junto con los otros procesos cognitivos, en especial el razonamiento emocional, confirman los esquemas ansiosos llevando así a pensamientos del tipo "si lo presiento va a suceder" y con ello a la preocupación excesiva y dificultad para controlarla.

Las personas que presentan este perfil, generalmente toman solo un aspecto de una situación, habitualmente con una valoración extrema, y la sobregeneralizan. Frecuentemente, se adelantan a hechos que pueden ocurrir en el futuro pero de forma negativa o está interpretando pensamientos y sentimientos de los demás sin base alguna para ello.

Álvarez et al. (2004) y Londoño et al. (2005), corroboraron la presencia de dichos procesos cognitivos en el perfil del TAG, con algunas variaciones de representatividad y otras distorsiones como falacia de control, falacia de justicia y culpabilidad; sin embargo, podría pensarse que estas no son representativas a la hora de definir un perfil cognitivo en una muestra clínica y superior en diversidad sociocultural y número de participantes.

Por último, con relación a las estrategias de afrontamiento que caracterizaron a las personas con TAG se identificaron la reacción agresiva, expresión de dificultad de afrontamiento y negación, con puntuaciones superiores en el grupo clínico, y reevaluación positiva, con puntuaciones inferiores al grupo control.

A partir de lo anterior, se puede afirmar que las personas con TAG ante las situaciones percibidas como amenazantes, expresan la ira y la hostilidad de forma abierta, por lo que es frecuente observar, en este tipo de personas, agresividad hacia los otros, hacia sí mismo o hacia los objetos, cuando se sienten frustradas. Esta estrategia, a pesar de ser la más significativa en comparación con el grupo control, no ha sido referenciada en otro estudio como una estrategia de afrontamiento de los sujetos con diagnóstico de TAG.

La estrategia de expresión de dificultades de afrontamiento, muestra de forma abierta las dificultades

para afrontar las emociones que determinada situación genera. Londoño et al. (2006) sugirieron que esta estrategia podría ser previa a otras que buscan la solución del problema. Esta estrategia surge como una respuesta al pensamiento de una baja autoeficacia para el control de las emociones y dificultades en la solución de problemas.

Otra estrategia que se evidenció en las personas con TAG es la negación, donde lo que se busca es no pensar en la situación que genera preocupación, alejándose de forma temporal; así las personas se comportan como si no existiera la situación estrés. Esta estrategia se correlaciona con la evitación de expresión de emociones, que es también una de las estrategias de afrontamiento que empleó el grupo con TAG, ante el temor de la desaprobación social, datos que son coherente con el estudio de Álvarez et al. (2004).

Estas estrategias de afrontamiento, reacción agresiva, negación y expresión de la dificultad de afrontamiento, hacen parte del estilo de respuesta pasivo – evitativo, dirigido a una respuesta emocional, las cuales se correlacionan con la pobre capacidad de reevaluar positivamente el problema, siendo esta última una de las estrategias de afrontamiento que las personas con TAG menos utilizan, en comparación con las personas sin ningún diagnóstico, estrategia que se relaciona con solución de problema, la cual ha sido encontrado en otras investigaciones como en déficit para personas que tienen TAG (Ladouceur et al., 1999, Dugas et al., 1997, Dugas et al., 1995, Wells, 2002; Davey, Hampton, Farrell y Davidson, 1992; Davey y Tallis, 1996).

Las personas con TAG muestran menos habilidades para la solución de problemas, con respecto a otros tipos de problemas de ansiedad o al grupo control. Esto hace parte de un modelo explicativo del TAG que sugiere que la excesiva y generalizada preocupación, es el resultado de tomar la preocupación como una estrategia de afrontamiento (Wells, 1999). Dicha preocupación es una actividad cognitiva repetitiva negativa y predominantemente verbal (Borkovec, 1998). Los altos niveles de preocupación, o metapreocupación (Wells, 1999) y las creencias negativas sobre la preocupación, llevan a incrementar la ansiedad, lo que a su vez, genera un mayor sesgo atencional e interpretativo hacia sucesos que no puede predecir y se interpretan de manera catastrófica.

Así pues, existe un estilo cognitivo particular en las personas con TAG, donde predominan esquemas referentes a la anticipación de abandono, desconfianza hacia los otros, baja autoeficacia y poco control sobre los eventos externos. Es por esto que, este tipo de personas, emplean comúnmente estrategias de tipo emocional y distorsiones cognitivas que mantienen pensamientos negativos con respecto a sí mismo, los otros y el futuro.

AGRADECIMIENTOS

Este reporte investigativo es un producto del estudio sobre Caracterización psicológica de los usuarios de consulta externa de psicología en diferentes universidades de Colombia, apoyado por la Red de Investigaciones en Psicología de ASCOFAPSI. Agradecemos a cada uno de los integrantes del Nodo de psicología clínica quienes colaboraron en el trabajo de campo en las Universidades donde se llevó a cabo el estudio.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR. (4ª Ed. Revisada). Barcelona, España: Masson.
- Álvarez, A., López, B., Posada, G.S. y Londoño, N. (2004). Variables asociadas al trastorno de ansiedad generalizada en adultos. *Pensamiento psicológico*, 3, 99-127.
- Arcas-Guijarro, S. y Cano-Vindel, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psicología.COM* [Online], 3(1), 145 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm [1 Febrero 1999]
- Barlow, D. y Durand, M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. (2ª. Ed). México, D.C.: México: Thomson.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona, España: Gedisa.
- Beck, A.T. y Emery G. (1985). *Anxiety Disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, USA: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Borkovec, T., Ray, W. y Stöber, J. (1998). Worry: A Cognitive Phenomenon Intimately Linked to Affective, Physiological, and Interpersonal Behavioral Processes. *Cognitive Therapy & Research*, 22(6), 561-576.
- Cadavid, A.L., Correa, A.L., Gallego, A.L. y Londoño, N. (2003). Perfil cognitivo asociado al Trastorno de Ansiedad Generalizada en adultos. Esquemas de relación. (Línea de investigación perfiles cognitivos y psicopatología). Trabajo de grado para optar el título de psicólogo. Medellín, Colombia: Universidad San Buenaventura.
- Castrillón, A.D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre K., Marin, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form – Second edition (YSQ –L2) en población

- Colombiana. Revista latinoamericana de psicología, 37(3), 541- 560.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R). Madrid, España: UNED.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1997). Estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (Comp.), Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona, España: Paidós.
- Davey, G.C.L., Hampton, J., Farrell, J. y Davidson S. (1992). Some characteristics of worrying: evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and individual differences*, 13, 133-147.
- Davey, G. y Tallis, F. (1996, October). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy & Research*, 20(5), 499-520. Retrieved September 28, 2009, from Academic Search Premier database.
- Dugas, M., Freeston, M. y Ladouceur, R. (1997). Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy & Research*, 21(6), 593-606. Retrieved February 2, 2009, from Psychology and Behavioral Sciences Collection database.
- Dugas, M.J., Letarte, H., Rheume, J., Freeston, M.H. y Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- Ferrando, L., Franco-A., L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L. y Gubert, J. (1998). M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP, 1998.
- Francis, K., Dugas, M. y Bakir, N. (2001). Factor structure and extended validation of the structures interview on beliefs about worry. Presentado en el 25º Congr s Annuel de la Soci e Qu b coise pour la Recherche en Psychologie (SQRP).
- Fricchione, G. (2004). Clinical practice. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 351, 675-82.
- González, M., Ib n ez, I. y Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 6, 23-39.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freestone, M., Rheume, J., Blais, F., Boisvert, J., et al. (1999). Specificity of Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Proceses. *Behavior Therapy*, 30, 191- 207.
- Lieb, R., Becker, E. y Altamira, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacol*, 5, 445-52.
- Londo n, N., Alvarez V.C., Bustamante, P. y Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos* 7, 123-136.
- Londo n, N., Henao, L.G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre A.D. (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.
- Londo n, N., Schnitter, M., Maestre, K., Marin, C., Ferrer A., Chaves, L. y Castrillon, D. (2007) Validación del cuestionario de creencias centrales de los trastornos de personalidad (CCE-TP) en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 138-162.
- Maldonado, M., Pineda, R.J., López, B.L. y Londo n, A.N. (2003). Perfil cognitivo asociado al trastorno de ansiedad generalizada: esquemas. (Línea de investigación perfiles cognitivos y psicopatología). Trabajo de grado para optar el título de psicólogo, Facultad de psicología. Medellín: Universidad San Buenaventura.
- Miranda, R. y Mennin, D. (2007). Depression, Generalized Anxiety Disorder, and Certainty in Pessimistic Predictions about the Future. *Cognitive Therapy & Research*, 31(1), 71-82.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación internacional de enfermedades. 10ª revisión (CIE-10). Washington, USA: Autor.
- Piaget (1973). La representación del mundo en el niño. Madrid, España: Morata.
- Posada, V.J., Aguilar, S., Magana, C. y Gómez, L.C. (2004). Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *Revista colombiana de psiquiatría*, 33(3), 241-262.
- Rivera, V.A., Posso, B.K. y Londo n, N. (2003). Perfil cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada: esquemas de desempeño y autonomía deficiente y esquemas de desconexión y rechazo. (Línea de investigación perfiles cognitivos y psicopatología). Trabajo de grado para optar el título de psicólogo, Facultad de psicología. Medellín: Universidad San Buenaventura.
- Ruiz, J.J. y Imbernon J.J. (1996). Sentirse Mejor: Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. (2ª Ed.). Disponible en www.psicología-online.com
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for

DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.

- Stone, A.A., Helder, L. y Schneider., M.S. (1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En L.H. Cohen (ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues*. (pp. 182-210). Beverly Hills, USA: Sage.
- Toro, R.J. y Calle, J.J. (2010). Trastorno de ansiedad generalizada. En: Toro, R.J., Yepes, L.E. y Palacio, C.A. *Fundamentos de medicina y psiquiatría*. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.
- Macías G.E. (2010). Trastornos de ansiedad. En: J.D. Velásquez-Tirado y H.G. Rincón-Hoyos (2010). *Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 86-95. Retrieved February 2, 2009, from Psychology and Behavioral Sciences Collection database.
- Wells, A. (2002). Worry, Metacognition, and GAD: Nature, Consequences, and Treatment. *Journal of cognitive psychotherapy: an international Quarterly*, 16(2), 179-191.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema -focused approach*. Sarasota, USA: Professional Resource Exchange.