

# Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales\*

Nora H. Londoño-Arredondo<sup>1</sup>  
y colaboradores<sup>2</sup>

## Resumen

*Introducción:* Se evaluaron los modos de vulnerabilidad cognitiva en usuarios de consulta externa en psicología, diagnosticados con trastornos mentales. *Objetivo:* Establecer componentes de vulnerabilidad cognitiva en diferentes trastornos mentales. *Método:* Participaron 490 usuarios de servicios psicológicos de doce universidades de Colombia. Se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para identificar la presencia o no de trastornos mentales; igualmente, se aplicaron el Cuestionario de Esquemas de Young, el Cuestionario de Creencias Centrales de Trastornos de la Personalidad, el Inventario de Pensamientos Automáticos y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento. Se realizaron análisis de regresión logística para establecer características distintivas en los trastornos de depresión mayor actual, ansiedad generalizada, angustia, ansiedad social y abuso de sustancias no alcohólicas. *Resultados:* Se reportaron perfiles cognitivos de vulnerabilidad diferenciados

---

\* Entidad que apoyó la investigación: Asociación Colombiana de Psicología (Ascofapsi). El artículo hace parte de los estudios previos para jerarquizar factores de riesgo en la tesis doctoral "Modelo de educación para la salud mental basado en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes universitarios". Doctorado en Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla. Nora H. Londoño A., tutor Jorge Palacio, PhD. Así mismo, ha sido presentado en diversos eventos académicos: V Encuentro Red de Investigadores ASCOFAPSI, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2010. II Jornadas 'Emociones y Bienestar' y XVI Reunión Anual de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Presentación de póster "Estudio de prevalencia de los trastornos mentales y caracterización psicológica de los usuarios de consulta externa en psicología de diferentes universidades de Colombia", Madrid (España), el 1, 2 y 3 de octubre de 2009. II Congreso Nacional de Psicología COLPSIC y I Congreso Internacional de Psicología COLPSIC-ASCOFAPSI. Participación como ponente, del 20 al 22 de agosto de 2009, intensidad de 20 horas, Cartagena.

<sup>1</sup> Magíster de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Fernando Juárez Acosta (Universidad del Rosario), Jorge Palacio Sañudo (Universidad del Norte), Diana María Agudelo Vélez (Universidad Pontificia Bolivariana), Óscar Muñoz Gómez (Universidad Pontificia Bolivariana), Carlos A. Marín Monsalve (Universidad de San Buenaventura), Mariantonia Lemos Hoyos (Universidad CES), Beatriz E. Toro (Universidad CES), María Hortensia Hurtado (Universidad de Antioquia), Yvonne Gómez (Universidad de los Andes), Nohora L. Ochoa (Universidad de San Buenaventura), Ana Fernanda Uribe (Pontificia Universidad Javeriana), Alba Luz Rojas (Pontificia Universidad Javeriana), Mónica Liliana Pinilla (Universidad Cooperativa de Colombia), Diana Villa-Roel (Universidad de Santander), Martha Juliana Villegas (Universidad Católica Popular), Ana Lucía Arango (Universidad Católica Popular), Paula Andrea Restrepo (Universidad Católica Popular), Isabel Cristina López (Universidad de Manizales).

de acuerdo con el trastorno. *Conclusión:* Se confirma la hipótesis de especificidad cognitiva para los diferentes trastornos mentales.

**Palabras clave:** Vulnerabilidad, trastornos psicóticos afectivos, trastornos fóbicos, abuso de sustancias.

**Title: Cognitive Vulnerability in Mental Disorders**

**Abstract**

*Introduction:* Modes of cognitive vulnerability were evaluated in outpatients of psychological services centers with diagnoses of mental disorders. *Objective:* To establish components of cognitive vulnerability in different mental disorders. *Method:* The participants were 490 users of psychological services centers from twelve universities in Colombia. To identify the presence or absence of mental disorders, they completed the MINI International Neuropsychiatric Interview, The Young Schemes Questionnaire, the Core Beliefs Questionnaire for Personality Disorders, the Inventory of Automatic Thoughts, and the Coping Strategies Questionnaire were also applied. To establish distinctive characteristics among actual major depression, generalized anxiety disorder, panic disorder, social anxiety, and non-alcoholic substance abuse, a logistic regression analysis was conducted. *Results:* The results showed cognitive distinctive vulnerability profiles, according to the disorder. *Conclusion:* The hypothesis of cognitive specificity for the different mental disorders is confirmed.

**Key words:** Vulnerability, psychotic affective disorders, phobic disorders, substance abuse.

**Introducción**

Los problemas de salud mental alteran la calidad de vida de las

personas y tienen graves repercusiones sociales y económicas. Estos problemas pueden producirse porque diferentes estresores inciden de manera directa en estructuras de personalidad o modos cognitivos vulnerables a la psicopatología. Uno de los componentes de la vulnerabilidad cognitiva consiste en la percepción que tiene la persona de no poseer, o no ser suficiente, el control interno o externo sobre los peligros (1), aunque la vulnerabilidad afecta todo el sistema cognitivo, que lo convierte en una forma estable de percibir y valorar el mundo.

En numerosos trastornos mentales se ha manifestado la existencia de dicha vulnerabilidad. En la depresión se han relacionado los pensamientos autorreferidos negativos absolutos y generalizados sobre uno mismo, el mundo y el futuro, con los episodios depresivos; se considera que las personas son vulnerables a este trastorno cuando se enfrentan con estresores negativos significativos, congruentes con sus cogniciones *depresógenas* dominantes (2-6).

Igualmente, en la ansiedad, la *incontrolabilidad* de los eventos peligrosos, la expectativa de peligro y de la misma ansiedad, así como la incertidumbre para controlar los sucesos futuros, hacen a los individuos susceptibles a padecerla (5,7,8).

De la misma manera, en las personas con adicciones, la subordinación de objetivos importantes, la baja tolerancia a la frustración,

la inasertividad y el poco control de impulsos, específicamente el *craving*, o deseo irrefrenable por la droga, y el impulso por consumir, se consideran específicos de estos trastornos (9). Por su parte, las creencias sobre la transformación de experiencias de manera positiva, el aumento del placer social y físico, el mejoramiento de las relaciones sexuales y la satisfacción, el incremento del poder y la agresividad, y la disminución de la tensión, están asociadas con el consumo y son consideradas predictores cognitivos de recaídas (10). A su vez, los problemas de personalidad son considerados por el modelo psicopatológico de diátesis-estrés, como factores de riesgo para la psicopatología (vulnerabilidad psicológica) (2,3,11-16).

Dentro de las propuestas cognitivas relacionadas con la vulnerabilidad, el concepto de esquema resulta fundamental. Los esquemas son patrones estables que guían la interpretación regular de las situaciones (17), al clasificar, interpretar, evaluar y asignar significados (1). Cuando los esquemas contienen información desadaptativa ante circunstancias ambientales particulares, aparece el trastorno psicológico (3). Los esquemas maladaptativos tempranos son unidades de información desarrollados durante la infancia y elaborados a lo largo de la vida; así, resultan disfuncionales (18) y originan los trastornos de personalidad. Beck (19) también destaca las creencias centrales, desarrolladas en

la infancia, acerca de uno mismo, los demás y el mundo, las cuales son globales y rígidas.

Otro componente cognitivo, los procesos, propician la adaptación y la respuesta del individuo en la vida cotidiana, aunque son susceptibles de perder información, convirtiéndose en desadaptativos. Dentro de estos se encuentran las distorsiones cognitivas, o errores de procesamiento, las cuales activan esquemas negativos (1). Finalmente, como productos del sistema se encuentran las estrategias de afrontamiento. El afrontamiento se refiere a los pensamientos y acciones que permiten manejar situaciones difíciles (20); las estrategias de afrontamiento son los procesos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y externas (21).

Debido a esta estructura cognitiva y a la relevancia de los aspectos cognitivos en los trastornos mentales, la presente investigación buscó establecer modos cognitivos vulnerables, mediante los esquemas maladaptativos tempranos, las creencias centrales, los pensamientos automáticos y las estrategias de afrontamiento predominantes en la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia, la fobia social y el abuso de sustancias no alcohólicas, las cuales constituyen la mayor prevalencia en la población que consulta en los servicios de psicología ofrecidos por distintas universidades en Colombia (22).

**Metodología**

*Participantes*

Los participantes fueron 490 usuarios de los servicios de psicología que ofrecían diferentes universidades en Colombia, quienes consultaban por primera vez (36,9% hombres y 63,1% mujeres). La edad media era de 24,8 (DE = 9,6). La mayoría de los participantes eran solteros

(82,7%), de estrato socioeconómico medio (59,8%) y estudiantes (70,2%), principalmente universitarios en formación (66,1%) (Tabla 1).

*Instrumentos*

*Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* (23,24), entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas de 490 usuarios de servicios psicológicos de diferentes universidades de Colombia

	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	181	36,9
Mujer	309	63,1
<b>Estado civil</b>		
Soltero	405	82,7
Casado	72	14,7
Separado	13	2,7
<b>Estrato socioeconómico</b>		
(Bajo) 1-2	92	18,8
(Medio) 3-4	293	59,8
(Alto) 5-6	93	19,5
<b>Ocupación</b>		
Actualmente no laboran	24	4,9
Estudiantes	344	70,2
Laboralmente activos	122	24,9
<b>Nivel académico</b>		
Ningún nivel académico	3	,6
Primaria incompleta	2	,4
Primaria completa	3	,6
Bachillerato incompleto	41	8,4
Bachillerato completo	73	14,9
Estudios superiores incompletos	324	66,1
Estudios superiores completos	43	8,8

(25) y la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) (26). 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. Para este estudio, se consideraron los siguientes trastornos: a. episodio depresivo mayor, b. trastorno de angustia, c. ansiedad social, d. trastorno de ansiedad generalizada, e. trastornos asociados con el uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas.

Se ha demostrado que el MINI tiene una validez y confiabilidad elevadas, así como una buena sensibilidad y especificidad para todos los diagnósticos, con la excepción del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ( $\kappa = ,36$ ), agorafobia (sensibilidad = ,59) y bulimia ( $\kappa = ,53$ ) (22), los cuales presentan propiedades más débiles.

*Cuestionario de esquemas de Young (YSQ).* Es un cuestionario desarrollado por Young (18) para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos. El cuestionario ha sido validado en Colombia por Castrión y colaboradores (27), en una muestra de 1.419 estudiantes, con

la cual se obtuvo una confiabilidad de ,91, mediante el coeficiente  $\alpha$ . En el análisis factorial rotado se presentaron once factores con cargas por encima de ,5 y sin cargas compartidas entre factores, y con 45 ítems finales. Los once factores explicaron el 65% de la varianza total. El primer factor (abandono) explicó el 25,5% de la varianza, y los demás explicaron hasta el 7% o menos. Este cuestionario consta de 45 ítems que se puntúan en una escala Likert (de 1 a 6) y evalúa los siguientes once esquemas maladaptativos tempranos:

- a. Abandono (los demás son personas inestables emocionalmente e indignos de confianza).
- b. Insuficiente autocontrol/auto-disciplina (dificultad en el control de las propias emociones o la expresión de estas y el control de los impulsos, poca disciplina).
- c. Desconfianza/abuso (las otras personas le 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 y colaboradores (28), con una muestra de 809 estudiantes universitarios. Evalúa las creencias centrales del trastorno de la personalidad. Por medio del análisis factorial exploratorio con rotación varimax, se identificaron 65 ítems, reagrupados en 14 factores, que representaron el 61,3% de la varianza.

El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de la prueba fue de ,931. Las creencias

de los trastornos de la personalidad que evalúa la prueba son: 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,  $\alpha = ,774$ ). 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 (reacciones impulsivas, 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 utilicen 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 (crítico 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 e Imbernon (29). 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 mejorará o uno tendrá una recompensa en el futuro).
- Escala de estrategias de afrontamiento modificada (EEC-M) (30).* Esta prueba evalúa las estrategias de afrontamiento al estrés. La escala es una adaptación de la elaborada por Chorot y Sandín en España (31), y está validada en una muestra colombiana por Londoño y colaboradores (30). El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de la prueba es de ,847 y un 60,4% de la varianza total explicada. Para su validación se utilizó una muestra de 893 personas, y los ítems fueron reagrupados en las siguientes doce 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, dirigidas 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 de este).
  - g. Reacción agresiva (expresar la ira y la hostilidad como consecuencias de la frustración y la desesperación, reaccionar agresivamente).
  - h. Evitación cognitiva (eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio 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*

Se presentó la investigación a todos los usuarios de los diferentes servicios psicólogos que tenían 16 años o más, con consentimiento firmado por parte de la familia a los menores de edad. A los que aceptaron participar voluntariamente se les realizó la entrevista estructurada de salud mental MINI, por parte del psicólogo o practicante de psicología que le atendía. La entrevista tenía una duración aproximada de treinta minutos y se respondía de manera individual. Después de la entrevista, se procedió a identificar a aquellos participantes que cumplían con los diferentes criterios diagnósticos. Se realizaron análisis descriptivos de las características demográficas y análisis de regresión para establecer las variables cognitivas de vulnerabilidad para cada trastorno estudiado.

### **Resultados**

Los participantes asistieron a consultorios psicológicos (n = 250, 51%) o servicios psicológicos de bienestar (n = 237, 49%). La muestra no se distribuyó de manera homogénea

en las diferentes regiones de Colombia; la mayor concentración se dio en la región Andina (78%), mientras que el resto de los participantes se localizaron en los Santanderes (11,8%), la Costa Pacífica (5,1%) y la Costa Atlántica (4,7%). En la Tabla 2 se muestra la distribución por cada una de las ciudades e instituciones participantes en el estudio.

En la Tabla 3 se presentan los resultados correspondientes a la regresión logística realizada para establecer las variables predictoras de los trastornos que mostraron una mayor prevalencia en la muestra. Estos fueron: la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad social, el trastorno de pánico y el trastorno por abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas. En la regresión logística, los coeficientes se deben interpretar en el sentido en que incrementan o decrementan la probabilidad de que ocurra un determinado evento; en este caso, los trastornos que se han analizado. Por lo tanto, aquellos coeficientes positivos incrementan la probabilidad de que ocurra alguno de dichos trastornos y aquellos coeficientes negativos decrementan esta probabilidad.

En la depresión mayor no existieron esquemas significativos, como componentes del modo de vulnerabilidad cognitiva (MVC). En cuanto a las creencias, aquellas asociadas con la personalidad esquizotípico/límite y el evitativo fueron las que presentaron mayores coeficientes,

Tabla 2. Distribución de la muestra de acuerdo con la región, la ciudad, la universidad, el tipo de servicio y el sexo

Región	Ciudad	Universidad	Servicio	Frecuencia		%				
				Hombre	Mujer					
Andina	Medellín	Universidad San Buenaventura (USB)	Consultorios psicológicos	Hombre	12	35,3				
				Mujer	22	64,7				
				Total	34	100,0				
			Bienestar institucional	Hombre	20	38,5				
				Mujer	32	61,5				
				Total	52	100,0				
			CIAF	Hombre	6	31,6				
				Mujer	13	68,4				
				Total	19	100,0				
	Antioquia			Consultorios psicológicos	Hombre	46	44,7			
					Mujer	57	55,3			
					Total	103	100,0			
				Consultorios psicológicos	Hombre	14	38,9			
					Mujer	22	61,1			
					Total	36	100,0			
				Universidad Pontificia Bolivariana (UPB)			Bienestar institucional	Hombre	5	29,4
								Mujer	12	70,6
								Total	17	100,0
Bienestar institucional	Hombre	28	36,8							
	Mujer	48	63,2							
	Total	76	100,0							
CES			Consultorios psicológicos				Hombre	18	56,3	
							Mujer	14	43,8	
							Total	32	100,0	
			Consultorios psicológicos	Hombre	6	50,0				
				Mujer	6	50,0				
				Total	12	100,0				
			Pereira			Bienestar institucional	Hombre	2	100,0	
							Mujer	2	100,0	
							Total	4	100,0	
Consultorios psicológicos	Hombre	2				100,0				
	Mujer	2				100,0				
	Total	4				100,0				
Manizales						Consultorios psicológicos	Hombre	2	100,0	
							Mujer	2	100,0	
							Total	4	100,0	
			Consultorios psicológicos	Hombre	2	100,0				
				Mujer	2	100,0				
				Total	4	100,0				

Costa Atlántica	Barranquilla	Uninorte	Bienestar institucional	Hombre	1	33,3
				Mujer	2	66,7
				Total	3	100,0
Cartagena	USB	Consultorios psicológicos	Bienestar institucional	Mujer	1	100,0
				Hombre	4	21,1
				Total	15	78,9
Cali	Pontificia Universidad Javeriana	Consultorios psicológicos	Bienestar institucional	Total	19	100,0
				Hombre	1	20,0
				Mujer	4	80,0
Costa Pacífica	Cali	Pontificia Universidad Javeriana	Bienestar institucional	Total	5	100,0
				Hombre	5	27,8
				Mujer	13	72,2
Bucaramanga	UPB	Bienestar institucional	Bienestar institucional	Total	18	100,0
				Hombre	6	23,1
				Mujer	20	76,9
Santanderes	Bucaramanga	Universidad de Santander (UDES)	Consultorios psicológicos	Total	26	100,0
				Mujer	2	100,0
				Hombre	2	25,0
Barrancabermeja	Cooperativa de Colombia	Consultorios psicológicos	Bienestar institucional	Total	6	75,0
				Hombre	8	100,0
				Mujer	3	50,0
Barrancabermeja	Cooperativa de Colombia	Consultorios psicológicos	Bienestar institucional	Total	3	50,0
				Hombre	6	100,0
				Mujer	4	25,0
Barrancabermeja	Cooperativa de Colombia	Consultorios psicológicos	Bienestar institucional	Total	12	75,0
				Hombre	16	100,0
				Mujer	16	100,0

Tabla 3. Análisis de regresión logística de las variables cognitivas en los trastornos de mayor prevalencia

Instrumento	Dimensiones	Depresión mayor actual		Trastorno de ansiedad generalizada		Trastorno de angustia		Ansiedad social		Abuso de sustancias no alcohólicas	
		B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
YSQ (esquemas)	Depresivo emocional	,012		-,073		,002		,019		,056	
	Abandono	-,009		-,023		-,001		-,033		-,026	
	Desconfianza/abuso	-,052		,128	**	,031		,009		,014	
	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	,029		-,032		,005		,007		-,035	
	Entrampamiento	-,037		,139	*	,070		-,118		,014	
	Autosacrificio	,040		-,032		-,099	*	-,013		,016	
	Inhibición emocional	-,068		-,118	*	,067		,092		,176	
	Estándares inflexibles 1 autoexigencia	,048		,094	*	,131	*	,013		-,095	
	Estándares inflexibles 2 perfeccionismo	-,007		,091		,000		,018		-,060	
	Derecho/grandiosidad	,017		-,085		-,003		-,023		,022	
	Insuficiente autocontrol/autodisciplina	,024		,014		,030		,063		,008	

CCE-TP	Antisocial	-,008		,003		-,003		-,019		,075
	Esquizotípico/limite	,083	**	-,042		,052		,032		-,105
	Histriónico/patrón seductor	,007		,043		,017		,035		-,001
	Paranoide	,020		,036		,095	*	,022		,090
	Evitativo/autopercepción negativa	-,146	**	,118		-,042		,085		-,004
	Dependiente	,077		,088		-,030		,023		-,034
	Histriónico/dependencia	,051		,013		,115		-,009		,026
	Obsesivo-compulsivo/perfeccionismo	-,041		-,100		-,111		-,166	*	-,135
	Evitativo/hipersensible	-,042		,050		-,003		,114		,048
	Obsesivo-compulsivo/crítico	,019		-,045		,025		,084		,016
	Narcisista	-,018		-,159	*	-,096		-,058		,149
	Pasivo-agresivo/temor a ser dominado	-,063		,156	*	-,003		-,056		-,081
	Pasivo-agresivo/crítico frente a la autoridad	-,029		-,140	*	-,071		-,042		,031
	IPA	Esquizoide	,041		-,236	**	-,192		-,054	
Filtraje o abstracción selectiva		,010		,161		,101		,018		-,373
Pensamiento polarizado		,247	*	-,158		-,220		-,628	**	,125
Sobregeneralización		,052		,018		,079		,241		,239
Interpretación de pensamiento		-,031		-,159		-,289	*	,201		,140
Visión catastrófica		,026		-,128		,267	*	,111		,062
Personalización		-,265	*	,082		-,462	**	-,108		-,489
Falacia de control		,148		,044		,289		,099		,288

Continuación

Instrumento	Dimensiones	Depresión mayor actual		Trastorno de ansiedad generalizada		Trastorno de angustia		Ansiedad social		Abuso de sustancias no alcohólicas	
		B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
EEC-M	Falacia de justicia	,195		,001		,472	**	,300	*		
	Razonamiento emocional	-,028		,011		,415	**	,551	**		
	Falacia de cambio	,112		,086		-,119		-,074			
	Etiquetas globales	,051		,150		-,267		-,056			
	Culpabilidad	-,021		-,119		-,010		-,556	**		
	Deberías	-,016		-,032		-,351	*	-,230			
	Tener razón	-,135		-,081		,267		-,051			
	Falacia de recompensa divina	,040		,310	**	-,029		,135			
	Solución de problemas	-,016		-,124	**	-,116	**	-,074	*		*
	Búsqueda de apoyo social	-,029		-,032		-,076	*	,005			
	Espera	-,028		-,024		,033		,002			
	Religión	-,026		-,048	*	-,010		-,054	*		
	Evitación emocional	,026		,017		-,024		,027			
	Búsqueda de apoyo profesional	-,005		,031		,072	*	-,006			
Reacción agresiva	,001		,013		-,084	*	,051				
Evitación cognitiva	-,005		,033		,071		-,014				
Reevaluación positiva	-,044		,011		,005		,010				
Expresión de la dificultad de afrontamiento	,051		,043		,111		-,014				
Negación	,027		,031		-,148		-,134				
Autonomía	-,134		-,104		-,003		-,185			*	

\*: p ≤ ,05; \*\*: ≤ ,01

con una  $p \leq ,01$  ( $B = ,083$  y  $B = -,146$ ) en dicho trastorno. A su vez, los pensamientos automáticos más significativos ( $p \leq ,05$ ), fueron el pensamiento polarizado ( $B = ,247$ ) y la personalización ( $-,265$ ); finalmente, tampoco se encontraron estrategias de afrontamiento significativas.

Para el trastorno de ansiedad generalizada, el MVC lo conformaron los esquemas maladaptativos tempranos de desconfianza/abuso ( $B = ,128$ ,  $p \leq ,01$ ), inhibición emocional ( $B = -,118$ ,  $p \leq ,05$ ), entrapamiento ( $B = ,139$ ,  $p \leq ,05$ ) y los estándares inflexibles de autoexigencia ( $B = -,094$ ,  $p \leq ,05$ ); además de las creencias centrales asociadas con el trastorno narcisista ( $-,159$ ,  $p \leq ,05$ ), el trastorno de la personalidad pasivo-agresivo de temor a ser dominado ( $B = ,156$ ,  $p \leq ,05$ ), el trastorno de la personalidad pasivo-agresivo crítico frente a la autoridad ( $B = -,140$ ,  $p \leq ,05$ ) y el esquizoide ( $B = -,236$ ,  $p \leq ,01$ ). En cuanto a los pensamientos automáticos, la falacia de recompensa divina ( $B = ,310$ ,  $p \leq ,01$ ) fue la que mejor predijo el trastorno. Finalmente, la estrategia de afrontamiento que resultó más significativa fue la solución de problemas ( $B = -,124$ ,  $p \leq ,01$ ), seguida de la religión ( $B = -,48$ ,  $p \leq ,05$ ).

Por otro lado, en cuanto al trastorno por angustia, el MVC estuvo representado por el esquema maladaptativo temprano de autoexigencia ( $B = ,131$ ,  $p \leq ,05$ ), el esquema de autosacrificio ( $B = -,099$ ,  $p \leq ,05$ ), las creencias asociadas con el tras-

torno de la personalidad paranoide ( $B = ,095$ ,  $p \leq ,05$ ) y los pensamientos automáticos de falacia de justicia ( $B = ,472$ ,  $p \leq ,01$ ), el razonamiento emocional ( $B = ,415$ ,  $p \leq ,01$ ), la visión catastrófica ( $B = ,267$ ,  $p \leq ,05$ ), la interpretación del pensamiento ( $B = -,289$ ,  $p \leq ,01$ ), la personalización ( $B = -,462$ ,  $p \leq ,01$ ) y los “deberías” ( $B = -,351$ ,  $p \leq ,05$ ). Finalmente, las estrategias de afrontamiento más significativas fueron la solución de problemas ( $B = -,116$ ,  $p \leq ,01$ ), la búsqueda de apoyo profesional ( $B = ,072$ ,  $p \leq ,05$ ), la reacción agresiva ( $B = -,084$ ,  $p \leq ,05$ ) y la búsqueda de apoyo social ( $B = -,076$ ,  $p \leq ,05$ ).

En cuanto al trastorno de ansiedad social, el MVC no tuvo esquemas maladaptativos tempranos significativos. Por su parte, las únicas creencias centrales significativa en el trastorno de ansiedad social fueron las asociadas con el trastorno obsesivo/compulsivo ( $B = -,166$ ,  $p \leq ,05$ ). En cuanto a los pensamientos automáticos, los más significativos fueron la falacia de justicia ( $B = 300$ ,  $p \leq ,01$ ), el razonamiento emocional ( $B = ,551$ ,  $p \leq ,01$ ), el pensamiento polarizado ( $B = -,628$ ,  $p \leq ,01$ ) y la culpabilidad ( $B = -,556$ ,  $p \leq ,01$ ). Finalmente, las estrategias de afrontamiento más significativas en la ansiedad social fueron el déficit en solución de problemas ( $B = -,074$ ,  $p \leq ,05$ ), seguida de la religión ( $B = -,054$ ,  $p \leq ,05$ ).

Por último, el trastorno por abuso de sustancias no alcohólicas presentó un MVC no relacionado

con los esquemas ni con ninguna creencia, asociada con los trastornos de personalidad, ni pensamiento automático. Únicamente resultaron significativas las estrategias de afrontamiento del bajo empleo de la solución de problemas ( $B = -,086$ ,  $p \leq ,05$ ) y la estrategia de autonomía ( $B = ,345$ ,  $p \leq ,05$ ).

### **Discusión**

Las estructuras cognitivas estables y referentes a creencias sobre sí mismo y sobre los demás, las cuales tienen una representación significativa en los estilos de personalidad, han sido referidos en los últimos años como modos cognitivos. De esta manera, los modos cognitivos están compuestos por diferentes esquemas que influyen en el procesamiento de la información y podrían estar en la base de muchos trastornos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, pueden identificarse algunas características diferenciales entre los trastornos de mayor prevalencia, que podrían indicar el camino hacia el establecimiento de perfiles característicos y el desarrollo de programas de prevención.

De acuerdo con la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, cada estado afectivo y cada trastorno psicológico se deriva de un perfil cognitivo específico, que determina una emoción particular (32). En la misma línea, son patrones idiosincráticos aprendidos que

facilitan la adaptación. Dentro del ámbito clínico, y acorde con lo indicado por Toro y Ochoa (33), pueden ser usados como guías en aquellos casos en los que recursos como las pautas de comportamiento, las estrategias, los pensamientos y el tono afectivo no resultan suficientes para comprender la naturaleza del problema del paciente. Según lo anterior, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten dar cuenta de la diferenciación cognitiva de los trastornos más prevalentes en la muestra estudiada, acorde con los hallazgos de otras investigaciones.

En cuanto a la depresión mayor, los resultados indicaron una capacidad de predicción importante por cuenta de las creencias asociadas con el trastorno límite de la personalidad, lo cual podría describir la labilidad emocional presente en los pacientes y que podría hacerlos más vulnerables al desarrollo de una visión negativa de sí mismos, el mundo y los otros, acorde con la tríada cognitiva de la depresión.

Al mismo tiempo, dentro de las características del trastorno límite, también aparece de manera importante el miedo persistente a la pérdida y el abandono, asuntos centrales en los trastornos del estado de ánimo y congruente con los hallazgos obtenidos con estudiantes universitarios por Agudelo, Casadiegos y Ortiz (34). De la misma manera, las creencias asociadas con el trastorno límite muestran una alta sensibilidad de los pacientes hacia la incomprensión

por parte de otros; lo cual se confirma en el estudio de Londoño y Ramírez (35), quienes encontraron, junto con el patrón rígido de exigencia y perfeccionismo, un alto sentimiento de ataque e incompreensión en el perfil cognitivo de pacientes diagnosticados con depresión.

Lo anterior confirma además lo indicado por Beck y Clark (36), en cuanto a las amenazas percibidas por pacientes con depresión en relación con la deprivación afectiva, y lo propuesto por Dowd (37), acerca de la presencia de esquemas de inestabilidad emocional, abandono, defectuosidad y fracaso, en el perfil cognitivo de la depresión.

Por su parte, el pensamiento polarizado, en el presente estudio, fue la distorsión cognitiva que mejor se asoció con el trastorno depresivo, lo cual podría entenderse a la luz de la tendencia de este tipo de pacientes hacia un patrón de pensamiento rígido e inflexible, como bien lo describe Beck, y que en estudios como el de Calvete (38), a propósito de la vulnerabilidad cognitiva en la depresión, han mostrado un papel preponderante en el filtraje de información, congruente con el estado de ánimo y con el patrón de pensamiento.

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia, los hallazgos del presente estudio son congruentes con lo planteado por Calvete (38) y Sáenz (32), en relación con la vulnerabilidad cognitiva derivada de creen-

cias condicionadas asociadas con el peligro; así como con lo descrito por Beck y Clark (36), sobre la baja autoeficacia, lo cual podría explicar la presencia de distorsiones, como la falacia de justicia o el razonamiento emocional, de manera similar a lo reportado en el estudio de Londoño y colaboradores (39).

Así mismo, tanto para la ansiedad generalizada como para el trastorno de angustia, la presencia del esquema de autoexigencia puede entenderse a partir de los estándares altos que suelen tener los pacientes en relación con la necesidad de controlar no solo los eventos relacionados con la preocupación ansiosa, sino, y especialmente, los síntomas fisiológicos, que en el caso de la ansiedad representan una importante amenaza para el paciente.

No obstante, dado el fracaso que suelen tener en el control de la respuesta emocional, por la focalización de la atención que termina incrementando los síntomas, los pacientes desarrollan la idea de baja autoeficacia y utilizan el razonamiento emocional o la falacia de justicia como distorsiones para mantener la idea de vulnerabilidad y amenaza, lo cual mantiene, a su vez, la aprehensión ansiosa.

En la línea de lo anterior, el poco uso de la estrategia de afrontamiento de solución de problemas sería un factor mantenedor de la baja autoeficacia en estos pacientes y, al mismo tiempo, de la ansiedad, como bien se evidencia en los casos

de ansiedad generalizada, ansiedad social y del trastorno de angustia.

Por su parte, en cuanto al trastorno por abuso de sustancias no alcohólicas, se identificaron como principales variables predictoras la autonomía y el déficit en solución de problemas. Esto puede entenderse en función de la frecuente sensación de fracaso que experimentan los pacientes con abuso de sustancias frente al poco control sobre la adicción y la frecuente justificación del consumo por medio de razones que implican baja responsabilidad emocional y un estilo atribucional externo.

Los hallazgos del estudio actual corroboran lo encontrado por Cano-Vindel y colaboradores (40), a propósito del manejo de la ansiedad en drogodependientes, en quienes la posibilidad de no tener acceso al consumo incrementa la ansiedad, la cual, a su vez, incrementa el consumo, manteniendo de esta forma no solo la adicción, sino la sensación de fracaso y los pensamientos autode-rotistas por la recaída, como bien lo señalan Ellis y colaboradores (41).

A su vez, el estilo atribucional encontrado por Polo y Amar (42) en pacientes drogadictos con patología dual se conforma a partir del uso de distorsiones, como la falacia de cambio, la visión catastrófica y los “deberías”; dichas distorsiones permitirían comprender el mantenimiento de las estrategias de afrontamiento antes descritas e identificadas en el presente estudio, así como servir de sustento a esquemas como el

de desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad, hallados en el estudio de Tobón, Cano y Londoño (43) en pacientes con ludopatía, congruentes con creencias asociadas con los trastornos antisocial y dependiente.

## **Conclusiones**

Los datos muestran una tendencia hacia la diferenciación derivada, más que del tipo de procesos, de los contenidos de los esquemas y del tipo de información que filtran las distorsiones cognitivas, lo cual estaría confirmando la hipótesis de contenido ampliamente desarrollada por Beck, que permitiría, por lo tanto, avanzar en la línea de la intervención clínica específica de las vulnerabilidades particulares de cada trastorno, tal como lo plantean Toro y Ochoa (33).

## **Limitaciones**

Como limitaciones del estudio se puede considerar el número no homogéneo de participantes, distribuidos en las diferentes ciudades, dado que la mayor concentración se reportó en Medellín, y las dificultades para alcanzar un número mayor de participantes, pues el porcentaje más elevado de atención en los diferentes consultorios estaba orientado a la población infantil.

Por otro lado, la orientación teórica de los terapeutas se consideró un obstáculo, dado que muchos veían incongruente la utilización de

cuestionarios y evaluación diagnóstica psiquiátrica, según sus planteamientos epistemológicos, por lo que a veces alteraron ligeramente el procedimiento de evaluación.

Esto requiere un mayor control en la metodología de la evaluación para obtener resultados más fiables, así como ampliar las muestras, con el objetivo de aportar más datos frente al esclarecimiento de los perfiles característicos de cada trastorno y avanzar hacia una intervención más focalizada en las características específicas, susceptibles de reestructuración cognitiva.

### Agradecimientos

El estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de cada uno de los investigadores y colaboradores del nodo de psicología clínica de la red de investigadores de la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI). Agradecemos de manera especial a la médica Martha Restrepo y a los decanos de los diferentes programas de Psicología, por favorecer los procesos y disponer los recursos económicos para la ejecución de estos.

### Referencias

1. Beck AT, Emery G. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
2. Beck AT, Freeman A, Davis DD, et al. Cognitive therapy of personality disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2004.
3. Clark DA, Beck AT. El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En: Caro I. Manual de psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós; 1997, s. p.
4. Leahy R. Contemporary cognitive therapy, theory, research and practice. New York: The Guilford Press; 2004.
5. Riso W. Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización de caso clínico. Bogotá: Norma; 2006.
6. Scher C, Segal ZV, Ingram R. Beck's theory of depression. Origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability. En: Leahy R. Contemporary cognitive therapy, theory, research, and practice. New York: The Guilford Press; 2004. p. 27-44.
7. Barlow D, Durand M. Psicología anormal: un enfoque integral. 2ª ed. México: Thomson editores; 2001.
8. Riskind J. Cognitive theory and research on generalized anxiety disorder. En: Leahy R.. Contemporary cognitive therapy, theory, research, and practice. New York: The Guilford Press; 2004. p. 62-115.
9. Beck AT, Wright FD, Newman CF, et al. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.
10. Newman C. Substance abuse. En: Leahy R. Contemporary cognitive therapy. New York: The Guilford Press; 2004. p. 206-27.
11. Beck AT, Freeman A, et al. Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Buenos Aires: Paidós; 1995.
12. Klosko J, Young J. Cognitive therapy of borderline personality disorder. En: Leahy R. Contemporary cognitive therapy, theory, research, and practice. New York: The Guilford Press; 2004, s. p.
13. Millon T, Davis R. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 2000.
14. Millon T, Everly G. La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca; 1994.
15. Pretzer J, Beck JS. Cognitive therapy of personality disorders: Twenty years of progress. En: Leahy R. Contemporary cognitive therapy, theory, research and practice. New York: The Guilford Press; 2004. p. 299-318.
16. Sutton JM, Mineka S, Zinbarg RE, et al. The relationships of personality and cognitive styles with self-reported symptoms of depression and anxiety [internet]. 2010 [citado: 28 de enero

- del 2011]. Disponible en: <http://bit.ly/9V9Ndg>.
17. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1983.
  18. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota: Professional Resource Exchange; 1990.
  19. Beck J. Terapia cognitiva. Barcelona: Gedisa; 2000.
  20. Stone AA, Helder L, Schneider MS. Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH. Stressful life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues. Beverly Hills, USA: Sage; 1988. p. 182-210.
  21. Lazarus RS, Folkman D. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
  22. Londoño NH, Marín CA, Juárez F, et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales de los trastornos mentales en usuarios de servicios de psicología de Colombia. *Suma Psicológica*. 2010;17:59-68.
  23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
  24. Ferrando L, Franco-AL, Soto M, et al. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP; 1998.
  25. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
  26. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de enfermedades. 10ª revisión (CIE-10). Washington: OPS, OMS; 1992.
  27. Castrillón D, Chaves L, Ferrer A, et al. Validación del Young Schema Questionnaire Long Form. 2nd ed (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005;37:541-60.
  28. Londoño NH, Schnitter M, Maestre K, et al. Validación del cuestionario de creencias centrales de los trastornos de personalidad (CCE-TP) en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2007;25:138-62.
  29. Ruiz JJ, Imbernon JJ. Sentirse Mejor: Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. 2ª ed. [internet]. 1996 [citado: 28 de enero del 2011]. Disponible en: [www.psicologia-online.com](http://www.psicologia-online.com).
  30. Londoño NH, Henao GC, Puerta IC, et al. Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*. 2006;5:327-49.
  31. Chorot P, Sandín B. Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R). Madrid: UNED; 1993.
  32. Sáenz J. Distinguiendo ansiedad y depresión. Revisión de la hipótesis de especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*. 1993;9:133-70.
  33. Toro R, Ochoa D. Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*. 2010;19:97-110.
  34. Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. 2008;1:34-39.
  35. Londoño NH, Ramírez M. Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo depresivo en una muestra colombiana. *Pensamiento Psicológico*. 2005;1:95-105.
  36. Beck A, Clark D. Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety*. 1988;1:23-36.
  37. Dowd E. Depression: theory, assessment and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004;4:413-23.
  38. Calvete E. Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Anxiety y Estrés*. 2005;11:203-14.
  39. Londoño NH, Álvarez C, Bustamante P, et al. Distorsiones cognitivas

- asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*. 2005;7:123-36.
40. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal J, González H, et al. El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*. 1994;10:145-56.
41. Ellis A, McInerney J, DiGiuseppe R, et al. *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1992.
42. Polo I, Amar J. Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Psicogente*. 2006;9:119-34.
43. Tobón N, Cano V, Londoño NH. Perfil cognitivo en personas con ludopatía. Aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2010;29:1-24.

*Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 27 de noviembre del 2010*

*Aceptado para publicación: 20 de abril del 2011*

Correspondencia

*Nora H. Londoño A.*

*Universidad de San Buenaventura*

*Carrera 56C No. 51-90*

*Medellín, Colombia*

*nora.londono@usbmed.edu.co,*

*nora\_londono@yahoo.es*