XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

Resultado de la aplicación de terapia metacognitiva en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: datos de seguimiento a 1, 3 y 6 meses.

Rodríguez Biglieri, Ricardo, Vetere Giselle, Bunge, Eduardo y Keegan, Eduardo.

Cita:

Rodríguez Biglieri, Ricardo, Vetere Giselle, Bunge, Eduardo y Keegan, Eduardo (2006). *Resultado de la aplicación de terapia metacognitiva en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: datos de seguimiento a 1, 3 y 6 meses. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-039/142

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/e4go/YhT

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE TERAPIA METACOGNITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: DATOS DE SEGUIMIENTO A 1, 3 Y 6 MESES

Rodríguez Biglieri, Ricardo; Vetere, Giselle; Bunge, Eduardo; Keegan, Eduardo
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN
El artículo presenta los resultados del seguimiento a 1, 3 y 6 meses de una investigación tendiente a evaluar la utilidad clínica de dos vertientes de terapia cognitiva en pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Una terapia de tipo metacognitivo fue aplicada a dos pacientes con TOC en comorbilidad con Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Se utilizó un diseño de caso único (A-B) con replicación directa entre sujetos. Los resultados muestran una mejoría significativa en la sintomatología obsesiva y depresiva tras la aplicación del tratamiento, así como un cambio significativo en las creencias relacionadas con el TOC. Al final del período de tratamiento los pacientes no cumplían criterios diagnósticos para TOC ni TDM; además, habían registrado una mejoría en la calidad de vida relacionada con aspectos emocionales. Los resultados se mantuvieron estables en las evaluaciones a los 1, 3 y 6 meses de seguimiento. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de los resultados y se sugieren nuevas líneas de investigación.

Palabras clave
Terapia metacognitiva Trastorno obsesivo compulsivo Diseño de caso único Seguimiento

ABSTRACT
RESULTS OF METACOGNITIVE THERAPY IN TREATMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER PATIENTS: DATA AT 1, 3 AND 6 FOLLOW-UP MONTHS
The article presents follow up outcomes from an investigation aimed to evaluate the clinical utility of two kinds of cognitive therapy in Obsesive Compulsive Disorder (OCD) patients. Metacognitive therapy was applied to two OCD comorbid with Major Depression Disorder (MDD) patients. A single case design (A-B) between subjetst with direct replication was used. Outcomes shows a significant improvement in obsessive and depressive sympthomatology after the treatment application, as well as a significant change in OCD related beliefs. At the end point of treatment patients no longer met OCD or MMD diagnostic criteria. Besides, patients shows an improvement in emotional related aspects of they quality of life. The outcomes remained stable at 1, 3 and 6 months of follow up. Theoretical and practical implications are discussed, as well as further investigation lines are suggested.

Key words
Metacognitive Therapy obsessive compulsive Disorder Single case design Follow-up

INTRODUCCIÓN

Existen diversas Terapias Cognitivo-Comportamentales (TCC) para el Trastorno Obsesivo Compulsivo, derivadas todas ellas de sus propios modelos teóricos (10, 15, 16, 22, 23, 27, 29, 32). Sin embargo, todos ellos parten de la premisa de que los pensamientos intrusivos devienen obsesiones cuando son interpretados de manera catastrófica como portadores de un significado particular. Este significado atribuido es el que produciría el incremento de los niveles de ansiedad y distrés (28). En distintas evaluaciones, los sujetos con TOC han presentado en forma significativa creencias relacionadas con la Fusión Pensamiento Acción (21, 24, 26, 30); Responsabilidad patológica y control de pensamiento (11, 21, 27).

Para el modelo metacognitivo (32, 33, 34), la tendencia de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) a presentar creencias de tipo fusión pensamiento-acción (FPA) es un factor que predispone al desarrollo y mantenimiento de los de síntomas (3, 23). Por ello el tratamiento tiene como uno de sus objetivos principales poner a prueba las creencias de este tipo.

Existe un creciente interés por la evaluación de las implicaciones que los factores metacognitivos presentan en las distintas características fenomenológicas del TOC (6, 11, 13, 18). Si bien el modelo metacognitivo del TOC es promisorio y cuenta con estudios que apoyan sus hipótesis, aún no ha sido sometido a validación empírica de forma rigurosa. Por ello el proyecto UBACyT P079, del cual se desprende este artículo, se propuso determinar la eficacia y utilidad clínica de dos variantes de TCC para pacientes con TOC. Por una lado una basada simplemente en la Exposición y Prevención de Respuesta, y por otro lado una de tipo Metacognitivo. En otro lugar (nosotros anuario) hemos publicado los resultados de la administración de terapia metacognitiva en 2 pacientes con TOC, sin datos respecto del seguimiento. En esta oportunidad, es nuestro interés volcar los datos obtenidos tras las evaluaciones a los 1, 3 y meses de seguimiento, con la finalidad de testear la estabilidad de los resultados reportados con anterioridad y de discutir las implicaciones teórico-prácticas de los hallazgos.

METODOLOGÍA

Diseño

Se utilizó un diseño de replicación intrasujeto (A-B) con medidas de conducta objetivo múltiples y seguimiento, con replicación directa entre sujetos (4, 5). La línea de base (LB) constó de 3 puntos dado los inconvenientes éticos y prácticos que supone la demora en la iniciación de tratamiento. Se efectuaron 5 mediciones durante la aplicación del tratamiento y 3 puntos de evaluación de seguimiento a los 1, 3 y 6 meses.

Sujetos

Participaron dos sujetos, ambos de sexo femenino y características sociodemograficas similares (ambas eran casadas, de nivel socio-económico medio, poseían estudios secundarios y residían en la Ciudad Autónoma de Bs. As.). La paciente que denominaremos "A", tenía 32 años de edad y cumplía criterios diagnósticos DSM IV (2) para TOC. Presentaba comorbilidad con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) recidivante, grave, sin síntomas psicóticos. Se encontraba bajo tratamiento farmacoló-

gico desde hace 2 años, no habiéndose modificado las características del mismo durante el últimos 9 meses (Clomipramina 250mg/día + Clonazepam 2mg/día). Por su parte, la paciente que designaremos "B", tenía 43 años de edad y cumplía criterios diagnósticos DSM IV (2) para TOC. Presentaba comorbilidad con Trastorno depresivo mayor recidivante, grave, sin síntomas psicóticos. Se encontraba bajo tratamiento farmacológico desde hace dos años y medio, no habiéndose modificado las características del mismo durante el últimos 12 meses (Sertralina 200mg/día + Clonazepam 1,5mg/día).

En ambos casos, los posibles efectos de la variable medicación se encontraban controlados por el hecho de que los tratamientos se habían mantenido estables mucho más allá del tiempo necesario como para esperar una mejoría introducidas por los mismos (alrededor de 6 meses) (12). Asimismo, durante el tratamiento metacognitivo tampoco se efectuaron modificaron en cuanto fármacos o dosis empleados.

Ambos casos eran considerados refractarios al tratamiento farmacológico ya que no habían registrado mejorías sintomatológicas con distintos esquemas farmacológicos empleados.

Instrumentos

• Entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM IV (SCID-I) (14). Entrevista diseñada para utilizarse tanto con pacientes psiquiátricos como en sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. Fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (2).

• Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-Bocs) (17). Entrevista para determinar la presencia de TOC, sus características principales y su severidad. Posee dos subescalas que evalúan respectivamente severidad de obsesiones y compulsiones en base a una escala tipo Likert de 5 puntos. Posee satisfactorias propiedades psicométricas y es considerada sensible a los efectos del tratamiento.

• Inventario de depresión de Beck (BDI) (7). Escala de 21 ítems, evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión.

• Escala de Fusión Pensamiento-Acción (EFPA) (26). Escala de 19 ítems que proporciona un puntaje total que indica la propensión del paciente a presentar este tipo de sesgo cognitivo (fusión pensamiento-acción). Posee dos subescalas que reflejan la vertiente moral (pensar en algo malo es similar a desearlo) y probabilística (pensar en algún hecho aumenta la probabilidad de que se concrete realmente) de dicho tipo de creencias.

• Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (31): consta de 40 items, 20 items sobre ansiedad estado y 20 items sobre ansiedad rasgo.

• Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO) (21). Cuestionario que evalúa las principales creencias relacionadas con el TOC a través de 6 subescalas (Responsabilidad patológica; Importancia otorgada a los pensamientos; Control de pensamiento; Sobrestimación del Peligro; Intolerancia a la Incertidumbre y Perfeccionismo).

• Cuestionario sobre el Estado de Salud (SF-36) (1). El cuestionario posee las siguientes subescalas: función física; la función social; limitación de rol relacionada con problemas físicos; limitaciones relacionadas con problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Las escalas de rol emocional y salud mental son las recomendadas por la OMS para evaluar cómo dichos aspectos inciden sobre la calidad de vida de los pacientes. Los puntajes de las subescalas oscilan entre 0-100 puntos, a mayor puntaje obtenido mejor calidad de vida.

Procedimiento:

En primer lugar se obtuvo el consentimiento informado por parte de ambos sujetos para participar en la investigación. Posteriormente, se utilizó la entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM IV (SCID-I) para establecer el diagnóstico. La confección de la línea de base se llevó a cabo en tres entrevistas. En cada encuentro se administraron la totalidad de las escalas y cuestionarios exceptuando la SF-36, la cuál se tomó en el primer punto de línea de base (LB) y en la última sesión de tratamiento. En la semana posterior a la evaluación correspondiente al tercer punto de LB se procedió a aplicar el tratamiento.

Se realizaron evaluaciones en la sesiones 2, 5, 9, 13 y 17 (en las sesiones 2 y 17 la evaluación se llevó a cabo al final de las mismas). En dichas sesiones se administró la Y-Bocs, el BDI, la EFPA, el STAI y el CCO. En las evaluaciones de seguimiento se administraron las escalas antes mencionadas además de la SF-36.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos de las evaluaciones de LB y durante el tratamiento han sido descriptos anteriormente (25) y fueron objetos de otra publicación, por lo tanto sólo se abordarán aquí sucintamente y con la finalidad de permitir su comparación con los datos del seguimiento.

En a los tres puntos de LB se apreciaron, en ambos pacientes, una línea estable en todas las variables estudiadas. Las puntuaciones de la escala Y-Bocs denotan la presencia de un TOC de tipo severo. Los puntajes obtenidos en el BDI indicaron en ambos casos la presencia de un TDM. Los valores obtenidos en la EFPA y el CCO arrojan valores similares a los registrados en pacientes con TOC en otras investigaciones (8, 21, 26). La puntuaciones en la EFPA denotaban en las pacientes una fuerte tendencia a presentar este tipo de metacreencias; así como elevados niveles de control de pensamientos, responsabilidad patológica, perfeccionismo e importancia otorgada a los pensamientos intrusivos, tal como los evalúa el CCO. Las pacientes presentaron altos puntajes en el STAI tanto en la forma estado como rasgo, siendo en este último caso muy similares los valores obtenidos en ambos casos. Estos puntajes denotaban la severidad de la sintomatología ansiosa presente en el cuadro, resultado congruente con los valores obtenidos en la Y-Bocs.

La introducción del tratamiento produjo un brusco cambio de pendiente en las variables analizadas. De un puntaje de 28 y 31 en la Y-Bocs en LB para las pacientes A y B, respectivamente, se produjo un descenso a un puntaje de 10 en ambas en la evaluación de la sesión Nº 17 (fin de tratamiento). Durante el seguimiento a 1, 3 y 6 meses los valores en esta escala fueron de 9, 8 y 8 para la paciente A, y de 11, 12 y 10 puntos en la paciente B; resultados que señalan la estabilidad de los cambios producidos durante la fase de tratamiento. Respecto de la EFPA, en la última medición de LB los valores fueron de 67 y 58 para las pacientes A y B, respectivamente. Los puntajes obtenidos tras la finalización del tratamiento fueron de 11 y 18 puntos, mientras que en el seguimiento se obtuvieron valores de 15 (1 mes), y 14 (3 y 6 meses de seguimiento) puntos para la paciente A. La paciente restante registró un puntaje de 15, 12 y 14 en los mismos puntos de evaluación de seguimiento. Aquí también, entonces, se observó una tendencia a mantener los logros obtenidos durante el tratamiento. El nivel de depresión, evaluado mediante el BDI, denotó resultados similares. 5, 9 y 8 puntos en las evaluaciones de seguimiento de la paciente A, partiendo de una LB de 40 y de un puntaje de 7 en la sesión Nº 17. Respecto de la paciente B, 7 puntos al 1 mes y 8 a los 3 y 6 meses de seguimiento, habiéndose registrado 29 puntos en LB y 6 en la última sesión de tratamiento. Por limitaciones de espacio no podemos volcar aquí los resultados de todas las mediciones registradas (las cuales serán motivo de una publicación posterior), pero es necesario recalcar que también en el CCO y el STAI se observaron resultados similares.

Tal vez uno de los resultados más significativos sea el obtenido en la SF-36, teniendo en cuenta el hecho de que se encuentra ampliamente documentado el deterioro que el cuadro presenta en la calidad de vida de los pacientes (9, 19, 20). La paciente A registró en LB puntuaciones de 10, 12, 0 y 20 en las subes-

calas de funcionamiento social, salud mental, limitaciones de rol por problemas emocionales y vitalidad, respectivamente. Los resultados indicaban un severo deterioro en su calidad de vida. En la última evaluación durante el tratamiento los puntajes fueron de 87.5, 68, 66.6 y 65 en dichas subescalas, y en las evaluaciones a 6 meses fueron de 90, 75, 66.6 y 80. Los resultados muestran el mantenimiento de la mejoría de la calidad de vida de la paciente e incluso un aumento respecto de los niveles de funcionamiento social y vitalidad. Respecto de la paciente B, obtuvo 25, 16, 25 y 35 puntos en las subescalas funcionamiento social, salud mental, limitaciones de rol por problemas emocionales y vitalidad, respectivamente. Si bien su calidad de vida no presentaba el grado de deterioro de la paciente A, la misma se veía seriamente afectada. Los puntajes observados al final del tratamiento y en las evaluaciones a los 1,3 y 6 meses de seguimiento fueron idénticas, 87.7, 56, 100 y 60 en las subescalas mencionadas. Reflejando no sólo la estabilidad de los logros alcanzados durante la terapia, sino una mejora significativa respecto de su calidad de vida.

Parece importante recalcar que, si bien el diseño empleado limita el poder conclusivo respecto de los efectos del tratamiento, la replicación de los efectos en dos pacientes sugiere que el mismo puede ser de suma utilidad clínica. La investigación continúa en marcha mediante la replicación del tratamiento en nuevos sujetos, con la finalidad de comparar los resultados. De observarse resultados similares se vería entonces justificado el empleo de diseños distintos que empleasen muestras mayores y demandaran más recursos.

En resumen, los resultados sugerirían que la terapia Metacognitiva podría ser un tratamiento de utilidad clínica a la hora de abordar pacientes con TOC y lograr no sólo una mejoría en la sintomatología específica sino también en su calidad de vida. Replicaciones posteriores se hacen necesarias, así como el empleo, eventualmente, de un diseño distinto con la finalidad de evaluar la posibilidad de generalizar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, J., Prieto, L., Anto, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, (20): 771-776.

American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, IV edición.* Washington, DC: Author. (Ed. Massón edición castellana).

Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E. Y Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 765-776.

Arnau Gras, J. (1990). *Diseños experimentales en psicología y educación.* México: Trillas.

Barlow, D. H. & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único.* Barcelona: Martínez Roca.

Barret, P. y Healy, L. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy,* 41 (3), 285-300.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry,* 4, 561-571.

Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. & Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo compulsivo: resultados preliminares del inventario de creencias obsesivas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3. 235-250.

Bobes, J., González, M., Bascarán, M., Arango, C., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2001). Calidad de vida y discapacidad en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *European Psychiatry* (edición española), 8. 436-442.

Clak, D. A. (2004). *Cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder*. New York: Guildford Press.

Clark, D., Purdon, C., Wang, A. (2003). The meta-cognitive beliefs questionnaire: development of obsessional beliefs. *Behavior Research and Therapy,* 41 (6), 655-670.

Demal, U., Zitterl, W., Lenz, G., Zapotoczky, H. & Zitterl-Eglseer, K. (1996). Obsessive compulsive disorder and depression--first results of a prospective study on 74 patients. *Neuropsychopharmacol and Biological Psychiatry*, 20, (5). 801-13.

Emmelkamp, P. Y Aardema, A. (1999). Metacognition, specific OCD beliefs and OC behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 6, 139-145.

First, M,.B., Spitzer, R., L., Williams, J., B., y Gibbon, M., (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I):User 's Guide and Interview, Research Version.* New York, Biometrics Research Department, New York. Psychiatric Institute.

Foa, E.B. & Riggs, D.. (1994). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Segunda Edición. Ed Guiford Press.

Freeston, M., Léger, E. & Ladouceur, R.(2001). Cognitive therapy of obsessive thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice,* 8, 61-78.

Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazuke, C., Fleishman, R., Hill, C. (1989). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry,* 46, 1006-11.

Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G. y Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41 (4), 383-402.

Koran, L., Thienemann, M. & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive- compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry,* 153, 783-788.

Masellis, M., Rector, N. & Richter, M. (2003). Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry,* 48. 72-77.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I.*Behaviour Research and Therapy,* 41. 863-878

Rachman, S. (1976). The modification of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 14, 437-443.

Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Rodríguez Biglieri, R. (2004). Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas. *Vertex,* 15, (56). 85-90.

Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Bunge, & Keegan, G. (2006). Utilidad Clínica de la Terapia Metacognitiva en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: Un diseño de caso único con replicación directa. Aceptado para su Publicación. *XIII Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología. UBA.*

Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Bunge, E., Maglio, A. & Keegan, E. (2004) *Adaptación Argentina de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción: Resultados preliminares de su aplicación en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, otros trastornos de ansiedad y población no clínica***.** Manuscrito enviado para su publicación.

Salkovskis, P.(1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy,* 23, 571-583

Salkovskis, P., Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 1984. 22, 549-552.

Salkovskis, P., Kirk, J.(1997). Obsessive-compulsive disorder. En D. Clark, C. Fairburn (eds), *The science and practice of cognitive behavior therapy*. (pp. 179-208). Oxford: Oxford University Press.

Shafran, R., Thordarson, D., y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 579-91

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI. 4ª edición.* Madrid: TEA.

Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK. Wiley.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition.* Chichester, UK: Wiley.

Wells, A., y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion.* A Clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum.