XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2005.

Metacreencias en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y su relación con la tendencia a la preocupación.

Rodríguez Biglieri, Ricardo y Vetere, Giselle.

Cita:

Rodríguez Biglieri, Ricardo y Vetere, Giselle (2005). *Metacreencias en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y su relación con la tendencia a la preocupación. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-051/96

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/UEH

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.*

METACREENCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y SU RELACIÓN CON LA TENDENCIA A LA PREOCUPACIÓN

Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri, Lic. Giselle Vetere
UBA

Resumen
En los últimos años surgieron modelos cognitivos que evaluaron la presencia de creencias respecto de la preocupación en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Según estos modelos, denominados metacognitivos, las mismas, junto con los intentos de control del pensamiento, predispondrían a la aparición y mantenimiento de los síntomas. En la actualidad no contamos con datos obtenidos en población local, por lo que el presente estudio se propone evaluar este tipo de creencias en una muestra compuesta por 30 pacientes con TAG. A todos los participantes se les administró la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID I), Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (CPP), Cuestionario de Metacogniciones (CMC), Inventario de Pensamientos Ansiosos (IPA). Se observaron correlaciones significativas entre la tendencia a la preocupación, metacreencias respecto de la preocupación y control del pensamiento, congruentes con las hipótesis del modelo metacognitivo. Se discutirán las implicancias teóricas y prácticas de estos hallazgos.

Palabras Clave
Metacreencias Trastorno de Ansiedad Generalizada Necesidad de Control Preocupación Patológica

Abstract
METABILIEFS IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER PATIENTS AND ITS RELATIONSHIP WITH WORRY PRONENESS
In the last years cognitive models have evaluated the presence of beliefs about worry in Generalized Anxiety Disorder patients (GAD). According to these models, named metacognitives, this beliefs, along with thought control attempts, would predispose to the appearance and maintenance of symptoms. To date, we don't have data obtained in local population, so the aim of this study is to evaluate such kind of beliefs in a sample composed by 30 GAD patients. The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID I), the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), the Metacognitive Questionnaire (MCQ) and the Anxious Thoughts Inventory (AnTI) were administered to all participants. Significant correlation were observed among worry predispose, metabeliefs about worry and thought control. This findings are congruent with metacognitive model hypotheses. Theoretical and practical implications will be discussed.

Key words
Metabeliefs Generalized Anxiety Disorder Needof Control Pathologica lWorry

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los más frecuentes en la práctica clínica y de los que producen un mayor deterioro de la calidad de vida (17, 18). Si bien los tratamientos cognitivos han mostrado ser los más eficaces (7), la eficacia de estos está muy por debajo de la observada en el resto de los trastornos de ansiedad (24, 30)
Sólo cerca de la mitad de los pacientes con TAG parecen obtener algún resultado con los tratamientos disponibles (6, 14).
Los escasos resultados en el tratamiento del TAG podría reflejar la falta de conocimiento sobre cuestiones características del cuadro (30), puesto que los protocolos se basan en modelos teóricos cuyas premisas apenas son sustentadas en escasas investigaciones (2, 5, 16, 22, 30).
Para incrementar los resultados obtenidos con estos pacientes, se hace necesario investigar las características del cuadro en relación a las variables intervinientes en el mismo, por ejemplo, indagando más acerca de la naturaleza de la cognición en los cuadros de ansiedad (30).
El modelo más utilizado hasta el momento es el propuesto por Beck (8), el cual postula que el cuadro sería el resultado de la sobreestimación de la probabilidad de la ocurrencia de eventos negativos y la subestimación de los recursos para afrontarlos (2, 4). Los tratamientos basados en el modelo de Beck (3, 4, 5, 9), no se centraron en uno de los aspectos primarios del mantenimiento del cuadro, actualmente establecido como un criterio diagnóstico, es decir, en la apreciación del paciente respecto de la preocupación. Hasta la fecha, el único modelo teórico sobre el trastorno de ansiedad generalizada que toma en cuenta la apreciación o el significado que el paciente adscribe a la preocupación, incluyendo en el mismo tanto apreciaciones negativas como positivas, es el de A. Wells (28). En dicho modelo, este tipo de pensamientos o apreciaciones que el paciente tiene respecto de la preocupación se denominan metacreencias. Del modelo se desprende que las metacreencias, especialmente las negativas, jugarían un rol preponderante en la tendencia de los pacientes a preocuparse, así como las creencias asociadas a la necesidad de control de pensamiento (11, 25). No obstante, aún no se han efectuado estudios en pacientes con TAG que vinculen dicho perfil metacognitivo con la tendencia a la preocupación. Hasta la fecha los estudios han empleado muestras de estudiantes para evaluar la correlación de estas variables (32).

MÉTODO

Muestra

Se seleccionaron 30 pacientes que tenían entre 21 y 65 (edad media = 46 años, DT=12,1), que cumplían criterios DSM IV (1) para trastorno de ansiedad generalizada, evaluado a través de la entrevista Clínica Estructurada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastorno mentales (15).
Se excluyó a los pacientes que presentaron comorbilidad con trastornos psicóticos, consumo de sustancias, trastorno bipolar, o enfermedad médica asociada a sintomatología ansiosa.
La muestra estuvo compuesta por 21 mujeres (edad media = 48 años; DT=12,4) y 9 hombres (edad media = 42 años; DT=10,8). La mayoría estaba casado (80%), era de nivel socio-económico medio (80%), el 20% poseía estudios primarios, un 42% tenía estudios secundarios y otro 38% se encontraban

cursando o habían terminado estudios superiores.
No se observaron diferencias significativas entre sexos respecto de las variables sociodemográficas.

Instrumentos

- Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (15). Esta entrevista está 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 (1). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.
- Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (CPP) (Penn worry state questionnaire) (19). Es una escala autoadministrable de 16 ítems que mide la disposición a preocuparse. La misma posee una alta confiabilidad interna (α=0,91) y una adecuada validez de constructo y discriminante en la versión castellana (23).
- Cuestionario de Metacogniciones (CMC) (10). Es un cuestionario autoadministrable que evalúa las creencias respecto de la preocupación, así como las actitudes y procesos asociados con dichas cogniciones. A través del análisis factorial se han identificado cinco subescalas: 1) Creencias positivas sobre la preocupación; 2) Creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos; 3) Confianza en los recursos cognitivos; 4) necesidad de control, responsabilidad y castigo; 5) Autoconciencia sobre cogniciones. El instrumento posee una excelente validez y confiabilidad test-retest.
- Inventario de Pensamientos Ansiosos (IPA) (27). Es un inventario autoadministrable, consta de 22 ítems que conforman 3 subescalas: Preocupaciones sobre temas Sociales; Preocupaciones relacionadas con la Salud y Metapreocupaciones (creencias negativas respecto de la preocupación).

Procedimiento

En primer lugar, todos los participantes llenaron una encuesta sobre sus datos socio-demográficos básicos (edad, sexo, estado civil, nivel socio-económico y nivel de estudio). Se obtuvo el consentimiento informado de cada sujeto y posteriormente se les administró la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (15). Posteriormente, los participantes que cumplían los criterios de inclusión completaron los restantes instrumentos de evaluación.
El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versión 11.5.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

La media obtenida en el CPP fue de 66,6 puntos (DT=6,9). Las medias del IPA y el CMC fueron de 58,5 (DT=13,1) y 162,4 (DT=26), respectivamente.
Las puntuaciones medias obtenidas en las subescalas del IPA fueron las siguientes: 1) preocupaciones sociales, media = 22,6 (DT=6,7); 2) preocupaciones por la salud, media = 16 (DT=5,5); 3) Metapreocupaciones, media = 20,5 (DT=5,6).
En cuanto a las subescalas del CMC, las puntuaciones medias fueron de 38,33 (DT=9,23); 53,43 (DT=8); 20,1 (DT=6,88); 28,48 (DT=7,4); 22 (DT=6,2), para las subescalas de creencias positivas sobre la preocupación, creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos, confianza en los recursos cognitivos; necesidad de control, responsabilidad y castigo, y Autoconciencia sobre cogniciones, respectivamente.

Estadísticos de Contraste

Para testear la existencia de diferencias significativas entre sexos, respecto de los puntajes obtenidos en cada instrumento, se procedió a comparar las mismas mediante una prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.
Sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto de las subescalas del CMC relacionadas con creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos (U=16; Z= -2,271; p<0,023) y necesidad de control (U=9,5; Z = -2,771; p<0,006), encontrándose valores superiores en los hombres.

Correlaciones no Paramétricas

Para evaluar las hipótesis del modelo metacognitivo se procedió a calcular las correlaciones Spearman entre los valores obtenidos en todos los instrumentos de evaluación. Se hallaron correlaciones significativas (p<0,05) entre la subescala sobre creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos del CMC y el puntaje total del IPA (r=0,823); las subescalas Creencias positivas sobre la preocupación del CMC y la subescala de preocupaciones sobre la salud del IPA (r=0,707) y las subescalas autoconciencia sobre cogniciones del CMC y la de metapreocupaciones del IPA (r=0,693).
Las correlaciones más significativas (p<0,01) se encontraron entre el CPP y las subescalas sobre creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos (r=0,622) y la subescala necesidad de control del CMC (r=0,688).
Asimismo, se halló una correlación significativa (r=0,757; p<0,01) entre la subescala sobre creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos del CMC y la subescala de preocupaciones sociales de la IPA.

Discusión

En primer lugar cabe destacar que los resultados aquí presentados son sólo preliminares, pertenecen al primer análisis de datos de una investigación mayor tendiente a evaluar el perfil metacognitivo de pacientes con TAG.
Los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta el pequeño tamaño de la muestra, por lo tanto sería necesario proseguir con el estudio para evaluar si las tendencias aquí encontradas se mantienen o modifican.
En relación con las medias obtenidas en el CPP, las mismas son mayores a las halladas en otros estudios realizados en población no clínica (10, 19, 21, 32), dato congruente con el hecho de que el grupo de pacientes con TAG presenta como característica predominante su elevada tendencia a la preocupación, en comparación con la población no clínica. Lo mismo podría decirse de las medias obtenidas en el IPA y el CMC. Éstas también fueron superiores a las encontradas en diversos estudios (28, 32), indicando la mayor frecuencia en los pacientes de preocupaciones respecto de la salud, relaciones sociales y metapreocupaciones.
En cuanto a la diferencia observada entre sexos respecto de las creencias sobre incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos y las relacionadas con la necesidad de control del CMC, no pueden desprenderse conclusiones firmes dado el tamaño de la muestra. Sin embargo, la hipótesis cognitiva respecto del aumento de la necesidad de control a medida que aumentan las creencias negativas respecto de la preocupación parece corroborarse ya que se observa este hecho en el grupo masculino (27, 28, 29, 31). Una explicación alternativa sería pensar que en la tendencia a la preocupación intervengan factores cognitivos diferentes, o en diferentes proporciones, en hombres y mujeres. No obstante, sería necesario replicar el estudio empleando muestras mayores para poder concluir al respecto.
El resultado obtenido en relación a la elevada correlación hallada entre la subescala de creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos del CMC y el puntaje total del IPA (r=0,823; p<0,05), es congruente con el modelo metacognitivo que postula que las creencias negativas respecto de la preocupación aumentarían el número de preocupaciones (27, 28, 29, 30, 31). De hecho, dichas creencias explicaron casi el 68% de la variabilidad de la puntuación obtenida en el IPA.
El mismo modelo sostiene que las creencias positivas sobre la preocupación se relacionan con estrategias para la prevención

de posibles daños. Tal vez por ello se encontró que éstas creencias explican casi el 50% de las puntuaciones en la subescala de preocupaciones sobre la salud del IPA (r=0,707; p<0,05). En el mismo sentido el modelo sostiene que las creencias negativas expresan los temores de los pacientes a las consecuencias negativas del hecho de preocuparse, por lo que es congruente con ésta hipótesis la elevada correlación encontrada (r=0,757; p<0,01) entre la subescala sobre creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos del CMC y la subescala de preocupaciones sociales de la IPA. Según el modelo metacognitivo del TAG (28) las creencias negativas sobre la preocupación se relacionarían estrechamente con las de necesidad de control y ambos tipos de creencias generarían un aumento en la tendencia a preocuparse. En congruencia con esta hipótesis, encontramos correlaciones altamente significativas entre el puntaje total del CPP y las subescalas sobre creencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de los pensamientos (r=0,622; p<0,01) y la subescala necesidad de control del CMC (r=0,688; p<0,01). Asimismo, el hecho de que las creencias sobre necesidad de control expliquen el 47% de la variabilidad de los valores del CPP también es congruente con los resultados de investigaciones que hallaron que el empleo de estrategias de control de pensamiento genera un incremento paradójico de los pensamientos que se desea controlar o suprimir (20, 25, 26).

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, los resultados preliminares obtenidos son congruentes con el modelo metacognitivos del TAG (28, 29, 31, 32), así como con otros estudios llevados a cabo para evaluar el mismo. Por lo tanto, sería necesario tomar en cuenta en los desarrollos terapéuticos a aquellas variables que se han encontrado estrechamente relacionadas con el principal síntoma del TAG, es decir, la tendencia a la preocupación.

BIBLIOGRAFÍA.

1. American Psychiatric Association. (1994*). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4° edición*). Barcelona: Masson
2. Barlow, D. H. (1995). The development of worry control treatment for generalized anxiety disorder. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapy, Copenhagen.
3. Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 23, 551-570
4. Beck, A., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective. Basic Books, New York.
5. Borkovec, T. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, (4), 611-619.
6. Borkovec, T., y Mathews, A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety: a comparison of nondirective, cognitive, and doping desensitization therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 877-874
7. Borkovec,T. y Rucio, A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 62, (11), 37-42; discussion 43-45.
8. Brown, T., O´Leary, T., y Barlow,D. (1993). Generalized Anxiety Disorder. En Barlow, D. (ed). Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step Treatment Manual. Pp. 137-188. New York: Guilford Press.
9. Butler, G., Fennell, M., Robson, P., y Gelder, M. (1991). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 167-175.
10. Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. Journal of Anxiety Disorders, 11. 279-315.
11. Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. Behavior Research and Therapy, 29, 253-257.
12. Dugas, M. & Ladouceur, R. (1998). Analysis and treatment of generalized anxiety disorder (In V. E. Caballo (Ed), International Handbook of Cognitive –Behavioural treatments of psychological disorders (pp. 197-225). Oxford, England: Pergamon Press.)
13. Dugas, M. y Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Behavior Modification, 24, (5), 635-657.
14. Durham, R. & Turvey, A. (1987). Cognitive therapy vs. Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. Behaviour Research and Therapy, 25, 229-234
15. First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., and Williams, J. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
16. Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Léger, E.,Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, (6), 957-964.
17. Massion, A., Warshaw, M. & Keller, B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. American Journal of Psychiatry,150. 600-607.
18. Mendlowicz, M. & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 157. 669-82.
19. Meyer, T., Miller, M., Metzger, R. & Borkovec, T., (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnarie. Behavior Research and Therapy, 28. 487-495.
20. Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R., (1996) Individual differences in thought suppression, The wite bear suppression inventory: Factor structure, relebility, validity, and correlates. Behavior Research and Therapy, 34. 501-513.
21. Novy, D., Stanley, M., Averill, P., & Daza, P. (2001). Psychometric Comparability of English- and Spanish-Language Measures of Anxiety and Related Affective Symptoms . Psychological Assessment, Vol. 13, No. 3, 347–355.
22. O´Leary, T., Brown, T., A., & Barlow, D., H. (1992). The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
23. Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. Adaptación del Cuestionario de Preocupación de Pensilvania. Manuscrito enviado para su publicación.
24. Vetere, G. & Rodríguez Biglieri, R. (2004). Tratamientos psicoterapéuticos eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada. Memorias de las XI Jornadas de Investigación, Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires. Tomo I. 98-100.
25. Wegner, D., & Zanakos, S., (1994) Chronic though suppression. Journal of personality, 62. 616-639
26. Wegner, D., Schneider, D., Carter, S., & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 5-13
27. Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. Anxiety Stress and Coping, 6. 289-299.
28. Wells A. (1997) Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice Manual and Conceptual Guide, Chichester: John Wiley & Sons.
29. Wells, A. (1999). Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. Behavior Modification, 23, (4). 526-555.
30. Wells, A & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. En Clark, D. & C. Fairburn, C (ed.). Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. pp 179-208. Oxford: Oxford University Press.
31. Wells, A. & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. Behavior Research and Therapy, 33, 579-583.
32. Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive compulsive symptoms and meta-worry beliefs. Behavior Research and Therapy, 36. 899-913