

Ansiedad rasgo y creencias relacionadas con trastornos de ansiedad: Una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad

*Ricardo Rodríguez Biglieri**
Giselle Vetere

Resumen

Las conceptualizaciones teóricas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) continúan reelaborándose, surgiendo de manera continua nuevos modelos. Dentro de los modelos cognitivo-conductuales, existen datos divergentes respecto del papel que diversas creencias desempeñan en el TAG. Por otro lado, basados en datos respecto del inicio temprano del cuadro, su tendencia a la cronicidad, su baja respuesta a los tratamientos y su alta comorbilidad con trastornos de personalidad, algunos autores han sugerido que el TAG podría constituir un trastorno de personalidad. El presente estudio tuvo dos objetivos: 1) comparar las creencias relacionadas con la ansiedad en pacientes con TAG y pacientes con otros cuadros de ansiedad (CA), y 2) Determinar si los pacientes con TAG, comparados con el grupo CA, presentaban una tendencia mayor a manifestar ansiedad como rasgo caracterológico estable. En primer lugar, un grupo integrado por 21 pacientes con TAG y otro compuesto por 28 pacientes con otros cuadros de ansiedad fueron evaluados a través del Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO-31) y el Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo (STAI). Los pacientes con TAG obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las subescalas del CCO-31 que evalúan las creencias de Perfeccionismo y Necesidad de Certeza, Sobrestimación de Peligro (SP), y Responsabilidad por daño. La mayor diferencia se registró respecto de las creencias de SP ($p < .001$; d de Cohen=1.60), resultado que indica un papel de relevancia para estas creencias en las conceptualizaciones del TAG. Por otro lado, los pacientes con TAG presentaron en mayor medida ansiedad como rasgo caracterológico estable de su personalidad. Por último, se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de los resultados.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad Generalizada - Creencias - Cuestionario de Creencias Obsesivas - Ansiedad rasgo

Trait anxiety and beliefs related to anxiety disorders: A comparison between generalized anxiety disorder and other anxiety disorders

Abstract

Theoretical conceptualizations of generalized anxiety disorder (GAD) are in permanent reprocessing and refinement with new models arising constantly. From the perspective of CBT, there are divergent results regarding the role that different beliefs play in GAD.

Besides, some authors based on data regarding early onset, chronicity, low treatment response and high comorbidity rates with personality disorder have suggested the possibility that GAD constitute a personality disorder. The aim of the study was twofold: 1) to compare anxiety related beliefs of patients with GAD and patients with other anxiety disorders (AC), and 2) to evaluate if GAD patients present a higher tendency to express anxiety as a permanent characterological trait compared with AC group. On the one hand, a group of 21 GAD patients and another group of 28 subjects with other anxiety disorders were assessed with the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-31) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). GAD patients scored significantly higher than AC group on OBQ-31 subscales of Perfectionism and Need for Certainty, Overestimation of Threat (OT), and Responsibility for Harm. The greater difference was from the OT beliefs ($p < .001$; Cohen's $d=1.60$), suggesting its relevance for GAD conceptualizations. On the other hand, GAD patients' reports showed a higher tendency to anxiety as a stable characterological trait of personality. Finally, the theoretical and clinical implications of these findings are discussed.

Key Words: Generalized Anxiety Disorder - Beliefs - Obsessive Beliefs Questionnaire - Trait anxiety

Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una patología sumamente frecuente. Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994), por ejemplo, la prevalencia anual y de vida se ubican alrededor del 3 y

del 5%, respectivamente. En el Estudio Epidemiológico Europeo de los Trastornos Mentales (Alonso et al., 2004), conducido sobre una muestra de más de 21.000 personas, se registró una prevalencia de vida del 2.8%. De acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Mental, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud,

* Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Conicet.
Av. Corrientes 5239 piso 11, dto D, Ciudad Autónoma de Bs. As. CP (1414). Argentina. Teléfono 11-4856-6506. E-mail rodriguezbiglieri@psi.uba.ar

la prevalencia anual del TAG en Latinoamérica se ubicaría alrededor del 3,6%, mientras que la de vida sería aproximadamente del 5,9% (Almeida Filho et al., 1997; Medina Mora et al., 2003; Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña, & Gomez, 2003; Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn, & Torres, 2002).

El TAG es un trastorno crónico y persistente que produce un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes (Mogotsi, Kaminer, & Stein, 2000), y cuyos efectos inhabilitantes son tan serios como los del abuso de sustancias o el trastorno depresivo mayor (Riskind, 2005).

La característica principal del TAG es la presencia de preocupaciones percibidas como incontrolables y excesivas sobre una amplia gama de sucesos. El TAG es, de los trastornos de ansiedad, el de introducción más reciente dentro de las nomenclaturas oficiales.

Dentro del grupo de las psicoterapias validadas empíricamente, los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales (TCC) han sido los que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de los pacientes con TAG (Covin et al., 2008). No obstante, sólo cerca de la mitad de estos pacientes parecen obtener algunos resultados positivos con los tratamientos disponibles (Borkovec & Mathews, 1988; Durham & Turvey, 1987). Si bien existen algunos datos promisorios sobre la eficacia de tratamientos basados en modelos novedosos, como la terapia Metacognitiva, los mismos se basan en estudios pilotos que emplearon muestras muy pequeñas y no cuentan aún con replicación por parte de investigadores independientes (Wells et al., 2010). Asimismo, los estudios sobre eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso para pacientes con TAG tampoco cuentan con replicación, poseen el mismo inconveniente respecto del tamaño muestral y pese a lo planteado desde su perspectiva teórica no han registrado niveles de eficacia diferentes a los obtenidos por los tratamientos de TCC tradicionales (Roemer & Orsillo, 2007).

Los escasos resultados en el tratamiento del TAG podrían reflejar la falta de conocimiento sobre los aspectos centrales del trastorno (Vetere & Rodríguez-Biglieri, 2005; Wells & Butler, 1997). De hecho, aún cuando han aparecido nuevos modelos del cuadro, como el de desregulación emocional (Turk, Heimberg, & Carmin, 2004), son escasos los estudios en donde éstos son evaluados en muestras clínicas.

Se hace necesario, entonces, investigar las características del cuadro en relación a las variables intervinientes en el mismo, por ejemplo, indagando más acerca de las creencias presentes en pacientes con TAG en comparación con el de quienes padecen otros cuadros de ansiedad (Behar, Di Marco, Hekler, Nohlman, & Staples, 2009; Wells & Butler, 1997).

El Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO-31) es un instrumento de 31 ítems desarrollado a partir de la versión en inglés del *Obsessive Compulsive Questionnaire* (OBQ-44; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG], 2005). El cuestionario cuenta con adaptación a nuestro medio (Rodríguez-Biglieri & Vetere, 2008), permitiendo la evaluación de algunos

tipos de creencias que se consideran relacionados con ciertos cuadros de ansiedad. Dichas creencias son las de *Perfeccionismo y Necesidad de Certeza* (PNC), *Sobrestimación de Peligro* (SP), *Responsabilidad por Daño* (RD), e *Importancia otorgada a los Pensamientos y necesidad de Controlarlos* (IPC). El constructo de PNC es definido como la creencia de que existe una solución perfecta para cada problema, que realizar las cosas de manera perfecta no sólo es posible, sino también necesario, y que cometer un error, aunque sea menor, implica serias consecuencias negativas (OCCWG, 1997). Asimismo, el constructo hace también referencia a la necesidad de estar seguro sobre la capacidad de afrontar situaciones de cambios impredecibles o de resultado incierto (Carr, 1974; OCCWG, 1997; Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003). Por SP se entiende a la tendencia a exagerar la probabilidad de ocurrencia de eventos que entrañen daño, así como la severidad de los mismos (Foa & Kozak, 1986; Sookman & Pinard, 2002). La RD comprende una serie de creencias relacionadas con la tendencia a considerarse responsable tanto por el contenido, como por cualquier posible consecuencia de un pensamiento (Salkovskis, 1985; Salkovskis & Forrester, 2002). Las creencias sobre IPC promueven evaluaciones que inducen a interpretar a los pensamientos como portadores de un significado sumamente relevante e indicativo de aspectos característicos de la personalidad (Thordarson & Shafran, 2002). También hacen referencia a la tendencia de los pacientes ansiosos a considerar que el control de los propios pensamientos es a la vez posible, deseable y necesario (Clark, 2004; Purdon & Clark, 1994). El CCO-31 ha sido utilizado con buenos resultados en otros estudios destinados a investigar los tipos de creencias presentes en pacientes con otros trastornos de ansiedad (Rodríguez Biglieri, 2008).

Por otro lado, basados en datos respecto del inicio temprano del cuadro, su tendencia a la cronicidad, su baja respuesta a los tratamientos y su alta comorbilidad con trastornos de personalidad, algunos autores han sugerido que el TAG podría constituir un trastorno de personalidad (Akiskal, 1998; Beck, Stanley, & Zebb, 1996; Sanderson & Wetzler, 1991; Vetere, Portela, & Rodríguez Biglieri, 2005). Si los pacientes con TAG mostrasen una tendencia a experimentar ansiedad como rasgo caracterológico estable de su personalidad cabría esperar que, más allá de los niveles de ansiedad de tipo situacional, obtuviesen puntuaciones más elevadas en aquellos instrumentos destinados a evaluar la ansiedad como rasgo permanente. Algunos estudios han utilizado el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jabobs, 1994) para evaluar dicha hipótesis, encontrando que los pacientes con TAG presentan puntuaciones elevadas en dicho instrumento (Gómez & Francis, 2003). No obstante, resultados similares se hallaron no sólo en pacientes con otros trastornos de ansiedad, sino también con cuadros depresivos sin ansiedad (Chambers, Power, & Durham, 2004). Esto último pone en duda la hipótesis planteada anteriormente, sugiriendo la posibilidad de que el alto rasgo de

ansiedad sea una característica común a diversas formas de psicopatología.

El presente estudio tuvo dos objetivos: 1) comparar el tipo de creencias presentes en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y pacientes con otros cuadros de ansiedad (CA), y 2) Determinar si los pacientes con TAG presentaban una tendencia mayor a manifestar ansiedad como rasgo caracterológico estable, en comparación con pacientes con otros cuadros de ansiedad.

Método

Muestra

La muestra estuvo conformada por dos grupos independientes, seleccionados intencionalmente. Los participantes de ambos grupos provenían principalmente de distintos centros hospitalarios o clínicos, tanto públicos como privados, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El primer grupo fue integrado por 21 pacientes (11 mujeres y 10 hombres) con diagnóstico primario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) según criterios DSM-IV (APA, 1994), sin comorbilidad con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, bipolaridad o retraso mental. La edad media de este grupo fue de 37 años (Desviación Típica [DT] = 8,3; rango de edad entre 21 y 52 años).

El segundo grupo, denominado control ansioso (CA), estuvo compuesto por 28 pacientes con otros trastornos de ansiedad (9 pacientes con Fobia Social; 9 con Trastorno de Angustia con Agorafobia, 7 con Trastorno de Angustia sin Agorafobia y 3 con Trastorno de Estrés Postraumático), sin comorbilidad con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, bipolaridad, retraso mental o TAG. De los 28 pacientes 17 eran mujeres y 11 hombres; registrando una media de edad de 36.2 años (DT = 9.2; rango entre 21 y 50 años). El grupo poseía características sociodemográficas equivalentes a las del grupo anterior. De la muestra total, 27 sujetos estaban casados o vivían en pareja (55%), y más del 90% (n=45) poseían estudios secundarios completos o algún nivel de instrucción universitaria.

Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico: Cuestionario específicamente diseñado para caracterizar las muestras en función de aspectos socio-demográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, etc.).

Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Williams, & Gibbon, 1995). Es una entrevista semiestructurada, administrada por el clínico, diseñada para ser utilizada tanto con pacientes psiquiátricos como con sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. La entrevista fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (APA, 1994) y ha probado ser más simple y eficiente que otros

instrumentos diagnósticos, requiriendo menor tiempo de aplicación y de entrenamiento para su aplicación (Segal, Hersen, & Van Hasselt, 1994). Las pruebas de confiabilidad y validez del instrumento han arrojado valores aceptables, confirmando la utilidad clínica del mismo (Rogers, 2003; Ventura, Liberman, Green, Shaner, & Mintz, 1998).

Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO-31; Rodríguez-Biglieri & Vetere, 2008). Cuestionario de 31 ítems que evalúa a través de una escala de tipo Likert de 1-7 puntos, la tendencia de los sujetos a presentar creencias que se consideran relacionadas con el perfil cognitivo de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). En los estudios realizados en nuestro medio el instrumento ha mostrado excelentes índices de consistencia interna ($= .93$), confiabilidad test-retest ($r = .83$), y buenos indicadores de validez convergente y discriminante. Posee cuatro subescalas denominadas: 1) *Perfeccionismo y necesidad de certeza (PNC)*; 2) *Sobrestimación de Peligro (SP)*; 3) *Importancia otorgada a los pensamientos intrusivo y necesidad de controlarlos (IPC)*; y 4) *Responsabilidad por daño (RD)*.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jabobs, 1994). El instrumento evalúa el constructo *ansiedad* en sus formas *estado* y *rasgo*, por medio de dos subescalas independientes. La ansiedad en su forma estado se relaciona con la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad en un momento específico, el cual se caracteriza por tensión, aprehensión, nerviosismo, preocupación y activación autonómica. La subescala *ansiedad-estado* evalúa el estado de ansiedad del paciente a la hora de completar la prueba a través de 20 ítems en una escala de respuesta de tipo Likert de cuatro puntos, en donde el paciente señala qué tan ansioso se siente "aquí y ahora" (*nada, un poco, bastante, mucho*). El constructo *ansiedad-rasgo* hace referencia a la propensión de un sujeto a experimentar ansiedad como rasgo estable de su personalidad. Los individuos con alto rasgo de ansiedad tienen una mayor probabilidad de manifestar respuestas de ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes. La subescala *ansiedad-rasgo* posee 20 ítems que expresan afirmaciones del tipo "me siento bien; siento que fallo; soy feliz", a las que el individuo debe responder teniendo en cuenta "la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente", por medio de una escala de tipo Likert de cuatro puntos con las opciones "casi nunca", "algunas veces", "frecuentemente" y "casi siempre". La versión administrada fue la adaptada y validada en el medio local por Leibovich de Figueroa (1991).

Procedimiento y aspectos éticos

La presente investigación siguió las recomendaciones éticas elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud; así como las desarrolladas por la American Psychological Association

(1992). En todo momento se garantizó el total resguardo del secreto profesional con el fin de no afectar el tratamiento de los pacientes y se resaltó el carácter voluntario de la colaboración de los participantes. A tal fin se brindó a cada participante un resumen de las características y objetivos de la investigación, y se requeriró su consentimiento informado por medio de un documento confeccionado para tal fin. Cada participante dispuso de total libertad para decidir, cuando así lo deseara, abandonar la toma del protocolo sin que ello afectase en modo alguno su evaluación y/o tratamiento por parte de los establecimientos o profesionales derivadores. Asimismo, se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos recabados.

Luego de que los participantes brindaran su consentimiento informado, se procedió a administrar la SCID-I con la finalidad de ver la posibilidad de inclusión del participante en alguno de los grupos. Posteriormente, si el paciente cumplía criterios para su inclusión en el estudio, completaban los instrumentos

restantes.

Resultados

En primer lugar se comparó a ambos grupos en relación a las variables sociodemográficas, no registrándose diferencias significativas respecto de la edad, sexo, nivel de instrucción o estado civil.

Posteriormente, se procedió a evaluar la distribución de la muestra para establecer si la misma se ajustaba a la normalidad. Para tal fin se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov (*K-S*) sobre las puntuaciones en las diferentes subescalas del CCO-31 y las formas estado y rasgo del STAI, cuyos resultados permitieron asumir el supuesto de distribución normal de los datos. Asimismo, se efectuó un test de Levene para testear el supuesto de homocedasticidad, no encontrándose diferencias significativas en las varianzas de ambos grupos (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de las pruebas de normalidad muestral, homogeneidad de varianzas

	RD	SP	PNC	IPC	Stai-R	Stai-E
Tes de Levene	3.017 ^(ns)	2.723 ^(ns)	.721 ^(ns)	.039 ^(ns)	1.749 ^(ns)	.197 ^(ns)
Z de K-S	1.260 ^(ns)	1.230 ^(ns)	1.320 ^(ns)	.536 ^(ns)	1.320 ^(ns)	.742 ^(ns)

RD = Subescala de Responsabilidad por Daño. SP = Subescala de Sobrestimación de Peligro. PNC = Subescala de Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre. IPC = Importancia otorgada a los Pensamientos y necesidad de Controlarlos. Stai-R= STAI-Rasgo. Stai-E= STAI estado. (ns) = *p* no significativo.

La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos obtenidos por ambos grupos en las subescalas del CCO-31 y el STAI. Como puede observarse los pacientes con TAG registraron puntuaciones medias superiores a las del grupo CA en todas las subescalas del CCO-31 y el STAI.

Posteriormente se efectuó el cálculo del estadístico *M* de Box con la finalidad de evaluar la homocedasticidad de las matrices de varianzas/covarianzas y el test de esfericidad de Bartlett para comprobar si existían intercorrelaciones significativas entre las subescalas del CCO, por un lado (*M* de Box=1.411, *p*>.05; X^2 de Bartlett=51.268, *p*<.05), y entre las del STAI, por otro (*M* de Box=1.200, *p*>.05; X^2 de Bartlett=15.338, *p*<.05). Conforme a los resultados de las pruebas anteriores se procedió al empleo de estadística paramétrica y, dado el nivel de intercorrelaciones entre las subescalas del CCO por un lado, y las del STAI por otro, se optó por la realización de un Análisis Multivariante de la Varianza (MANOVA)

mediante el cálculo de la T^2 de Hotelling para la comparación entre los dos grupos.

El resultado de la prueba indicó que existían diferencias significativas entre los grupos tanto en las subescalas del CCO ($T^2 = 344.51$, *gl*=47, *p*<.05), como en las del STAI ($T^2 = 143.20$, *gl*=47, *p*<.05). Seguidamente, se realizaron una serie de análisis *post hoc* para determinar en qué variables recaía las diferencias. Uno de los procedimientos habituales en estos casos es proceder a efectuar una prueba *t* de Student para muestras independientes (Hair, Anderson, Tathen & Black, 1999). La tabla 2 muestra los resultados de dicho análisis. Las diferencias fueron estadísticamente significativas respecto de las subescalas de RD, SP y PNC del CCO-31. No se hallaron diferencias significativas a nivel estadístico respecto de las creencias de IPC. En relación al STAI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la forma estado, pero sí en cuanto a las medias de la forma rasgo.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos, comparación entre grupos mediante prueba *t* de Student y tamaños del efecto correspondientes

		<i>n</i>	Media	DT	<i>t</i> (gl=47)	<i>d</i> de Cohen
RD	TAG	21	32.14	8.29		
	CA	28	26.86	7.88	2.27*	0.64
SP	TAG	21	28.71	7.32		
	CA	28	18.36	5.04	5.63***	1.60
PNC	TAG	21	44.75	12.21		
	CA	28	35.00	11.74	2.82**	0.80
IPC	TAG	21	27.95	10.73		
	CA	28	25.61	10.79	0.75	0.21
STAI -rasgo	TAG	21	59.50	7.25		
	CA	28	52.45	8.95	2.95**	0.83
STAI -estado	TAG	21	50.76	10.62		
	CA	28	46.93	11.36	1.20	0.34

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

TAG = Grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. CA = Grupo de pacientes con otros cuadros de ansiedad. RD = Subescala de Responsabilidad por Daño. SP = Subescala de Sobrestimación de Peligro. PNC = Subescala de Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre. IPC = Importancia otorgada a los Pensamientos y necesidad de Controlarlos. DT = Desviación Típica.

Sin embargo, en la actualidad el empleo de pruebas univariadas como estrategia de análisis *post hoc* luego de la realización de test multivariados ha recibido cierta crítica. Por lo tanto, decidimos correr, además, pruebas *post hoc* multivariadas para determinar si los resultados anteriores se mantenían pese a la intercorrelación presente entre las variables dependientes. Las pruebas de comparaciones múltiples por pares (con ajuste de Bonferroni) registraron que los pacientes del grupo TAG presentaban en forma estadísticamente significativa puntuaciones medias superiores a las del grupo CA en las subescalas PNC, RD ($p < .05$) y SP ($p < .01$) del CCO-31. No se registraron diferencias significativas entre los grupos respecto de la forma estado del STAI, pero sí respecto de la forma Rasgo ($p < .01$), obteniendo en este caso los pacientes con TAG puntuaciones más elevadas. Se hallaron resultados en la misma dirección mediante el contraste de reducción de Roy-Bargmann para las subescalas del CCO-31 (RD $F=5.688$, gl(1,47), $p < .05$; SP $F=28.144$, gl(1,47), $p < .01$; PNC $F=4.642$, gl(1,47), $p < .05$; IPC $F=.798$; gl(1,47), $p > .05$), y para las formas Estado ($F=1.105$, gl(1,47), $p > .05$) y rasgo del STAI ($F=6.202$, gl(1,47), $p < .01$).

En la actualidad, la estimación del tamaño del efecto (TE) se considera como un complemento necesario a las pruebas de hipótesis (Cortina & Dunlap, 1997; Ledesma, Macbeth, & Cortada de Kohan, 2008), por lo que se procedió al cálculo del estadístico *d* de Cohen para estimar la magnitud de las diferencias registradas (empleándose para ello la desviación típica unificada y la corrección de Hedges para muestras de diferentes tamaños). Siguiendo los lineamientos de Cohen (1988), se observaron TE de tipo “grande” respecto de las

creencias de SP ($d=1.60$) y PNC ($d=0.80$), así como en relación a las diferencias encontradas en el STAI-rasgo ($d=0.83$). Por otro lado se halló un TE de tipo “mediano” en relación a la diferencia en las creencias de RD ($d=0.64$).

Discusión

En primer lugar cabe destacar ciertas limitaciones y restricciones de los resultados obtenidos. Entre los aspectos que deben tener en cuenta a la hora de sopesar las conclusiones se encuentran el pequeño tamaño de la muestra, así como el hecho de que esta fuera conformada de manera intencional. Los resultados del MANOVA son muy susceptibles al tamaño muestral, afectando sobre todo a la potencia estadística de las pruebas (Hair et al., 1999). Por este mismo motivo, los tamaños de efecto reportados deben tomarse con suma cautela.

Compulsivo (TOC), cuadro que se caracteriza por presentar creencias de RD y SP de manera significativa (Rodríguez-Biglieri, 2008). Es posible que distintas configuraciones del grupo CA, en donde variaran los porcentajes de cuadros representados en él, pudiesen arrojar diferentes resultados. Estos resguardos implican que los resultados aquí observados deben considerarse como preliminares y ser sujetos a replicaciones en estudios que superen las restricciones mencionadas.

En relación a las creencias evaluadas, tanto los resultados de las pruebas univariadas como multivariadas indicaron que los pacientes con TAG registraron en forma estadísticamente significativa una tendencia mayor a la del grupo CA a presentar creencias

del tipo SP, RD y PNC. Un dato relevante es el elevado TE hallado en relación a las creencias de SP. Es posible que el hecho de que los pacientes con TAG manifestasen medidas más elevadas en dichas creencias pueda relacionarse con una de las características propias del cuadro: la preocupación por una amplia variedad de temas. Es decir, que al no encontrarse circunscripta la fuente de amenaza, como en otros cuadros de ansiedad, ello pueda implicar un aumento en el número de situaciones que pueden ser evaluadas como peligrosas.

En cuanto a las creencias de PNC, también se hallaron diferencias significativas entre los grupos, las cuales se plasmaron en un TE de tipo grande ($d > .80$). En el mismo sentido, dos estudios previos (Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2005; Ladouceur et al., 1999) comparando pacientes con TAG y sujetos con otros cuadros de ansiedad evaluando han hallado que las creencias de Intolerancia a la Incertidumbre (IIn) eran específicas del TAG. Sin embargo, nuestros resultados parecen ir en la misma dirección que los registrados por Tolin, Abramowitz, Brigidi, y Foa (2003), quienes registraron que si bien la IIn jugaba un papel relevante en el TAG no era patrimonio específico del mismo, sino que estaba presente en otros cuadros de ansiedad.

Una posibilidad es que los niveles hallados se relacionen con lo expuesto sobre las creencias de SP. La expectativa ansiosa característica del cuadro podría implicar un sesgo hacia las situaciones ambiguas, las cuales serían evaluadas como amenazantes. No es extraño que en ese cuadro de situación se tienda a buscar certeza sobre la propia seguridad y la de terceros.

Teniendo en cuenta los resultados antes descriptos, las creencias de SP y PNC podrían considerarse como aspectos cognitivos de suma importancia a la hora de conceptualizar el TAG. De confirmarse estos hallazgos, los tratamientos psicoterapéuticos suministrados deberían incorporar intervenciones destinadas a flexibilizar ambos tipos de creencias. Si bien existen conceptualizaciones del TAG que han otorgado un rol central a las creencias de SP (Beck, Emery, & Greenberg, 1985), o a las de Intolerancia a la Incertidumbre (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998), tal vez sería necesario desarrollar un modelo integrativo, el cual incluya ambos tipos de creencias en sus formulaciones.

Respecto de las creencias de RD, una explicación posible sobre la tendencia registrada puede encontrarse en la propensión de estos pacientes a anteponer las necesidades ajenas a las propias, obrando de manera protectora para con los demás (Vetere, Portela, & Rodríguez-Biglieri, 2005). En ese sentido existen datos que señalan que los pacientes con TAG parecen concentrarse más específicamente en el daño que pudieran sufrir sus seres queridos, utilizando la preocupación como modo de prevenirlo (Vetere & Rodríguez-Biglieri, 2005).

Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas respecto de las creencias de IPC, hecho que parece ir en contra de las hipótesis de algunos modelos terapéuticos, los que señalan que los pacientes con TAG tenderían a ejercer control sobre sus pensamientos especialmente sobre sus preocupaciones (Wells, 1997), o a través de éstas (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). Sin embargo, cabe destacar el hecho de que el CCO-31 no evalúa las creencias de IPC mediante reactivos que incluyan el concepto de *preocupación*, hecho que puede incidir en el resultado mencionado.

En cuanto al segundo objetivo de la investigación, los resultados obtenidos parecen ir en dirección de la hipótesis planteada. Los pacientes con TAG presentaron en forma significativa puntuaciones más elevadas de ansiedad en su forma rasgo en comparación con los sujetos del grupo CA. Esto significa que el grupo TAG presentó en mayor medida ansiedad como rasgo caracterológico estable de su personalidad. El resultado puede considerarse como un dato que alimenta la hipótesis que conceptualiza al TAG como un trastorno de personalidad, diferenciándolo de los otros cuadros de ansiedad. En ese sentido, es remarcable que los pacientes del grupo CA no difirieron significativamente del grupo TAG en las medidas de ansiedad en su forma estado. Ello tal vez implique la posibilidad de que si bien ambos grupos no difieran respecto de los niveles de ansiedad que pueden registrar ante una situación específica, el perfil de los pacientes con TAG se relacione en mayor medida con una propensión general a manifestar respuestas de ansiedad de manera sistemática ante una multiplicidad de situaciones percibidas como amenazantes. Sin embargo, una posibilidad es que el TAG no constituya un trastorno de personalidad *per se*, sino que contribuya al desarrollo de altos niveles de ansiedad de tipo rasgo a medida que el cuadro se mantiene a lo largo del tiempo. Por otro lado, si la respuesta ansiosa de los pacientes con TAG constituyese un rasgo estable de su personalidad, no es sorprendente que el cuadro sea menos permeable a las intervenciones psicoterapéuticas diseñadas para el tratamiento de otros trastornos de ansiedad. En tal caso las intervenciones psicoterapéuticas para el TAG deberían demandar no sólo más tiempo (como es usual al tratarse de rasgos caracterológicos), sino que también requerirían de estrategias diferentes destinadas a la modificación de aspectos cognitivos, emocionales y conductuales vinculados a la personalidad de los pacientes.

Dadas las limitaciones del presente estudio, serían necesarias nuevas investigaciones, llevadas a cabo en muestras de mayor tamaño y de diferente conformación, con la finalidad de replicar los hallazgos aquí reportados.

Referencias

- Akiskal, H.S. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(393), 66-73.
- Almeida-Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., Franca, J.F., Fernandes, J., & Andreoli, S.B. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 171, 524-9.

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Palacín, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W.A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 21-27.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1591-1611.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4a ed.). Madrid: Masson.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York.
- Beck, J., Stanley, M. & Zebb, B. (1996). Characteristics of anxiety in older adults: a descriptive study. *Behavior Research and Therapy*, 34, 225-234.
- Behar, E., Di Marco, I., Hekler, E., Nohlman, J., & Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Borkovec, T., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En R. Heimberg, C. Turk y D. Mennin (eds.), *Generalized Anxiety Disorder. Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T., & 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
- Carr, A. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Chambers, J., Power, K., & Durham, R. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 587 - 607.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cortina, J.M., & Dunlap, W.P. (1997). On the Logic and Purpose of Significance Testing. *Psychological Methods*, 2(2), 161-172.
- Covin, R., Ouimet, A., Seeds, P.M., & Dozois, D.J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.
- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorder*, 19, 329-343.
- Durham, R. & Turvey, A. (1987). Cognitive therapy vs. Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234
- First, M., Spitzer, R., Williams, J., & Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I): User's Guide and Interview, research version*. New York Biometrics Research Department (Ed.). New York: American Psychiatric Publishing.
- Foa, E. & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Gómez, R. & Francis, L. M. (2003). Generalized anxiety disorder: relationship with Eysenck's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 34, 3-17.
- Hair, J., Anderson, R., Tathan, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Rheume, J., Blais, F., Boisvert, J. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Ledesma, R., Macbeth, G., & Cortada de Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico vista. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425-439.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M.M. Casullo, N. Leibovich de Figueroa, & M. Aszkenazi. *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 121-154). Bs. As: Psicoteca.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Muñoz, C.L., Benjet, C., Jaimes, J.B., & Bautista, C.F. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Mennin, D., Turk, C., Heimberg, R., & Carmin, C. (2004). Focusing on the regulation of emotion: a new direction for conceptualizing generalized anxiety disorder: En M.A. Reinecke & D.A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy over the lifespan: evidence and practice* (pp. 60-89). New York: Cambridge University Press.
- Mogotsi, M., Kamminer, D., & Stein, D. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 271-282.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—part 2: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C., & Gomez, L.C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-262.

- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in non clinical subjects, part II: cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Riskind, J. (2005). Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder: a second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 1-5.
- Rodríguez Biglieri, R. (2008). Perfil Cognitivo de pacientes con Trastorno obsesivo Compulsivo: Resultados preliminares. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 15(1), 43-50.
- Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2008). Adaptación Argentina del Cuestionario de Creencias Obsesivas. *Interdisciplinaria*, 25(1), 53-76.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Rogers, R. (2003). Standardizing DSM-IV diagnoses: the clinical applications of structured interviews. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 220-225.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 571-583.
- Salkovskis, P., & Forrester, E. (2002). Responsibility. En R. O. Frost, & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment* (pp.45-61). Oxford, UK: Pergamon.
- Sanderson, W., & Wetzler, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. En R. M. Rapee & D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depression* (pp. 199-235). New York: Guilford Press.
- Segal, D., Hersen, M., & Van Hasselt, V. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 316-327.
- Sookman, D. & Pinard, G. (2002). Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. En R. O. Frost, & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment* (pp. 63-89). Oxford, UK: Pergamon.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI*. (4ª ed). Madrid: TEA.
- Thordarson, D. & Shafran, R. (2002). Importance of thought. En Randy Frost & Gail Steketee (Eds) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment* (pp. 15-28). Oxford, England: Pergamon Press.
- Tolin, D., Abramowitz, J., Brigidi, B. & Foa, E. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Ventura, J., Liberman, R., Green, M., Shaner, A., & Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79(2), 163-73.
- Vetere, G., Portela, A., & Rodríguez Biglieri, R. (2007). Perfil de personalidad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 129-134.
- Vetere, G. & Rodríguez Biglieri, R. (2005). Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el trastorno de ansiedad generalizada. *Vertex*, 16(61), 170-175.
- Vicente, B., Riosco, P., Valdivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002) Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Médica de Chile*, 130, 527-36.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. En Clark, D. & C. Fairburn, C (eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 179-208). Oxford: Oxford University Press.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs. applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. Doi:10.1016/j.brat.2009.11.013.

Fecha de recepción: 20-04-10

Fecha de aceptación: 17-09-10