

El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires

Clinical approach to worry in Generalized Anxiety Disorder by Cognitive-Behavioral Therapists from Buenos Aires

Dr. Ignacio Etchebarne

Universidad de Belgrano

igetchebarne@gmail.com

Dr. Santiago Juan

Universidad de Buenos Aires

santiagojuan@psi.uba.ar

Dr. Andrés J. Roussos

CONICET - Universidad de Belgrano - Universidad de Buenos Aires

andres.roussos@comunidad.ub.edu.ar

Resumen: El objetivo del presente estudio fue caracterizar el abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), a partir de cómo terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires la incluyeron en sus intervenciones. Se realizó un análisis secundario sobre entrevistas a 10 terapeutas. Los participantes escucharon un material estímulo cuasi clínico, e intervinieron como si estuviesen con un paciente real. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcriptas. Para el análisis de los datos, en el presente estudio se categorizaron las respuestas utilizando el método de investigación cualitativo consensual. Asimismo, se analizó cuantitativamente la proporción de intervenciones enfocadas en la preocupación, utilizando la clasificación multidimensional de intervenciones psicoterapéuticas. Los resultados sugieren la existencia de un bajo grado de acuerdo entre los terapeutas locales respecto a cómo abordar la preocupación en pacientes con estas características. Se discuten potenciales criterios basados en la evidencia que faciliten la toma de decisión clínica al proveer tratamiento a pacientes con TAG.

Palabras clave: Abordaje clínico, preocupación, trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitiva conductual.

Abstract: The goal of the present study was to characterize the clinical approach to worry in Generalized Anxiety Disorder (GAD), based on how Cognitive-Behavioral Therapists from Buenos Aires included it in their inter-

ventions. A secondary analysis was conducted with interviews of 10 therapists. Participants were asked to listen to a quasi-clinical material, and to intervene as if they were with a real patient. Interviews were audio-recorded and transcribed. For the data analysis in the present study, responses were categorized using Consensual Qualitative Research methodology, and the proportion of interventions targeting worry was also analyzed using the Multidimensional Classification of Psychotherapeutic Interventions. Results suggest the existence of a low degree of agreement among local therapists on how to address worry in patients with these characteristics. Potential evidence-based criteria to facilitate clinical decision making when treating patients with GAD are discussed.

Keywords: Clinical approach, worry, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive-Behavior Therapy.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un cuadro clínico que produce deterioro social y/o laboral clínicamente significativo (2). El TAG tiende a ser crónico sin tratamiento, es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes y con peor respuesta a la psicoterapia, y posee una fuerte asociación con la depresión clínica (29, 80). Existe un alto nivel de consenso entre investigadores respecto de que la preocupación crónica y excesiva es el síntoma cardinal del TAG (17, 67, 74). A su vez, la tendencia a preocuparse es un fenómeno clínico transdiagnóstico (70) de carácter dimensional (50) y valedero de estudiarse por sí sólo.

En las últimas dos décadas, un creciente interés por el TAG ha incentivado el desarrollo de nuevos modelos teóricos del mismo. Si bien todos ellos incluyeron a la preocupación excesiva como factor clave del trastorno, difieren en su explicación de los mecanismos de acción a través de los cuales la preocupación contribuye al desarrollo y mantenimiento del TAG (11, 31). Roemer y Orsillo (76) explicaron que esto se debe a que el carácter difuso de la preocupación excesiva dificulta identificar los mecanismos de acción a ser abordados en tratamiento. A continuación, se introducen los modelos teóricos cognitivo conductuales (puros o integrativos) más influyentes (para una revisión exhaustiva ver los trabajos de Behar y equipo (11) y Newman y equipo (65)).

A partir de su trabajo pionero, Borkovec y colaboradores (17, 18) fueron los primeros en vincular a la preocupación excesiva con el TAG, desarrollando el modelo de la preocupación como evitación cognitiva. De acuerdo a este modelo, la preocupación en las personas con TAG funcionaría como un mecanismo cognitivo de evitación, orientado a prevenir la activación emocional negativa, ya sea distrayendo al paciente de recuerdos y temáticas penosas, emocionalmente cargadas, o bien, tamizando su impacto emocional al transformar las imágenes mentales asociadas en contenido verbal. A partir de este modelo, se inspiraron una serie teorizaciones y abordajes psicoterapéuticos diversos que ha trascendido a la familia de teorizaciones y tratamientos cognitivo conductuales. Por ejemplo, Crits-Christoph y colaboradores (23, 24) reinterpretaron su teoría desde un marco teórico psicodinámico interpersonal, conceptualizando la función evitativa de la preocupación como un mecanismo de defensa inconsciente. Asimismo, más recientemente, Timulak y McElvaney (83) reconceptualizaron al TAG, desarrollando un abordaje de terapia focalizada en la emoción específico para el TAG, inspirándose en los desarrollos cognitivo conductuales de Borkovec y sus "herederos", presentados a continuación.

Dentro del marco cognitivo conductual, una primera variante del modelo desarrollado por Borkovec y equipo fue el modelo de la intolerancia a la incertidumbre, propuesto por Dugas y colegas (26, 27, 29). Según este modelo, los pacientes con TAG presentan una vulnerabilidad caracterizada por intolerancia a las situaciones de incertidumbre que se manifiesta por una tendencia a interpretar negativamente y catastróficamente las situaciones ambiguas o desconocidas. De este modo, la intolerancia a la incertidumbre opera como combustible de las preocupaciones, y lleva, a su vez, al desarrollo de estrategias y conductas de control tales como perfeccionismo, impulsivi-

dad y constante búsqueda de reaseguro. Este sesgo atencional y las maniobras de control asociadas con la intolerancia a la incertidumbre contribuyen al desarrollo de (y son mantenidas por) creencias positivas acerca de la utilidad y necesidad de preocuparse ("gracias a que me preocupé, me fue bien"), las cuales, por sesgo confirmatorio, incrementan la tendencia a preocuparse.

Wells (86) desarrolló el modelo metacognitivo del TAG, en donde distinguió entre dos tipos de preocupación presentes en estos pacientes: por un lado, ubicó a las preocupaciones sobre acontecimientos externos o sobre sensaciones corporales, denominándolas "preocupación tipo 1". Por el otro lado, ubicó a las preocupaciones acerca de la actividad misma de preocuparse, denominándolas "preocupación tipo 2" o "meta preocupación". En este sentido, las meta preocupaciones consisten en la anticipación de potenciales peligros resultantes del mero hecho de preocuparse, tales como enfermarse, volverse loco, perder el control, no poder parar de preocuparse, etc. De este modo, la cronificación del TAG, radicaría en la instalación de dichas meta preocupaciones, las cuales motivan a los sujetos a desarrollar estrategias disfuncionales de supresión de pensamientos negativos (evitación cognitiva de preocupaciones) que, paradójicamente, incrementan la tendencia a preocuparse y, por consiguiente, las meta preocupaciones.

Roemer y equipo (43, 75, 76) expandieron la conceptualización del TAG desarrollando un modelo basado en la aceptación que integra teorizaciones cognitivo conductuales de segunda generación con las nociones de mindfulness y aceptación. Así, inspirados en los desarrollos de Borkovec y equipo, estos autores reconceptualizaron a la preocupación excesiva como un mecanismo de evitación experiencial, dado su efecto restrictor de la activación simpática en el corto plazo. Desde esta perspectiva, las personas con TAG suelen reaccionar negativamente a sus experiencias internas, presentando autocrítica excesiva o bien sobre identificándose con la experiencia, y, consecuentemente, amplificando y prolongando el malestar. De este modo, las experiencias internas negativas son percibidas como peligrosas, y evitadas en forma cognitiva (por medio de la preocupación crónica), o bien conductualmente, por medio de la evitación de situaciones que pudieran disparar dicha experiencia interna. A esta estrategia conductual los autores de este modelo la denominaron "constricción conductual", y la misma se refuerza por la disminución inmediata de la ansiedad, aunque en lo sucesivo dispara adicionales experiencias internas negativas (mayor autocrítica) y obstaculiza la resolución eficaz de problemas.

En oposición al modelo borkoveciano de la preocupación como evitación cognitiva y a sus modelos derivados, Newman y Llera (67) señalaron que la preocupación en sí misma forma parte de un proceso emocional negativo y que, si las personas con TAG buscan evitar contactarse con este tipo de experiencia emocional, el modelo desarrollado por Borkovec y equipo no logra explicar por qué este trastorno está fuertemente asociado con el afecto negativo. Así, estos autores han desarrollado el modelo de la evitación del contraste emocional del TAG, según el cual los individuos con TAG son particularmente sensibles a eventos emocionales negativos inesperados. Dicha sensibilidad provocaría que se sientan emocionalmente vulnerables ante este tipo de experiencias. Consecuentemente, utilizarían la preocupación para prolongar un estado emocional negativo, con el fin de prevenir otro potencial cambio emocional negativo inesperado (experiencia de contraste). Este modelo teórico sugiere que los tratamientos existentes orientados a neutralizar la preocupación patológica del TAG podrían estar desmantelando una defensa cognitiva sin abordar los temores que la subyacen.

Por último, desde la perspectiva más amplia e integradora de la regulación emocional, Mennin y equipo (58, 59) reconceptualizaron a la preocupación excesiva y al TAG de la siguiente forma: de acuerdo a estos autores ni el modelo borkoveciano de la evitación cognitiva ni el modelo newmaniano de la evitación del contraste emocional explican qué llevó a los individuos con TAG a percibir sus emociones (o cambios emocionales inesperados) tan aversivamente que tuvieran que evitarlos. Por esta razón, desarrollaron un modelo de desregulación emocional del TAG, según el cual este cuadro consiste en un síndrome multicomponente con significativos déficits en la modulación y expresión de experiencias emocionales, llevando a las personas que lo padecen a experimentar sus emociones en forma aversiva y a recurrir frecuentemente a estrategias de control o supresión emocional, entre las que se incluye el abuso de la preocupación como control cognitivo, búsqueda de reaseguro interpersonal, etc.

Desde la perspectiva de la regulación emocional (58, 59), la preocupación excesiva sería un mecanismo de control cognitivo, orientado a imponer estructura y estabilidad en un estado emocional que, por presentar una elevada sensibilidad emocional y pocas habilidades para regularlo, la persona con TAG percibe como aversivo e incierto. En este sentido, la preocupación se refuerza tanto por la reducción de la experiencia emocional (en tanto hábito verbal) y, también, creando un estado emocional defensivo fijo, invariable y predecible (evitación del contraste), que impide el procesamiento emocional adecuado.

Cada uno de los modelos teóricos del TAG descritos en los párrafos anteriores -y también aquéllos que no se han mencionado por límites de espacio- se vinculan con el desarrollo de uno o más abordajes psicoterapéuticos específicos para el TAG. En la *tabla 1* puede observarse la síntesis realizada por Etchebarne (31) y actualizada por Etchebarne, Juan, Gómez Penedo y Roussos (35) respecto al estatus actual de la comprensión y abordaje de la preocupación excesiva en el TAG, identificando ocho modelos teóricos cognitivo conductuales, a partir de los cuales se han propuesto 19 factores de mantenimiento y nueve abordajes psicoterapéuticos cognitivo conductuales específicos: (ver *tabla 1*)

A pesar de la proliferación reciente de múltiples teorías y terapias cognitivo conductuales (TCCs) para el TAG -todas ellas, gestadas en ámbitos académicos y de investigación-, aún resta mucho por descubrir sobre cómo ayudar más eficaz y efectivamente a este tipo de pacientes (11, 74, 83). Tal es así que el meta análisis desarrollado por Cuijpers y equipo (25) evidenció que, aún con el desarrollo de nuevos tratamientos específicos para el TAG, la eficacia de las TCCs para este cuadro clínico continúa rondando el histórico 50 % (30), muy por debajo de la eficacia alcanzada para el tratamiento de los demás trastornos de ansiedad. Asimismo, tampoco se observaron diferencias significativas confiables entre los distintos tratamientos específicos, la TCC estándar y la terapia de relajación aplicada (25). Por último, a la fecha, la inmensa mayoría de los abordajes específicos recientemente desarrollados no cuentan con evaluaciones independientes de su grado de eficacia o efectividad clínica.

Una marcada excepción a esta carencia de evaluación independiente es la terapia de relajación aplicada. Ya sea como tratamiento experimental de control o en pruebas piloto de terapia online, es uno de los abordajes que más evaluaciones empíricas ha recibido (32). En segundo lugar (respecto a su grado de evaluación independiente), se ubica la terapia metacognitiva para el TAG. Kvistedal (51) la encontró más efectiva que la terapia cognitiva estándar para asistir a grupos de adultos con TAG. Van der Heiden, Muris, y van der Molen (85) compararon su efectividad clínica versus la terapia centrada en la intolerancia a la incertidumbre, registrando superioridad clínicamente significativa por parte de la terapia metacognitiva. También, en un segundo estudio de este equipo (84) sobre terapia grupal para el TAG, la terapia metacognitiva se mostró superior a la terapia cognitiva. Por último, un meta análisis sobre eficacia de la terapia metacognitiva para ansiedad y depresión sugiere que la misma podría ser superior a la terapia cognitiva estándar (69).

TABLA 1: MODELOS TEÓRICOS Y ABORDAJES COGNITIVO-CONDUCTUALES DE LA PREOCUPACIÓN EN EL TAG

8 MODELOS TEÓRICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES	19 FACTORES DE MANTENIMIENTO	9 ABORDAJES TERAPÉUTICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES
Modelo Cognitivo estándar de la Ansiedad y el TAG ⁹	Sesgo confirmatorio de la ansiedad y catastrofización	Terapia Cognitiva estándar de la Ansiedad y el TAG
	Sobreestimación de los pensamientos	
	Sobreestimación de la amenaza	
Modelo de la Preocupación como Evitación Cognitiva ^{12, 17, 18, 19, 62}	Evitación cognitiva implícita de emociones negativas	Entrenamiento en Relajación Aplicada para TAG
	Pobres habilidades interpersonales	Integración de TCC Relajación Aplicada, Desensibilización como auto-control, Procesamiento Emocional y Efectividad Interpersonal
	Apego inseguro	
Modelo Metacognitivo del TAG ⁸⁶	Metacogniciones negativas sobre preocuparse	Terapia Metacognitiva del TAG
	Estrategias de control o supresión de los pensamientos	
	Metacogniciones positivas acerca de preocuparse	
Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre ^{26, 27, 29}	Evitación cognitiva implícita	TCC centrada en la Preocupación Excesiva
	Intolerancia (evitación) de la incertidumbre	
	Orientación negativa hacia los problemas	
	Creencias positivas sobre preocuparse	
Modelo del TAG basado en la Aceptación ^{43, 75, 76, 77}	Reacción negativa a experiencias internas	Terapia Conductual Basada en la Aceptación para el TAG
	Evitación de experiencias internas	
	Constricción conductual	
Modelo de la Desregulación Emocional del TAG comórbido con Depresión ^{58, 59}	Intensidad emocional	Terapia de Regulación Emocional para el TAG
	Pobre comprensión de las emociones	
	Creencias y reacción negativa a las emociones negativas	
	Habilidades disfuncionales de regulación emocional	
Actualización del Modelo Cognitivo estándar para el TAG ²¹	Perspectiva integradora de los factores de mantenimiento (antes descriptos)	Actualización de la TCC estándar
Modelo de la Evitación del Contraste ^{65, 67, 68}	Evitación de experiencias emocionales contrastantes	Terapia Interpersonal de Procesamiento Emocional

Tal como planteó Etchebarne (31), la situación actual respecto a la comprensión de la preocupación excesiva y su rol en el mantenimiento del TAG evidencia un estado del arte desfavorable, ya que resulta inverosímil que un mismo fenómeno clínico posea tantos factores de mantenimiento. En este sentido, se considera que los distintos modelos propuestos estarían siendo demasiado focalizados y fragmentarios del fenómeno total, o bien, poseerían un alto grado de superposición, conceptualizando en forma diferente a fenómenos similares. En el área de investigación sobre intervenciones psicoterapéuticas, este fenómeno ha sido denominado como “intervenciones pseudo-específicas” (31, 78) o “variables faux-unique” (20). Un ejemplo de ello estaría dado por los resultados del estudio de Hayes-Skelton, Calloway,

Roemer, y Orsillo (41). En el mismo, se sugiere que el descentramiento –definido como la capacidad para observar a los pensamientos y sentimientos como eventos discretos en lugar de identificarse con ellos– sería un mecanismo de cambio común entre la terapia de relajación aplicada para el TAG y la terapia conductual basada en la aceptación.

Otro problema asociado con el anterior radica en cómo el creciente énfasis en desarrollar protocolos de tratamiento con apoyo empírico ha llevado a los investigadores en psicología clínica a ignorar la experiencia y perspectiva de los terapeutas (15, 71). En términos generales, esta actitud no ha contribuido a un incremento de la comprensión psicopatológica y efectividad psicoterapéutica (14) y tampoco lo estaría logrando respecto del TAG y la preocupación ex-

cesiva. Asimismo, explica, tal vez por qué, luego de haber realizado una extensa revisión bibliográfica, prácticamente no nos fue posible encontrar estudios que aborden el fenómeno del TAG y la preocupación excesiva desde la perspectiva de los psicoterapeutas.

La única excepción radica en el estudio realizado por Szkodny, Newman y Goldfried (81) quienes encuestaron a 260 terapeutas con variados marcos de referencia teórico-clínico (80 % cognitivo conductual, 7 % psicodinámico, 5 % existencialista/humanista, 5 % sistémico y 3 % otra orientación) para conocer cómo estaban implementando los tratamientos con apoyo empírico (*Empirically Supported Treatments* o ESTs por sus siglas en inglés) específicos para el TAG en su clínica diaria, y los obstáculos con los que se encontraban (efectividad clínica). El objetivo de estos investigadores consistió en buscar aumentar la eficacia de los ESTs específicos para el TAG a partir del feedback de los clínicos. Los resultados de su investigación evidenciaron que 1/3 de la muestra integró elementos de distintos ESTs. También, la mayoría de los participantes planteó variados obstáculos para la implementación de los ESTs que sugerirían problemas de entrenamiento clínico en la muestra encuestada.

El estado del arte descrito hasta aquí no sólo evidencia la necesidad de mayor investigación acerca de cómo aumentar la comprensión y eficacia psicoterapéutica sobre el TAG y la preocupación excesiva, sino que además desprovee a los clínicos de una guía clara respecto a qué modelo y abordaje deben utilizar para asistir a los pacientes con esta problemática. En este sentido, se desconoce cómo están abordando y resolviendo dicho vacío de conocimiento los terapeutas cognitivo conductuales en su práctica habitual de la psicoterapia, objetivo fundamental del presente estudio.

OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO

El objetivo general del presente estudio consistió en caracterizar el abordaje clínico de la preocupación típica del trastorno de ansiedad generalizada, a partir de cómo psicoterapeutas cognitivo conductuales locales la incluían en sus intervenciones. Dicho objetivo se orientó a cumplir con múltiples propósitos: por un lado, intentar trasvasar posibles sesgos presentes entre investigadores y académicos abocados al estudio del TAG, explorando la perspectiva de los clínicos, en forma similar a Szkodny y equipo (81); pero con terapeutas locales y con un setting estandarizado (ver más adelante). Por otro lado, se espera que esta estrategia de acceso a la perspectiva de los clínicos aporte material que provea mayor esclarecimiento de la línea de investigación iniciada por Szkodny y

equipo, al menos localmente. A la vez, contamos con que dicha estrategia contribuya a la reducción del distanciamiento entre clínicos e investigadores (13, 14, 15).

El estudio de la aproximación clínica al TAG forma parte de un programa de investigación más amplio dirigido por el Dr. Andrés Roussos¹, que incluye las tesis doctorales de los dos primeros autores de este artículo (31, 48).

MÉTODOS

Muestra

Este estudio es un análisis secundario de la muestra obtenida durante el año 2011 por Etchebarne, Juan, Gómez Penedo y Roussos (35), cuyo objetivo fue comparar los debates clínicos y de investigación en torno al diagnóstico y conceptualización del TAG por parte de terapeutas psicoanalíticos y cognitivo conductuales, que ejercían su práctica clínica en la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, dichos autores no analizaron específicamente el abordaje clínico sobre la preocupación. En la presente investigación se utilizaron únicamente los 10 participantes de orientación cognitiva conductual, de una muestra original de 20 participantes. La tabla II muestra sus datos demográficos. El marco teórico de los participantes fue identificado por auto denominación. De este modo, se aceptó como participantes a terapeutas autodefinidos como "cognitivos", "cognitivo conductuales", "conductuales", "contextuales" y "cognitivo integrativos".

Como criterio de inclusión, se exigió la membresía a instituciones o asociaciones internacionalmente reconocidas, especializadas en alguna forma de terapia cognitiva conductual. Por esta razón, todos los participantes de este estudio fueron miembros de instituciones validadas por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC), organización componente de la *International Association of Cognitive Psychotherapy* (IACP). Respecto del nivel de formación de los participantes, si bien el mismo fue variable, como mínimo los participantes debían estar cursando algún postgrado especializado en terapia(s) cognitivo conductual(es), con duración mínima de 1 año, y avalado por las instituciones antes descriptas. (ver tabla 2)

Materiales:

- **Material estímulo:** Un material cuasi clínico, desarrollado por Etchebarne y Roussos (33), consistente en una audiograbación de 15 minutos de duración de un paciente adulto ficticio, que cumple los criterios diagnósticos de TAG, según

¹Subsidio UBACyT 2002009100041 (programación 2010-2012) "Evaluación de condiciones moderadoras y mediadoras de la alianza terapéutica. Un estudio naturalístico sobre efectividad en psicoterapia breve cognitivo-integracionista". Director: Dr. Andrés Roussos.

TABLA 2: DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES

TERAPEUTAS COGNITIVO-CONDUCTUALES	
N	10
Género (Fem./Masc.)	7 / 3
Años de exp. (Media/DE)	19 / 12
Años de exp. (Min./Máx.)	1 / 34

el DSM-5 (2). Este material tiene el formato de un monólogo de un paciente, durante una primera entrevista en la que presenta su motivo de consulta. Si bien la misma se inspiró en la viñeta de TAG del libro de casos del DSM-IV (3), cumple los criterios diagnósticos del DSM-5 (2).

- **Clasificación multidimensional de intervenciones psicoterapéuticas (CMIP):** Para la presente investigación se utilizó el nivel de análisis descriptivo de las intervenciones componente de la CMIP (78, 79). En dicho nivel de análisis se definen a las intervenciones como acciones discretas –en este caso, verbalizaciones– realizadas por los terapeutas y dirigidas intencionalmente hacia el paciente con fines psicoterapéuticos. Asimismo, en el nivel descriptivo se segmenta y categoriza a las intervenciones a partir de sus características formales (sintaxis y morfología), independientemente de su contenido, orientación témporo espacial y estrategias que las engloban.

Procedimientos:

Para la recolección de datos, Etchebarne y equipo (35) condujeron entrevistas individuales, semidirigidas, cara a cara, con los terapeutas participantes. Dichos terapeutas fueron contactados utilizando un método de muestreo no probabilístico por bola de nieve. A los mismos se les solicitó (a) que escuchen el monólogo del paciente ficticio sin informarlos respecto al origen ni diagnóstico del material, y (b) que intervengan como si estuvieran frente a un paciente real durante una primera entrevista. Las entrevistas con los terapeutas fueron transcritas para su posterior análisis.

Como puede deducirse en el párrafo anterior, en el presente estudio se utilizó una estrategia de análisis indirecto del abordaje de la preocupación excesiva. Ello posibilitó la captación naturalista de este fenómeno, sin correr el riesgo de sesgar a los participantes por interrogarlos en forma explícita acerca de su forma habitual de trabajar con las preocupaciones de los pacientes. Así, para el análisis de datos, primero se seleccionaron todos aquellos fragmentos de cada entrevista que contuviesen intervenciones vinculadas con el fenómeno de la preocupación. Más

precisamente, aquellas intervenciones en las cuales la palabra “preocupación” era mencionada por el participante, o bien, intervenciones focalizadas en porciones del material estímulo en las que el paciente ficticio se refería a su preocupación.

Como segundo paso del análisis de datos, realizamos un análisis cuantitativo de las intervenciones psicoterapéuticas presentadas por los participantes, con el fin de estimar la proporción de intervenciones enfocadas en el fenómeno de la preocupación. Para realizar la identificación y conteo de las intervenciones psicoterapéuticas, se utilizaron los criterios del nivel descriptivo de análisis de intervenciones presente en la CMIP (78, 79).

En tercer lugar, categorizamos los fragmentos seleccionados, utilizando el método cualitativo consensual (CQR) (45, 47). Dicha metodología de análisis cualitativo implica la generación de dominios, ideas nucleares y categorías a partir del material seleccionado de las entrevistas. Los dominios aluden a diferentes áreas temáticas presentes en cada entrevista. Las ideas nucleares constituyen síntesis de información de cada dominio, de cada entrevista. Finalmente, las categorías agrupan a las ideas nucleares similares presentes en todas las entrevistas (para mayor información sobre esta metodología ver la publicación de Juan, Etchebarne, Gómez Penedo y Roussos (49)).

A partir de la frecuencia de aparición de cada categoría entre los participantes de la muestra clasificamos sus respuestas de la siguiente forma: Categoría general (10 – 9 participantes), categoría típica (8 – 6 participantes), categoría variante (5 – 3 participantes), categoría rara (2 participantes), y categorías unipersonales (1 participante).

RESULTADOS

Los resultados preliminares de la presente investigación fueron publicados por Etchebarne, Juan, Balbi y Roussos (34) como parte de un reporte de avance respecto del abordaje de la preocupación en el TAG realizado por psicoanalistas y terapeutas cognitivo conductuales.

Los resultados del análisis de datos de la presente investigación se describen a continuación:

Todos los psicoterapeutas incluyeron en menor o mayor grado a la preocupación excesiva en sus intervenciones. De este modo, de un total de 315 intervenciones psicoterapéuticas, 191 versaron sobre la preocupación. Esto representa un 61 % de intervenciones focalizadas en la preocupación entre los terapeutas entrevistados. Dentro de esas 315 intervenciones, cada terapeuta cognitivo conductual intervino entre 5 y 32 veces, con una media de 19 intervenciones por terapeuta, y un desvío estándar de 8 intervenciones. Estos resultados se resumen en la *tabla 3*.

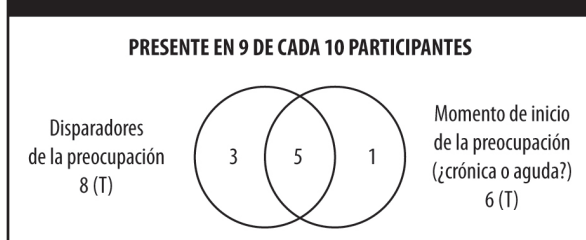
TABLA 3: INTERVENCIONES FOCALIZADAS EN LA PREOCUPACIÓN

TERAPEUTAS COGNITIVO-CONDUCTUALES	
N	315
Preocup. / No Preocup. (Totales)	191 / 124
Preocup. / No Preocup. (%)	61 / 39
Preocup. / No Preocup. (Media/DE)	19 / 8
Preocup. / No Preocup. (Mín./Máx.)	5 / 32

Los resultados del análisis cualitativo (CQR) de los datos se graficaron en diagramas de Venn, ilustrando los casos en que las respuestas de los participantes estuvieron presentes en más de una categoría (ver figuras 1 a 5). En este sentido, es importante que al leer los resultados se tenga en cuenta que no siempre son los mismos sujetos los que pertenecen a cada categoría CQR generada. Por estas razones, es necesario utilizar tanto el texto como las figuras para la correcta apreciación de los datos obtenidos.

El primer dominio identificado se denominó “curso temporal de la preocupación” (ver figura 1). El mismo estuvo presente en 9 de los 10 participantes. 8 participantes (categoría típica) abordaron los posibles disparadores de la actividad de preocuparse, diciendo, por ejemplo, “... él hizo referencia a que esto le pasa desde siempre, si hubo momentos en donde él estaba menos preocupado, y si lo atribuye a alguna situación...”. Asimismo, 5 se centraron en determinar si la preocupación era un fenómeno agudo o crónico (categoría típica), por ejemplo, afirmando que “... le preguntaría hace cuánto es que él piensa que está preocupado constantemente, si es algo que es desde siempre o desde hace algún tiempo...”. Un solo participante se orientó exclusivamente a abordar este último punto.

FIGURA 1: DOMINIO 1 – CURSO TEMPORAL DE LA PREOCUPACIÓN



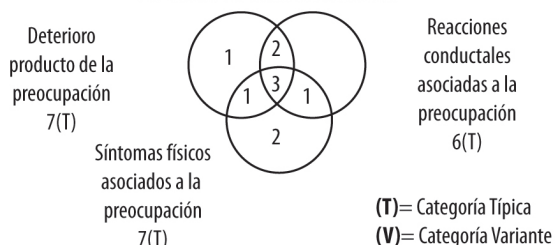
El segundo dominio se denominó “síntomas y conductas asociados a la preocupación” (ver figura 2), estuvo presente en todos los participantes, y se registraron 3 categorías típicas. 7 terapeutas enfocaron sus intervenciones en el malestar o desgaste (deterioro) producto de la preocupación excesiva, por ejemplo,

comunicándole al paciente ficticio que “... la preocupación en realidad no te sirve. En realidad te genera un malestar sobre cosas que, como vos bien decís, después nunca pasan...”. Asimismo, 6 participantes dirigieron sus intervenciones hacia las reacciones conductuales que manifestaba el paciente frente a sus preocupaciones, por ejemplo, interrogándolo acerca de “...qué hace habitualmente en esos momentos, cuando él siente que está ‘enquilombado’...”.

FIGURA 2: DOMINIO 2 – SÍNTOMAS Y CONDUCTAS ASOCIADOS A LA PREOCUPACIÓN

DOMINIO 2: SÍNTOMAS Y CONDUCTAS ASOCIADOS A LA PREOCUPACIÓN

PRESENTE EN 10 PARTICIPANTES



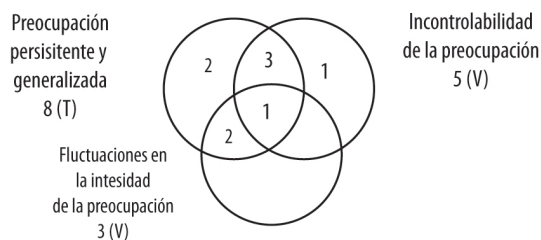
Conceptualización y abordaje del TAG por parte de TCCs de Bs. As. (Etchebarne et al., AATC – 2012)

Por último, 7 participantes orientaron sus intervenciones hacia síntomas físicos asociados a la preocupación excesiva, indagando, por ejemplo, si “... aparte del zumbido, de los mareos, la sudoración; si hay algunos otros síntomas que él siente...”.

El tercer dominio encontrado se denominó “experiencia de la preocupación” (ver figura 3) y estuvo presente en 9 de los 10 participantes. En el mismo, 8 participantes (categoría típica) destacaron en sus intervenciones la omnipresencia (generalizabilidad) y persistencia de las preocupaciones, explicitándole al paciente, “...vos te preocupás por muchas cosas, digamos, diferentes áreas, como la salud de tu papá, la relación con tu mujer, el trabajo, tu familia...”. 5 terapeutas (categoría variante) destacaron la incontrollabilidad de las preocupaciones (ej., “... vos no la podés parar, [la preocupación] es incontrollable...”);

FIGURA 3: DOMINIO 3 – EXPERIENCIA DE LA PREOCUPACIÓN

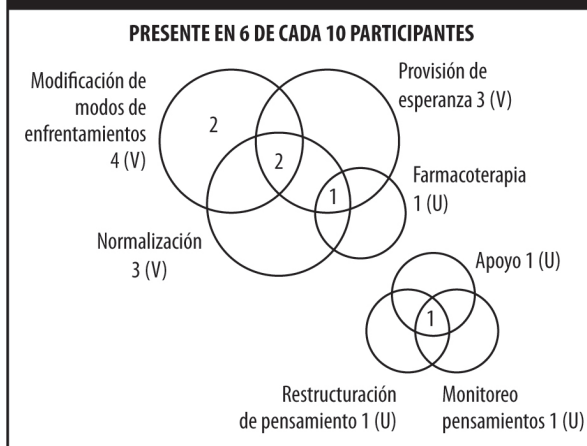
PRESENTE EN 9 DE CADA 10 PARTICIPANTES



mientras que 3 participantes abordaron las fluctuaciones en la intensidad de las preocupaciones (categoría variante), por ejemplo, intentando "... identificar si hay algo que el paciente pueda hacer tranquilo, que pueda terminar y disfrutar, sin pensamientos que lo distraigan...".

El cuarto dominio se denominó "estrategias terapéuticas iniciales sobre la preocupación" y estuvo presente en 6 de los 10 participantes (*ver figura 4*). En este dominio se registraron categorías variantes y unipersonales. El mayor grado de acuerdo se vinculó con intervenciones orientadas a modificar el modo de afrontamiento del paciente, la cual estuvo presente en 4 participantes (categoría variante), por ejemplo, en afirmaciones como "... por ejemplo, ver cuáles son las preocupaciones reales de situaciones concretas y cuáles son las preocupaciones, como vos decías, de cosas que todavía no pasaron. Poder diferenciar eso...". 3 participantes (categorías variantes) se orientaron tanto a proveerle esperanza al paciente (ej.: "... hay tratamientos como para esto. Que se puede, mejorar, se puede de alguna manera regular las preocupaciones..."), como a normalizar la preocupación excesiva del paciente (ej.: "...quizás no hablaría tanto de diagnóstico, ¿no?, sino que vos puedas saber que lo que te pasa le pasa a otra gente, no es algo tan extraño..."). Un participante, además, sugirió farmacoterapia como estrategia terapéutica (categoría unipersonal), anticipándole al paciente que "... si es necesario, se podría evaluar el uso de medicación...".

FIGURA 4: DOMINIO 4 – ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS INICIALES SOBRE LA PREOCUPACIÓN

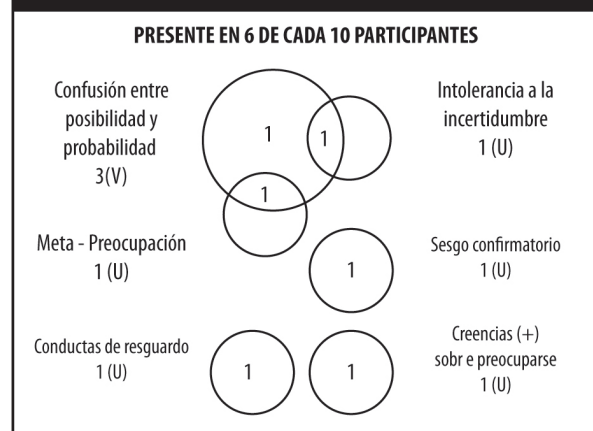


Por último, en otro participante se identificaron 3 categorías unipersonales adicionales: proveer apoyo (ofreciéndole al paciente que cuando la ansiedad llegara hasta determinado grado, y no resulten los pensamientos alternativos, el paciente podría llamarlo por fuera de la sesión), monitoreo de los pensamientos negativos (anticipándole que el tratamiento

implicaba la identificación de aquellos pensamientos que generan malestar, y que deberá anotarlos cuando sienta malestar), y reestructuración de los pensamientos negativos (refiriendo que durante el tratamiento se discutirá qué ideas desadaptativas hacen que el paciente no viva como quiere vivir, y generando pensamientos alternativos).

El quinto dominio se denominó "factores de mantenimiento de la preocupación", y también estuvo presente en 6 de los 10 participantes (*ver figura 5*). En el mismo se identificó una única categoría variante (presente en 3 participantes) en la que se enfatizaba la confusión entre posibilidad y probabilidad (ej.: "...parte de las características de la ansiedad es que aumentan el porcentaje de lo catastrófico. O sea, aumentan la estadística sobre bases ciertas, vos no estás loco, todo lo que pensás puede suceder; pero estadísticamente, aumentás la estadística de tal manera que vivís en zozobra...").

FIGURA 5: DOMINIO 5 – FACTORES DE MANTENIMIENTO DE LA PREOCUPACIÓN



También se identificaron en este dominio las 5 siguientes categorías unipersonales: intolerancia a la incertidumbre (señalándole al paciente que no tolera la incertidumbre, y entonces siempre está queriendo anticipar qué es lo que va a pasar), sesgo confirmatorio (explicándole al paciente que "no se da la oportunidad de comprobar si sus creencias sobre las cosas que pueden pasar son falsas" y que eso "hace como un circuito que cada vez va empeorando porque sigue confirmando la misma creencia"), creencias positivas sobre preocuparse (sugiriéndole al paciente que estaría "usando la preocupación y el pensamiento como una manera de estar prevenido o de poder atacarse"), conductas de reaseguro (interrogando al paciente respecto de "qué cosas hace para que esto no ocurra, ya que tiene esta preocupación de que la mujer lo va a abandonar: ¿Hacés algo para evitar esto? Digamos, buscando ver si existen conductas de reaseguro"), y meta preocupación (señalando que "debe ser preocupante el mismo hecho de estar pensando

como piensa, ya que lleva a preguntarse dónde para esto, cómo van a terminar los pensamientos si cada vez crecen más”).

DISCUSIÓN

Implicancias de los resultados:

El presente estudio apuntó a caracterizar el abordaje clínico de la preocupación, típica del trastorno de ansiedad generalizada, a partir de cómo psicoterapeutas cognitivo conductuales locales la incluían en sus intervenciones.

Los resultados de este estudio muestran claramente la relevancia que se le otorga a la preocupación en la comprensión de la clínica del TAG. La preocupación fue considerada por los 10 participantes a la hora de proponer un abordaje para un paciente TAG, a la vez que el 61 % de sus intervenciones estuvieron específicamente focalizadas en la actividad de preocuparse del paciente. Este resultado pareciera brindar un apoyo clínico a los distintos modelos del TAG que ubican a la preocupación como el síntoma patognomónico por excelencia del cuadro.

Respecto al análisis cualitativo (CQR), llama la atención la ausencia absoluta de categorías generales, y la abundancia de categorías variantes y unipersonales respecto de las estrategias terapéuticas iniciales y factores de mantenimiento de la preocupación excesiva y el TAG, a pesar de que todos los terapeutas trabajaron sobre el mismo paciente ficticio. Esto implica en sí mismo una falta de acuerdo en relación a dichas estrategias terapéuticas iniciales y factores de mantenimiento de la preocupación.

Dicha falta de acuerdo entre los participantes parece sugerir que los terapeutas conceptualizaron el caso (y definieron el abordaje a implementar) sobre la base de aspectos externos a las características del paciente. Estos elementos externos podrían vincularse, por ejemplo, con una mayor familiaridad o preferencia personal con un abordaje en particular, estilos terapéuticos diferentes, desconocimiento o falta de entrenamiento en nuevos modelos y abordajes, falta de flexibilidad para adaptarse al caso en particular; entre otras posibilidades. Estos resultados replicarían algunos de los hallazgos de la investigación de Szkodny y colegas (81), quienes identificaron integraciones personalizadas de tratamientos con soporte empírico (ESTs). En este sentido, se desconoce si esta falta de acuerdo refleja problemas de entrenamiento en los terapeutas, o bien, la existencia de equifinalidad en el tratamiento de pacientes con TAG.

Dada la ausencia de evidencias confiables de eficacia diferencial respecto de los distintos abordajes cognitivo conductuales del TAG (25), en primera instancia, la variabilidad o equifinalidad observada

en la conceptualización y abordaje de este cuadro clínico no contradice los principios de la práctica en psicología basada en la evidencia (4). Sin embargo, algunas investigaciones recientes comienzan a indicar que no todos los caminos llevan a Roma.

Estos “caminos diferenciales” comienzan a vislumbrarse en los trabajos de Newman y equipo (62, 63), durante el desarrollo y evaluación de la terapia interpersonal y de procesamiento emocional. Dicho abordaje integrativo intentó superar a los existentes, secuenciando módulos de terapia cognitiva conductual con módulos de entrenamiento en habilidades sociales y procesamiento emocional. No obstante, los resultados de su primer estudio clínico randomizado indicaron que la integración de dichas técnicas interpersonales y emocionales no logró aumentar la eficacia de la TCC del TAG.

En un análisis secundario de la investigación realizada por Newman y equipo, Newman, Castonguay, Jacobson, y Moore (64) descubrieron que los pacientes con un estilo de apego inseguro y evitativo respondían mejor a su abordaje integrativo, y que aquellos con un apego ansioso-irritable respondían peor al mismo (en comparación a un grupo que recibió TCC y escucha empática). En este sentido, estos autores aportaron evidencias respecto del efecto moderador del estilo de apego del paciente sobre la respuesta al tratamiento. También, en una investigación previa, este equipo de investigadores reportaron que la duración del TAG también moderaba la respuesta al tratamiento, donde los individuos con un TAG más longevo respondían mejor a abordajes más breves que sólo incluían algunos componentes de la terapia cognitiva conductual, mientras que los pacientes con un TAG de menor duración respondían mejor a tratamientos más abarcativos con más técnicas de afrontamiento (61).

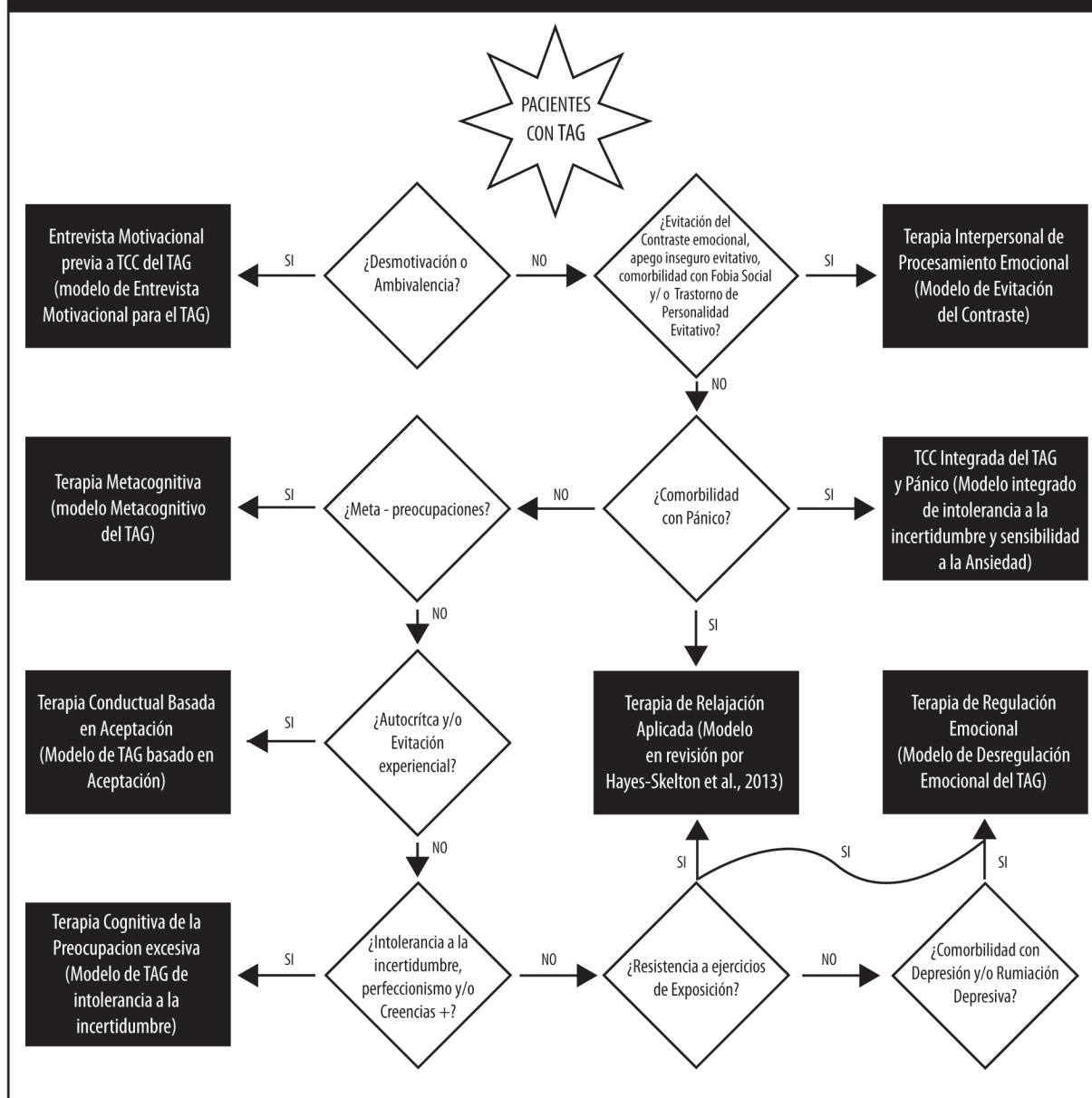
EL “ALGORITMO TAG”: UNA PROPUESTA TRANS-ABORDAJE UNIFICADORA DE CRITERIOS PARA ABORDAJE DEL TAG

Consideramos que formalizar estrategias trans-abordaje, basadas en evidencias científicas, podría potenciar la asistencia a pacientes con estas características. Por estas razones, hemos analizando las indicaciones y focos o énfasis diferenciales de los tratamientos específicos del TAG con mayores evidencias de eficacia, con el fin de generar el siguiente “algoritmo TAG” (ver diagrama de flujo en la figura 6), que guíe la selección del tratamiento en base su mejor ajuste con las características preponderantes del paciente, con la intención de que dicho emparejamiento pudiera moderar favorablemente su respuesta al tratamiento. En base a dicho análisis, generamos los siguientes 8 criterios de toma de decisión clínica:

1. Elevada desmotivación o ambivalencia respecto al cambio: en estos casos convendría utilizar el abordaje integrativo de TCC y entrevista motivacional desarrollado por Westra y equipo (90, 91), por su foco específico en aumentar la motivación para el cambio.
2. Apego inseguro evitativo, evitación del contraste emocional, comorbilidad con fobia social y/o un trastorno de personalidad: en estos casos sería recomendable la terapia interpersonal de procesamiento emocional (62, 63), dadas las evidencias de moderación reportadas por Newman y equipo (64).
3. Comorbilidad con pánico: en pacientes con TAG y trastorno de pánico podría utilizarse a la terapia de relajación aplicada que posee evidencias de eficacia fuertes para el TAG y modestas para el pánico (32), o bien la TCC combinada para TAG y pánico desarrollada por Labrecque y equipo (52, 53), basándose en un modelo de una doble vulnerabilidad: intolerancia a la incertidumbre e intolerancia a las sensaciones corporales (sensibilidad a la ansiedad).
4. TAG, depresión y/o elevada rumiación depresiva: en estos casos se recomienda la terapia de regulación emocional (58, 59) porque fue desarrollada, justamente, para cuadros comórbidos de TAG y depresión. Además, podría ser más útil para pacientes depresivos muy rumiativos que si bien se beneficiarían de un abordaje basado en *mindfulness*, suelen presentar mayor resistencia o desmotivación a abordajes centrados en *mindfulness* (22, 39). Como la terapia de regulación emocional posee una fase inicial de entrenamiento en relajación progresiva, la misma podría servir de paso intermedio y facilitador de la práctica de *mindfulness*.
5. Intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo y/o creencias positivas sobre preocuparse: en pacientes con TAG, elevada intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo y/o preponderancia de creencias positivas sobre preocuparse, pareciera ser más recomendable implementar al abordaje cognitivo centrado en la preocupación excesiva, desarrollado por Dugas y equipo (26, 27, 29), ya que conceptualiza explícitamente al perfeccionismo como manifestación de intolerancia a la incertidumbre y posee un módulo especialmente focalizado en la reestructuración de dichas creencias positivas.
6. Autocrítica y/o evitación experiencial: en pacientes con TAG, elevada autocrítica y reacción negativa a experiencias internas (ej., miedo a la tristeza), pareciera ser más recomendable implementar la terapia conductual basada en aceptación (43, 75, 76, 77) ya que prioriza la aceptación de experiencias internas tanto emocionales como cognitivas.
7. Preponderancia de meta preocupaciones: en pacientes con intensa meta preocupación, pareciera más apropiada la terapia metacognitiva por su foco central en reestructurar las meta preocupaciones y desactivar la supresión de pensamientos asociada (86).
8. Resistencia o rechazo a ejercicios de exposición: en aquellos pacientes con TAG que no hayan presentado una respuesta favorable a tratamientos basados en técnicas de exposición; o que directamente se opongan a ellas, la terapia de relajación aplicada y la terapia de regulación emocional podrían resultar la alternativa más conveniente ya que la fase inicial de entrenamiento en relajación presente en ambos abordajes disminuye la ansiedad y preocupación del paciente, aumentando su autoeficacia, y animándolo posteriormente a exponerse a situaciones de ansiedad durante la fase aplicada o guiada por valores, respectivamente (17, 37). (*ver figura 6*)

Posibles objeciones a esta propuesta de selección del modelo y abordaje del TAG en base a características del paciente radican en: (a) el costo de entrenamiento en los diversos modelos y abordajes del TAG y (b) en la eficiencia (en términos de costo-beneficio) de evaluar tantas características en los pacientes. Respecto a la primera crítica, esta estrategia no requiere que un terapeuta esté entrenado en la totalidad de modelos y abordajes del TAG, sino que conozca la especificidad de los mismos para poder derivar pacientes a colegas que estén formados en el modelo y abordaje que más beneficiaría al paciente.

Respecto a la evaluación de estas variables potencialmente moderadoras, la misma es muy eficiente, ya que puede complementarse la evaluación clínica con breves escalas psicométricas propuestas por los desarrolladores de cada modelo y abordaje. Las más utilizadas son el Cuestionario de Preocupación del Penn State (PSWQ), desarrollado por Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec (60), y adaptado a la Argentina por Rodríguez Biglieri y Vetere (72); el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), desarrollado por Bond y equipo (16), y en adaptación por García Díaz, Morán, y Olaz (38); la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (EII), desarrollada por Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, y Ladouceur (36), adaptada localmente por Rodríguez de Behrends y Brenlla (73); el cuestionario ¿Por qué preocuparse?-II (WW-II), desarrollado por Herbert, Dugas, Tulloch, y Holowka (44), el Cuestionario de Metacogniciones (MCQ-30), desarrollado por Wells y Cartwright-Hatton (87), el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3), desarrollado por Taylor y colegas (82), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que mide principalmente sintomatología de activación (8); la escala de perfeccionismo Almost Perfect

FIGURA 5: ALGORITMO TAG PARA SELECCIÓN DE MODELOS Y ABORDAJES EN BASE A CARACTERÍSTICAS PREPONDERANTES DE LOS PACIENTES Y ÉNFASIS DEL TRATAMIENTO


Scale-Revised (APS-R), desarrollada por Slaney, Moley, Trippi, Ashby, y Johnson (sin publicar), y adaptada localmente por el equipo de Keegan (5, 6); entre otros instrumentos. Más recientemente, Newman y equipo (57, 68) desarrollaron y validaron dos cuestionarios de evitación del contraste para identificar y medir creencias y conductas vinculadas a la evitación de experiencias emocionalmente contrastantes. Estos son el Cuestionario de Evitación del Contraste – Preocupación (CAQ-W) y el Cuestionario de Evitación del Contraste – Emoción General (CAQ-GE). El primero se focaliza en la preocupación excesiva y consiste en una adaptación de las preguntas del WW-II, y

el segundo, consiste en una medida transdiagnóstica de la evitación del contraste emocional. Lamentablemente, ambos cuestionarios no están disponibles aún.

Por último, podría criticarse que la estrategia de selección de modelos y abordajes propuesta llevaría a los terapeutas a integrar a su práctica estrategias teóricamente incompatibles o a combinar técnicas en forma atórica; es decir, a realizar lo que Lazarus (55) definió como Eclecticismo Asistemático. Sin embargo, la propuesta de utilizar el algoritmo TAG es congruente con la noción de eclecticismo técnico, consistente en posicionarse desde alguna teoría global con apoyatura empírica que guíe al terapeuta en el proceso de

selección e implementación de procedimientos psicoterapéuticos (por ejemplo, en el caso de Lazarus, las teorías cognitivas y sociales sobre el aprendizaje), a partir de la cual se seleccione y evalúe la efectividad de técnicas de variado origen, desestimando las teorías que dieron cuna a dichas técnicas (55, 56).

En el caso del tratamiento del TAG el eclecticismo técnico desde una orientación cognitiva conductual se facilita aún más ya que todos los modelos y abordajes desarrollados específicamente para este trastorno comparten como denominador común una orientación teórica de base cognitivo conductual contextual, salvo la terapia de relajación aplicada que era considerada como un abordaje conductual de primera generación (40). No obstante, esta última ha sido recientemente reconceptualizada desde los modelos de tercera generación, proponiéndose que la relajación aplicada promueve aceptación de las experiencias internas, acción guiada por valores (93), auto-compasión, y descentramiento (41, 42). Asimismo, la propuesta del algoritmo TAG también es congruente con la posición de Beck y equipo (1, 7) – afín al eclecticismo técnico de Lazarus (55, 56) – al definir a la terapia cognitiva como un abordaje integrativo:

Las técnicas pueden ser seleccionadas de otros enfoques psicoterapéuticos, siempre que se cumplan los siguientes criterios: (1) los métodos son consistentes con los principios de la terapia cognitiva y están relacionadas lógicamente con la teoría del cambio terapéutico; (2) la selección de técnicas se basa en una conceptualización integral del caso que tiene en cuenta las características del paciente (capacidad introspectiva, habilidades para resolver problemas, etc.); (3) se emplean el empirismo colaborativo y el descubrimiento guiado, y (4) la estructura estándar de la entrevista es seguida, a menos que existan hechos que argumentan fuertemente en contra del formato estándar (7)

LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO

El presente trabajo es de naturaleza exploratoria, su método de muestreo impide estimar el grado de generalización de los resultados, y las intervenciones presentadas por los terapeutas participantes han surgido en un contexto pre-experimental donde no era posible un intercambio bidireccional entre paciente y terapeuta.

Si bien el material surge del contexto de una primera entrevista, ello no debería representar una limitación para obtener la información de interés ya que Beck, Rush, Shaw, y Emery (10) explicaron que la socialización del tratamiento debería realizarse "... durante la mayor parte de la primera y mucha de la segunda sesión...El terapeuta intenta hacer el trata-

miento tan comprensible y creíble como sea posible". En este sentido, bastaría con la primera entrevista para identificar el abordaje inicial de la preocupación y del TAG.

Por último, si bien el hecho de utilizar una estrategia de análisis indirecto previno riesgos de sesgar las respuestas de los participantes, la contrapartida de dicho abordaje metodológico consiste en que no permite explorar aquello que los participantes piensan respecto de la preocupación, pero no explicitaron en sus intervenciones. Por estas razones, los resultados aquí expuestos deben interpretarse con cautela, más bien, en términos de generación de hipótesis para ser puestas a prueba en futuras investigaciones.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

El algoritmo TAG requiere de mayores investigaciones que evalúen si el mismo efectivamente potencia los tratamientos actuales. En este sentido, si se continúan realizando investigaciones orientadas a identificar principios activos comunes entre los distintos abordajes del TAG y aquellos factores que modifiquen la respuesta al tratamiento, es esperable un continuo refinamiento y personalización sistemática de los tratamientos del TAG, que logre aumentar definitivamente su eficacia, efectividad y eficiencia. En este sentido, ello posibilitará determinar la utilidad clínica del algoritmo TAG u otra estrategia superadora, e identificar en qué casos es factible y deseable la equifinalidad en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alford, B. A. & Beck, A. T. *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press, 1997.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Libro de casos. Compañero del DSM- IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*. Barcelona: Masson, S. A., 1994/1996.
4. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *Evidence-Based Practice in Psychology*. *American Psychologist* 2006; 61(4): 271-285.
5. Arana, F., Keegan, E. G., y Rutzstein, G. Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar* 2009; 9: 35-53.
6. Arana, F., Scappatura, M. L., Lago, A., y Keegan, E. G. Traducción y Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: La escala APS-R (Almost Perfect Scale). Fase preliminar. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.
7. Beck, A. T. *Cognitive Therapy as the Integrative Therapy. Comments on Alford and Norcross' Cognitive Therapy as Integrative Therapy*. *Journal of Psychotherapy Integration* 1991; 1(3): 191-198.

8. Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., y Steer, R. A. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56(6): 893-897.
9. Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective. (Ed. rev. 2005). Cambridge: Basic Books, 1985.
10. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press, 1979.
11. Behar, E., Dobrow DiMarco, I., Hekler, E. B., Mohlman, J., y Staples, A. M. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23: 1011-1023.
12. Bernstein, D. A., Borkovec T. D., y Hazlett-Stevens, H. New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals. Connecticut: Praeger, 2000.
13. Beutler, L. E. Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment* 2000; 3(1): 1-16.
14. Beutler, L. E. Making Science Matter in Clinical Practice: Redefining Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009; 16(3): 301-317.
15. Beutler, L. E., Williams, R. E., y Wakefield, P. J. Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist* 1995; 50(12): 984-994.
16. Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, M., Orcutt, H. K., et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy* 2011; 42: 676-688.
17. Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., y Behar, E. An Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. Menning (Comps.), *Generalized Anxiety Disorder. Advances in Research and Practice* [Versión electrónica]. New York: Guilford Press, 2004. Obtenido el 22/02/12 de <http://books.google.com.ar/books?id=klrXMNzWhNMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
18. Borkovec, T. D., e Inz, J. The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity. *Behavioral Research and Therapy* 1990; 28(2): 153-158.
19. Borkovec, T. D., y Sharpless, B. Generalized Anxiety Disorder. Bringing Cognitive-Behavioral Therapy into the Valued Present. En S. C. Hayes, V. M. Follette, y M. M. Linehan (Comps.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209-242). New York: The Guilford Press, 2004.
20. Castonguay, L. G. Psychotherapy, Psychopathology, Research and Practice: Pathways of Connections and Integration. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research* 2011; 21(2): 125-40. doi:10.1080/10503307.2011.563250
21. Clark, D. A., y Beck, A. T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice. New York: Guilford Press, 2010.
22. Crane, C. y Williams, J. M. G. Factors Associated with Attrition from Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with a History of Suicidal Depression. *Mindfulness* 2010; 1:10-20.
23. Crits-Christoph, P. Psychodynamic-Interpersonal Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science and practice* 2002; 9 (1),: 81-84.
24. Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Azarian, K., Crits-Christoph, K., y Shappell, S. An Open Trial of Brief Supportive-Expressive Psychotherapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy* 1996; 33: 418-430.
25. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huivers, M., Berking, M., y Anderson, G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2014; 34: 130-140.
26. Dugas, M. J. y Robichaud, M. Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder. From Science to Practice. New York: Routledge, 2007.
27. Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., y Freeston, M. H. Generalized Anxiety Disorder: A preliminary Test of a Conceptual Model. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36: 215-226.
28. Dugas, M. J., y Ladouceur, R. Treatment of GAD: Targeting Intolerance of Uncertainty in Two Types of Worry. *Behavior Modification* 2000; 24: 635-657.
29. Dugas, M. Terapia cognitiva-comportamental de la ansiedad patológica y la preocupación excesiva. Trabajo presentado como workshop de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, Buenos Aires, Junio, 2008.
30. Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, K. G., Power, K. G., y Major, K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine* 2003; 33: 499-509.
31. Etchebarne, I. Estrategias Psicoterapéuticas Iniciales para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tesis doctoral para el Doctorado en psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2014.
32. Etchebarne, I. Terapia de relajación aplicada: una reconceptualización desde los desarrollos Cognitivo-Conductuales de 3ra generación y nuevas evidencias. Conferencia a publicarse en las Memorias del XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual (ALAMOC). Panamá: CLAMOC, en prensa, 2016.
33. Etchebarne, I. y Roussos, A. Modelo de protocolo para presentación de un material estímulo y obtención de datos demográficos de participantes en una investigación. Documento de trabajo 252, Universidad de Belgrano, 2010. Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/252_etchebarne.pdf
34. Etchebarne, I., Juan, S., Balbi, P. R., y Roussos, A. J. El abordaje clínico de la preocupación en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Resultados preliminares. *Anuario de Investigaciones* 2012; 19: 215-223.
35. Etchebarne, I., Juan, S., Gómez Penedo, J. M., y Roussos, A. J. Clinical and Research Debates about Generalized Anxiety Disorder among Cognitive-Behavioral Therapists and Psychoanalysts: A Consensual Qualitative Research (CQR) approach. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, en prensa, 2016.
36. Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., y Ladouceur, R. Why Do People Worry? *Person individ Diff* 1994; 17(6): 791-X02.
37. Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., y Ritter, M. Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* 2013; 20: 282-300.
38. García Díaz, M., Morán, V. E., y Olaz, F. O. Argentinean Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). Manuscrito en preparación.
39. Hanley, A. W., Abell, N., Osborn, D. S., Roehrig, A. D., y Canto, A. I. Mind the Gaps: Are Conclusions About Mindfulness Entirely Conclusive? *Journal of Counseling & Development* 2016; 94: 103-113.
40. Hayes, S. C. Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies Mindfulness, Acceptance, and Relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follette, y M. M. Linehan (Comps.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: The Guilford Press, 2004.

41. Hayes-Skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., y Orsillo, S. M. Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83(2): 395-404.
42. Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., Orsillo, S. M., y Borkovec, T. D. A Contemporary View of Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 2013; 42(4): 292-302.
43. Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., y Orsillo, S. M. An Acceptance-Based Behavioral Therapy for Individuals With Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* 2013; 20: 264-281.
44. Herbert, E. A., Dugas, M. J., Tulloch, T. G., y Holowka, D. W. Positive beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II. *Personality and Individual Differences* 2014; 56: 3-8.
45. Hill, C. Consensual Qualitative Research (CQR) [En red]. Webinar organizado por la Society for Psychotherapy Research (SPR). Noviembre, 2010. Obtenido el 7/09/2011 de <http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=305>
46. Hill, C.; Knox, S.; Thompson, B.; Nutt Williams, E.; Hess, S. y Ladany, N. () Consensual Qualitative Research: An Uptade. *Journal of Counseling Psychology* 2005; 52 (2): 196-205.
47. Hill, C.; Thompson, B., y Nutt-Williams, E. A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist* 1997; 25(4): 517-572.
48. Juan, S. Inferencias pronósticas e intervenciones en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tesis doctoral para el Doctorado en psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2014.
49. Juan, S., Gómez Penedo, J. M., Etchebarne, I. y Roussos, A. J. El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): Una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, Vol. XVIII, Tomo I, 47-56. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2011.
50. Kertz, Bigda-Peyton, Rosmarin, y Björgvinsson, T. The importance of worry across diagnostic presentations: Prevalence, severity and associated symptoms in a partial hospital setting. *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26: 126-133.
51. Kivstadal D. J. T. A Randomized Controlled Trial of Metacognitive Therapy vs. Cognitive Behavioral Therapy vs. Waiting List in the Treatment of Adults with Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Analysis [Thesis], Norwegian University of Science and Technology, 2011.
52. Labrecque, J., Dugas, M. J., Marchand, A., y Letarte, A. Cognitive-behavioral therapy for comorbid generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia. *Behavior modification* 2006; 30(4): 383-410.
53. Labrecque, J., Marchand, A., Dugas, M. J., y Letarte, A. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification* 2007; 31(5): 616-637.
54. Lampropoulos, G. K., Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Lambert, M. J., Stiles, W. B., & Nestoros, J. N. What Kind of Research Can We Realistically Expect from the Practitioner? *Journal of clinical Psychology* 2002; 58(10): 1241-1264.
55. Lazarus, A. A. In Support of Technical Eclecticism. *Psychological Reports* 1967; 21: 415-416.
56. Lazarus, A. A., y Beutler, L. E. On Technical Eclecticism. *Journal of Counseling & Development* 1993; 71: 381-385.
57. Llera, S. J., y Newman, M. G. Development and validation of two measures of emotional contrast avoidance: The Contrast Avoidance Questionnaires. En evaluación, 2016.
58. Mennin, D. S. Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2004; 11: 17-29.
59. Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., y Heimberg, R. G. An Open Trial of Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder and Co-occurring Depression. *Depress Anxiety*. Depression and Anxiety 2015; 0: 1-10.
60. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav. Res. Ther* 1990; 28(6): 487-495.
61. Newman, M. G. y Fisher, A. J. Mediated Moderation in Combined Cognitive Behavioral Therapy Versus Component Treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2013; 81(3): 405-414. doi:10.1037/a0031690
62. Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D. y Molnar, C. Integrative Psychotherapy. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder* (pp. 320-350). New York, NY: Guilford Press, 2004.
63. Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E., y Nordberg, S. S. A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder With Integrated Techniques From Emotion-Focused and Interpersonal Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(2): 171-181.
64. Newman, M. G., Castonguay, L. G., Jacobson, N. C., y Moore, G. A. Adult Attachment as a Moderator of Treatment Outcome for Generalized Anxiety Disorder: Comparison Between Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Plus Supportive Listening and CBT Plus Interpersonal and Emotional Processing Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015; 83(5): 915-925.
65. Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., y Castonguay, L. G. Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 2013; 9: 275-297. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544
66. Newman, M. G., y Anderson, N. L. Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2007; 16: 7-20.
67. Newman, M. G., y Llera, S. J. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review* 2011; 31: 371-382.
68. Newman, M. G., y Llera, S. J. El modelo de la Evitación del Contraste y la Terapia Interpersonal y de Procesamiento Emocional. En I. Etchebarne y A. J. Roussos (Comps.). *El Trastorno de Ansiedad Generalizada: Nuevos modelos, tratamientos y debates de investigación*. Manuscrito en preparación.
69. Normann, N., van Emmerik, A. A. P., y Morina, N. The Efficacy of Metacognitive Therapy Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Depression and Anxiety* 2014; 31: 402-411.
70. Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Sawchuk, C. N., y Ciesielski, B. G. Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Applied and Preventive Psychology* 2010; 14(1-4): 1-24. doi:10.1016/j.appsy.2011.03.001
71. Polkinghorne, D. Research and Practitioner Decision Making [En red]. Newsletter 2006; 40, Center for Kvalitativ Metodeudvikling, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Aarhus University. Obtenido el 16/03/2011 de <http://psy.au.dk/en/research/research-centres/center-for-kvalitativ-metodeudvikling/newsletter/2006/newsletter-40-june-2006/>
72. Rodríguez Biglieri, R., y Vetere, G. L. Psychometric Characteristics of the Penn State Worry Questionnaire in an Argentinean Sample: A Cross-Cultural Contribution. *The Spanish Journal of Psychology* 2011; 14(1): 452-463.

73. Rodríguez de Behrends, M., y Brenlla, M. L. Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria* 2015; 32(2): 261-274 .
74. Roemer, L., Orsillo, S. M. y Barlow, D. H. Generalized Anxiety Disorder. En D. H. Barlow (Comp.), *Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2da ed.). New York: The Guilford Press, 2002/2004.
75. Roemer, L., y Orsillo, S. M. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy* 2007; 38: 72-85.
76. Roemer, L., y Orsillo, S. M. Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive- Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9(1): 54-68. doi:10.1093/clipsy.9.1.54
77. Roemers, L., Salters, K., Raffa, S. A. y Orsillo, S. M. Fear and Avoidance of Internal Experiences in GAD: Preliminary Tests of a Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research* 2005; 29(1): 71-88.
78. Roussos, A. J., Etchebarne, I., y Waizmann, V. Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. Año 2005 2006; 12: 51-61.
79. Roussos, A. J., Waizmann, V., y Etchebarne, I. Un esquema clasificatorio para las intervenciones en Psicoterapia. Publicado en *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, educación, justicia y trabajo*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Agosto. Tomo I, 98-101, 2003.
80. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W, y Löwe, B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166: 1092-7.
81. Szkodny, L. E., Newman, M. G., y Goldfried, M. R. Clinical Experiences in Conducting Empirically Supported Treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy* 2014; 45: 7-20.
82. Taylor, S., Cox, B. J., Heimberg, R. H., Roth Ledley, D. Holaway, R. A., Steward, S. H., et al. Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment* 2007; 19(2): 176-188.
83. Timulak, L., y McElvaney, J. Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Overview of the Model. *J Contemp Psychother* 2015; 46(1): 41-52. DOI 10.1007/s10879-015-9310-7.
84. van der Heiden, C., Melchior, K., y de Stigter, E. The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2013; 43(3): 151-157.
85. van der Heiden, C., Muris, P., y van der Molen, H. T. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2012; 50: 100-109.
86. Wells, A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide* [versión de Kindle]. West Sussex: John Wiley & Sons, 1997.
87. Wells, A., y Cartwright-Hatton, S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42: 385-396.
88. Westen, D., Novotny, C. M., y Thompson-Brenner, H. EBP ≠ EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin* 2005; 131(3): 427-433.
89. Westra, H. A., Arkowitz, H. y Dozois, D. J. A. Adding a Motivational Interviewing Pretreatment to Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23(8): 1106-1117. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.014
90. Westra, H. A., Aviram, A., Barnes, M., y Angus, L. Therapy was not what I expected: A preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitive behavioural therapy. *Psychotherapy Research* 2010; 20(4): 436-446.
91. Westra, H. A., y Dozois, D. J. A. Motivational Interviewing Adapted for Anxiety. Manuscrito sin publicar, 2003.
92. Westra, H. A., y Dozois, D. J. A. Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety. *Cogn Ther Res* 2006; 30: 481-498. DOI 10.1007/s10608-006-9016-y
93. Zargar, F., Farid, A. A. A., Atef-Vahid, M-K., Afshar, H., y Omid, A. Comparing the effectiveness of acceptancebased behavior therapy and applied relaxation on acceptance of internal experiences, engagement in valued actions and quality of life in generalized anxiety disorder. *J Res Med Sci* 2013;18(2): 118-122.