

## Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada

### *Cognitive-behavioral models of Generalized Anxiety Disorder*

#### Resumen

Garay, C.J.\*  
Donati, S.\*\*  
Ortega, I.\*\*\*  
Freiría, S.\*\*\*\*  
Rosales, G.\*\*\*\*\*  
Koutsovitis, F.\*\*\*\*\*

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es frecuentemente crónico, de considerable prevalencia, elevada comorbilidad, importantes costos para pacientes, su familia, el sistema de salud, y de mala respuesta a los tratamientos existentes. Dada la envergadura del problema clínico, se considera necesario acercar a clínicos e investigadores las perspectivas actuales sobre el mismo. Con ese objetivo, se presentan las características principales de los siguientes modelos: modelo de la preocupación como evitación, modelo de desregulación emocional, terapia con-

ductual basada en aceptación, modelo de la intolerancia a la incertidumbre, modelo metacognitivo, modelo de evitación del contraste emocional y terapia cognitiva estándar. Se comparan y discuten brevemente semejanzas y diferencias y se concluye en la necesidad del desarrollo colaborativo de modelos psicopatológicos de comprensión y estrategias clínicas que permitan aliviar el padecimiento de las personas afectadas.

*Palabras clave:* Trastorno de Ansiedad Generalizada, TAG, Terapias cognitivo-con-

---

\*Dr. en Psicología. Proyecto UBACyT, Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE) de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. E-mail: cristiangularay@psi.uba.ar. Autor responsable de la correspondencia.

\*\*Lic. En Psicología. Proyecto UBACyT, Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE) de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

\*\*\*Lic. En Psicología. Proyecto UBACyT, Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE) de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

\*\*\*\*Medico. Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE) de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

\*\*\*\*\* Lic. En Psicología. Proyecto UBACyT, Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE) de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

\*\*\*\*\* Lic. En Psicología. Proyecto UBACyT, Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE) de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

ductuales, TCC, modelos psicológicos

### Abstract

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is frequently chronic, considerable prevalence, high comorbidity, significant costs for the patients, its family, the health system, and poor response to existing treatments. Given the importance of the clinical problem, it is considered necessary to bring clinicians and researchers to the current perspectives on it. With that aim, the main characteristics of the following cognitive behavioral models are presented for their understanding and therapeutic approach: worry as avoidance model, emotion dysregulation model, acceptance-based behavioral therapy, intolerance of uncertainty's model, metacognitive model, contrast avoidance model and the cognitive model. Their similarities and differences are briefly compared and discussed, and the need for collaborative development of psychopathological models of understanding as well as clinical strategies and tools to alleviate the suffering of affected people is concluded.

*Keywords:* Generalized Anxiety Disorder, GAD, Cognitive-Behavioral Therapies, CBT, psychological models.

### Introducción

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un problema clínico cuya definición es relativamente reciente, en comparación con otros trastornos mentales (Brown, O'Leary & Barlow, 1993). Recién hacia fines de los años '80 se alcanza un consenso sobre un criterio específico, la preocupación excesiva, en el sistema diagnóstico operativo de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1987).

La definición actualmente acordada y vigente se centra en la ansiedad y preocupación excesivas sobre diversos sucesos o actividades durante la mayoría de los días y establece una duración mínima de 6 meses (APA, 2013) y los estudios de prevalencia arrojan un 3,7% (DE=0,1%) a lo largo de la vida, 3 a 1 en la relación mujeres a hombres y asociado a soltería, desempleo y menor nivel educativo (Ruscio et al., 2017). Es el trastorno de ansiedad más frecuente en centros de atención primaria (Wittchen, 2002).

El TAG es un cuadro subdiagnosticado en la práctica clínica. La duración promedio de dicha patología, previo a realizar tratamiento, es de 25 años, volviéndose un cuadro crónico, con un marcado impacto en la calidad de vida, elevado malestar y limitaciones en áreas de funcionamiento (Henning, Turk, Mennin, Fresco, & Heimberg, 2007; Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008; Newman & Fischer, 2013; Olatunji, Cisler & Tolin, 2007; Yonkers, Dyck, Warshaw, & Keller, 2000). Esto es relevante en la medida en que a mayor duración del TAG, peor es el pronóstico del paciente y menos probable el éxito terapéutico (Etchebarne, 2014). Asimismo, se observan reducciones significativas en la productividad laboral, elevado uso de recursos sanitarios y una carga económica sustancial (Wittchen, 2002). Los pacientes afectados por este trastorno sufren por preocupaciones crónicas e incontrolables que afectan negativamente su estado de ánimo, presentan sintomatología física (dificultades atencionales, irritabilidad y/o dificultades en el sueño, tensión muscular, "nervios" constantes, temblores, dolores o molestias musculares, espasmos, sudoración, mareos,

taquicardia, síndrome de intestino irritable, cefaleas, cervicalgias, fatiga, entre otros). Los contenidos de las preocupaciones de los pacientes se focalizan en las relaciones interpersonales, responsabilidades laborales, finanzas, salud de los familiares y propia, entre otros (APA, 2013).

Entre el 75 y el 90% de los pacientes con TAG presentan además otro trastorno mental (Carter, Wittchen, Pfister, & Kessler, 2001). Se asocia principalmente al trastorno depresivo mayor (del 40 hasta el 74%), otros trastornos de ansiedad, trastorno disruptivo del comportamiento y trastornos relacionados con sustancias (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Presenta características en común con los trastornos depresivos, tanto que se ha discutido si debería incluirse en ese grupo, dada la indiferenciación tanto genotípica como fenotípica de ambos cuadros (Kendler, Gardner, Gatz & Pedersen, 2007). En cuanto al abuso de sustancias, suelen recurrir al abuso del alcohol u otras sustancias como estrategia de afrontamiento frente a las preocupaciones sistemáticas (Smith & Book, 2010). Diversos autores han resaltado la relación del TAG con rasgos estables de la personalidad (Gomez & Francis, 2003), dado que el mismo suele comenzar en la juventud y, como se ha dicho, presenta frecuentemente un curso crónico.

Existe creciente evidencia que sustenta que el TAG y los trastornos de ansiedad en general presentan factores neurobiológicos implicados en su instauración. Los estudios sugieren la existencia de un componente genético significativo en el desarrollo de los circuitos cerebrales de la ansiedad (Hettema, Neale & Kendler, 2001; Katsuragi, Kunugi, Sano,

Tsutsumi, Isogawa, Nanko, & Akiyoshi, 1999). Esta hipótesis es compatible con los hallazgos de rasgos ansiosos a temprana edad que luego permanecen consistentes a lo largo de la vida (Hirshfeld et al., 1992; Leonardo & Hen, 2008). Incluso los rasgos temperamentales normales muestran heredabilidad (Katsuragi et al., 1999).

Entre las experiencias tempranas asociadas con el desarrollo del TAG, al igual que con otros trastornos de ansiedad, se encuentran traumas, pérdida o separación de los padres, estilo de apego ansioso (Kendler et al., 2007; Van der Heiden, Methorst, Muris & Van der Molen, 2010), enfermedad mental en un miembro de la familia, hospitalizaciones prolongadas, entre otros (Kagan, Reznick & Snidman, 1988). Desde el punto de vista neurobiológico, las mencionadas experiencias tempranas modifican la expresión fenotípica de los genes de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad. Esto se traduce en alteraciones en la estructura cerebral, la señalización por medio de neurotransmisores y consecuentemente en la forma en que funciona el cerebro (Lesch, Zeng, Reif & Gutknecht, 2003), especialmente en la estructura y función de la amígdala (Stein, Lerer & Stahl, 2012). Las dimensiones de la personalidad relacionadas con la ansiedad (como la evitación de daños, la preocupación anticipatoria o el miedo a la incertidumbre) están asociadas con la variabilidad genética en el sistema de neurotransmisión serotoninérgica (Katsuragi et al., 1999; Lesch et al., 2003; Vormfelde et al., 2006) al igual que están asociados los trastornos de ansiedad (Leonardo & Hen, 2008) y los trastornos depresivos, lo cual podría explicar la elevada comorbilidad (Van der Heiden et al., 2010; Kendler et al., 2007).

Finalmente, diferentes estudios reflejan particularidades de la estructura cerebral en los pacientes con TAG, como reducción en la tasa metabólica en los ganglios basales y en la sustancia blanca, diversas alteraciones electroencefalográficas (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) y un umbral de activación del sistema límbico-hipotalámico más bajo (Kagan, Reznick y Snidman, 1988). Las proyecciones de neuronas serotoninérgicas de los Núcleos del Rafe al lóbulo temporal y al hipocampo están implicadas en el afrontamiento de la adversidad crónica y la depresión, mientras que las proyecciones de estos núcleos hacia la amígdala juegan un rol importante en la regulación de la ansiedad (Nutt, Ballenger, Sheehan & Wittchen, 2002).

Las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) constituyen el tratamiento de primera elección para los trastornos de ansiedad y el TAG no es una excepción (National Institute for Health and Care Excellence, 2011, 2012). Sin embargo, los resultados son más modestos en el abordaje de este trastorno en comparación con el resto del grupo al que pertenece. El meta-análisis de Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibers, Berking y Andersson (2014) halló 41 estudios clínicos, aleatorizados y controlados que evalúan tratamientos psicológicos para esta patología. En promedio, alrededor de la mitad de los pacientes obtienen resultados positivos. Estos resultados justifican la necesidad de desarrollar modelos de intervención que beneficien a un mayor número de personas afectadas por esta patología. La revisión de Behar, Dobrow DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples (2009) presenta y discute 5 modelos cognitivo-conductuales

para el TAG. El objetivo de este artículo es realizar una descripción básica, una presentación de la propuesta de tratamiento con sus componentes y una discusión que incluya además los modelos desarrollados en los últimos 10 años, abarcando así los modelos de Clark y Beck (2010) y Newman y Llera (2011) y disponiendo de 7 modelos cognitivo-conductuales para el TAG.

### **Modelos psicopatológicos cognitivo-conductuales del TAG**

A continuación se presentan los modelos cognitivo-conductuales para el TAG. Se parte del modelo de Borkovec (1994) por su importancia en el establecimiento de la preocupación como característica central del trastorno. La preocupación fue considerada el proceso básico de los trastornos de ansiedad (Brown, O'Leary & Barlow, 1993) pero en el caso del TAG, su foco está puesto en situaciones cotidianas y en el proceso mismo de la preocupación (Wells, 1995).

### **El modelo de la preocupación como evitación y el TAG**

Este modelo desarrollado por Thomas Borkovec(1994; Borkovec, Alcaine & Behar, 2004) se basa en la teoría del miedo bifactorial de Mowrer (1947) y se apoya en el modelo de procesamiento emocional de Foa y Kozak (1986) revisado por Foa, Huppert y Cahill (2006). Inicialmente, la preocupación fue definida como una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983). Tempranamente, fue definida como un proceso cuyo intento es resolver mentalmente

un problema de resultado imprevisible y posiblemente negativo. Posteriormente, este modelo caracterizó a la preocupación como una actividad lingüística verbal cuya función es la evitación de imágenes mentales vívidas, que resulta reforzada negativamente al prevenir la activación somática y emocional negativa (Behar, Zullig & Borkovec, 2005; Borkovec & Inz, 1990; Borkovec et al., 2004). Esta inhibición de la experiencia somática y emocional impide el procesamiento de la emoción y la exposición al espectro completo de señales del miedo y su significado, que serían necesarios para lograr una exitosa habituación y consecuente extinción (Foa & Kozak, 1986; Foa et al., 2006; Rosales & Rebok, 2016).

Borkovec et al. (2004) diseñaron un tratamiento cognitivo-conductual para el TAG basado en los siguientes componentes: a) técnicas de auto-monitorización de situaciones externas, pensamientos, sentimientos, reacciones fisiológicas y conductas disfuncionales; b) técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, respiración diafragmática e imaginación agradable); c) desensibilización auto-controlada para lograr un afrontamiento adaptativo; d) control gradual de estímulos (por ejemplo, establecimiento de un tiempo y lugar específico para preocuparse); e) reestructuración cognitiva dirigida a aumentar la flexibilidad de los pensamientos y el acceso a múltiples perspectivas; f) registro diario de preocupaciones, a fin de supervisar las inquietudes específicas, los resultados temidos y reales de esas preocupaciones; g) promoción de la atención dirigida al momento presente; h) liberación del “vivir expectante”.

### **El modelo de desregulación de la emoción**

Gran parte del malestar que presentan los pacientes con TAG se asocia con la anticipación a eventos futuros temidos y los individuos afligidos no necesariamente evitan situaciones u objetos específicos. Esto explica para Douglas Mennin (2004) que la TCC no muestre la misma efectividad en el abordaje del TAG que en otros trastornos de ansiedad. Este investigador acuerda con Borkovec en considerar la preocupación, más allá de su contenido, como un proceso de evitación que dificulta la orientación a la acción y enfatiza la consideración del estado emocional percibido de manera aversiva y fuertemente evitado.

Siguiendo estas consideraciones, Heimberg, Turk y Mennin (2004) incluyen los estudios sobre regulación emocional (Ekman & Davidson, 1994; Gross, 1998; LeDoux, 1998; Greenberg, 2002; Linehan, 1993) para proponer un Modelo basado en la Desregulación de la Emoción (MDE). Según dicho modelo, los individuos con TAG evidencian déficits significativos en la modulación de la experiencia y/o expresión de las emociones, utilizando estrategias desadaptativas de manejo emocional, como la preocupación, que en lugar de funcionar como moduladora, empeora los estados emocionales. Al considerar que estos pacientes poseen una elevada sensibilidad emocional, dificultad para comprender emociones intensas y bajas habilidades para regularlas, la experimentación de éstas es percibida como sumamente aversiva, lo cual conduce a una necesidad imperiosa de controlarlas (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005).

El tratamiento basado en el MDE

propone intervenciones dirigidas a la apertura, el conocimiento, la aceptación y la expresión emocionales (Heimberg et al., 2004). El objetivo es que disminuya la necesidad de recurrir a la preocupación como modo de afrontamiento emocional, brindando herramientas para regular las emociones en forma adaptativa hacia la toma de decisiones, mejorando así no sólo los síntomas del trastorno sino también las relaciones interpersonales y la calidad de vida. El MDE integra componentes clásicos de la TCC con intervenciones enfocadas en la regulación y la evitación emocional.

Se compone de cuatro fases: 1) una primera en donde se realiza la psicoeducación sobre el TAG (sobre el rol de la preocupación como proceso funcional y las emociones), y se propone el registro y automonitoreo de episodios de preocupación; 2) continúa con la identificación de factores de mantenimiento como la evitación (preocupación) y búsqueda de reaseguro; en esta fase, los pacientes comienzan a tener mayor conciencia de sus cambios somáticos, así como mayor comprensión de las emociones y su regulación; 3) puesta en juego de las habilidades trabajadas en la fase anterior durante ejercicios de exposición que involucran a los temores principales, con el fin de favorecer la aceptación de la experiencia emocional y fomentar estrategias reguladoras de la emoción que den curso a la acción; 4) revisión de logros y prevención de recaídas.

### **La terapia conductual basada en la aceptación**

El modelo de Lizabeth Roemery y Susan Orsillo (2005) integra el modelo de la preocupación

de Borkovec (1994) con los desarrollos del mecanismo de evitación experiencial planteado por la terapia de aceptación y compromiso de Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996). A su vez, incluye aspectos del MDE acerca de las dificultades en el uso adaptativo de las emociones en el TAG. El modelo plantea que la preocupación funciona como evitación de las experiencias internas percibidas como amenazantes o negativas. Como consecuencia, se produce una restricción de acciones valoradas o actividades significativas.

Roemer y Orsillo (2005) proponen un tratamiento que promueve la aceptación experiencial, como forma de hacer frente al mecanismo de evitación. El objetivo del tratamiento es que los pacientes logren una mayor aceptación de la experiencia presente, a la vez que incrementen el repertorio de acciones valoradas. Incluye tres componentes: 1) psicoeducación sobre el modelo, haciendo hincapié en el rol de la preocupación como una estrategia evitativa que impide la implicación en conductas valoradas; 2) ejercicios de atención y aceptación; 3) cambio de conducta y acciones valoradas.

### **El modelo de la intolerancia a la incertidumbre**

Michel Dugas y Melisa Robichaud (2007) postulan que los pacientes con TAG presentan una particular vulnerabilidad a aquellas situaciones de incertidumbre. Esta característica llevaría a que interpreten de manera catastrófica situaciones de mayor ambigüedad, significándolas negativamente como indeseables o peligrosas. De esta manera, diferentes situaciones o el mismo

malestar que generan esas interpretaciones (disparadores internos o externos) funcionan como gatillo permanente de preocupaciones o preguntas del tipo *¿Y si...?* (Rosales & Rebok, 2016). Los autores plantean que la preocupación, generada a partir de estas situaciones ambiguas, sería considerada por los pacientes como un modo eficaz de afrontamiento o prevención de los acontecimientos temidos. La intolerancia a la incertidumbre funciona entonces como factor desencadenante y, al mismo tiempo, como factor de mantenimiento.

Al resaltar la actitud negativa hacia los problemas y la evitación cognitiva como modo principal de afrontamiento de los pacientes con TAG, el tratamiento que proponen va a hacer foco en que los sujetos acepten la incertidumbre como parte de la vida diaria. El objetivo principal es que los pacientes puedan identificar, por ejemplo, aquellos aspectos en donde la incertidumbre sí es tolerada y comenzar a incrementar dicha tolerancia progresivamente.

Los componentes específicos del tratamiento incluyen (Dugas & Robichaud, 2007): 1) automonitoreo de las preocupaciones; 2) psicoeducación respecto de la tolerancia a la incertidumbre como parte de la existencia; 3) evaluación acerca de las creencias sobre la preocupación; 4) entrenamiento en resolución de problemas; 5) procesamiento de los miedos básicos del paciente.

### **El modelo metacognitivo**

El estudio de las metacogniciones se ha desarrollado en diversos campos de la psicología contemporánea, ya sea desde el área educacional, como en la psicología del

desarrollo e incluso en el ámbito clínico. El interés por las creencias metacognitivas en el campo de la psicopatología creció para intentar comprender qué tipo de creencias sostienen los pacientes sobre sus propios pensamientos y formas de interpretar la realidad. En este sentido, Adrian Wells (1995, 1999, 2004) identificó que las metacogniciones juegan un rol protagónico en el mantenimiento de las preocupaciones patológicas propias del TAG. Las personas con dicho trastorno sostienen “preocupaciones acerca de las preocupaciones”, es decir que una creencia metacognitiva lleva a utilizar la preocupación como un modo de lidiar con el malestar. Se distinguen así las *creencias metacognitivas negativas*, pensamientos de incontrolabilidad, de peligro o de falta de dominio de las preocupaciones, y las *creencias metacognitivas positivas*, creencias sobre el valor de preocuparse, acerca de las ventajas de la preocupación como método para afrontar los problemas de la vida cotidiana (Wells, 1995, 1999). El modelo metacognitivo postula que las creencias positivas y negativas sobre la preocupación desempeñan una función clave en el proceso disfuncional que lleva al individuo a la preocupación excesiva y al TAG (Rosales & Rebok, 2016).

La terapia metacognitiva (Wells, 2009) tiene como objetivo identificar las creencias metacognitivas responsables de sostener la preocupación para desactivarlas y lograr que los pacientes abandonen dicha estrategia. Las etapas del tratamiento se presentan en la siguiente secuencia: 1) conceptualización metacognitiva del caso; 2) psicoeducación del TAG; 3) socialización del modelo metacognitivo; 4) desafío de las creencias metacognitivas sobre la

incontrolabilidad de las preocupaciones; 5) cuestionamiento de las creencias metacognitivas sobre el peligro de preocuparse; 6) cuestionamiento de las creencias metacognitivas positivas sobre la utilidad de preocuparse; 7) entrenamiento en *mindfulness* desapegado; 8) experimentos conductuales para cuestionar la utilidad y/o peligro de la preocupación; 9) diseño y prueba de nuevas acciones de afrontamiento; 10) prevención de recaídas.

### El modelo cognitivo estándar

David A. Clark y Aaron T. Beck (2010) toman el modelo estándar de terapia cognitiva desarrollado para los trastornos de ansiedad para desarrollar el tratamiento específico para el TAG. Asimismo, integran muchos de los desarrollos de Borkovec, Wells y Dugas (entre otros autores) y, como ellos, consideran a la preocupación como una estrategia de evitación desadaptativa, auto-perpetuante y mantenedora de la ansiedad. La preocupación amplía una interpretación sesgada de la amenaza anticipada, genera una falsa sensación de control, previsibilidad y certeza, garantiza la atribución errónea de la no ocurrencia del resultado temido al proceso de preocupación y culmina en intentos frustrantes de establecer un sentido de seguridad (Clark & Beck, 2010). En esta definición podemos ver la influencia de los desarrollos de Borkovec (en cuanto la preocupación como evitación) y de Wells (poniendo foco en el proceso, no en el contenido).

La terapia cognitiva de Clark y Beck (2010) presenta distintas fases. La primera es la “fase evocativa”, en la

cual plantean que la preocupación refleja las circunstancias vitales, objetivos y preocupaciones personales del individuo. Los pensamientos intrusivos y automáticos conllevan amenaza incierta y desempeñan un rol crítico en el origen del proceso de preocupación al activar los esquemas maladaptativos de amenaza y vulnerabilidad. La segunda fase es la de “procesamiento automático”, compuesta por tres procesos: activación esquemática, sesgo atencional de amenaza y sesgo de interpretación de la amenaza. Los cuatro tipos de esquemas en el primero de estos procesos son: amenaza general, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre, metacognición de la preocupación. Finalmente, la tercera es la “fase elaborativa de pensamiento”, en la cual se centra el tratamiento, ya que desde allí se interviene. Aquí incluyen el concepto de “meta-preocupación” desarrollado por Wells (1995).

Los componentes son: 1) formación sobre la perspectiva cognitiva de la preocupación; 2) distinción entre preocupación productiva e improductiva; 3) reestructuración cognitiva y puesta a prueba de hipótesis empíricas de las valoraciones y creencias sesgadas de la preocupación; 4) inducción de la preocupación y decatastrofización; 5) expresión repetida de la preocupación con prevención de respuesta de las estrategias de control inefectivo de la preocupación; 6) procesamiento intencionado auto-dirigido de las señales de seguridad; 7) inoculación al riesgo y a la incertidumbre; 8) entrenamiento en resolución constructiva de problemas; 9) procesamiento elaborativo del presente; 10) entrenamiento en relajación (opcional).

### **El modelo de evitación del contraste emocional del TAG**

Michelle G. Newman y Sandra J. Llera (2011) consideran también que la preocupación es una estrategia de evitación, al igual que lo plantea el modelo de Borkovec (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004). Sin embargo, postulan que las personas con TAG usan la preocupación para evitar la experiencia del contraste emocional negativo. Como otros investigadores, consideran que la preocupación, en lugar de evitar las emociones negativas, las prolonga. La teoría postula que el impacto de una experiencia emocional depende de modo contingente del grado de contraste que presente con un estado emocional previo. Las personas con TAG desarrollan una reacción de aversión fuerte y una extrema sensibilidad a los contrastes emocionales negativos (Llera & Newman, 2014).

Para no encontrarse vulnerables a la experiencia del contraste, las personas con TAG prefieren estar estresados o con malestar a estar relajados o calmos. Además, si se encuentran en este estado de malestar, la probabilidad de un contraste positivo es mayor. Cuando esto ocurre, la preocupación resulta reforzada. Dicho sencillamente: *Al estar preparado para lo malo, me alegro más cuando pasa algo bueno o cuando lo malo no ocurre.*

Dentro de esta teoría, el tratamiento se basa en la exposición al contraste, la cual se dirige a inducir fuertes emociones a través de la exposición a imaginería sobre los resultados que seguirían a una relajación continua. Se busca enseñar a los pacientes a tolerar los cambios emocionales (Newman & Llera, 2011).

Los autores proponen identificar los miedos centrales en el TAG, lo cual implicaría que la exposición sea tan efectiva como en otros trastornos de ansiedad. La evidencia sugiere que el miedo y la evitación del contraste emocional negativo sería uno de esos miedos centrales. Por lo tanto, la exposición gradual al contraste emocional negativo podría ser especialmente efectiva (Newman & Llera, 2011). No se han hallado descripciones publicadas de los componentes de este modelo.

### **Discusión**

Se han presentado las características principales de 7 modelos cognitivo-conductuales del TAG y una breve descripción de los componentes de 6 de los tratamientos propuestos. A continuación, se discutirán algunos aspectos de los mismos.

Si bien cada línea de investigación se basa en una conceptualización de la preocupación y propone diversos componentes terapéuticos desde diferentes perspectivas en base al contexto y época en que realizaron sus desarrollos teóricos, se observan ciertos componentes similares en las propuestas terapéuticas.

Todos los modelos incluidos reconocen el rol de la preocupación como un proceso y ninguno se centra en los contenidos de cada una de las preocupaciones de los pacientes. Es decir, que todos se distancian de los modelos cognitivos estándar de los trastornos de ansiedad, aquellos que cuestionan socráticamente el carácter catastrófico de los pensamientos automáticos disfuncionales o las creencias centrales como intervención principal (Beck, Emery & Greenberg, 1985). A su

vez, pueden diferenciarse dos grandes líneas de investigación. Aquellas centradas en el procesamiento de la información como factor de mantenimiento del trastorno y otras más focalizadas en las consecuencias de la evitación, definiendo la misma en diferentes niveles.

Podemos ubicar dentro del grupo de modelos centrados en el procesamiento de la información a la terapia metacognitiva de Wells y al modelo de Dugas y Robichaud. Tanto Wells como los canadienses se centran en los factores cognitivos que mantienen el trastorno. El modelo de Dugas y Robichaud puede considerarse más apegado a la TCC estándar, con su foco en la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. En esta línea, podría incluirse la propuesta integrativa de Clark y Beck que representa muy bien las TCC más tradicionales, con la inclusión de los avances y reformulaciones que se han ido produciendo en el campo. El modelo de Wells complejiza la arquitectura cognitiva en un modelo que intenta acercar la terapia a la ciencia cognitiva, basándose en el rol de las funciones ejecutivas en la regulación emocional, las creencias metacognitivas e incluyendo estrategias de *mindfulness* con un propósito específico.

Por otro lado, el modelo de Roemer y Orsillo, que esencialmente constituye una aplicación de la terapia de aceptación y compromiso de Hayes al abordaje del TAG, enfatiza aspectos contextuales y considera los valores del paciente como un elemento central del tratamiento. La evitación de la que se trata en este modelo va mucho más allá de la postulada inicialmente por Borkovec y al considerarse “experiencial” coloca al TAG en la línea de los trastornos de evitación experiencial, concepto transdiagnóstico

propio del modelo, y por ello la propuesta terapéutica no difiere demasiado de la que se propone para otros trastornos de ansiedad. En ese mismo sentido, la conceptualización de la preocupación como un proceso orientado hacia la evitación del contraste emocional negativo que proponen Newman y Lleras podría ubicarse en este grupo, aunque con una definición más precisa de evitación. El modelo de Menin podría verse a grandes rasgos dentro de este grupo, dado el rol que otorga a la evitación y a la exposición dentro de la regulación emocional, aunque presenta un componente de habilidades de regulación emocional propio que lo caracteriza.

En el contexto de los debates entre terapias de “segunda ola” y “tercera ola” que luego se desplazó a paradigmas basados en el procesamiento de la información versus terapias contextuales resulta interesante observar como el TAG fue definido desde el comienzo a partir de aislar un proceso específico, la preocupación, y como continúa constituyendo un desafío clínico ahora que dichos debates parecen atemperados en el consenso de TCC basada en procesos (Hayes & Hofmann, 2017). Puede pensarse que en el fin de la era de los protocolos para trastornos específicos y el surgimiento de protocolos unificados, modelos transdiagnósticos y tratamientos centrados en procesos de cambio comunes, la proliferación de diferentes modelos cognitivo-conductuales para el TAG debería detenerse para encontrar qué moderadores y mediadores de cambio son comunes a las diferentes propuestas. Es cierto, la dura evidencia muestra modestos resultados de todos estos modelos para tratar el TAG, independientemente de su grado de elaboración teórica. Este trastorno crónico, de considerable prevalencia, con

elevada comorbilidad, importantes costos para los pacientes, su familia y el sistema de salud, poca respuesta a los tratamientos existentes que a su vez no tienen mucha difusión, requiere que los investigadores dejen de lado la “batalla de los acrónimos” y se centren en el desarrollo colaborativo y conjunto de estrategias y herramientas clínicas que puedan aliviar el padecimiento de las personas afectadas.

### Referencias

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. Revised) (DSM-III-R)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5®)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach*. Basic: New York.
- Behar, E., Dobrow DiMarco, I. Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.
- Behar, E., Zullig, A. R. & Borkovec, T. D. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy*, 36(2), 157-168.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory assessment and treatment* (pp. 5–33). Sussex: Wiley.
- Borkovec, T. D. & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 153-158.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford.
- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Brown, T.A, O’Leary, T. A., & Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2da., Ed., pp-137-189). New York: Guilford.
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H. & Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and anxiety*, 13(2), 78-88.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. & Andersson, G. (2014). Psychological

- treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 130-140.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Taylor & Francis.
- Ekman, P. E. & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.
- Etchebarne, I. (2014). *Estrategias psicoterapéuticas iniciales para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York: Guilford.
- Gomez, R. & Francis, L. M. (2003). Generalised Anxiety Disorder: relationships with Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 3-17.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy integration*, 12(2), 154-189.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152-1162.
- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (2004). Assessment. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 219-247). New York: Guilford.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M. & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 342-349.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568–1578.
- Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N., Reznick, J. S., Kagan, J. (1992). Stable Behavioral Inhibition and Its Association with Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 103- 111.
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M. & Wittchen, H. U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety

- disorder. *Depression and anxiety*, 25(1), 72-90.
- Kagan, J., Reznick, J., & Snidman, N. (1988). Biological Bases of Childhood Shyness. *American Association for the Advancement of Science*, 240, 167 - 171.
- Katsuragi, S., Kunugi, H., Sano, A., Tsutsumi, T., Isogawa, K., Nanko, S., & Akiyoshi, J. (1999). Association between Serotonin Transporter Gene Polymorphism and Anxiety-Related Traits. *Society of Biological Psychiatry*, 45, 368- 370.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2007). The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological Medicine*, 37, 453-462.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: where have we been, and where are we going?. *Biological psychiatry*, 44(12), 1229-1238.
- Leonardo, E. D. & Hen, R. (2008). Anxiety as a Developmental Disorder. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 33, 134-140.
- Lesch, K. P., Zeng, Y., Reif, A., Gutknecht, L. (2003). Anxiety-related traits in mice with modified genes of the serotonergic pathway. *European Journal of Pharmacology*, 480, 185-204.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3), 283-299.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). 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*, 31(3), 371-382.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 17-29.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning—a re-interpretation of conditioning and problem-solving. *Harvard educational review*, 17, 102-148.
- Newman, M. G. & Fisher, A. J. (2013). Mediated Moderation in Combined Cognitive Behavioral Therapy Versus Component Treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 405-14.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011).

- Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline [CG113]. Disponible en [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). Generalised anxiety disorder in adults: Evidence Update September 2012. Disponible en [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Nutt, D. J., Ballenger, J. C., Sheehan, D., Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4, 315-325.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 27(5), 572-581.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2005). An Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. En S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety. Conceptualization and Treatment* (pp. 213-240). New York: Springer.
- Rosales, M. G. & Rebok, F. (2016). Trastorno de ansiedad generalizada. En C. J. Garay (Comp.), *Terapia cognitivo-conductual y psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental* (pp. 151-181). Buenos Aires: Akadia.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W.,... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry* (11<sup>a</sup> ed.). United States of America, Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Smith, J. P. & Book, S. W. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 35, 42-45.
- Stein D., Lerer B., Stahl S. (2012). *Essential evidence-based psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Van der Heiden, C., Methorst, G., Muris, P., & Van der Molen, H. T. (2010). Generalized Anxiety Disorder: Clinical Presentation, Diagnostic Features, and Guidelines for Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 58-73.
- Vormfelde, S. V., Hoell, I., Tzvetkov, M., Jamrozinski, K., Sehart, D., Iler, J., Leibing, D. (2006). Anxiety- and novelty seeking-related personality traits and serotonin transporter gene polymorphisms. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 568-576.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology &*

- Psychotherapy*, 6(2), 86-95.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognition and Pathological Worry. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York: Guilford.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and anxiety*, 16(4), 162-171.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M., & Keller, M. B. (2000). Factors predicting the course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.