

# EL ABORDAJE CLÍNICO DE LA PREOCUPACIÓN EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: RESULTADOS PRELIMINARES

## CLINICAL APPROACH TO WORRY IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER: PRELIMINARY RESULTS

*Etchebarne, Ignacio<sup>1</sup>; Juan, Santiago<sup>2</sup>; Balbi, Paula R.<sup>3</sup>; Roussos, Andrés J.<sup>4</sup>*

### 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 psicoterapeutas de distinta orientación teórica la incluyeron en sus intervenciones. Se realizó un análisis secundario sobre entrevistas a 5 terapeutas cognitivos y 5 psicoanalíticos, originalmente entrevistados por Etchebarne, Juan, Gómez Penedo y Roussos (en evaluación). Los participantes escucharon un material estímulo cuasi-clínico, e intervinieron como si estuviesen con un paciente real. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas. Para el análisis de los datos, en el presente estudio se categorizaron las respuestas utilizando el método de Investigación Cualitativa Consensual. Asimismo, se analizó cuantitativamente la proporción de intervenciones enfocadas en la preocupación, utilizando la Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas. Los resultados preliminares sugieren que la preocupación es un fenómeno relevante para todos los participantes; pero su abordaje muestra focos comunes y específicos de cada marco teórico.

### Palabras clave:

Abordaje clínico - Preocupación - Trastorno de Ansiedad Generalizada - Marcos teóricos

### ABSTRACT

The goal of the present study was to characterize the clinical approach to worry in Generalized Anxiety Disorder (GAD), based on how psychotherapists with differing theoretical orientations included it in their interventions. A secondary analysis was conducted with interviews of 5 cognitive and 5 psychoanalytic therapists, originally interviewed by Etchebarne, Juan, Gómez Penedo and Roussos (in evaluation). 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 that worry is a relevant phenomenon for all participants. Nevertheless, its approach shows common and specific foci regarding each theoretical framework.

### Key words:

Clinical approach - Worry - Generalized Anxiety Disorder - Theoretical Framework

<sup>1</sup>Lic. en Psicología. Becario Doctoral CONICET, Proyecto UBACyT, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: ignacio.etchebarne@comunidad.ub.edu.ar

<sup>2</sup>Lic. en Psicología. Becario Doctoral CONICET, Proyecto UBACyT. Docente de la Cátedra de Psicoanálisis: Psicología del Yo, Facultad de Psicología, UBA.

<sup>3</sup>Lic. en Psicología. Becaria Doctoral CONICET, Proyecto UBACyT.

<sup>4</sup>Doctor en Psicología. Investigador adjunto CONICET. Prof. Adjunto Cátedra Metodología de la Investigación, Facultad de Psicología, UBA. Director del Proyecto de Investigación UBACyT, Programación 2010-2012. "Evaluación de condiciones moderadoras y mediadoras de la alianza terapéutica. Un estudio naturalístico sobre efectividad en psicoterapia breve cognitivo-integracionista". E-mail: roussos@psi.uba.ar

## INTRODUCCIÓN:

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un cuadro clínico que produce deterioro social y/o laboral clínicamente significativo (4<sup>ta</sup> edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV-TR], American Psychiatric Association [APA], 2001). Las estimaciones de su incidencia anual y prevalencia lo ubican entre los trastornos de ansiedad más frecuentes (Dugas, 2008; Newman y Anderson, 2007; Roemer, Orsillo, y Barlow, 2002/2004; Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe, 2006). Existe un alto nivel de consenso respecto de que la preocupación crónica y excesiva es el síntoma patognomónico del TAG (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Newman y Llera, 2011; Roemer, Orsillo y Barlow, 2002/2004). Asimismo, la actividad de preocuparse es un fenómeno clínico valedero de estudiarse por sí sólo, ya que representa un proceso que trasciende a los diagnósticos tradicionales (Olatunja, Wolitzky-Taylor, Sawchuk, Ciesielski, en prensa) y puede ser comprendida desde una perspectiva dimensional (Kertz, Bigda-Peyton, Rosmarin, y Björgvinsson, 2012).

Si bien todos los nuevos modelos teóricos del TAG incluyen a la preocupación como parte de su formulación, aún se debate cómo ésta contribuye al desarrollo y mantenimiento del trastorno, lo cual ha llevado a la construcción de modelos teóricos y terapéuticos contrapuestos (Behar et al., 2009).

Por un lado, Borkovec y colaboradores (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Borkovec e Inz, 1990) han postulado que la preocupación presente en las personas con TAG es un mecanismo de evitación cognitiva tendiente a prevenir la activación emocional negativa, distraendo al paciente de recuerdos y temáticas penosas, emocionalmente cargadas. Este modelo se denomina "Modelo de la Preocupación como Evitación Cognitiva" (MPEC) y, del mismo, se desprende una serie de nuevas teorizaciones y terapéuticas de variada orientación que, a su vez, presentan sutilezas respecto al rol de la preocupación. Así, por ejemplo, Roemer y Orsillo (2002, 2007) han integrado a un modelo de tratamiento cognitivo-conductual, técnicas basadas en mindfulness y aceptación de la experiencia, con el fin de desarticular tanto la evitación cognitiva como la actividad lingüística involucradas en la preocupación. Asimismo, Crits-Christoph y colaboradores (Crits-Christoph, 2002; Crits-Christoph, et al., 1996) han reinterpretado la teoría de Borkovec desde un marco teórico psicodinámico-interpersonal, conceptualizando la función evitativa de la preocupación como un mecanismo de defensa inconsciente.

Por otro lado, en oposición al MPEC, Newman y Llera (2011) 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 MPEC no logra explicar por qué este trastorno está fuertemente asociado con el afecto negativo. Así, estos autores han desarrollado el "Modelo de Evitación del Contraste" (MEC) del TAG, según el cual, los individuos con TAG son particularmente sensibles a eventos negativos inesperados. Dicha sensibilidad provocaría que se sintieran 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), frente a un posible nuevo evento estresante. 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.

A pesar de la proliferación actual de múltiples teorías y manuales de tratamiento para el TAG - todos ellos, gestados principalmente en ámbitos académicos y de investigación-, aún resta mucho por descubrir cómo ayudar con mayor efectividad a este tipo de pacientes (Behar et al., 2009; Newman y Llera, 2011; Roemer, Orsillo y Barlow, 2002/2004). A su vez, 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 (Beutler, 2000; Beutler, Williams, y Wakefield, 1995; Castonguay en Lampropoulos et al., 2002; Polkinghorne, 2006; Westen, Novotny, y Thompson-Brenner, 2005). Esto no ha contribuido, necesariamente, a un incremento de la comprensión psicopatológica y efectividad psicoterapéutica (Beutler, 2009). Dicha tendencia a ignorar la visión clínica tal vez explica por qué, luego de haber realizado una extensa revisión bibliográfica, no nos fue posible encontrar estudios que aborden el fenómeno del TAG desde la perspectiva de los psicoterapeutas.

## OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO:

Dada el área de vacancia de conocimientos científicos, presentada en el párrafo anterior, para el presente estudio nos hemos propuesto el siguiente *objetivo general*: Caracterizar el abordaje clínico de la preocupación típica del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), a partir de cómo psicoterapeutas de distinta orientación teórica la incluyen en sus intervenciones. En este sentido, dicho objetivo responde a múltiples propósitos: Por un lado, intentar trasvasar posibles sesgos presentes entre investigadores y académicos abocados al estudio del TAG, explorando una perspectiva desconocida: La de los clínicos. Esta posibilidad se acrecienta al incluir a terapeutas de dos orientaciones teóricas diferentes. Por otro lado, se espera que conocer la perspectiva de los clínicos aporte material de su interés para futuras investigaciones, y, de este modo, contribuir a la reducción del distanciamiento entre clínicos e investigadores (Beutler, 2000, 2009; Beutler, Williams, y Wakefield, 1995). Por último, esta investigación aporta, además, información respecto de la posible complementariedad de abordajes psicoanalíticos y cognitivos para el tratamiento del TAG.

Cabe señalar, a su vez, que el estudio de la aproximación clínica al TAG forma parte de un programa de investigación más amplio dirigido por el Dr. Andrés Roussos<sup>1</sup>, que

<sup>1</sup>Subsidio 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.

incluye las tesis doctorales de los tres primeros autores de este artículo.

## MÉTODOS:

### Muestra:

Este estudio es un análisis secundario de la muestra utilizada en el trabajo de Etchebarne, Juan, Gómez Penedo y Roussos (en evaluación), cuyo objetivo fue comparar los debates clínicos y de investigación en torno al TAG en terapeutas psicoanalíticos y cognitivos. Sin embargo, dichos autores no analizaron específicamente el abordaje clínico sobre la preocupación. De la muestra original de 20 participantes, se utilizaron 10 para este estudio: 5 terapeutas cognitivos y 5 psicoanalíticos de la Ciudad de Buenos Aires, con niveles variables de experiencia clínica. La *tabla 1* muestra sus datos demográficos. El marco teórico de los participantes fue captado por auto-denominación. Además, se exigió como criterio de inclusión la membresía a instituciones o asociaciones internacionalmente reconocidas, especializadas en la orientación teórica identificada. Respecto del nivel de formación de los participantes, éstos debían estar cursando algún postgrado especializado en su marco teórico, con duración mínima de 1 año, y avalado por las instituciones en cuestión. Respecto de los participantes de orientación psicoanalítica, 2 eran miembros de la International Psychoanalytic Association (IPA) y los 3 restantes pertenecían a dos instituciones especializadas en entrenamiento y práctica de psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, que respetan el trípode formativo psicoanalítico (análisis de formación, supervisión clínica y estudio teórico), originado por Eitingon en 1922 (International Psychoanalytic Association [IPA], 2010).

En cuanto a los participantes de orientación cognitiva, se incluyó en este grupo a terapeutas denominados como cognitivos, cognitivo-conductuales, y cognitivos-integrativos. Todos ellos eran miembros de instituciones validadas por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC), organización componente de la International Association of Cognitive Psychotherapy (IACP).

### Materiales:

- *Material estímulo:*

Un material cuasi-clínico, desarrollado por Etchebarne y Roussos (2010), consistente en una audiograbación de 15 minutos de duración de un paciente adulto ficticio, que cumple los criterios diagnósticos de TAG, según el DSM-IV-TR (2001). Este material tiene el formato de un monólogo de un paciente, durante una primera entrevista en la que presenta su motivo de consulta. La misma se basa en la viñeta de TAG del Libro de casos del DSM-IV (APA, 1994/1996) y cumple los criterios diagnósticos del borrador del DSM-5 (APA, 2011).

- Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP):

Para la presente investigación se utilizó el nivel descriptivo de análisis de las intervenciones componente de la CMIP (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2004, 2006).

Para dicho nivel de análisis se definen a las intervenciones como acciones concretas -en este caso, verbalizaciones- realizadas por los terapeutas y dirigidas hacia el paciente, y se observan sus características formales (sintaxis y morfología), independientemente de su contenido, orientación témporo-espacial y estrategias que las engloban.

### Procedimientos:

Los resultados presentados en este estudio son de carácter preliminar, en tanto son un análisis secundario de 10 participantes (seleccionados al azar) de la muestra total de 20 sujetos, estudiados originalmente por Etchebarne et al. (en evaluación). No obstante, nuestra intención es ampliar el análisis para incluir la muestra total.

Para la recolección de datos, Etchebarne et al. (en evaluación) condujeron entrevistas individuales, semi-dirigidas, cara a cara, con los terapeutas de cada una de las orientaciones teóricas antes mencionadas. Los participantes fueron contactados utilizando un método de muestreo no probabilístico por bola de nieve. A los mismos les solicitaron que (a) escuchen el monólogo de un paciente ficticio, y (b) que intervengan como si estuvieran frente a un paciente real durante una primera entrevista. Las entrevistas con los terapeutas fueron transcritas por estos autores para su posterior análisis.

En el presente estudio, seleccionamos para el análisis de datos, todos aquellos fragmentos de cada entrevista que contuviesen intervenciones respecto de la preocupación. La ventaja de esta metodología indirecta de estudiar el abordaje de la preocupación consistió en posibilitar la captación naturalística de este fenómeno, sin interrogar a los participantes en forma explícita acerca de su forma de trabajar con las preocupaciones de los pacientes, dado que esto podría haber sesgado sus respuestas.

Como segundo paso del análisis de datos, categorizamos los fragmentos seleccionados, utilizando el Método Cualitativo Consensual ([CQR] Hill, 2010; Hill et al., 2005; Hill, Thompson y Nutt-Williams, 1997). 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 Juan, Etchebarne, Gómez Penedo y Roussos, 2011).

A partir de la frecuencia de aparición de cada categoría entre los participantes de cada subgrupo de la muestra (participantes de orientación psicoanalítica vs. participantes de orientación cognitiva), clasificamos sus respuestas de la siguiente forma: Categoría general ( $n \leq 5$  y  $> 3$ ), categoría típica ( $n = 3$ ), categoría variante ( $n = 2$ ), y categoría rara ( $n < 2$ ).

Como un eje de estudio adicional, 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 el conteo de intervenciones, se utilizaron los criterios del nivel descriptivo de análisis de intervenciones presente en la CMIP (Roussos, Etchebarne, y Waizmann, 2004, 2006).

## RESULTADOS:

Los resultados del análisis cualitativo de los datos se resumen en la *tabla 2*. El primer dominio identificado se denominó "Curso temporal de las preocupaciones". Respecto del mismo, las intervenciones de los 5 terapeutas cognitivos (*categoría general*) abordaron los posibles disparadores de la actividad de preocuparse, y de éstos, 2 se centraron, además, en determinar si la preocupación era un fenómeno agudo o crónico (*categoría variante*). Entre los terapeutas psicoanalíticos, en cambio, sólo 2 (*categoría variante*) se interesaron por los disparadores de las preocupaciones y, junto a un tercer terapeuta psicoanalítico (*categoría típica*), también se centraron en descubrir si la preocupación era aguda o crónica.

El segundo dominio se denominó "Posibles sentidos implícitos de la preocupación". En éste se observó que las intervenciones de 3 de los terapeutas psicoanalíticos (1<sup>ra</sup> *categoría típica*) abordaron tanto la teoría personal del paciente respecto de su tendencia a preocuparse, así como el significado idiosincrásico - es decir, qué significa para el paciente - de la preocupación (2<sup>da</sup> *categoría típica*). Asimismo, 2 de estos 3 terapeutas psicoanalíticos (*categoría variante*) también orientaron sus intervenciones en torno a pensamientos asociados al fenómeno de preocuparse. Los terapeutas cognitivos, en cambio, prácticamente no orientaron sus intervenciones en torno a estas cuestiones. Sólo 1 participante de esta orientación teórica abordó la teoría personal del paciente respecto de su actividad de preocuparse.

El tercer dominio se denominó "Síntomas y conductas asociados a la preocupación". Aquí, se registró que 4 terapeutas cognitivos (1<sup>ra</sup> *categoría general*) enfocaron sus intervenciones respecto de los síntomas físicos asociados a la actividad de preocuparse. Asimismo, 3 de esos 4 terapeutas más 1 cuarto colega (2<sup>da</sup> *categoría general*), dirigieron sus intervenciones hacia las reacciones conductuales que manifestaban los pacientes frente a sus preocupaciones y, 3 de ellos (*categoría típica*), específicamente, a las conductas de evitación. Los terapeutas psicoanalíticos, en cambio, sólo abordaron cuestiones conductuales en forma variante ( $n = 2$ ), y sólo 1 tomó en cuenta el fenómeno evitativo. No obstante, tanto 2 terapeutas psicoanalíticos (*categoría variante*) como 3 cognitivos (*categoría típica*), se enfocaron en el malestar y desgaste ocasionado por las preocupaciones. Por otra parte, sólo 2 terapeutas de cada orientación teórica (*categoría variante* en ambos casos), se interesaron por las dificultades interpersonales asociadas con la preocupación.

El cuarto dominio encontrado se denominó "Experiencia de la preocupación". En éste, se ubicó a las intervenciones focalizadas en características de la actividad de preocuparse, tales como su excesividad, incontrolabilidad, fluctuaciones en intensidad, etc.. Así, observamos

que tanto 4 terapeutas de orientación cognitiva (*categoría general*), como 3 de orientación psicoanalítica (*categoría típica*), destacaron en sus intervenciones, la omnipresencia y persistencia de dicho proceso mental. Este fue el dominio que evidenció el mayor grado de consenso entre terapeutas cognitivos y psicoanalíticos.

El quinto dominio se denominó "Estrategias terapéuticas respecto de las preocupaciones". En este dominio no se registraron categorías generales ni típicas entre todos los participantes: 2 terapeutas cognitivos coincidieron en orientar sus intervenciones tanto a proveerle esperanza al paciente (1<sup>ra</sup> *categoría variante*), como en normalizar las preocupaciones crónicas del paciente (2<sup>da</sup> *categoría variante*), explicando, por ejemplo, que muchas personas tenían este problema. 2 terapeutas psicoanalíticos (*categoría variante*) se orientaron en darle apoyo al paciente, ofreciéndole, por ejemplo, la posibilidad de comunicarse por teléfono con el terapeuta cuando lo necesite, y explicando que el tratamiento podía servir de espacio privilegiado para hablar y desahogarse. Un dato atípico en este dominio consistió en que sólo 2 terapeutas psicoanalíticos (*categoría variante*) y 1 par cognitivo (*categoría rara*) coincidieron en orientar el tratamiento a que el paciente pueda manejarse de otra forma frente a sus preocupaciones.

El sexto dominio se denominó "Soluciones terapéuticas respecto de la preocupación". En el mismo, encontramos que mientras que 1 solo terapeuta psicoanalítico presentó intervenciones vinculadas con esta cuestión, 3 terapeutas cognitivos evaluaron tanto la presencia de tratamientos psicoterapéuticos previos (1<sup>ra</sup> *categoría típica*), como la presencia de tratamientos farmacológicos (2<sup>da</sup> *categoría típica*).

Otros dominios identificados fueron denominados como "Factores de mantenimiento de la preocupación", "Antecedentes familiares de la preocupación" y "Relación entre preocupación y motivo de consulta". Como los mismos sólo estuvieron presentes en menos de la mitad de las entrevistas, sólo se obtuvieron categorías raras ( $n < 2$ ).

Respecto del análisis cuantitativo, sobre un total de 267 intervenciones, 142 versaron sobre la preocupación. Esto representa un 53,18% de intervenciones focalizadas en la preocupación entre los terapeutas de ambas orientaciones teóricas (57% en terapeutas cognitivos y 49,6% en terapeutas psicoanalíticos). Dentro de esas 142 intervenciones, cada terapeuta intervino entre 5 y 28 veces, con una media de 14 intervenciones por terapeuta, y un desvío estándar de 7,9 intervenciones. Realizando un análisis discriminado por marco teórico, los 5 terapeutas cognitivos intervinieron sobre la preocupación entre 5 y 28 veces, con un promedio por terapeuta de 14,6 y un desvío estándar de 8,9. Por su parte, los terapeutas psicoanalíticos presentaron intervenciones centradas en la preocupación entre 5 y 19 veces, con un promedio por terapeuta de 13,8 y un desvío estándar de 5,7. Estos resultados se resumen en la *tabla 3*.

## DISCUSIÓN:

El presente trabajo es de naturaleza exploratoria, su método de muestreo impide estimar el grado de generaliza-

ción 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. Por estas razones, los resultados aquí expuestos deben interpretarse en términos de generación de hipótesis para ser puestas a prueba en futuras investigaciones.

Los resultados sugieren que la preocupación es considerada como un fenómeno clínicamente relevante, tanto por parte de terapeutas cognitivos como psicoanalíticos, ya que la misma estuvo presente en aproximadamente el 50% de sus intervenciones. El mayor punto de consenso entre todos los participantes fue incluir las características de omnipresencia y persistencia de la preocupación en sus intervenciones. Estos hallazgos parecieran brindar un apoyo clínico a los distintos modelos del TAG que ubican a la preocupación como el síntoma patognomónico del mismo, trascendiendo, incluso, las limitaciones de un marco teórico en particular.

Otro punto de coincidencia entre los terapeutas de ambas orientaciones consistió en el poco énfasis de sus intervenciones respecto del impacto interpersonal de las preocupaciones del paciente. En principio, esto pareciera concordarse con el hecho de que estos marcos teóricos han abordado, tradicionalmente, la patología mental desde una perspectiva individualista (a diferencia, por ejemplo, del marco teórico sistémico). Sin embargo, desde el ámbito de la investigación acerca del TAG, Borkovec y colaboradores (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004) y Crits-Christoph y colaboradores (Crits-Christoph, 2002; Crits-Christoph, et al., 1996) han conceptualizado al TAG desde una perspectiva interpersonal; incorporando la noción de apego inseguro, presente en la teoría psicoanalítica desarrollada por Bowlby (1980). En este sentido, desconocemos si esto es un punto de desencuentro entre clínicos e investigadores en general, o entre nuestros clínicos locales e investigadores internacionales. No obstante, estos resultados implicarían un modo alternativo de conceptualizar a la preocupación en este trastorno, que requiere mayor estudio.

A pesar de las similitudes identificadas entre terapeutas cognitivos y psicoanalíticos, respecto de la relevancia clínica de la preocupación, el modo en que éstos la abordaron evidenció focos diferenciables según su marco de referencia. Dichos focos giran en torno a (1) los posibles sentidos implícitos de la preocupación; (2) el curso temporal de la preocupación; (3) los síntomas y conductas asociados a la preocupación; (4) las soluciones intentadas por el paciente, y (5) las estrategias terapéuticas respecto de la preocupación. Por falta de espacio, no nos es posible discutir la totalidad de las implicancias de estos puntos de divergencia. A continuación, analizamos las divergencias presentes en tres dominios con categorías típicas y/o generales:

El dominio "Posibles sentidos implícitos de la preocupación" fue casi inexistente en las intervenciones de los terapeutas cognitivos. En cambio, en los terapeutas psicoanalíticos, se identificaron dos categorías típicas y una variante. Esto podría explicarse, al menos parcialmente,

en que los terapeutas cognitivos se han interesado usualmente por el fenómeno de la preocupación en sí mismo; mientras que el psicoanálisis clásicamente ha privilegiado los sentidos subyacentes de un síntoma, en este caso, la preocupación manifiesta del paciente. Por otra parte, llama la atención que los terapeutas cognitivos no hayan planteado intervenciones focalizadas en los significados idiosincrásicos de la preocupación, dado que se trata de una intervención específica de ese marco teórico (Rousos, Etchebarne y Waizmann, 2006).

Respecto del dominio "Curso temporal de las preocupaciones", las categorías generadas señalan que los terapeutas cognitivos se concentraron en forma general por los disparadores de la preocupación; mientras que sus pares psicoanalíticos lo hicieron sólo en forma variante. Este resultado nos resulta difícil de explicar, requiriendo, entonces, mayor estudio.

En el dominio "Síntomas y conductas asociados a la preocupación" se observó que los terapeutas cognitivos aludieron en forma general a los síntomas físicos asociados, mientras que sus pares psicoanalíticos no presentaron ninguna intervención al respecto. La importancia otorgada por parte de los participantes cognitivos podría deberse a la tendencia a incluir en su abordaje la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Asimismo, otra explicación posible para este resultado podría radicar en que los terapeutas cognitivos generalmente han buscado establecer un diagnóstico como punto de partida para el diseño del tratamiento, con lo cual indagar sobre los síntomas físicos asociados a la preocupación estaría al servicio de establecer un diagnóstico psicopatológico sindromático. La aproximación psicoanalítica, en cambio, ha operado con categorías diagnósticas amplias (por ejemplo, neurosis, psicosis, trastorno narcisista), sin considerar al diagnóstico sintomatológico como condición indispensable para el inicio del tratamiento. Consecuentemente, una indagación más pormenorizada de los síntomas manifiestos no sería prioritaria. Además, los terapeutas psicoanalíticos podrían estar considerando a la preocupación como un fenómeno más puramente psíquico que físico. Por ejemplo, en el estudio de Etchebarne et al. (en evaluación), la mayoría de los participantes psicoanalíticos asociaron la sintomatología del TAG con el espectro obsesivo.

Dado el pequeño tamaño muestral utilizado para el presente estudio, no se logró aún generar categorías en varios de los dominios identificados. Esperamos que, conforme continúe el desarrollo del presente programa de investigación, podamos contar con resultados más estables que, a su vez, contrasten con los aquí presentes.

**TABLAS:**

**Tabla 1: Datos demográficos de los participantes.**

	Terapeutas psicoanalíticos	Terapeutas cognitivos	Totales
<b>N</b>	5	5	10
<b>Género (Fem./Masc.)</b>	3 / 2	3 / 2	6 / 4
<b>Años de exp. (Media/DE)</b>	16 / 18	10 / 10	13 / 14
<b>Años de exp. (Min./Máx.)</b>	3 / 39	1 / 26	1 / 39
<b>Edad (Media/DE)</b>	47 / 14,5	34 / 9	40 / 13
<b>Edad (Min./Máx.)</b>	31 / 62	25 / 48	25 / 62

**Tabla 3: Intervenciones focalizadas en la preocupación.**

	Terapeutas psicoanalíticos	Terapeutas cognitivos	Totales
<b>N</b>	5	5	10
<b>Preocup. / NO Preocup. (Totales)</b>	54 / 51	88 / 74	142 / 125
<b>Preocup. / NO Preocup. (%)</b>	49,6 / 50,4	57 / 43	53,2 / 46,8
<b>Int. en preocupación (Media/DE)</b>	13,8 / 5,7	14,6 / 8,9	14 / 7,9
<b>Int. en preocupación (Min./Máx.)</b>	5 / 19	5 / 28	5 / 28

**Tabla 2: Dominios y categorías QCR generadas para este estudio, con ejemplos de intervenciones psicoterapéuticas.**

DOMINIOS	Categorías	Terapeutas cognitivos		Terapeutas psicoanalíticos	
		Freq.	Ejemplo	Freq.	Ejemplo
Curso temporal de la preocupación	Posibles disparadores de la preocupación	5 (G)	... 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....	2 (V)	... ¿Estos pensamientos te venían de antes, o ahora te empezaron a resultar problemáticos? A ver si hay otra cosa que a él lo desacomodó y lo llevó a tener eso (el acúfeno) y lo llevó a que venga y a contar todas estas cosas.
	Fenómeno agudo o crónico	2 (V)	... Le preguntaría hace cuánto es que él piensa que está preocupado constantemente, si es algo que es desde siempre o desde hace algún tiempo...	3 (T)	... ¿Desde cuándo te ocurre esto? (...) ¿Esto es ahora? ¿Te viene ocurriendo desde hace mucho tiempo? ...
Posibles sentidos implícitos de la preocupación	Significado idiosincrático de la preocupación	.....	.....	3 (T)	... A ver, pero, ¿qué es que "vengan todas juntas" para vos? ...
	Pensamientos asociados a la preocupación	.....	.....	2 (V)	... ¿Un tipo de qué? Que trate de pensar qué es, qué se le ocurre con esta frase que no pudo completar, ¿no? ...
	Teoría personal de la preocupación	1 (R)	... Lo hubiera interrumpido antes, y hubiera empezado a indagar otras cosas. La atribución que hace de sus preocupaciones...	3 (T)	... Le preguntaría por qué le parece que se le ocurren estas cosas. Cuál es el origen, por qué él piensa que podría estar pensando todo esto...
Síntomas y conductas asociados a la preocupación	Síntomas físicos asociados a la preocupación	4 (G)	... Y también, preguntaría, aparte del zumbido, de los mareos, la sudoración; si hay algunos otros síntomas que él siente...	.....	.....
	Reacciones conductuales frente a la preocupación	4 (G)	... Le preguntaría qué hace habitualmente en esos momentos, cuando él siente que está "enquilombado"...	2 (V)	... En ese punto le preguntaría si él se detiene, empieza a pensar en otra cosa y lo lleva a la acción, o se queda solamente al nivel del pensamiento...
	Conductas de evitación	3 (T)	... Es decir que cuando vos pensás en estas cosas también hacés cosas para evitarlas...	1 (R)	... el hecho que no hayas ido no te ha permitido entonces poder encontrarte con él para ver qué pasó...
	Malestar o desgaste generado por la preocupación	3 (T)	... La preocupación en realidad no te sirve. En realidad te genera un malestar sobre cosas que, como vos bien decís, después nunca pasan...	2 (V)	... Bueno, evidentemente ... deber ser muy difícil vivir de esta manera. Con tantos pensamientos. Debe ser muy agobiante, muy pesado...
	Dificultades interpersonales asociadas a la preocupación	2 (V)	... Le preguntaría si él considera que toda esta, este cuadro de preocupaciones le trae dificultades, en el trabajo, o problemas de relación...	2 (V)	... Esta catarata de pensamientos, ¿te trae algún, alguna dificultad, alguna discusión, algún momento de, de, de conflicto con ella, con la familia?...
Experiencia de la preocupación	Omnipresencia y persistencia de la preocupación	4 (G)	... Vos te preocupás por muchas cosas, digamos, diferentes áreas, como la salud de tu papá, la relación con tu mujer, el trabajo, tu familia. Vos no la podés parar, es incontrolable...	3 (T)	... Le preguntaría si estos pensamientos que lo invaden todo el tiempo, él se da cuenta, y puede registrar como pensamientos o es algo que él no puede controlar...
Estrategias terapéuticas en torno a la preocupación	Proveer esperanza al paciente	2 (V)	... hay tratamientos como para esto. Que se puede, mejorar, se puede de alguna manera regular las preocupaciones...	.....	.....
	Normalizar preocupaciones crónicas	2 (V)	... 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...	.....	.....
	Brindar apoyo	.....	.....	2 (V)	... Tenés este espacio de terapia como para todo lo que vas pensando, desagotarlo acá...
	Manejo alternativo de las preocupaciones	1 (R)	... 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...	2 (V)	... Bueno, quizás no tengas que pensar e ir directamente, a ver qué pasa ¿no?...
Soluciones terapéuticas en torno a la preocupación	Tratamientos psicoterapéuticos previos	3 (T)	... Y bueno, después le preguntaría también si él hizo algo antes para solucionar esto, si él vio otro terapeuta...	1 (R)	... Contame un poco si has hecho otras consultas por este problema...
	Tratamientos farmacológicos previos	2 (V)	... O sea, hubiera empezado a indagar la medicación...	.....	.....

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Psychiatric Association. (1994/1996). *DSM-IV. Libro de casos. Compañero del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*. Barcelona: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4° ed., Texto Revisado). Barcelona: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (2011). *Generalized Anxiety Disorder* [Proposed definition]. Obtenido el 07/09/11 de <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=167#>
- Barlow, D.H. (2002/2004). *Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2da ed.). New York: Guilford Press.
- Behar, E.; Dobrow DiMarco, I.; Hekler, E. B.; Mohlman, J. y Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Beutler, L.E. (2000). Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment*, 3(1), 1-16.
- Beutler, L.E. (2009). Making Science Matter in Clinical Practice: Redefining Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 301-317.
- Beutler, L.E.; Williams, R.E. y Wakefield, P.J. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50(12), 984-994.
- Borkovec, T.D.; Alcaine, O.M. y Behar, E. (2004). 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. Obtenido el 22/02/12 de <http://books.google.com.ar/books?id=klrXMNzWhNMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Borkovec, T.D. e Inz, J. (1990). The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity. *Behavioral Research and Therapy*, 28(2), 153-158.
- Bowlby, J. (1980). *La separación afectiva*. Buenos Aires, Paidós.
- Crits-Christoph, P. (2002). Psychodynamic-Interpersonal Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science and practice*, 9 (1), 81-84.
- Crits-Christoph, P.; Connolly, M. B.; Azarian, K.; Crits-Christoph, K.; y Shappell, S. (1996). An Open Trial of Brief Supportive-Expressive Psychotherapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy*, 33, 418-430.
- Dugas, M. (2008). 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.
- Etchebarne, I.; Juan, S.; Gómez Penedo, J.M. y Roussos, A.J. (en evaluación). *Clinical and Research Debates about Generalized Anxiety Disorder among Cognitive-Behavioral Therapists and Psychoanalysts: A Consensual Qualitative Research (CQR) approach*.
- Etchebarne, I. y Roussos, A. (2010). 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*. En: [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt\\_nuevos/252\\_etchebarne.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/252_etchebarne.pdf)
- Hill, C. (2010). *Consensual Qualitative Research (CQR)* [En red]. Webinar organizado por la Society for Psychotherapy Research (SPR). Noviembre. Obtenido el 7/09/2011 de <http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1>
- Hill, C.; Knox, S.; Thompson, B.; Nutt Williams, E.; Hess, S. y Laddany, N. (2005) Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 196-205.
- Hill, C.; Thompson, B. y Nutt-Williams, E. (1997). A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572.
- International Psychoanalytic Association. (2010). *History of the IPA. The Origin and Development of the IPA* [En red]. Obtenido el 29/02/2012 de [http://www.ipa.org.uk/en/About/en/IPA/ipa\\_history/history-of-the-ipa.aspx?hkey=8641f81b-6c14-4590-98dc-3b354ebf9424](http://www.ipa.org.uk/en/About/en/IPA/ipa_history/history-of-the-ipa.aspx?hkey=8641f81b-6c14-4590-98dc-3b354ebf9424)
- Juan, S.; Gómez Penedo, J.M.; Etchebarne, I. y Roussos, A.J. (2011). 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. ISSN 0329-5885, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Kertz, Bigda-Peyton, Rosmarin y Björgvinsson, (2012). The importance of worry across diagnostic presentations: Prevalence, severity and associated symptoms in a partial hospital setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 126-133.
- Lampropoulos, G.K.; Goldfried, M.R.; Castonguay, L.G.; Lambert, M.J.; Stiles, W.B. & Nestoros, J.N. (2002). What Kind of Research Can We Realistically Expect from the Practitioner? *Journal of clinical Psychology*, 58(10), 1241-1264.
- Newman, M.G. y Anderson, N.L. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 7-20.
- Newman, M.G. y 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, 371-382.
- Olatunja, B.O.; Wolitzky-Taylor, K.B.; Sawchuk, C.N. y Ciecielski, B.G. (En prensa). Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD [Versión electrónica]. *Applied and Preventive Psychology*, doi:10.1016/j.appsy.2011.03.001
- Polkinghorne, D. (2006). Research and Practitioner Decision Making [En red]. *Newsletter*, 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/>
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Roemer, L.; Orsillo, S.M. y Barlow, D.H. (2002). 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*, 9, 54-68.
- Roussos, A.J.; Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2004). Clasificación de las intervenciones en los tratamientos psicoterapéuticos psicoanalítico y cognitivo (No. 129). *Serie documentos de trabajo. Universidad de Belgrano*.
- Roussos, A.J.; Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2006). 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*, 12, 51 - 61.
- Spitzer, R.L.; Kroenke, K.; Williams, J.B.W. y Löwe, B. (2006). A



Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder.  
The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-7.

Westen, D.; Novotny, C.M.; y Thompson-Brenner, H. (2005). EBP  
≠ EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al.  
(2005). *Psychological Bulletin*, 131(3), 427-433.

Fecha de recepción: 10 de abril de 2012

Fecha de aceptación: 1 de octubre de 2012