

**Ignacio Etchebarne, Juan Martín Gómez Penedo
y Andrés Jorge Roussos** –editores–

Nuevos desarrollos en el tratamiento del
**TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA**

Abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales

MIÑO y DÁVILA
♦ EDITORES ♦

Diseño de colección: Gerardo Miño
Armado y composición: Eduardo Rosende
Diseño de portada: Lic. Carina Terracina

Edición: Primera. Mayo de 2019

ISBN: 978-84-17133-40-5

IBIC: MMJ [Psicología clínica]
MMJT [Psicoterapia]
VFJP [Hacer frente a la ansiedad y las fobias]

Lugar de edición: Buenos Aires, Argentina

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2019, Miño y Dávila srl / Miño y Dávila editores sl

MIÑO y DÁVILA
EDITORES

dirección postal: Tacuarí 540 (C1071AAL)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
tel-fax: (54 11) 4331-1565

e-mail producción: produccion@minoydavila.com
e-mail administración: info@minoydavila.com

web: www.minoydavila.com
redes sociales: @MyDeditores, www.facebook.com/MinoyDavila

ÍNDICE

Prólogo, <i>por Eduardo Keegan</i>	9
Introducción.....	13
SECCIÓN I	
Contextualización del diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada	17
Evolución histórica y debates sobre el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada <i>por Ignacio Etchebarne, Santiago Juan y Andrés Roussos</i>	19
Evolución histórica de los modelos y abordajes específicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada <i>por Laura Challú, Ignacio Etchebarne y Juan Martín Gómez Penedo</i>	43
SECCIÓN II	
Modelos y abordajes para el TAG	49
El caso clínico “Darío”: recreación de un paciente con un Trastorno de Ansiedad Generalizada <i>por Ignacio Etchebarne y Andrés J. Roussos</i>	51
Nuevos modelos explicativos y abordaje clínico del TAG con terapia de relajación aplicada <i>por Ignacio Etchebarne</i>	61
Terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el TAG: crear una vida significativa más allá de la preocupación y el miedo <i>por Manuela O’Connell y Robyn D. Walser</i>	93

Modelos metacognitivo y de la intolerancia a la incertidumbre: integración clínica para el tratamiento del TAG <i>por Daniel Bogiaizian</i>	131
Comprensión y abordajes psicoanalítico-psicodinámicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada <i>por Santiago Juan, Juan Martín Gómez Penedo y Andrés Roussos</i>	167
Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes <i>por Taylor N. Stephens, Gordon Hunt, Shweta Gosh, Danielle Nelson, Javier Mandil y Eduardo L. Bunge</i>	197
Integrando entrevista motivacional y terapia cognitivo conductual para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada <i>por Henny A. Westra y Kimberly M. Hara</i>	225
El modelo de evitación de contraste y la terapia de procesamiento emocional interpersonal <i>por Michelle G. Newman y Sandra J. Llera</i>	255
Terapia de regulación emocional: tratamiento para trastornos por distrés enfocado en sus mecanismos <i>por Megan E. Renna, Jean M. Quintero, David M. Fresco y Douglas S. Mennin</i>	281
Abordaje cognitivo integrativo del Trastorno de Ansiedad Generalizada <i>por Héctor Fernández-Álvarez</i>	307
Trastorno de Ansiedad Generalizada: tratamiento farmacológico <i>por Alicia Andrea Portela</i>	335
Discusión. Líneas de investigación para mejorar la eficacia de los tratamientos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada: aportes de los estudios empíricos a la clínica <i>por Juan Martín Gómez Penedo, Ignacio Etchebarne y Andrés Roussos</i>	371

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer y dedicar este libro a todas las personas que lo hicieron posible:

Los pacientes que nos enseñan a ser mejores clínicos.

Los colegas pares, jefes y supervisores que compartieron su expertise enriqueciendo nuestra labor clínica y de investigación.

El Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI) que dio el espacio para el desarrollo de las investigaciones que dieron origen al libro.

Los colegas que se comprometieron a participar en esta obra integrativa, dándole un carácter único.

Las traductoras de los capítulos con autores angloparlantes y miembros de EIPSI que oficiaron de revisores de estilo de escritura para darle la mayor calidad posible a esta publicación, junto al equipo de la editorial Miño y Dávila.

A nuestras familias que siempre están detrás, en las sombras de producciones cómo está, acompañándonos y apoyándonos incansable e incondicionalmente.

A los lectores que, a partir de ese acto, se hacen parte de la diseminación de los contenidos que convergen en estos capítulos, con el propósito inalcanzable pero inevitable de aliviar el sufrimiento humano y promover el bienestar en todo el mundo.

PRÓLOGO

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una patología prevalente y crónica, que puede afectar severamente la calidad de vida de quien la padece. Si bien los avances en la comprensión y tratamiento de los trastornos de ansiedad en las últimas décadas han sido muy significativos, todavía muchas personas responden de modo parcial o inestable al tratamiento. El consenso es que hay aún un amplio margen para el perfeccionamiento de nuestras herramientas clínicas, lo cual mantiene, sin duda, el atractivo del tema para la comunidad investigativa.

Con el advenimiento de los modelos cognitivos y conductuales, la visión psicopatológica del trastorno se centró en la preocupación excesiva y su función, así como en la incontrollabilidad percibida del proceso. El perfil de activación fisiológica del TAG llamó la atención de los investigadores, dando lugar a nuevos modelos e intervenciones. El estudio del contenido de las preocupaciones en el TAG fue uno de los factores que llevaron al viraje del interés hacia los procesos cognitivos y al desarrollo de modelos psicopatológicos metacognitivos.

Tanto la psicopatología como el tratamiento del TAG pusieron en cuestión algunos presupuestos básicos del sistema diagnóstico de la American Psychiatric Association. Por un lado resultaba difícil definir la inclusión del TAG en el eje I del sistema multiaxial. Si bien muchos investigadores lo concebían como el trastorno de ansiedad “básico”, su perfil de activación autonómica era distinto del de los otros trastornos de ese grupo. También se pensó que podía ser incluido en el eje relativo a los trastornos de personalidad, dado su inicio temprano, su cronicidad y su relación clara con variables temperamentales. Su alto grado de solapamiento con algunos trastornos del ánimo llevó por un lado al establecimiento de una regla jerárquica de diagnóstico, pero por sobre todo sembró un manto de duda sobre la real validez de la tajante división entre trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad.

La alta comorbilidad del TAG también representó un desafío para el enfoque categorial neo-krapeliniano. Los resultados obtenidos en tratamientos de pacientes con trastorno de pánico comórbido con TAG dieron apoyo a la idea de mecanismos compartidos entre diversos trastornos del ánimo y de la ansiedad y eventualmente al desarrollo de conceptualizaciones y tratamientos transdiagnósticos. De hecho, una serie de constructos del emergente campo de la investigación transdiagnóstica, tales como el pensamiento recurrente negativo, el síndrome cognitivo atencional, la intolerancia de la incertidumbre o la sensibilidad a la ansiedad, fueron propuestos a consecuencia de la investigación de la psicopatología de este trastorno.

Uno de los méritos indudables de este libro es la consideración sistemática de todas estas aristas del trastorno de ansiedad generalizada. La introducción da cuenta del contexto y plan de la obra. La segunda sección está dedicada a la historia de la evolución de los criterios diagnósticos del trastorno y del desarrollo de tratamientos específicos para el mismo, mientras que la tercera, la más extensa, comienza con la presentación del “caso Darío”. Este capítulo describe de modo claro e interesante el modo en que se construyó un material clínico para la investigación, combinando una fuente tomada del libro de casos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y adaptada localmente por medio de una dramatización.

La ilustración clínica se ve seguida por la presentación de los diversos modelos psicopatológicos con apoyo empírico que se han propuesto para el TAG en diversas poblaciones (adultos, jóvenes, niños). Todos los modelos vigentes en la bibliografía contemporánea han sido incluidos; el lector encontrará una síntesis de los modelos psicodinámicos, cognitivo-conductuales, contextuales y neurobiológicos. La tercera sección del libro concluye con referencias a nuevos modelos y propuestas de tratamiento del TAG basadas en la regulación emocional, abordajes interpersonales de procesamiento emocional y también integrativos. Finalmente, la discusión final del libro realiza un análisis crítico de las estrategias de investigación utilizadas para perfeccionar el tratamiento del TAG y presenta posibles líneas futuras de investigación.

El volumen ofrece a los profesionales de la salud mental una información muy completa y actualizada sobre el trastorno de ansiedad generalizada, y lo hace en lengua castellana, lo cual lo convierte en una gran herramienta de referencia teórica y clínica, tanto para los profesionales formados como para psicoterapeutas en entrenamiento.

Este libro es producto del trabajo de un equipo de investigación en psicoterapia argentino con años de trayectoria compartida. Muchos de sus hallazgos con población local han sido plasmados en este volumen, lo que le da una mayor validez ecológica para los terapeutas latinoamericanos. Andrés Roussos, Ignacio Etchebarne, Juan Martín Gómez Penedo, Santiago

Juan y Laura Challú representan a distintas generaciones de terapeutas e investigadores que han sido compañeros de ruta en la construcción de una psicoterapia con apoyo empírico en la Argentina y Latinoamérica. A ellos se han sumado otros investigadores locales y del exterior, que han contribuido con su experticia a producir un libro equilibrado, útil y bien provisto de información. Sólo resta felicitarlos y augurarles muchas ediciones.

Dr. Eduardo Keegan

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este libro es presentar las principales conceptualizaciones y abordajes contemporáneos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). El TAG representa un foco de interés clínico destacado debido a que es un trastorno muy prevalente en la población (cuarto trastorno mental más frecuente; Ver Anxiety and Depression Association of America, 2016) cuyo tratamiento suele ser complejo, con tasas de mejoría humildes. Esto ha llevado a que en la última década el TAG se haya convertido en un interés especial para los desarrollos clínicos, surgiendo diversos modelos de tratamiento en el contexto de diferentes marcos teóricos, con evidencia empírica que los sustente.

Si bien se han publicado obras anteriores dirigidas a entender y abordar el TAG (Ver por ejemplo, Bogiaizian, 2014, Cascardo y Resnik, 2006; Robichaud y Dugas, 2015), estos esfuerzos previos han estado circunscritos a marcos de referencia específicos (por ejemplo, tratamientos farmacológicos, tratamientos cognitivo conductuales, etc.). Este libro representa la primera publicación integrada, trans-teórica, tanto en español como en otros idiomas, orientada a presentar las diferentes propuestas terapéuticas contemporáneas de diversos marcos teóricos, en conjunto con la evidencia empírica que sustenta sus efectos para tratar a estos pacientes.

A lo largo de este libro se buscará representar la evolución histórica, estatus actual y debates respecto al diagnóstico de TAG desde una perspectiva trans-teórica. Del mismo modo, se describirán y se ilustrará la aplicación de los distintos modelos y tratamientos “puros” e integrativos, desarrollados para el TAG (mediante capítulos especialmente orientados a estos fines). Finalmente, esta obra planteará un análisis crítico respecto del desarrollo de modelos de comprensión y abordaje para el TAG, identificando y proponiendo líneas futuras de investigación para mejorar el tratamiento de estos pacientes.

El libro se divide en tres secciones principales. En una primera, denominada “Contextualización del diagnóstico y tratamiento del TAG”, se incluyen

capítulos que presentan recorridos históricos a través de la evolución de los criterios diagnósticos y desarrollos de tratamientos para el TAG.

La segunda sección de este libro, titulada “Modelos y abordajes para el trastorno de ansiedad generalizada”, está compuesta por los diferentes tratamientos de punta diseñados para abordar este cuadro. Esta sección cuenta con capítulos destinados a describir modelos etiopatogénicos y de abordaje desde distintos marcos teóricos para el TAG: se presentan modelos conductuales, cognitivo-conductuales tradicionales y de tercera ola, modelos psicodinámicos, perspectivas integrativas e incluso propuestas farmacológicas para conceptualizar y abordar el TAG, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

Para facilitar la comprensión de las distintas perspectivas e ilustrar su aplicación en el contexto clínico, se ha planteado el uso de un mismo material clínico ficticio, denominado “El Caso Darío”, que será descrito en un capítulo a estos fines. Los autores de los capítulos correspondientes a los distintos modelos de conceptualización y abordaje del TAG, tuvieron la consigna de incluir en ellos, la forma en que sus modelos podrían servir para entender la fenomenología del caso Darío, así como también las estrategias de intervención posibles sobre este caso, en base a sus propuestas terapéuticas. A partir de la utilización de este caso ficticio compartido, se busca ilustrar la aplicación de los distintos tratamientos, permitiendo identificar semejanzas y diferencias en las propuestas. Es de esta forma que el trabajo intenta presentar una conceptualización rica desde el punto de vista teórico y sólidamente fundamentada en investigación básica y aplicada, y al tiempo ilustrar la ejecución de las principales intervenciones para el TAG mediante el uso del caso ficticio.

La tercera sección de este trabajo está conformada por la discusión del libro, a cargo de los editores del volumen. Esta discusión intentará superar una mera síntesis de los capítulos del libro, centrándose en discutir las implicancias clínicas del panorama general presentado a través de los capítulos previos, así como también en plantear líneas actuales e ideas futuras de investigación para continuar optimizando los resultados de los tratamientos para el TAG.

Si bien la lectura completa del libro puede aportar una visión integral sobre la problemática y abordaje del TAG, cada uno de los capítulos, incluida la discusión, fueron escritos para que puedan ser leídos en forma independiente, a modo de volumen de consulta, incluyendo una discusión por separado de cada capítulo.

El trabajo plasmado en los capítulos de este libro puede servir tanto para psicólogos como psiquiatras que desean tener un entendimiento abarcativo de los diferentes modelos para entender y tratar pacientes con TAG, pudiendo aplicar e integrar estos conocimientos a sus prácticas clínicas

cotidianas. Además, esta obra puede servir a estudiantes avanzados de psicología, para tener una comprensión de la psicopatología del cuadro, en términos de sus vulnerabilidades asociadas, factores desencadenantes y mecanismos de mantenimiento. Finalmente, este trabajo puede ser útil para investigadores interesados en el TAG, brindando un panorama de las diversas líneas de investigación posibles en conjunto con una visión crítica de ellas, en términos de sus implicancias asociadas.

De esta manera, esta obra, en su conjunto apunta a presentar información actualizada desde diferentes perspectivas teóricas, intentando realizar un aporte para facilitar el diagnóstico, conceptualización, abordaje y estudio del TAG, teniendo como objetivo último, el fin necesario de toda aproximación clínica: facilitar el proceso de ayudar a las personas que día a día padecen este trastorno.

Etchebarne, Gómez Penedo y Roussos

Referencias

- Anxiety and Depression Association of America (2016). *Facts & Statistics*. Recuperado de <https://adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics#>
- Bogiaizian, D. (2014). *Preocuparse de más*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Cascardo, E. y Resnik, P. (2006). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Robichaud, M., y Dugas, M.J. (2015). *The Generalized Anxiety Disorder Workbook: A Comprehensive CBT Guide for Coping with Uncertainty, Worry, and Fear (New Harbinger Self-help Workbooks)*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

— SECCIÓN I —

**Contextualización del diagnóstico y tratamiento
del Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Evolución histórica y debates sobre el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada

Dr. Ignacio Etchebarne

Universidad de San Andrés y Human Intelligence (HI)

Dr. Santiago Juan

Universidad de Buenos Aires

Dr. Andrés Roussos

Universidad de Buenos Aires y CONICET

Introducción

El presente capítulo busca recorrer de forma sintética la evolución histórica del diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y brindar una visión panorámica de los debates vigentes respecto de su entidad nosológica y su tratamiento. Ambos puntos contextualizan el desarrollo que los sucesivos capítulos de este libro efectúan a propósito del abordaje del trastorno. Las líneas de discusión que se presentan en este capítulo, a su vez, buscan guiar la reflexión del lector a lo largo del libro, en un sentido crítico y orientado a una visión operativa de conjunto. Al mismo tiempo, instamos a que tanto la evolución histórica del diagnóstico como las actuales discusiones sobre su abordaje, sean un telón fondo al momento de idear estrategias concretas con pacientes concretos que cumplan criterios de ansiedad generalizada.

Este capítulo ha sido construido a partir de los trabajos de Etchebarne (2014) y Juan (2014) sobre intervenciones y estrategias iniciales en el abordaje del TAG. Asimismo, para un mayor detalle de los puntos sintetizados, se recomienda la lectura de los trabajos de Etchebarne, Juan, Gómez Penedo y Roussos (2016) y de Etchebarne, Juan y Roussos (2016) sobre la conceptualización y abordaje clínico de la ansiedad generalizada.

Evolución histórica del diagnóstico de TAG

Conceptos históricamente asociados con el diagnóstico de TAG

El TAG y la neurastenia. Si bien la noción de TAG es reciente en comparación con otros trastornos de ansiedad (como las fobias específicas, el trastorno obsesivo-compulsivo, o el estrés postraumático), la ansiedad o angustia crónica y persistente ha sido objeto de estudio desde el surgimiento mismo de la psicoterapia. Varios autores (Barlow, 2002b/2004; Bleichmar,

1999; Rickels y Rynn, 2001; Roemer et al., 2002/2004) han ubicado el origen del TAG en la nomenclatura freudiana clásica de “neurosis de angustia” (Freud, 1893/1996: 220; 1895a/1996: 92), la cual fue reinterpretada tanto por investigadores de corte cognitivo-conductual, así como por los equipos de trabajo de los sucesivos DSMs y CIEs.

Sin embargo, “neurosis de angustia” (Freud, 1893/1996: 220; 1895a/1996: 92) no fue el primer nombre que se le asignó a la sintomatología comprendida dentro de lo que hoy conocemos como TAG. Con anterioridad a Freud, este conjunto de síntomas fue ubicado dentro de un cuadro más abarcativo, denominado por Beard (1869: 217) como “neurastenia” “agotamiento nervioso” o “agotamiento del sistema nervioso”. De acuerdo con ese autor, dichos términos derivaban de la noción rudimentaria de “astenia nerviosa”, introducida por Barker, que hasta ese momento solamente circulaba en conversaciones informales entre médicos.

La neurastenia se caracterizaba, según Beard (1869: 218), por la presencia de síntomas de agotamiento nervioso, cuya presentación clínica consistía en “quejas de malestar general, debilitación de todas las funciones, falta de apetito, debilidad duradera en la espalda y columna, dolores neurálgicos fugitivos, histeria, insomnio, hipocondriasis, aversión al trabajo mental consecutivo, severos y debilitantes ataques de dolor de cabeza, y otros síntomas similares”, sin presentar patología orgánica. La neurastenia, además, podía presentar un curso tanto agudo como crónico, ser tanto el efecto de enfermedades agudas o crónicas –tales como fiebre, anemia y dispepsia–, así como la causa de estas mismas enfermedades o de otras como el insomnio, dolores de cabeza, parálisis, anestesia, neuralgia, gota, espermatorrea en el hombre e irregularidades menstruales en la mujer (Beard, 1869: 218).

El TAG y la neurosis de angustia. Freud (1893/1996, 1895a/1996) inició el proceso de fragmentación de categorías psicopatológicas más amplias que desembocó en lo que hoy conocemos como TAG, al haber separado de la neurastenia al síndrome que denominó y conceptualizó como neurosis de angustia. Según este autor, dicho cuadro era una “neurosis sexual” (Freud, 1893/1996: 217) sin tramitación psíquica (Freud, 1894a/1996) provocada por prácticas sexuales inadecuadas (*coitus-interruptus* u onanismo).

Dada la falta de procesamiento psíquico teorizada para la neurosis de angustia, Freud (1896/1996: 168) posteriormente la conceptualizó como una “neurosis simple” y, subsiguientemente, como una “neurosis actual” (Freud, 1898/1996: 271) –junto con la neurastenia y la hipocondría (Freud, 1914/1996: 80, 1917/1996: 355)–, por deberse a causas inmediatas, “actuales”. De este modo, las diferenció de las “neuropsicosis de defensa” o “psiconeurosis”, que sí implicaban una formación de compromiso con participación de instancias psíquicas (Freud, 1896/1996: 168, 1898/1996, 1917/1996: 354).

La neurosis de angustia podía presentarse de dos formas: como un “estado permanente” de angustia sobre diversas áreas (el cuerpo, el entorno y la autoeficacia) o como una combinación de dicho estado permanente y “ataques de angustia” (Freud, 1893/1996: 220-221). Esta formulación, junto con otras que desarrolló previamente, convirtieron a Freud en el primero en conceptualizar clínicamente a la preocupación excesiva (Rickels y Rynn, 2001: 5) y en vincularla a lo que hoy se conoce como TAG entre los diagnósticos psiquiátricos. En el capítulo de este libro “Comprensión y abordajes psicoanalítico-psicodinámicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada” de Juan, Gómez Penedo y Roussos, se analiza más de cerca este origen histórico de la noción de TAG en la obra freudiana.

El diagnóstico “TAG” en la evolución de los sistemas CIE y DSM

Según Kramer (1968), Kramer et al. (1979), Marchall y Klein (2002/2003) y Widiger (2005), fue recién en la CIE-6, publicada en 1948, que los trastornos mentales obtuvieron un apartado propio y que, dentro del grupo de los “desórdenes psiconeuróticos”, se incluyó a la “reacción de ansiedad sin mención a síntomas somáticos” (Kramer et al., 1979: 257). Esta última pareciera ser un precursor del TAG.

En lo que se refiere al DSM, Widiger (2005: 65) y Kramer (1968: xi) explicaron que la primera edición del mismo, el DSM-I [American Psychiatric Association (APA), 1952] surgió de la fusión de la sección de trastornos mentales de la CIE-6 y la Nomenclatura de la *Veterans Administration* del ejército de los Estados Unidos, desarrollada durante la segunda guerra mundial. En este manual también es posible encontrar un precursor del TAG: la sintomatología asociada a este cuadro fue incluida en términos de una “reacción de ansiedad”, dentro del grupo de los trastornos psiconeuróticos del DSM-I (APA, 1952: 32).

A partir de la mayor aprobación que recibió el DSM-I, y en un intento por proveer un territorio común que satisficiera las necesidades de psiquiatras con diferentes orientaciones teóricas, la CIE-8, publicada en 1968, se desarrolló en forma coordinada con el DSM-II (Kramer, 1968; Marchall y Klein, 2002/2003; Widiger, 2005).

En el DSM-II (APA, 1968: 39) la noción de “reacción” de ansiedad fue sustituida por la de “neurosis de ansiedad” y ubicada dentro del grupo de las “neurosis”. Este síndrome, al igual que su precursor en el DSM-I, estaba íntimamente relacionado con el concepto homónimo creado por Freud (1895a/1996) y se caracterizaba por la presencia de una aprehensión ansiosa o patológica, descrita en términos de una “preocupación excesiva y ansiosa” (en inglés, “*anxious over-concern*”, DSM-II, APA, 1968: 39), en donde la ansiedad, al igual que en caracterizaciones anteriores de este cuadro, no

estaba circunscripta a objeto alguno ni a ninguna situación en particular, y también se asociaba a sintomatología somática. Dicha aprehensión patológica se diferenciaba de la aprehensión o miedo normales en cuanto que ocurría ante situaciones sin peligro real. A diferencia del síndrome descrito en DSM-I, la neurosis de ansiedad del DSM-II se asoció explícitamente tanto con una expectación ansiosa, como con reacciones de pánico.

Instalación del diagnóstico de “TAG” en el sistema DSM

La denominación “TAG” apareció por primera vez en el sistema DSM en su tercera edición. El TAG del DSM-III (APA, 1980) se caracterizó por la presencia de ansiedad generalizada y persistente durante, al menos, un mes de duración. Dicha ansiedad generalizada se evidenciaba por la presencia de síntomas comprendidos en un listado de cuarenta y tres síntomas de ansiedad –treinta y cuatro corporales y nueve cognitivos–, agrupados en cuatro categorías. Para cumplir el criterio diagnóstico, el paciente debía tener síntomas de tres o más categorías. Estas son:

1. *Tensión motora*: temblor, sobresalto, fatigabilidad fácil, tensión, dolor muscular, inhabilidad para relajarse, contracción nerviosa del párpado, expresión facial de agotamiento, inquietud, incansabilidad, etc.
2. *Hiperactividad autonómica*: transpiración, taquicardia, boca seca, mareos, parestesias, malestar estomacal, episodios de frío o calor, urinación frecuente, ruborización, frecuencia cardíaca y respiratoria elevados durante el reposo, etc.
3. *Expectación aprehensiva*: ansiedad, preocupación, miedo, rumiación y anticipación de eventos desafortunados para sí mismo/a u otras personas.
4. *Vigilancia y escaneo*: hipervigilancia resultando en distractibilidad, dificultad para concentrarse, insomnio, sentirse al límite, irritabilidad e impaciencia (DSM-III, APA, 1980: 233).

Al ubicar a la preocupación dentro del grupo de síntomas asociados a la expectación aprehensiva, el DSM-III implicó, en este sentido, un retorno a la reacción de ansiedad del DSM-I, ya que la ubicaba como un síntoma optativo del TAG. Como se verá más adelante, el rol de la preocupación en este trastorno continúa siendo debatido.

Dado que en el DSM-III el TAG sólo podía diagnosticarse en ausencia de síntomas propios de otros trastornos de ansiedad, varios autores (Brown et al., 2001; Sandín y Chorot, 1995, Vetere, 2009) consideraron que, en la práctica, esta condición convertía al cuadro en una categoría diagnóstica residual. Además, tal como afirmaron Brown y colegas (2001), el TAG del DSM-III presentaba gran imprecisión diagnóstica, ya que, dada la brevedad

y diversidad de los síntomas que incluía, cualquier episodio de ansiedad elevada que no cumpliera con los criterios diagnósticos de otro trastorno de ansiedad podía ser englobado dentro de esta definición de TAG.

El TAG en el DSM-III-R y el rol de la preocupación. En el DSM-III-R (APA, 1987), al permitirse el diagnóstico de cuadros comórbidos, el TAG pasó a ser un diagnóstico válido en sí mismo y empezó a recibir plena atención de parte de los clínicos e investigadores (Barlow, 2002 a y b/2004; Cía, 2002; Keegan, 2007; Kessler, 2002/2003). Una segunda modificación presente en esa edición del manual de la APA fue la reubicación de la preocupación al mismo nivel jerárquico que la ansiedad, como síntomas patognomónicos del TAG, debiendo ser ambas de carácter excesivo o no realista y acerca de dos o más áreas.

A partir del DSM-III-R, la ansiedad y preocupación excesiva pasaron a ser requisitos necesarios y suficientes de la noción de “expectación aprehensiva”, presente en las sucesivas versiones del DSM. Hubo otras modificaciones realizadas al diagnóstico de TAG en este manual. En primer lugar, se operacionalizaron en mayor detalle las nociones de generalidad y persistencia debiendo la expectación aprehensiva estar presente la mayoría de los días y referirse a dos o más circunstancias vitales que no estuvieran vinculadas con otros trastornos clínicos (eje I del DSM).

En segundo lugar, la duración mínima del cuadro fue extendida a seis meses. Según Brown y colaboradores (2001), esto se realizó para facilitar la diferenciación del TAG respecto de reacciones transitorias ante acontecimientos vitales estresantes como, por ejemplo, el trastorno adaptativo. Kessler (2002/2003) afirmó, además, que si bien se había descubierto que la comorbilidad entre TAG y depresión disminuía cuando la duración del TAG era mayor, incluso con este nuevo criterio de seis meses de duración la comorbilidad general del TAG continuaba siendo elevada. En la segunda parte del capítulo se volverá sobre los debates que la comorbilidad genera en torno a la ansiedad generalizada.

Un tercer cambio presente en el TAG del DSM-III-R consistió en las siguientes modificaciones del listado de cuarenta y tres síntomas de ansiedad opcionales, presente en el DSM-III: por un lado, se removió del mismo la categoría de “*expectación aprehensiva*”, reubicándola como un criterio diagnóstico adicional del TAG y convirtiéndola, de este modo, en un requisito diagnóstico *sine qua non*. Por otro lado, los treinta y nueve síntomas restantes del listado fueron reducidos a dieciocho síntomas de ansiedad, quince corporales y tres cognitivos. Además, se flexibilizó el criterio categorial sintomático, exigiendo únicamente la presencia de seis o más síntomas, independientemente de que se ubicaran en la categoría de *tensión motora*, *hiperactividad autónoma*, y/o *vigilancia y escaneo*.

La cuarta y última modificación del TAG del DSM-III-R consistió en dos restricciones que se impusieron al diagnóstico de este cuadro: por un lado, el mismo no podía asignarse cuando el síndrome se presentaba únicamente durante el curso de un trastorno del ánimo o un cuadro psicótico. Por el otro lado, el diagnóstico de TAG sólo podía asignarse a mayores de 18 años, siendo reemplazado por el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Excesiva ([TAE], en inglés, “*overanxious disorder*”, DSM-III-R, APA, 1987: 63-5) para menores de edad, o para adultos que no cumplieran los criterios diagnósticos de TAG, pero sí los de TAE.

El TAG en el DSM-IV: hacia un diagnóstico sin hiperactividad autonómica. De acuerdo con Widiger (2005), el mandato de la Task Force del DSM-IV incluyó una mejor coordinación con la CIE-10 y una mayor revisión crítica de documentación que proveyese apoyo empírico al manual. Siguiendo con dicho mandato, en el DSM-IV (APA, 1994) se volvieron a realizar múltiples modificaciones al diagnóstico de TAG.

En primer lugar, se abandonó la noción de ansiedad y preocupación “no realistas”, presente en el DSM-III-R, enfatizando el carácter excesivo de las mismas. Según Roemer y equipo (2002/2004) este cambio se basó en investigaciones que evidenciaron que el criterio de preocupación no realista era menos discriminante que el criterio de preocupación excesiva, respecto del TAG y otras poblaciones clínicas.

En segundo lugar, se dismanteló parte de la operacionalización de la ansiedad y preocupación excesiva, incluida en el DSM-III-R. Por un lado, se conservó la duración mínima del cuadro, de seis meses, y la exigencia de una frecuencia prácticamente diaria. Por otro lado, en vez de limitar la expectativa aprehensiva a dos o más dominios de la vida del paciente, se imprecisó su definición, describiendo, únicamente, que la misma debía referirse a “un número de eventos o actividades” (DSM-IV, APA, 1994: 432 y 435). De acuerdo con Roemer y colegas (2002/2004), esta última modificación se basó en el hecho de que múltiples investigaciones resaltaron que las personas con TAG se preocupaban por cuestiones de todos los días (es decir, el contenido de sus preocupaciones no difería de las preocupaciones de la población no clínica), pasando a ser más discriminante el carácter persistente y generalizado de la preocupación.

En línea con lo señalado por Roemer y equipo (2002/2004) en el párrafo anterior, el tercer cambio introducido en el TAG del DSM-IV consistió en que se incrementó aún más el énfasis de los componentes cognitivos de la ansiedad para el establecimiento del diagnóstico. Así, se agregó la dificultad para controlar las preocupaciones como criterio diagnóstico adicional, resaltándose el rol primordial de la preocupación en el cuadro. Se redujo de seis a tres el mínimo de síntomas de ansiedad requeridos para asignarse este diagnóstico, y el listado de dichos síntomas se redujo de dieciocho a

seis, siendo cuatro corporales y dos cognitivos. A su vez, entre los síntomas que se mantuvieron, ninguno pertenecía a la categoría de hiperactividad autónoma, dejando de ser ésta un criterio diagnóstico del TAG a partir de dicha edición del DSM.

De acuerdo con Roemer y colaboradores (2002/2004), la eliminación de la sintomatología de activación autónoma se basó en que múltiples investigaciones evidenciaron una restricción autónoma en los pacientes con TAG, que los diferenciaba significativamente de quienes padecían un trastorno de angustia (por ejemplo, Thayer, Friedman y Borkovec, 1996; Barlow, Chorpita y Turovsky, 1996, tal como se cita en Barlow y Durand, 2011). Por esta razón, Barlow y equipo (tal como se cita en Barlow y Durand, 2011) han dado en llamarlos “restriccionistas autónomos”.

Como cuarto cambio introducido en el TAG del DSM-IV, se modificó la restricción respecto de la asignación del diagnóstico, a partir de una edad mínima y respecto de la presencia/ausencia de trastornos del ánimo o cuadros psicóticos. Por un lado, se extendió la restricción a aquellos casos donde la ansiedad y preocupación ocurrían únicamente durante el curso de un trastorno de estrés postraumático (TEPT) o un trastorno generalizado del desarrollo (TGD). Esto evidenciaba, como señalaron Brown y equipo (2001) que si bien el TAG había dejado de ser un diagnóstico residual desde el DSM-III-R, incluso en el DSM-IV continuaba relegándose frente a otros trastornos comórbidos. Lo recién mencionado reflejaba, también, que aún persistían debates respecto de si existía suficiente evidencia empírica como para considerar al TAG como una categoría diagnóstica válida en sí misma. Algunas de estas discusiones siguen vigentes hasta hoy, como se verá más adelante.

Por otro lado, se eliminó el trastorno de ansiedad excesiva (TAE) del DSM-IV y la restricción del diagnóstico de TAG para menores de edad. De este modo, los menores de edad que según el DSM-III-R presentaban un TAE, pasaron a ser diagnosticados con un TAG, y los mayores de edad con TAE pasaron a tener un trastorno de ansiedad no especificado (TANE). La quinta y última modificación consistió en la adición del requisito diagnóstico de presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social y/o laboral a causa de la ansiedad, preocupación y/o síntomas físicos. Este último criterio se agregó porque a pesar de que muchos clínicos consideraban que el TAG era una problemática de poca gravedad, varias investigaciones señalaron lo contrario (Brown et al., 2001; Judd et al., 1998).

En lo que se refiere al DSM-IV-TR (APA, 2000), ésta fue la primera edición del manual de la APA en la que no se introdujo modificación alguna en el diagnóstico de TAG respecto de su edición anterior, y a pesar de poseer diferencias respecto de la definición de TAG presente en la CIE-10 (OMS, 1994/2000). Esta ausencia de modificaciones no se sustenta en la existen-

cia de un pleno acuerdo o satisfacción con la definición del TAG del DSM-IV, sino en que, según Widiger (2005), en el DSM-IV-TR no se realizó ningún cambio sustancial en los criterios diagnósticos, y no se eliminó ni adicionó ningún tipo de trastorno mental, porque el propósito principal de dicha edición del DSM fue el de actualizar la información acerca de la edad de inicio, curso, prevalencia, historia familiar y discusión de cada trastorno presente en el manual.

Diferencias entre los sistemas DSM y CIE: el TAG preocupado y restrictor versus el TAG hiperactivado y corporal

En lo que se refiere a las diferencias en las definiciones de TAG presentes en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y la CIE-10 (OMS, 1994/2000), las mismas poseen implicancias clínicas significativas. En el primero la presencia de síntomas de activación autonómica pasó a ser irrelevante y la preocupación excesiva, el síntoma *sine qua non* del TAG. Para la CIE-10, en cambio, la activación autonómica era el requisito indispensable para el diagnóstico de este trastorno, el cual, además, no debía presentar comorbilidad con la mayoría de los trastornos de ansiedad para que su diagnóstico fuera posible. Asimismo, la CIE-10 incluyó sintomatología que en el DSM-IV formaba parte del diagnóstico del trastorno de angustia, como son el miedo a morir o volverse loco. Slade y Andrews (2001) y Vetere (2009) afirmaron que tales diferencias indicaban que bajo el mismo nombre se estaba diagnosticando a dos grupos diferentes de personas. En este sentido, existirían dos subpoblaciones de TAG: el TAG “preocupado y restrictor” vs. el TAG “ansioso y activado”. Estos estudios marcan un importante antecedente en términos de reconocer diferentes tipologías de pacientes con TAG y el desafío que esto plantea para la adecuada selección de tratamiento. En la conclusión del capítulo se volverá sobre este punto, que consideramos de especial relevancia.

El TAG en el DSM-5 y la CIE-11

Cuando el DSM-5 (APA, 2013a) finalmente se publicó, se retomaron por completo y textualmente los criterios diagnósticos de TAG (con algún mínimo reordenamiento de ítems) tal como habían sido publicados en el DSM-IV (APA, 1994) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000). No obstante, ello no significó que el cuadro siguiera siendo idéntico a sus versiones publicadas anteriormente.

Por un lado, en el DSM-5 por primera vez no se aplicó restricción especial alguna al diagnóstico de TAG. Además, se modificó la conformación del grupo de los “trastornos de ansiedad”. Éste pasó a incluir al “trastorno de

ansiedad por separación”, “mutismo selectivo”, “fobia específica”, “trastorno de ansiedad social (fobia social)”, “trastorno de pánico”, “agorafobia”, “trastorno de ansiedad generalizada” y al “trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicación” (DSM-5, APA, 2013a: 189-190). De este modo, figuró totalmente separado del trastorno obsesivo-compulsivo, del trastorno por estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático, que en el DSM-IV-TR formaban parte del grupo de los trastornos de ansiedad.

De acuerdo con los autores del DSM-5, el grupo de los trastornos de ansiedad, incluía a aquellos cuadros que compartían características de miedo y ansiedad excesivos y perturbaciones conductuales relacionadas, en donde el miedo estaba usualmente asociado a activaciones autonómicas repentinas necesarias para el ataque o huida. Asimismo, dentro de este grupo era común la presencia de conductas persistentes de evitación como medio para reducir la ansiedad y/o el miedo. En este sentido, los trastornos de ansiedad se diferenciaban entre sí a partir del tipo de objeto o situación que inducía miedo, ansiedad o evitación, y la ideación cognitiva asociada a ello.

Por último, en el DSM-5 se incluyó la dirección URL a una sección de la página web de la APA en donde quedaron disponibles escalas específicas para algunos de los trastornos del manual, cuyo fin consistió en facilitar una caracterización más adecuada de la severidad y curso del trastorno. En lo que respecta al TAG, se proveyó online la Escala de Gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada en su versión para adultos (APA, 2013b) y para menores, de 11 a 17 años de edad (APA, 2013c). A pesar de que se presenta cada versión de la escala separadamente, ambas versiones son idénticas tanto en cantidad de ítems, fraseo, consigna, puntaje e interpretación.

Se recomendó el uso de la Escala de Gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada (APA, 2013b, 2013c) tanto para pacientes diagnosticados con un TAG como para pacientes con “síntomas significativos de ansiedad generalizada”. La misma constó de los siguientes diez ítems a ser puntuados de 0 a 4 (APA, 2013b, 2013c: 2):

Durante los siete días pasados, yo...

1. Sentí momentos de terror, miedo o espanto repentino.
2. Me sentí ansioso, preocupado o nervioso.
3. Tuve pensamientos sobre la ocurrencia de cosas malas, tales como tragedia familiar, enfermedades, despido de mi trabajo o accidentes.
4. Sentí palpitaciones, traspiración excesiva, dificultad para respirar, desmayos o temblores.
5. Sentí tensión muscular, al límite o fatigado, o tuve dificultades para relajarme o dormir.
6. Esquivé, evité o me abstuve de entrar en situaciones sobre las que me estuve preocupando.

7. Abandoné situaciones tempranamente o participé mínimamente a causa de mis preocupaciones.
8. Dedicué muchísimo tiempo a tomar decisiones, posponiendo tomar decisiones, o preparándome para situaciones, a causa de mis preocupaciones.
9. Busqué reaseguros por parte de otros a causa de mis preocupaciones.
10. Necesité ayuda para lidiar con mi ansiedad (por ejemplo, alcohol o medicación, objetos supersticiosos u otras personas).

La escala de severidad del TAG sorprende por múltiples motivos. Tal como se mencionó en párrafos anteriores, para el establecimiento del diagnóstico de TAG en el DSM-5 se retomaron los criterios diagnósticos del DSM-IV y del DSM-IV-TR. Sin embargo, el primer ítem describe sintomatología asociada en dichos manuales al trastorno de angustia. Además, el cuarto ítem incluye sintomatología de activación autonómica, la cual había sido excluida del TAG en estos manuales y se la vinculaba, también, al pánico. Por último, en el sexto al noveno ítem se incluyeron síntomas adicionales (reaseguro, procrastinación, perfeccionismo y evitación de situaciones que preocupan), propuestos originalmente en los borradores del DSM-5, los cuales nunca habían sido asociados al TAG en ninguna de las versiones publicadas del DSM.

En este sentido, el DSM-5 parece contradecirse a sí mismo respecto de la definición del TAG. Sin embargo, en la subsección sobre el curso y desarrollo del TAG, se mencionó que estos síntomas podían presentarse en niños y adolescentes con este trastorno. Asimismo, se explicó que, a pesar de los problemas existentes en los sistemas diagnósticos categoriales, según la Task Force del DSM-5 era científicamente prematuro proponer diagnósticos alternativos para la mayoría de los trastornos. En este sentido, y para evitar entorpecer la investigación y práctica clínica actuales, se ubicó al DSM-5 y a su estructura organizativa como un “documento vivo” que facilite el desarrollo futuro de criterios dimensionales que puedan suplementarse o reemplazar al sistema diagnóstico actual (APA, 2013a: 13).

En lo que se refiere a los primeros borradores de la CIE-11 (OMS, 2012a, 2012b), si bien se aclara que las definiciones no han sido aprobadas aún y, además, que son actualizadas diariamente, el TAG figura presente desde el inicio, aunque en forma muy sucinta. Asimismo, a pesar de que el borrador de la CIE-11 fue actualizado oficialmente numerosas veces desde 2012, el cuadro se ha mantenido estable (OMS, 2013, 2018). El mismo ha sido definido como una condición caracterizada por “ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita a, o incluso, que no predomina fuertemente en, ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, es ‘libremente flotante’)” (OMS, 2018, Definición). Asimismo, la preocupación no ha sido considerada como el síntoma patognomónico del TAG. En su lugar,

los autores de la CIE-11 explicaron que los síntomas dominantes del cuadro eran variables, entre los que se incluyó a la preocupación en términos de “nerviosismo” y temores sobre la salud y seguridad propia y de seres queridos (OMS, 2018, Definición). Otros síntomas opcionales mencionados fueron temblores, tensión muscular, sudoración, inestabilidad, palpitaciones, sensación de mareo y malestar epigástrico. De este modo, la definición del borrador de la CIE-11 no sólo defirió de la definición de la CIE10, sino que, además, acrecentó aún más la brecha existente entre las CIE y los DSM, respecto del TAG.

Debates relacionados con la delimitación diagnóstica del TAG y su tratamiento

Tal como se describió hasta aquí, las modificaciones en la definición del TAG introducidas en las distintas ediciones del DSM (APA, 1980, 1987, 1994, 2000 y 2013a) y de la CIE (OMS, 1994/2000, 2012a, 2012b, 2013, 2018) mantienen relativamente intacta su naturaleza en tanto trastorno de ansiedad aislado. Sin embargo, por fuera de estos manuales, la propia naturaleza de este trastorno –y consecuentemente, su implicancia diagnóstica– está siendo discutida desde múltiples ejes de investigación. Por otra parte, han surgido numerosas propuestas para entender el rol de la preocupación en el TAG y su tratamiento (ver, por ejemplo: Behar et al., 2009; Etchebarne, Juan y Roussos, 2016), que marcan otra zona de discusión y debate en torno al cuadro. Estos focos de debate se sintetizan a continuación. Consideramos que, junto con las particularidades de su evolución como entidad diagnóstica, este grupo de discusiones completa el panorama actual sobre las diferentes formas en las que hoy se estudia y se debate en la comunidad científico-clínica respecto de la ansiedad generalizada.

El TAG: ¿trastorno de ansiedad o de personalidad?

El primer eje de debate gira en torno a la cuestión de si el TAG es un trastorno de ansiedad (eje I de los DSMs) o si, en realidad, se trata de un trastorno de personalidad en sí mismo (eje II de los DSMs). Dentro del marco teórico cognitivo-conductual –alineado con psicopatología estadística y descriptiva del DSM–, la posición estándar ha consistido en considerar al TAG como un trastorno de ansiedad, asociado con neuroticismo, afecto negativo y los trastornos de personalidad dependiente y evitativo (Vetere, Portela y Rodríguez Biglieri, 2007). Sin embargo, algunos de sus exponentes han sugerido que el TAG en sí mismo podría ser un trastorno de personalidad.

Los primeros investigadores que propusieron esta hipótesis fueron Akiskal (1985), Sanderson y Wetzler, en 1991 (citados en Vetere et al., 2007)

y Beck, Stanley y Zebb (1996). Vetere y equipo (2007) reevaluaron esta declaración y sus hallazgos sugirieron que el TAG podría constituir un trastorno de personalidad, caracterizado no sólo por la preocupación crónica, sino también, por un estilo de apego dependiente, una tendencia general al razonamiento emocional y una predisposición a priorizar las necesidades de los demás por sobre las propias.

Hale, Klimstra y Meeus (2010), por su parte, aportaron evidencias respecto de que la tendencia a preocuparse en el TAG podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de neuroticismo y no a la inversa, como usualmente se ha afirmado. De acuerdo con estos autores, si bien el neuroticismo y la preocupación patológica eran constructos diferentes e interrelacionados, en su investigación esta última tendió a preceder temporalmente y a predecir el desarrollo de neuroticismo. Por este motivo, coincidieron con los otros autores citados, sugiriendo que el TAG debería conceptualizarse como un trastorno de personalidad o del carácter.

Dentro del marco psicoanalítico, los principales investigadores acerca de tratamientos psicodinámicos para el TAG han mantenido la categorización del TAG del DSM-IV-TR, como un trastorno de ansiedad (por ejemplo, Crits-Christoph, 2002; Crits-Christoph et al., 1996; Ferrero et al., 2007; Leichsenring et al., 2009). A diferencia de esto, la Task Force del *Psychodynamic Diagnostic Manual* ([PDM] Ferrari et al., 2006; McWilliams et al., 2006) ha conceptualizado al TAG en dicho manual diagnóstico, como un “trastorno de personalidad ansiosa”, excluyéndolo en forma explícita del grupo de los trastornos de ansiedad (también incorporados allí), hipotetizando que la ansiedad en el TAG sería el organizador fundamental de la personalidad. En el capítulo ya citado de Juan, Gómez Penedo y Roussos se abordará en detalle la conceptualización que tanto el PDM como el campo psicodinámico en sentido amplio ofrecen para el TAG.

El TAG: ¿trastorno de ansiedad o de preocupación?

El segundo eje de debate gira en torno a la importancia relativa de la ansiedad o la preocupación para la comprensión del TAG. El mismo se vio plasmado en la tentativa de la *Task Force* del DSM-5, respecto de cambiarle el nombre por el de trastorno de preocupación generalizada o patológica (Andrews et al., 2010).

Si bien Freud (1893/1996) planteó que las representaciones penosas y la angustia expectante (o expectativa angustiada) estaban conectadas en la neurosis de angustia, su teoría respecto de la etiología y factores de mantenimiento de esta problemática resaltaron el componente somático, en términos de excitación somática no tramitada o tóxica, sin intermediación psíquica o simbólica sintomática (Freud, 1893/1996, 1894a/1996,

1894b/1996, 1895a/1996, 1895b/1996). En este sentido, si bien fue un pionero en la vinculación del proceso de preocupación (conceptualizada como expectativa angustiada) con una entidad psicopatológica, le otorgó un rol secundario y subsidiario de la angustia.

La posición de Freud respecto del rol de la angustia en la neurosis de angustia es actualmente debatida desde dentro del psicoanálisis. Por ejemplo, Bleichmar (1999) planteó, con relación al TAG y al pánico, la existencia de un proceso de codificación que activaría a la angustia automática. Además, vinculó a estos cuadros con la interacción entre traumas infantiles y conflictos intrapsíquicos, reacciones neurovegetativas y la codificación que el paciente haga de su angustia. Asimismo, Crits-Christoph y colaboradores (Crits-Christoph, 2002; Crits-Christoph, et al., 1996) se alejaron de la conceptualización freudiana, ligando al TAG con la noción de trauma infantil y reinterpreto a la preocupación como un mecanismo defensivo inconsciente. Contrariamente a estos autores, en el PDM (Ferrari et al., 2006; McWilliams et al., 2006) se siguió asignando un rol fundamental a la ansiedad en el TAG. Para más detalle de estos puntos, ver capítulo de Juan, Gómez Penedo y Roussos.

Dentro del ámbito de la terapia cognitiva, ya no se cuestiona el rol primordial de la preocupación como agente patognomónico del TAG (Borkovec et al., 2004; Brown y Barlow, 1992; Kessler, 2002/2003; Newman et al., 2013). En lugar de ello se discute acerca de su función en el mantenimiento del trastorno. De hecho, la actividad de preocuparse ha cobrado tal importancia que ya se la estudia como un fenómeno transdiagnóstico (Olatunji et al., 2010).

La comorbilidad del TAG: ¿diagnóstico válido, mixto o epifenómeno?

El tercer eje de debate gira en torno a si el TAG es un cuadro nosográfico válido en sí mismo (y de qué naturaleza) o si se trata de un epifenómeno presente en diversas estructuras psíquicas. En lo que se refiere al psicoanálisis, Gabbard (2000/2002: 280) afirmó que la noción de TAG ha sido entendida tradicionalmente como un epifenómeno sintomático, representando la ansiedad “la punta del iceberg”, motivo por el cual una gran mayoría de psicoanalistas ha rechazado la versión actual del diagnóstico, conforme a la crítica tradicional del psicoanálisis a los sistemas diagnósticos puramente descriptivos. Al mismo tiempo, el campo psicodinámico ha generado algunas propuestas formalizadas de tratamiento para el TAG que, por ende, lo consideran un diagnóstico válido que organiza la situación clínica (ver Juan, Gómez Penedo, Etchebarne y Roussos, 2011). Este debate intrapsicoanálisis

sobre la entidad nosológica del TAG se desarrollará en detalle en el capítulo de Juan, Gómez Penedo y Roussos.

Dentro del marco cognitivo-conductual y psiquiátrico no psicoanalítico, la comorbilidad del TAG ha originado un debate respecto de la validez diagnóstica de este cuadro, implicando que el concepto actual de TAG como trastorno de ansiedad sería insuficiente para su comprensión clínica y abordaje terapéutico. Así, por un lado, se ha sugerido que el TAG, en vez de ser considerado como un trastorno independiente, debería ser reconceptualizado como un cuadro residual, prodrómico de la depresión, o como un indicador de gravedad de esta última (Kessler, 2002/2003). Por otro lado, Krueger (1999), a partir de un análisis de la varianza estadística de la comorbilidad de distintos trastornos mentales, propuso reorganizar la psicopatología reagrupando a los distintos trastornos del DSM-IV-TR a partir de sus estructuras latentes o factores que las engloban.

De este modo Krueger (1999: 925) identificó un primer factor en el que ubicó a aquellos trastornos en los que primaron patrones que definió como “internalizadores” (en inglés, “*internalizing*”), tales como la ansiedad y la tristeza, o bien, la evitación fóbica de las demás personas y el mundo externo. Planteó un segundo factor “externalizador” (en inglés “*externalizing*”), en el que ubicó trastornos con patrones conductuales y de estilo de vida “antisocial”, tales como conductas agresivas o delictivas y el déficit atencional.

Krueger et al. (2001) explicaron que se recurrió a la etiqueta de “internalizadores” para describir la propensión común de los trastornos ubicados en este grupo de expresar el distrés internamente, al revés de lo que sucedía en el grupo de trastornos “externalizadores”. De acuerdo con esta reorganización, el TAG pasaría a integrar, junto con la distimia, la depresión mayor y el estrés postraumático, un subgrupo de la dimensión o factor de trastornos internalizadores, denominada “internalizadora ansioso-miserable” (en inglés, “*Anxious-Misery Internalizing*”, Krueger, 1999: 925).

El Grupo de Trabajo del DSM-5 (APA, 2013) sostuvo que la agrupación de los trastornos mentales en internalizadores y externalizadores es un marco conceptual con demostrado apoyo empírico, el cual debiera ayudar en el desarrollo de nuevos abordajes diagnósticos, incluidos los dimensionales. Además, facilitaría la identificación de marcadores biológicos y de mecanismos subyacentes. No obstante, la reorganización propuesta por Krueger y equipo (2001) no ha sido añadida a la última publicación del DSM. Queda pendiente descubrir si la misma es incorporada a la CIE-11 y/o en ediciones posteriores al DSM-5.

Roemer y equipo (2002/2004), en clara oposición a los planteos citados en los párrafos anteriores, consideraron aún válido el estatus diagnóstico del TAG como trastorno de ansiedad individual. Estos autores explicaron la comorbilidad del cuadro entendiendo el TAG como el “trastorno de an-