

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Mecanismos transdiagnósticos en pacientes con perfil ansioso.

González Gabelloni, Martín Federico y Vazquez
Melia, Melisa.

Cita:

González Gabelloni, Martín Federico y Vazquez Melia, Melisa (2017).
*Mecanismos transdiagnósticos en pacientes con perfil ansioso. IX
Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en
Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de
Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -
Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/262>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/vDs>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*

MECANISMOS TRANSDIAGNÓSTICOS EN PACIENTES CON PERFIL ANSIOSO

González Gabelloni, Martín Federico; Vazquez Melia, Melisa
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Actualmente existe una tendencia en los tratamientos cognitivos conductuales de buscar enfoques transdiagnósticos de los trastornos mentales, en los cuales a partir de procesos subyacentes comunes compartidos entre distintos trastornos (no necesariamente pertenecientes a una misma categoría diagnóstica) se diseñan estrategias terapéuticas efectivas para dichos cuadros. En el presente trabajo realizaremos un recorrido por los mecanismos comunes que se ponen en juego en pacientes con perfil ansioso y lo ejemplificaremos con dos tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo en consultorios externos de hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se buscará dar cuenta de las ventajas y desventajas de llevar a cabo tratamientos basados en procesos transdiagnósticos.

Palabras clave

Terapia Cognitiva Conductual, Enfoques transdiagnóstico, Mecanismos Transdiagnósticos, Ansiedad

ABSTRACT

TRANSDIAGNOSTIC MECHANISMS IN PATIENTS WITH AN ANXIOUS PROFILE

Currently there is a tendency in cognitive behavioral treatments to seek transdiagnostic approaches to mental disorders, in which by common underlying process share between different disorders (not necessarily belonging to the same diagnostic category), they design effective strategies for such cases. In the current paper we make a walkthrough of common mechanisms in patients with an anxious profile and we will exemplify it with two psychotherapeutic treatments carried out in outpatient clinics which are Buenos Aires city government dependent. It will seek to show the advantages and disadvantages of carrying out transdiagnostic treatments.

Key words

Cognitive-behavioural therapy, Transdiagnostic approaches, Anxiety, Transdiagnostic mechanisms

Introducción

La ansiedad puede ser definida como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos que se juzgan como muy aversivos y podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Clark y Beck, 2010). Los tratamientos transdiagnósticos son aquellos en los cuales a partir de las preocupaciones centrales y los procesos subyacentes compartidos entre distintos trastornos (no necesariamente pertenecientes a una misma categoría diagnóstica), se diseñan intervenciones efica-

ces (Butler, Fennell & Hackmann 2010). La premisa básica es poner por encima aquello que tienen en común los trastornos más allá de lo que los diferencia (McEvoy, Nathan & Nortron, 2009).

Barlow y Craske (2000) consideran que lo único en lo que difieren los Trastornos de ansiedad (TA) es en el contenido de la amenaza percibida, es en este sentido que en el presente trabajo ubicamos mecanismos comunes entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), en el cual la amenaza proviene del exterior, y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), donde la amenaza es interna (pensamientos); a pesar de que este último no se encuentre en el DSM V dentro de la categoría de Trastornos de Ansiedad. Para luego pensar en las posibles ventajas y desventajas de utilizar tratamientos basados en procesos comunes.

Materiales y método

Se realizó una revisión de artículos publicados y material bibliográfico en relación a enfoques transdiagnósticos y a mecanismos comunes en pacientes con diagnósticos de trastornos de ansiedad (TA) y TOC según DSM V. La estrategia de búsqueda de artículos publicados se realizó a través del buscador "Google Académico" utilizando los términos: #enfoques transdiagnósticos, #trastornos de ansiedad, #ansiedad, #transdiagnostic #treatments #anxiety #disorders.

Luego se realizó un análisis sobre dos tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo en hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Desarrollo

Enfoque transdiagnóstico

Actualmente la alta frecuencia de comorbilidad en TA representa un problema para los clínicos, debido a que los tratamientos basados en la evidencia se encuentran diseñados para diagnósticos específicos y los mismos fueron probados en pacientes con un solo TA (McManus, Shafran y Cooper, 2010). Ante un caso de comorbilidad Mc Manus, et al (2010) proponen que el clínico debe decidir entre tres alternativas: tratar un trastorno y evaluar el impacto en el trastorno comórbido; aplicar tratamientos basados en la evidencia secuencialmente; o combinarlos e identificar mecanismos mantenedores compartidos; y, por último, diseñar estrategias transdiagnósticas identificando mecanismos mantenedores compartidos y diseñar estrategias transdiagnósticas para abordarlos.

Con respecto a la primera opción, se encontró que al tratar un TA se puede obtener alguna mejoría en el trastorno comórbido, pero casi siempre se continúan cumpliendo los criterios diagnósticos para este último, y si hubiera una presentación subclínica del trastorno, se continúan teniendo los mismos indicadores una vez finalizado el

tratamiento, por lo que no se consigue una mejoría significativa en términos clínicos (McManus et al, 2010).

La segunda opción consiste en aplicar tratamientos secuenciadamente pero hasta el momento no existe evidencia de la eficacia de dicho abordaje. Una opción más atractiva es combinar tratamientos para trastornos específicos. Sin embargo, la limitada evidencia sugiere que, contrariamente a lo esperado, la combinación simple de intervenciones basadas en la evidencia diluye la eficacia del tratamiento del trastorno primario y no logra una mejoría significativa en el trastorno comórbido (McManus et al, 2010).

La última opción plantea identificar mecanismos mantenedores compartidos y diseñar estrategias transdiagnósticas. Dada la limitación de las opciones anteriores parece necesario trabajar sobre esta alternativa. Por el momento no existe demasiada evidencia sobre este tipo de abordaje, salvo en lo que refiere a trastornos de la conducta alimentaria, como es el caso del protocolo basado en el enfoque transdiagnóstico de Fairburn (McManus et al, 2010).

Por otro lado, también es pertinente mencionar las posibles ventajas y desventajas de trabajar con el enfoque transdiagnóstico que mencionan McEvoy, Nathan y Norton (2009). En cuanto a las ventajas, en primer lugar, se puede pensar en la optimización de recursos, ya que no se requiere que los terapeutas reciban exhaustiva formación para abordar cada trastorno específico y además permite reducir la lista de espera de atención psicológica debido a que se logra una mayor eficiencia en el abordaje, reduciendo los tiempos de tratamiento.

Otra ventaja es la posibilidad de generalizar el abordaje transdiagnóstico, permitiendo de esta forma abordar comorbilidades con trastornos pertenecientes a distintas categorías diagnósticas. Incluso si los factores priorizados a ser trabajados en el tratamiento representan también factores de riesgo de recaídas, los tratamientos unificados permiten lograr un abordaje más directo y exhaustivo de los mismos (McEvoy et al, 2009). Una ventaja potencial en el caso de abordajes grupales mediante un enfoque transdiagnóstico es la posibilidad de que los pacientes estén más predispuestos a cuestionarse sus propios miedos cuando observan la irracionalidad de los miedos de otros pacientes (McEvoy et al, 2009).

En cuanto a las desventajas, los autores mencionan dificultades en el abordaje de tipo grupal, ya que al ser los pacientes más heterogéneos en cuanto al diagnóstico, se pierden algunas de las ventajas que posee este abordaje como, por ejemplo, la normalización de los síntomas que aparece cuando un paciente se identifica con la problemática de otro, y el aprendizaje vicario, habiendo menores posibilidades de aprender acerca de estrategias terapéuticas a partir de la experiencia de otros miembros del grupo. También el contenido de lo trabajado en el grupo al ser más variado puede verse como algo ajeno por parte de alguno de los miembros, aumentando el riesgo de que abandonen el tratamiento (McEvoy et al, 2009). Por último, el hecho de dedicar menor tiempo a la modificación de procesos específicos de cada trastorno puede dificultar que los pacientes generalicen los principios del tratamiento a sus propias preocupaciones (McEvoy et al, 2009). Se puede inferir que algo similar ocurre con el abordaje de las creencias idiosincráticas, cabe aclarar que esta misma dificultad podría presentarse en un tratamiento individual.

Mecanismos transdiagnósticos

Craske (1999,2004) identifica los siguientes mecanismos comunes mantenedores de los TA: 1) Hipervigilancia sobre la amenaza percibida y la propia sintomatología fisiológica, en la misma el sistema atencional del paciente está orientado hacia la detección de la amenaza cuando se encuentran en situaciones potencialmente amenazantes o en un estado de mucha ansiedad (Eysenck, 1992 en Clark y Beck 2010); 2) juicios desadaptativos, la activación de creencias disfuncionales sobre la amenaza provoca un miedo excesivo que es incoherente con la realidad objetiva (Clarck y Beck 2010) y 3) evitación conductual de estímulos externos que suelen gatillar la sintomatología, como evitación experiencial en la cual se realizan intentos de cambiar la forma o la frecuencia de los sucesos internos (Hayes et. al., 1996 en Clark y Beck 2010).

Otros autores como McEvoy y Mahoney (2012) proponen a la intolerancia a la incertidumbre (IC) como factor de mantenimiento en los trastornos de ansiedad y depresivos. Su papel explicativo en el TAG está ampliamente estudiado, pero además hay evidencias claras de su rol en otros trastornos, como el TOC y la depresión. La misma se define como una reacción compleja, que promueve importantes sesgos en el procesamiento de la información, los cuales dan lugar a valorar como muy amenazantes estímulos y/o situaciones, a la vez que inhibe la puesta en marcha de recursos y capacidades de afrontamiento adaptativas (Belloch, A., 2012).

Otro mecanismo es la rumiación. McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2011) han investigado la capacidad transdiagnóstica de este proceso, sosteniendo que la presencia de rumiación media entre la aparición de síntomas de depresión y la posterior aparición de sintomatología ansiosa, pudiendo definirse a la rumiación como una estrategia de afrontamiento a estados de ánimo negativos que implica una atención autocentrada hacia a los antecedentes del ánimo negativo. Los autores plantean que este mecanismo es una dimensión sintomática que cuando está presente acompañando a un TA o a un trastorno depresivo, incrementa las probabilidades de que, en un plazo de tiempo relativamente breve, aparezcan síntomas del otro grupo de trastornos, lo que otorgaría a esta dimensión un papel etiológico (Belloch, A., 2012).

Por otro lado, muchos trabajos sugieren que la regulación emocional (RE) es un factor importante en el inicio, mantenimiento y tratamiento de los TA, ya que estos pacientes parecen tener habilidades de regulación pobres (Cisler, JM et. Al., En Portela, A. 2014). Se puede definir a la RE como un conjunto de procesos cognitivos y comportamentales, que influyen en la ocurrencia, duración y expresión de las emociones (Campbell-Sills, L., Barlow, D. 2007, en Portela, A. 2014). Las dificultades en la RE son centrales en otros trastornos como los trastornos afectivos, el trastorno límite de la personalidad, trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias, entre otros (Portela, A., 2014).

Por último, en este apartado cabe también incluir a las intrusiones mentales. Clark (2005) las ha definido como: "evento cognitivo identificable y diferente de otros, que no es deseado, no es intencional y es recurrente. Interrumpe el flujo normal de pensamientos, interfiere con la realización de actividades, y se asocia con afecto negativo." (p. 4). Se piensa que presentan un carácter dimensional por el hecho de que constituyen experiencias prácticamente

universales y no sujetas a condicionamientos culturales que son experimentadas por la gran mayoría de la población. Estas experiencias mentales se han estudiado muy ampliamente en relación con el TOC, pero su importancia clínica va más allá de este trastorno. Ejemplos de intrusiones mentales son los pensamientos automáticos negativos característicos de la depresión (Wenzlaff, 2005, en Belloch, A. 2012), las imágenes, recuerdos y sensaciones que se producen en el estrés post-traumático (Brewin, Gregory, Lipton, y Burgess, 2010 en Belloch, A. 2012), los pensamientos intrusivos del insomnio (Harvey, 2005 en Belloch, A. (2012), las imágenes e impulsos relacionados con la apariencia, la dieta, el ejercicio, etc., que relatan los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Perpiñá, Roncero, Belloch, y Sanchez-Reales, 2011, en Belloch, A. 2012), entre otros.

Viñetas Clínicas

M. tiene 60 años, consulta por tener insomnio y cree que está demasiado preocupada porque le pase algo a su nieto, cuando se interroga más sobre esa preocupación la extiende a tener miedo al cáncer, a tener Alzheimer como su papá, a la salud de su hija, miedo a la muerte y sostiene que en general puede resumirlo como “miedo al sufrimiento”. También presenta dificultad para concentrarse y cree sentirse irritable con su familia. Esta preocupación siente que la agobia, que está presente hace muchos años y la percibe como algo que escapa a su control. Luego de evaluarla se sostuvo como hipótesis diagnóstica que se trataba de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

N. tiene 21 años, consulta porque refiere tener pensamientos referidos a perder el control y a hacer daño a otras personas. Estos episodios comenzaron unos meses atrás luego de ver una película con algunas escenas violentas. Comenta que existen momentos donde no puede parar de pensar; temiendo “volverse loco”, perder el control y hacer daño a otras personas. Se trabaja con la hipótesis diagnóstica de TOC por la presencia de pensamientos intrusivos y neutralizaciones (pensamientos para combatir las intrusiones y generar alivio).

Articulación teórico-clínica

En este apartado se identificaron en ambos casos clínicos los mecanismos mantenedores de la ansiedad. Siguiendo a Craske (1999, 2004) uno de los mecanismos mantenedores de ansiedad es la hipervigilancia sobre la amenaza percibida y activación fisiológica. M. tiende a hacer foco en la amenaza cuando procesa información relevante a metas valoradas y preocupaciones de la vida personal, como el bienestar de su familia. Mientras que N. solía estar pendiente de la aparición de intrusiones mentales en momentos que compartía con amigos como así también cuando portaba elementos posibles de hacer daño.

Otro de ellos son los juicios desadaptativos. En el caso M, los mismos se presentan sobre la preocupación y la probabilidad de que sucedan los escenarios negativos que anticipa, por ejemplo, que pueda tener un accidente su nieto. En el caso N, en relación a los pensamientos intrusivos, el paciente pensaba que era un potencial asesino y que podía volverse loco perdiendo la consciencia de sus actos pudiendo llegar a lastimar gente.

El último mecanismo mencionado es la evitación. En M., se advierte que la preocupación cumple una función evitativa, cuando se le cruza por la mente una imagen cargada negativamente intenta distraerse comenzando a preocuparse, por ejemplo, una imagen de un familiar enfermo. En cambio, N. no veía noticieros ni películas de terror, evitaba pasar cerca de personas que él calificaba como “locos” ya que podrían transmitirle su padecimiento mental, y evitaba manipular elementos que fueran potenciales armas, como por ejemplo, cuchillos.

Con respecto a la intolerancia a la incertidumbre, M. necesitaba estar informada de todo lo que sucede en su ámbito familiar como una estrategia de control hacia los demás, dejando en evidencia la creencia de que si pasará algo grave ella no tendría recursos para poder afrontarlo. En el caso N. se puede pensar en la necesidad de neutralizar las intrusiones mentales buscando razones por las cuales las mismas no sean ciertas como modo de controlar los pensamientos

Con respecto a la rumiación, el paciente N. se ponía a pensar en la posibilidad de que sean ciertas las intrusiones mentales y en la posibilidad de que las mismas ocurran. Con respecto a M. pensaba en torno a las causas de la preocupación y las consecuencias en la salud que ello podría acarrear.

En cuanto a las dificultades para la RE, en ambos casos implementaban estrategias inadecuadas de control para lidiar con el afecto negativo, teniendo en cuenta que suprimir, controlar o evitar emociones internas puede tener efectos paradójicos con aumento de frecuencia, intensidad y acceso a estas experiencias (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Por ejemplo: M. utilizaba: Supresión directa de la preocupación (diciéndose a sí misma: “no te preocupes”), Auto-reaseguro (“todo va a estar bien”) y Corroboraciones (realizar algo repetitivo para aliviar la duda, por lo general, estar atenta a que llegue el nieto o mandar mensajes de texto para calmarse). N utilizaba la supresión de pensamiento lo cual producía un efecto paradójico. Por otro lado el paciente también presentaba estrategias adaptativas de regulación emocional, como por ejemplo realizar actividades y no quedarse en la casa ya que si lo hacía los pensamientos aumentaban la frecuencia e intensidad.

Por último, cabe mencionar que también se observan la aparición de intrusiones mentales. En M. las dificultades para conciliar y mantener el sueño podrían explicarse por pensamientos intrusivos ansiosos automáticos que aparecen a la hora de dormir, que suelen estar asociados al miedo de que le suceda algo malo su nieto y la necesidad de controlar los posibles riesgos. En N el insomnio de mantenimiento muchas veces también se encontraba asociado con los pensamientos intrusivos mencionados y su preocupación sobre la veracidad de los mismos intentando de neutralizarlos.

Conclusión:

En el presente trabajo se realizó un recorrido por los mecanismos transdiagnósticos presentes en pacientes con perfil ansioso y se lo ejemplificó con dos tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo en consultorios externos de hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, pertenecientes a diferentes categorías diagnósticas del DSM V.

A partir de la revisión bibliográfica realizada se encontró que exis-

ten factores comunes mantenedores de TA como la hipervigilancia hacia la amenaza y la activación fisiológica, la presencia de juicios desadaptativos y la evitación. También se mencionaron otros mecanismos transdiagnósticos como la intolerancia a la incertidumbre, la rumiación, la regulación emocional y la presencia de intrusiones mentales.

Además se dio cuenta de las opciones que tiene un clínico ante la presencia de trastornos comórbidos, y las ventajas y desventajas del enfoque transdiagnóstico. En esta línea nos parece importante recalcar la optimización de recursos que este tipo de abordaje permite, principalmente pensando en servicios de salud mental en hospitales públicos, teniendo en cuenta la demanda que los mismos deben cubrir. Sin embargo, se mencionó que no existe demasiada evidencia acerca del abordaje de trastornos comórbidos desde el enfoque transdiagnóstico, por lo que es importante resaltar la necesidad de investigar en torno de evaluar la eficacia de los mismos, tanto en el abordaje individual como grupal de pacientes en el medio local, dada la ventaja que esto conllevaría en la atención de pacientes en hospitales públicos.

Limitaciones

Debido a la naturaleza preliminar del trabajo, el mismo presenta numerosas limitaciones. En primer lugar, es necesario mencionar que el buscador utilizado "Google académico" si bien es muy amplio porque utiliza la información que se encuentra ubicada en internet mediante enlaces, bases de datos y extractos de libros, no presenta la calidad y rigurosidad que podrían tener otras bases de datos. Además no se conoce con exactitud cuáles son los criterios de inclusión de los artículos, no pudiendo evitar el sesgo de publicación. También se debe señalar que la búsqueda de material bibliográfico tampoco ha sido exhaustiva y no se recurrió al contacto de expertos en el tema para la sugerencia de inclusión de otros materiales. Por otro lado, los casos clínicos fueron utilizados a modo de ejemplo, tratándose de pacientes sin comorbilidad con trastornos de personalidad y pertenecientes a dos hospitales, no siendo representativos de la población general que se atiende en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

BIBLIOGRAFÍA

Barlow, D., Durand, M. *Psicología Anormal*, International Thomson Editores, 2001

Barlow, D.H., & Craske, M.G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic II*. Albany, NY: Graywind Publications.

Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). *Towards a unified treatment for emotional disorders*. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.) New York: Guilford Press

Belloch, A. (2012), *Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones*, En *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 17, N.º 3, pp. 295-311, 2012 Spanish Journal of Clinical Psychology.

Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A. (2008), *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders* Capítulo 1 p.p. 3-25, The Guilford Press, Nueva York

Campbeel-Sills, L., Barlow, D. (2007). *Incorporating emotion into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders*. In *Handbook of Emotion Regulation* (ed. J. J. Gross), pp 542-559. Guilford Press: New York.

Clark, D., Beck, A., (2010) *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad*, Ciencia y Práctica, Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer,

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336

Clark, D.A. (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. New York, Guilford Press.

Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Westview Press.

Craske, M. G. (2004). *Cognitive behavioral treatment of anxiety disorders*. Unpublished manual for therapists.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Keegan, E. (1998). "Trastornos de ansiedad: la perspectiva cognitiva", *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, vol. IX.

Keegan, E. (2007) "La ansiedad generalizada como fenómeno: criterios diagnósticos y concepción psicopatológica", *Revista Argentina de clínica XVI*, p.p. 39-48, Fundación Aigle,

McEvoy, P.M. & Mahoney, A.E.J. (2012). *To be sure, to be sure: Intolerance to uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression*. *Behaviour Therapy*, 43, 533-545.

McEvoy, P., Nathan, P., Norton, P. (2009) *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly Volumen 23 número 1* p.p.20-33

McLaughlin, K.A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). *Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety*. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.

McManus, D., Shafran, R., Cooper, Z. (2010). *What does a "transdiagnostic" approach have to offer the treatment of anxiety disorders?* *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505

Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). *A new unified treatment approach for emotional disorder based on emotion science*. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146–150.

Portela, A. (2014). *Regulación emocional y trastornos de ansiedad. Hacia enfoques de intervención transdiagnósticos*. En *Anuario Anxia n° 20*, pp 25-31.

Seidah, A., Dugas, M. y Lebac, R., (2007) "El tratamiento cognitivo comportamental del TAG: modelo conceptual y casos clínicos", *Revista Argentina de clínica XVI*, p.p. 39-48, Fundación Aigle.