

Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada

Antonio Capafons
Universidad de Valencia

Se revisan las formas de intervención sobre el trastorno de ansiedad generalizada más investigadas. Varios estudios muestran una importante convergencia en señalar que las terapias cognitivo-comportamentales alcanzan los resultados más satisfactorios, especialmente reduciendo abandonos y manteniendo los efectos a medio plazo. Las terapias de conducta son también útiles, pero en menor grado, aunque superiores a los tratamientos farmacológicos, cuyos efectos beneficiosos lo son sólo a corto plazo y acompañados de efectos secundarios. No parece que una combinación entre los distintos tratamientos mejore significativamente los efectos de las terapias cognitivo-comportamentales. Por lo tanto, la evidencia disponible indica que éstas son las terapias de elección para este trastorno.

Efficacious psychological treatments for generalized anxiety disorder. The effects of the most researched treatments for the generalized anxiety disorder are reviewed. Several studies show convergent conclusions: Cognitive-behavioral treatments appear to be the most effective ones, if attrition and medium term effects are considered. Behavioral interventions are, also, effective but in a lesser degree. Both kind of interventions seem to be more effective than pharmacological treatments, as the last ones only show effects at the short term and they are not free from side effects. Combination of the different types of therapies does not appear to improve the effects of cognitive-behavioral interventions for generalized anxiety disorder.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad del Eje I de la DSM IV (1994). Sus características diagnósticas han variado mucho en los últimos 20 años. En un principio, se consideraba al TAG como parte de otros trastornos de ansiedad y depresivos (Barlow, Esler, & Vitali, 1998). Actualmente, ha alcanzado una entidad propia con las siguientes características diagnósticas (DSM IV):

1. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de temas durante más de 6 meses (criterio A).
2. Dificultad para controlar esa preocupación (criterio B).
3. Junto a lo anterior aparecen, al menos, tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (criterio C).
4. Las situaciones que generan ansiedad no son sólo las que la provocan en el resto de los trastornos del Eje I (criterio D).
5. Que el individuo manifieste una dificultad importante a la hora de controlar las preocupaciones que le provocan, además, malestar subjetivo, deterioro social, laboral, etc. (criterio E).
6. Finalmente, que la ansiedad no se deba a los efectos directos de una sustancia o a una enfermedad médica en general, o que no aparezca exclusivamente en el transcurso de un trastorno del es-

tado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (criterio F).

Los síntomas con los que, además, puede cursar el TAG son: temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares; síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas, diarreas, polaquiuria, problemas para tragar o sensación de que se tiene algo en la garganta, respuestas de sobresalto exageradas y síntomas depresivos.

Parece que los pacientes con TAG presentan una disminución de la sensibilidad autonómica y un retraso en la recuperación al ser expuestos a estresores de laboratorio (Cowley & Roy-Byrne, 1991).

El TAG suele cursar con trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad (el 60% tienen, al menos, otro trastorno del Eje I [Brawman-Mintzer et al., 1993]), trastornos relacionados con sustancias, y trastornos asociados generalmente al estrés (síndrome de colon irritable o dolores de cabeza).

Precisamente por esta amplísima variedad de síntomas, las clasificaciones del trastorno han sido variadas, y los clientes o participantes en las distintas investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos no siempre han sido homogéneos. Ello ha dificultado la replicación de resultados, incluso la creación de tratamientos específicos para el TAG, hasta hace poco más de una década.

El TAG suele comenzar en la adolescencia o principio de la vida adulta (Roy-Byrne & Cowley, 1998). La prevalencia global del TAG es del 5% y la de un año del 3%. Se estima que un 12% de los pacientes de los centros médicos presenta TAG (DSM IV (American Psychiatric Association (1994))). Otras estimaciones con los criterios de la DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987) dan cifras de 2.4% y 11.5% para el TAG de 1 y 6 meses, respectivamente, y tasas entre el 6.4% y 2.3% para 12 meses,

afectando de por vida a la población entre 15 y 54 años en un 5.1% (Roth & Fonagy, 1996). Otros autores indican que el 90% de los pacientes con TAG lo mantienen toda la vida (Brawman-Mintzer et al., 1993). Estudios con gemelos femeninos indican un 30% se debe a la herencia biológica (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992). Las mujeres son, además, diagnosticadas de TAG el doble que los hombres (Roy-Byrne & Cowley, 1998).

En general, la importancia social de este trastorno es elevada, ya que algunas investigaciones muestran que alrededor del 33-40% de la población puede necesitar tratamiento debido a sus problemas de ansiedad (Barlow, 1988), tal como indica un trabajo de Fifer et al. (1994), en el que apareció que un 33% de los pacientes evaluados (6.000) de las consultas médicas de organizaciones importantes en EE.UU. mostraron fuertes síntomas de ansiedad o de trastornos de ansiedad.

Tratamientos farmacológicos

Desde el punto de vista farmacológico, el TAG se ha tratado tradicionalmente con barbitúricos y metacualona. Desde los años 60-70 se usaron benzodiazepinas y desde los 80 la buspirona y antidepresivos (Roy-Byrne & Cowley, 1998). La investigación sobre el efecto de los tratamientos farmacológicos ha estado marcada, como la investigación sobre los tratamientos psicológicos, por la evolución de los criterios de las distintas DSM. Así, los resultados con los diagnósticos previos a las DSM III-R indican que las benzodiazepinas presentan efectos muy dispares. Algunas revisiones (Solomon & Hart, 1978) muestran que no son superiores a placebo. Otras (Barlow) indican que el placebo provocó entre un 18 y un 48% de reducción en la Escala de Ansiedad de Hamilton, contra un 22-62% del tratamiento con benzodiazepinas, si bien el placebo generó más abandono. Ya con criterios de la DSM III-R, los resultados muestran que, tras una o dos semanas de intervención con las benzodiazepinas, los efectos de éstas se igualaban a las del placebo, aunque parece que la droga real funcionaba mejor para los pacientes más severos.

Otras revisiones de estudios, cuyos participantes fueron diagnosticados con los criterios diagnósticos citados más arriba, muestran resultados diferentes. Las variables dependientes suelen ser la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Clinical Global Impression (Roy-Byrne & Cowley, 1998). Los resultados indican que los tratamientos agudos (4-6 semanas) generan mejorías de los síntomas de ansiedad, entre moderadas y elevadas para dos tercios de los participantes (en general con diseños de doble ciego), dándose las mejorías más evidentes durante las dos primeras semanas. Con dosis de entre 10 y 25 miligramos de diazepam se encuentran reducciones muy satisfactorias para los síntomas somáticos de la ansiedad. Los pacientes con síntomas depresivos funcionan peor, excepto con alprazolam.

Sin embargo, a pesar de estas ventajas, los efectos secundarios (sedación, torpeza psicomotora y amnesia anterógrada), así como el incremento de la tolerancia a la medicación y el síndrome de abstinencia (al parecer menor en los pacientes con TAG que con trastorno de pánico [crisis de angustia]), disminuyen la eficiencia de las intervenciones, algo importante para evaluar la posibilidad real de aplicación de un tratamiento (Capafons, 1993; Chambless & Hollon, 1998). Además, los efectos a largo plazo son inciertos: parece que las benzodiazepinas funcionan bien hasta los 6 meses, pero no se sabe si mejor que el placebo, excepto en las fases iniciales de la intervención (Roy-Byrne & Cowley, 1998).

Con las azaspirodecanodionas (concretamente, buspirona), los resultados son similares a los obtenidos con las benzodiazepinas (diazepam, lorazepam, clorazepato, oxazepam y alprazolam) para el tratamiento agudo del TAG. Con tratamientos de 2-6 semanas, se observan reducciones del 30-50% (Escala de Ansiedad de Hamilton). Otro tanto se ha obtenido con ipsapirona.

La buspirona tarda entre 2-4 semanas en actuar y afecta más a las características cognitivas que a los síntomas físicos. Carece de acción hipnótica y tiene un débil efecto sedante. Además, no genera tolerancia o síndrome de abstinencia, si bien presenta efectos secundarios como náuseas, cefaleas o vértigos. La dosis media terapéutica es de 20-45 mg/día. Dosis de 45-60 mg ayudan a pacientes con depresión comórbida. Pero los efectos a largo plazo son inciertos, funcionando aparentemente bien entre los tres y seis meses (Roy-Byrne & Cowley, 1998). Por otro lado, los pacientes con tratamiento crónico de benzodiazepinas no responden bien a la buspirona si se les cambia a ella.

También se ha investigado con antidepresivos tricíclicos y afines. Series de estudios de caso indican que la clomipramina es útil para el TAG. También se ha encontrado que la imipramina provoca resultados similares al alprazolam para reducir síntomas como obsesiones, disforia, pensamiento anticipador negativo y sensibilidad interpersonal, pero inferior a aquel para reducir síntomas autonómicos y cardiovasculares.

Finalmente, en un estudio de Rickels, Downing, Schweizer y Hassman (1993) se encontró que el diazepam fue mejor que otras sustancias durante las dos primeras semanas de intervención. Sin embargo, a las 8 semanas, los resultados fueron los siguientes: un 73% de pacientes mejoraron bastante-mucho con imipramina, un 69% con trazodona, un 66% con diazepam, y un 47% con placebo. Finalmente, los antidepresivos mejoraron más los síntomas cognitivos, pero también mostraron más efectos secundarios.

En último lugar, algunos betabloqueantes (propranolol) han mostrado ser más eficaces que el placebo, e igual de eficaces que la clordiazepóxido, provocando un efecto mayor en los síntomas psíquicos, y menores efectos secundarios (Meibach, Mullane, & Binstok, 1987). Sin embargo, no se cree que los betabloqueantes sean el tratamiento de elección para el TAG, salvo como adjunto para los síntomas autonómicos.

Otros fármacos como la hidroxizina, los antagonistas del receptor de colecistocinina, y los agonistas parciales del receptor de benzodiazepinas están siendo investigados.

En general, podemos decir que, según la clasificación de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology de la American Psychological Association (1995) y de Chambless et al. (1996), la mayoría de los fármacos expuestos alcanzan el estatus de tratamientos bien establecidos, ya que suelen mostrarse superiores a un grupo placebo y con diseños que incluyen a más de 30 pacientes por grupo. No obstante, además de que no se conocen las dosis adecuadas para muchos de ellos ni la duración óptima de la intervención (Roy-Byrne & Cowley, 1998), otras consideraciones importantes para aceptar que un tratamiento está empíricamente sustentado (Chambless & Hollon, 1998), como los efectos a largo plazo (seguimiento) o los efectos secundarios, determinan que la farmacoterapia no sea el tratamiento único ni de elección para el TAG. Por otro lado, las medidas dependientes que se usan como criterio de cambio no siempre son precisas, ni se obtienen puntuaciones objetivas que indiquen si realmente hay cambio con significación clínica. Más aún, y como veremos más adelante, in-

cluso los tratamientos psicológicos pueden superar los efectos de los fármacos. Por lo tanto, la farmacoterapia puede ser un adjunto o ayuda para la intervención, pero no puede afirmarse que sea el tratamiento de elección para obtener efectos a largo plazo y libres de riesgos.

Tratamientos psicológicos

Desde el punto de vista psicológico la cuestión es bien diferente. De las revisiones realizadas por la Task Force mencionada y por Chambless et al. (1996) aparecen como ejemplos de tratamientos bien establecidos para el TAG los trabajos de Butler, Fenell, Robson y Gelder (1991) y de Borkovec et al. (1987) sobre eficacia de las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) para tratar el TAG. El estudio de Butler et al. (1991) contrastó la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental de Beck y Emery (1985) versus terapia de conducta (TC) y un grupo de control de lista de espera (CLE), para reducir el TAG, según la clasificación del DSM III-R, de 57 clientes con un promedio de tres años de TAG. El grupo de TC recibió un tratamiento que consistía en relajación muscular más exposición gradual y realización de tareas agradables para restituir la confianza del cliente. El grupo de TCC recibió, además de las estrategias de Beck y Emery (reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de auto-confianza, búsqueda de alternativas útiles, y seguimiento de cursos de acción a partir de esas alternativas), asignaciones comportamentales. Las sesiones fueron hasta 12, con evaluaciones en el post tratamiento, a los 6 y 18 meses, realizadas por observadores independientes, y con criterios rigurosos de cambio en varias escalas de ansiedad, depresión y funcionamiento cognitivo. Los dos tratamientos fueron superiores al CLE en el post tratamiento y en los seguimientos, con ventaja adicional para la TCC.

En el estudio de Borkovec et al. (1987) se comparó a 30 clientes (TAG según DSM III-R) distribuidos en dos grupos: uno de ellos recibió terapia cognitiva (TCG) más relajación muscular progresiva (RMP), el otro terapia no directiva (TND) más RMP. Las evaluaciones realizadas en el post tratamiento, y en el seguimiento a los 6 y 12 meses indicaron que la TCG más RMP es superior a la TND plus RMP a la hora de reducir el TAG, según calificaciones de los terapeutas, de los cuestionarios de auto-calificación y la auto-observación diaria. Además el grupo de TC más RMP atribuyó su éxito más a la terapia que el otro grupo.

Otros dos estudios son mencionados como *probablemente* eficaces: el de Barlow, Rapee, y Brown (1992) y el de Borkovec y Costello (1993). En el primero se compararon cuatro grupos: RMP, reestructuración cognitiva (RC), combinación RMP y RC, y un grupo CLE. 65 pacientes diagnosticados con DSM III-R fueron asignados aleatoriamente a los grupos. Los tres tratamientos mostraron mayor eficacia que CLE, pero no hubo diferencias entre ellos, aunque el grupo en el que se combinaron los tratamientos mostró menor tasa de abandono (8% vs. 38% en el RMP).

En el segundo, se compararon un grupo TCC, otro de Relajación Aplicada (RA) y otro de TND, incluyendo a 55 clientes con TAG (criterios de DSM III-R). En el post tratamiento, ambas TCC y RA funcionaron mejor que TND e igual entre sí. Pero el seguimiento a los 12 meses indicó que el 58% de clientes del grupo de TCC seguían manteniendo las ganancias, contra sólo el 33.3% de los del grupo de RA y el 22% de TND. Más de la mitad del grupo de TND pidió ayuda adicional contra el 15.8% y el 16.7% de los grupos de TCC y AR.

Una investigación muy reciente realizada por Ladoucer, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon y Thibodeau (2000), comparó un grupo de TCC sin relajación, en el que se trabajó, esencialmente, sobre el componente de preocupación que resaltan especialmente los criterios de la DSM IV. Así, este tratamiento (descrito con mayor detalle en Dugas y Ladoucer, 1997) incluye: presentación de la lógica del tratamiento, entrenamiento en consciencia (*awareness*), corrección de creencias erróneas sobre la preocupación (*worry*), entrenamiento en orientación hacia el problema, exposición cognitiva y prevención de las recaídas. 26 pacientes recibieron esta intervención que mostró una superioridad importante sobre CLE en el post tratamiento. A los 6 y 12 meses se mantuvieron las ganancias terapéuticas, que fueron significativas tanto desde un plano estadístico como clínico. Sin embargo, los participantes que tomaban medicación, siguieron tomándola tras la intervención. Por lo tanto, esta intervención puede ser catalogada como en fase experimental, ya que el número de participantes no permite incluirlo en la categoría de probablemente eficaz.

Otras investigaciones han mostrado que las TCC presentan resultados superiores a la farmacoterapia (benzodiazepinas). Lindsay, Gamsu, McLaughlin, Hood y Espie (1987) compararon 40 pacientes con TAG que recibieron TCC, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, lorazepam, entre sí y un grupo CLE. El lorazepam provocó un cambio rápido, que disminuyó a las cuatro semanas. El grupo de mayor beneficio fue el TCC. Otro estudio realizado por Power et al (1989) mostró también efectos superiores de la TCC y entrenamiento en relajación a los provocados por diazepam o pastilla placebo, en el post tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses. Finalmente, un estudio de Power et al. (1990) comparó a 101 pacientes distribuidos aleatoriamente en un grupo de TCC, otro de diazepam, placebo, TCC más diazepam, o TCC y placebo. Los resultados, tras 10 semanas de intervención, mostraron que entre el 83%-86% de los grupos de TCC habían conseguido disminuir sus puntuaciones en la Escala de Ansiedad de Hamilton en dos σ respecto del pre tratamiento, muy superior a lo obtenido en el grupo de diazepam (68%) y de placebo (37%). A los 6 meses los grupos de TCC mantenían las ganancias en un 70%, contra el 40% de diazepam y 21% de placebo.

Por lo tanto, la TCC se muestra superior al uso de las benzodiazepinas, mientras que éstas no parecen aportar beneficios considerables cuando se las usa junto a la TCC.

Finalmente, revisiones sobre la eficacia de la TC (basada en el uso de la relajación esencialmente) y de la TCC indican lo siguiente (Roth & Fonagy, 1999):

1. El único estudio metaanalítico realizado con TAG concluye que las TCC provocan un efecto muy amplio en el post tratamiento. Los datos sobre el seguimiento son más bien escasos y los grupos de control varían mucho de estudio a estudio (Chambless & Gillis, 1993).

2. La TCC aplicada por terapeutas con experiencia muestra evidencia importante de eficacia: entre dos tercios y tres cuartos de los clientes con TAG probablemente mantendrán sus mejoras terapéuticas a los seis meses de acabada la intervención.

3. Estos efectos a medio plazo son bastante superiores a los que se obtienen con terapia analítica, counseling no directivo y métodos comportamentales como RA o biorretroalimentación.

4. Las TCC parecen ser los tratamientos más aceptables en términos de adherencia a la intervención y de resultado en el seguimiento.

5. Y tal como hemos ya indicado previamente, las benzodiazepinas por sí solas parecen tener efecto sólo a corto plazo.

En esta misma dirección, Barlow, Esler y Vitadi (1998) concluyen que tras los avances en el diagnóstico del TAG y de las nuevas investigaciones realizadas en la década pasada, las terapias psicosociales más eficaces para reducir el TAG son las que combinan las TCC con relajación, y cuyo objetivo es colocar el proceso de «preocupación» bajo el control del cliente.

Conclusiones

El TAG ha pasado de ser una categoría diagnóstica difusa y secundaria a ser un trastorno mucho más perfilado, con modelos explicativos más definidos e intervenciones creadas específicamente para reducirlo. En la última década, las TCC están mostrando empíricamente una eficacia considerable, siendo, en algunos casos, tratamientos bien establecidos. Considerando las tasas de abandono tan reducidas, los beneficios mantenidos y la nula iatrogenia que generan, son, en principio, los tratamientos de elección para el TAG (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000). Sea o no necesaria la relajación (aspecto este aún por determinar realmente), parece que ésta por sí sola no es suficiente, tal y como ocurre con las distintas formas de intervención farmacológica.

No obstante, todavía deben crearse intervenciones que favorezcan más los efectos a largo plazo, ya que el TAG es un trastorno muy debilitante y crónico. Quizá deba tenerse en cuenta la necesidad de que el tratamiento se prolongue de por vida, en el sentido de que el cliente deba acudir de tiempo en tiempo al psicólogo en

cuanto notase una posible recaída o incremento de la sintomatología (Capafons). En este sentido, el concepto de seguimiento debería adaptarse al de mantenimiento, y se deberían diseñar intervenciones de mantenimiento breves y que no supusieran un gran esfuerzo por parte del cliente. En este sentido, la sugestión hipnótica podría ser de gran ayuda, como lo está demostrando cuando se usa como adjunto a ciertas TCC (Schoenberger, 2000).

En otro orden de cosas, según los criterios establecidos por la American Psychological Association para los distintos niveles de eficacia, todavía queda mucha investigación a realizar, sobre todo en lo referido al incremento del número de participantes y a la eficacia de las intervenciones tal cual se aplican en la vida cotidiana (effectiveness). Si bien es cierto que no siempre tales criterios son aplicables a todo tipo de intervención (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, & Patterson, 2000), hasta el momento han conseguido promover un interés importante en las psicoterapias por demostrar sus efectos.

Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Marino Pérez y al Dr. Juan Ignacio Capafons su deferencia a la hora de proporcionar material para la elaboración de este artículo. Asimismo agradece a Clara Pérez la revisión y comentarios sobre los aspectos farmacológicos mencionados y a Sonia Cabañas por su ayuda en la revisión y edición del manuscrito.

Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed., rev.). Washington D.C.: Autor. (trad. castellana: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington D.C.: Autor. (trad. castellana: Masson, 1995).
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H., Esler, J.K.L., & Vitali, A.E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan, & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp.288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R.B., Emmanuel, N., Payeur, R., Johnson, M., Roberts, J., Jarrell, M.P., & Ballenger, J.C. (1993). Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1216-1218.
- Butler, G., Fenell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Capafons, A. (1993). Investigación empírica y terapia de auto-regulación. En A. Capafons, & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 117-149). Valencia: Promolibro.
- Chambless, D.L., & Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Crits-Cristoph, M.B., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beuter, L., Williams, D.A., & McCurry, S. (1996). An update of empirically validated therapies. *The Clinical Psychologists*, 49, 5-18.
- Cowley, D.S., & Roy-Byrne, P.P. (1991). The biology of generalized anxiety disorder and chronic anxiety. En R.M. Rapee, & D.H. Barlow, (Eds.), *Chronic anxiety* (pp. 52-75). Nueva York: Guilford Press.
- Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp.211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Fifer, S.K., Mathias, S.D., Patrick, D.L., Majonson, P.D., Lubeck, D.P., & Buesching, D.P. (1994). Untreated anxiety among adult primary care patients in a health maintenance organization. *Archives of General Psychiatry*, 51, 740-750.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L. J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: A population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 267-272.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Lindsay, W.R., Gamsu, C.V., McLaughlin, E., Hood, E., & Espie, C.A. (1987). A controlled trial of treatment for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 62, 865-869.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of

- the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Meibach, R.C., Mullane, J.F., & Binstok, G. (1987). A placebo controlled multicenter trial of propranolol and chlordiazepoxide in the treatment of anxiety. *Current Therapeutic Research*, 41, 65-76.
- Power, K.G., Jerrom, D.W.A., Simpson, R.J., Mitchell, M.J., & Swanson, V. (1989). A controlled comparison of cognitive behaviour therapy, diazepam, and placebo in the management of generalized anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 1-14.
- Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Wallace, L.A., Feistner, A.T.C., & Sharp, D. (1990) A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 267-292.
- Rickels, K., Downing, R., Schweizer, E., & Hassman, H. (1993). Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodona, and diazepam. *Archives of General Psychiatry*, 50, 884-895.
- Roy-Byrne, P.P., & Cowley, D.S. (1998). Pharmacological treatment of panic, generalized anxiety, and phobic disorders. En P.E. Nathan, & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp.319-338). Nueva York: Oxford University Press.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: The Guildford Press.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
- Solomon, K., & Hart, R. (1978). Pitfalls and prospects in clinical research on antianxiety drugs: Benzodiazepines and placebos. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 823-831.
- Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. Division of Clinical Psychology. American Psychological Association (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and Recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Aceptado el 20 de marzo de 2001