Psicología Conductual, Vol. 8, Nº 2, 2000, pp. 173-215

EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD A LAS PUERTAS DEL SIGLO XXI

Vicente E. Caballo[1]
Universidad de Granada
y Pedro M. Mateos Vílchez
Universidad de Málaga (España)

Resumen

Los trastornos de ansiedad constityuyen una amplia categoría de problemas psicológicos que se encuentran sólidamente representados en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadistico de los trastornos mentales (DSM-IV) (APA, 1994) y que tienen una elevada prevalencia en la población general. Las intervenciones cognitivo-conductuales han sido procedimientos de una alta eficacia a la hora de tratar los trastornos de ansiedad, comprendiendo un importante conjunto de técnicas específicas. El presente artículo aborda las últimas investigaciones sobre el tratamiento de los diferentes trastornos de ansiedad, como la fobia específica, la fobia social, el trastornos de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por ansiedad generalizada. Se expone una revisión general de los tratamientos cognitivo-conductuales y fisiológicos utilizados hoy día para los trastornos anteriores y se ofrecen algunas directrices para la mejora futura para el aumento de la eficacia de estos tipos de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos de ansiedad, fobias, terapia cognitivo-conductual, tratamientos psicológicos.*

Abstract

Anxiety disorders are a broad category of psychological disorders well represented in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) (APA, 1994) and with a high prevalence among the general population. Cognitive-behavioral interventions have been highly effective procedures to treat anxiety disorders, comprising an effective battery of specific techniques. This article is concerned with the lattest research on the treatment of the different anxiety disorders, such as specific phobia, social phobia, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder and generalized anxiety disorder. A general overview on the current cognitive-behavioral and pharmacological treatments of these disorders is presented and some future directions for the improvement of the effectiveness of these kinds of treatment are given.

1 *Correspondencia:* Vicente E. Caballo, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Campus de La Cartuja, s/n, 18071 Granada (España). E-mail: caballo@attglobal.net

KEY WORDS: *Anxiety disorders, phobias, cognitive-behavior therapy, psychological treatments.*

Introducción

Los trastornos de ansiedad, considerados en conjunto, constituyen los cuadros clínicos más frecuentes de la población general. El porcentaje de personas afectadas por problemas de ansiedad a lo largo de la vida puede llegar, según el Epidemiological Catchment Area (ECA) (Reich, 1986; Weissman, 1985) y el Munich Follow-up Study (MFS) (Wittchen, 1987), al 13-15% de la población. De igual manera, los trastornos de ansiedad, en sus distintas variantes, constituyen uno de los problemas psicológicos vistos con mayor frecuencia en la práctica clínica diaria.

Los trastornos de ansiedad también conforman un grupo de alteraciones donde la aproximación conductual (y cognitivo-conductual) inició sus intervenciones sistemáticas con notable eficacia. Desde hace más de dos décadas se presta cada vez mayor atención a la eficacia del tratamiento para los distintos trastornos psicológicos, destacando el rápido progreso experimentado en los últimos años por el *tratamiento cognitivo-conductual*. Existen numerosos estudios, con grupo control, que han demostrado la superioridad de las intervenciones cognitivo-conductuales comparándolas con la falta de tratamiento, con un creíble «placebo» psicosocial o incluso con otras intervenciones psicoterapéuticas alternativas (Barlow y Lehman, 1996). En la actualidad, se dispone de procedimientos de intervención cognitivo-conductuales bien establecidos para casi todos los trastornos de ansiedad; los tratamientos existentes para muchos otros problemas son prometedores, pero se encuentran en un estado preliminar y necesitan más investigación.

En el presente artículo, revisaremos brevemente el estado actual del Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC) de los trastornos de ansiedad, prestando especial atención a los enfoques recientes y a los datos empíricos sobre su eficacia. En aquellos casos en que se disponga de datos nos detendremos a revisar los estudios en los que se examinan los efectos diferenciales y combinados del TCC y del tratamiento psicofarmacológico. Se finaliza esta revisión con algunas conclusiones y comentarios sobre las tendencias futuras en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Fobia específica

Nuevas concepciones de la fobia específica

La fobia específica se encuentra entre los trastornos de ansiedad más frecuentes y tratables. Sin embargo, las personas que sufren este trastorno no buscan tratamiento, debido al grado relativamente pequeño de malestar y deterioro funcional experimentado, y, quizá, al desconocimiento de que existe un tratamiento eficaz

(Antony y Barlow, 1997). Una serie de informes del grupo de trabajo para los trastornos de ansiedad del DSM-IV (Craske, 1989; Curtis *et al.,* 1989) llevaron a distinguir cinco tipos principales de fobia específica: 1) tipo animal, 2) tipo ambiente natural, 3) tipo sangre/inyecciones/sufrir daño, 4) tipo situacional y 5) otros tipos. El reconocimiento de esta heterogeneidad y, particularmente, la identificación del subtipo sangre/inyecciones/sufrir daño, caracterizado por una respuesta psicofisiológica peculiar (síncope vasovagal que produce desmayo), ha tenido importantes implicaciones terapéuticas. De esta forma, aunque la *exposición en vivo* al objeto temido es el componente esencial de todo tratamiento con éxito de la fobia específica (Marks, 1987), en el caso del subtipo mencionado es necesario añadir algún procedimiento para mantener una presión arterial adecuada (p.ej., *ejercicios de tensión muscular*) con el fin de que no se produzcan desmayos (p.ej., Öst y Sterner, 1987; Öst, Sterner y Lindahl, 1984). Un área de investigación importante, por tanto, es la exploración de las diferencias entre estos subtipos en distintos aspectos, como son la rapidez de habituación, la importancia de factores cognitivos, el centro de la aprensión o la respuesta psicofisiológica característica (Antony y Barlow, 1997). En esta línea, Antony, Craske y Barlow (1995), recogiendo los últimos hallazgos sobre la fobia específica, han diseñado un programa estandarizado de tratamiento (*«Mastery of your specific phobia»)* que combina la *exposición* con otras estrategias complementarias (*reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, tensión muscular aplicada*), aplicables según el subtipo fóbico a tratar.

La exposición: tratamiento de elección

Numerosos estudios han mostrado que los tratamientos basados en la *exposición* son eficaces en reducir temores específicos. Concretamente, se ha encontrado que este procedimiento es apto para la fobia a la sangre (Öst, Lindahl, Sterner y Jerremalm, 1984), a las inyecciones (Öst, 1989), a los dentistas (Liddell *et al.,* 1991; Jerremalm, Jansson y Öst, 1986), a los animales (Muris *et al.,* 1993; Öst, Salkovskis y Hellström, 1991), a lugares cerrados (Booth y Rachman, 1992), a volar (Howard, Murphy y Clarke, 1983), a las alturas (Bourque y Ladouceur, 1980; Marshall, 1988) y a asfixiarse (Ball y Otto, 1993; McNally, 1986). En muchos casos, la forma en que se lleve a cabo la *exposición* puede tener un impacto sobre su eficacia. Los resultados pueden variar en función del grado de implicación del terapeuta (p.ej., Öst *et al.,* 1991; Öst, Stridh y Wolf, 1998), de la inclusión de estrategias adicionales de tratamiento, como la *tensión aplicada* (Öst y Sterner, 1987) o la *combinación de reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y relajación aplicada* (Booth y Rachman, 1992; Öst, Sterner y Fellenius, 1989), de la duración de la exposición (Foa *et al.,* 1980; De Silva y Rachman, 1984; Rachman *et al.,* 1986) y del tipo de la misma (*en vivo vs. en imaginación,* Marks, 1987).

Un enfoque innovador que está obteniendo buenos resultados es el tratamiento de la fobia específica, independientemente de la gravedad de los síntomas, en *una sola sesión* por medio de la *exposición* y de otra técnica adicional, como el *modelado* del terapeuta (Muris *et al.,* 1993; Öst, 1989) o la *reestructuración cognitiva*

(Öst, Brandberg y Alm, 1997). Estos beneficios se siguen manteniendo 4 años después (Öst *et al.,* 1991). Öst *et al.* (1992) replicaron estos resultados con pacientes con fobia a la sangre que fueron tratados durante 2 horas.

Por último, existen informes recientes sobre nuevos enfoques terapéuticos para este trastorno cuyos resultados están siendo evaluados. Por una parte, se ha utilizado el *reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares (EMDR)* (Muris *et al.,* 1997; Muris *et al.,* 1998), aunque los resultados no son concluyentes y, en todo caso, inferiores a los de la exposición. Por otra, como una variante de la exposición, se está probando la eficacia de la *realidad virtual* aplicada al tratamiento de las fobias; los resultados preliminares en el tratamiento de la claustrofobia (Botella *et al.,* 1998), del miedo a volar (Rothbaum *et al.,* 1996) y de la acrofobia (North y North, 1996; Rothbaum *et al.,* 1995) son alentadores. El primer libro de tratamiento de las fobias mediante realidad virtual ha sido publicado recientemente: *Virtual Reality Therapy: An innovative paradigm* (North *et al.,* 1997).

Fobia social

Hasta hace pocos años la fobia social era el trastorno de ansiedad más olvidado (Liebowitz *et al.,* 1985), y por tanto, el menos conocido e investigado (Herber, Bellack y Hope, 1991; Judd, 1994; Turner *et al.,* 1989). Son varias las razones por las que se ha tardado en reconocer esta entidad como un importante problema de salud (Montgomery, 1995), entre las que destacan: el desconocimiento por parte de los profesionales y de la población general de la existencia de un tratamiento eficaz; la renuencia a interactuar con extraños, y por consiguiente con un terapeuta, inherente al trastorno, que hace que las personas que lo sufren no acudan a servicios clínicos para tratar sus dificultades; la escasa atención de la clase médica a este problema; o las estrategias de afrontamiento que desarrollan los individuos con fobia social, que, a menudo, adaptan su estilo de vida a su trastorno. Otra razón apuntada ha sido la naturaleza casi universal de muchas de las experiencias de ansiedad social (Hazen y Stein,1995; Uhde, 1995). Sin embargo, este panorama ha cambiado notablemente en los últimos años, produciéndose un espectacular aumento del interés y la investigación por la fobia social y su tratamiento (Salaberría *et al.,* 1996; Liebowitz *et al.,* 1985; Méndez, Sánchez-Meca y Moreno-Gil, 2001).

Enfoques terapéuticos actuales

De manera tradicional, el TCC de la fobia social se ha dividido en cuatro tipos de procedimientos: 1) *estrategias de relajación*, 2) *entrenamiento en habilidades sociales* (EHS), 3) *exposición,* y 4) *reestructuración cognitiva* (Heimberg y Juster, 1995; Schneier *et al.,* 1995), aunque con frecuencia el paquete de intervención incluye varios de estos procedimientos simultáneamente (Caballo, Andrés y Bas, 1997). Recientemente se han realizado varias revisiones sobre la eficacia de los procedimientos cognitivo-conductuales para el tratamiento de la fobia social. De las revi-

siones de Heimberg y Juster (1995) y Mattick, Page y Lampe (1995) se desprende que la técnica más utilizada era la *exposición*, seguida por el *EHS* y algún tipo de *reestructuración cognitiva.* Menos frecuentes son la *desensibilización sistemática* y la *relajación*. Analizados en conjunto, la mayoría de estos procedimientos parecían producir buenos resultados. Sin embargo, varias revisiones y estudios recientes (Heimberg *et al.,* 1993; Marks, 1995; Turner *et al.,* 1995; Juster y Heimberg, 1995; Feske y Chambless, 1995; Van Dyck, 1996; Gould *et al.,* 1997*a*; Otto, 1999) parecen coincidir en que los procedimientos más eficaces, tanto a corto como a largo plazo, son la *exposición* a las situaciones sociales temidas y la *combinación de la exposición con la reestructuración cognitiva*. No obstante, existen evidencias que contradicen esto último y que parecen indicar que la *terapia cognitiva* no añade eficacia a la *exposición* (Hope *et al.,* 1990; Mersch, 1995; Taylor *et al.,* 1997; Salaberría y Echeburúa, 1998). Además, se destaca por su rentabilidad el *formato grupal* del TCC (Lucas y Telch, 1993; Gould *et al.,* 1997*a*; Barret, 1998; Otto, 1999) En la Tabla 1 se muestran algunos de los estudios sobre los resultados del tratamiento de la fobia social publicados a partir de 1990.

¿Qué componentes básicos debe tener un buen programa?

En estos momentos es necesaria una mayor investigación para determinar cuál es el mejor paquete de tratamiento para la fobia social. Como acabamos de ver, la *exposición* y la *reestructuración cognitiva* parecen ser los componentes básicos del tratamiento eficaz, pero también la *relajación* y el *EHS* son elementos importantes (Caballo *et al.,* 1997). Sin embargo, los programas de intervención más conocidos difieren en las estrategias de tratamiento utilizadas. Así, mientras algunos programas (p.ej., *Social Efectiveness Therapy*, Turner, Beidel y Cooley, 1994) fomentan la *exposición* y el *EHS* como procedimientos básicos, otros consideran la *reestructuración cognitiva* junto con la *exposición* como elementos esenciales (Heimberg *et al.,* 1995; Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996). En cualquier caso, la distinción entre fobia social discreta y fobia social generalizada recogida por el DSM-IV, puede arrojar cierta luz a la cuestión de la elección de los procedimientos de tratamiento más eficientes. En el primer tipo, la fobia social discreta, la *exposición* suele ser una técnica altamente eficaz y recomendable (Turner, Beidel y Jacob, 1994), y por tanto, debería ser incluida en el tratamiento de pacientes que sufren este subtipo del trastorno. En el caso de la fobia social generalizada, la evidencia disponible parece indicar que es conveniente añadir elementos de *reestructuración cognitiva* y del *EHS* (Caballo y Carrobles, 1988; Echeburúa, 1995).

Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia

Los estudios que han tratado de discernir el efecto diferencial del tratamiento farmacológico y del TCC, y el efecto combinado de ambos para la fobia social han sido más bien escasos. Aunque, en un principio, se consideraba poco eficaz el tratamiento farmacológico (Scholing y Emmelkamp, 1990) en comparación con la TCC

(Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994), el metaanálisis realizado recientemente por Gould *et al.* (1997*a*) sobre 24 estudios con grupo control, en los que se comparaban ambos enfoques, no encuentra diferencias significativas entre el TCC (0,74) y el tratamiento farmacológico (0,62). Respecto a los fármacos, los mejores resultados se obtuvieron con los ISRS (p.ej., *fluoxetina*) y las benzodiacepinas (p.ej., *alprazolam*). La *fenelzina* (IMAO) ha sido tan eficaz como el TCC (Heimberg *et al.,* 1994; Gelernter *et al.,* 1991), e incluso superior a éste en un estudio (Heimberg *et al.*, 1998).

Stravynski y Greenberg (1998) realizaron una revisión crítica de los estudios que han intentado determinar el efecto combinado del TCC (*exposición, reestructuración cognitiva, EHS)* y del farmacológico (*IMAO, ansiolíticos y ISRS*). La combinación de ambos tratamientos fue decepcionante, no obteniéndose resultados superiores a los del TCC aislado. Por supuesto, son necesarios nuevos estudios que investiguen la interacción entre los fármacos y la TCC; a este respecto, el estudio multicentro dirigido por Heimberg *et al.* (1994) indica que ambos tratamientos son eficaces, e intenta examinar, en una segunda fase próxima a concluir, la interacción entre la fenelzina y el TCC, comparada con cada uno por separado.

Por último, Heimberg y Liebowitz (1996) llaman la atención sobre una serie de cuestiones metodológicas que pueden limitar la interpretación y el alcance de los resultados obtenidos por la investigación en este campo. Estos autores han encontrado importantes lagunas en el diseño de los ensayos para la evaluación del tratamiento de la fobia social relacionadas principalmente con la poca representatividad de las muestras, la aplicación inadecuada de los tratamientos, fallas en el diseño de las condiciones de control y falta de una evaluación del cambio durante el curso del tratamiento.

Trastorno de pánico

Trastorno de pánico con y sin agorafobia: avances en su conceptualización

En años recientes se han realizado progresos importantes en el TCC del trastorno de pánico (TP) con o sin agorafobia, impulsados, en gran medida, por los avances en la conceptualización de ambas entidades. Estos nuevos desarrollos conceptuales reconocen el papel que los estímulos internos específicos y los factores atribucionales cognitivos juegan en el pánico (Clark *et al.,* 1988; Barlow, 1988; Ehler y Margraf, 1989), y colocan al ataque de pánico como objetivo principal de tratamiento, para los individuos con y sin agorafobia. En consecuencia, y dado que se considera al pánico como fenómeno primario, la agorafobia se describe como síndrome propio y en apartado distinto al del TP en el DSM-IV (APA, 1994), para resaltar la ocurrencia de la evitación y el malestar agorafóbicos en individuos con o sin una historia previa de TP. Sin embargo, parece que una historia de pánico suele preceder a la agorafobia en la mayoría de las personas que buscan tratamiento (Craske *et al.*, 1990; Noyes *et al.,* 1986; Pollard, Bronson y Kenney, 1989). No obstante, no todas

Tabla 1
Estudios recientes en el tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico de la fobia social

Autores	N	Tratamiento	Resultados	
			Postratamiento	Seguimiento
Heimberg *et al.* (1990)	20	1. TCC en grupo 2. *Placebo psicosocial* (GEA)	1 > 2	1 > 2 (6 meses)
Heimberg *et al.* (1993) [*Estudio seguimiento* Heimberg et al. 1990)]	10	_____	_____	1 > 2 (54-75 meses)
Hope *et al.* (1990)	13	1. TCC en grupo 2. Exposición 3. Lista de espera	1 = 2 1 y 2 >3	1 = 2 1 y 2 >3 (6 meses)
Gelernter *et al.* (1991)	20	1. TCC en grupo 2. Fenelzina 3. Alprazolam 4. Placebo	1 = 2 = 3 = 4	1 = 2 = 3 = 4 (2 meses)
Lucas y Telch (1993)	18	1. TCC en grupo 2. TCC individual 3. *Placebo psicosocial* (GEA)	1 = 2 1 y 2 > 3	_____
Heimberg *et al.* (1994)	28	1. TCC en grupo 2. Fenelzina 3. Placebo 4. *Placebo psicosocial* (GEA)	1 = 2 1 > 3 1 > 4	_____
Mersch (1995)	34	1. Exposición 2. Programa multicomponente 3. Lista de espera	1 = 2 1 y 2 > 3	↑ 1 y 2
Turner *et al.* (1995) [*Estudio de seguimiento*] Heimberg *et al.* (1998)	13 133	1. *Terapia de eficacia social* (TES) 2. TCC en grupo 3. Fenelzina 4. Placebo 5. *Placebo psicosocial* (GEA)	_____ 1, 2 > 3, 4 2 > 1	↑ 1 (24 meses) 1, 2 > 3, 4 2 > 1 (3 meses)
Barrett (1998)	60	1. TCC en grupo 2. TCC en grupo + manejo familiar 3. Lista de espera	1, 2 > 3	↑ 1 y 2
Salaberría y Echeburúa (1998)	71	1. Exposición en vivo autodirigida 2. Exposición en vivo autodirigida + Terapia Cognitiva 3. Lista de espera	_____	↑ 1 y 2 1 = 2 (12 meses)

TCC= Exposición + Terapia cognitiva
GEA= Grupo educativo de apoyo
Programa multicomponente= Terapia Racional-Emotiva + Entrenamiento en habilidades sociales + Exposición **TES**= Educación + Entrenamiento en habilidades sociales + Exposición (en vivo e imaginada)

↑: mejoría
=: no diferencias significativas
>: superior (diferencias significativas)

las personas que tienen ataques de pánico desarrollan una evitación agorafóbica y el grado evitación que surge es muy variable. Craske y Barlow (1988) plantean que los estilos individuales de afrontamiento ante las situaciones aversivas o estresantes en general (p.ej., acercamiento *vs.* huida) pueden moderar el grado en el que la aprensión hacia el pánico conduce a la evitación agorafóbica.

Enfoques terapéuticos recientes

Barlow (1988), siguiendo a Rapee (1987), clasifica los diferentes enfoques terapéuticos para el tratamiento del TP en función del énfasis que distintos autores han puesto sobre determinados aspectos del trastorno. Algunos enfatizan la evaluación cognitiva errónea (Beck, 1988; Clark *et al.,* 1988), otros subrayan el aprendizaje asociativo y el procesamiento emocional (Barlow, 1988; Wolpe y Rowan, 1988), y unos terceros hacen hincapié sobre la sensibilidad fisiológica (Ehler y Margraf, 1989). Basándose en estos planteamientos se ha estructurado una serie de programas de tratamiento que incluyen uno o más elementos terapéuticos que actúan sobre diferentes aspectos del TP (Barlow y Cerny, 1988; Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Barlow y Craske, 1989; Beck, 1988; Beck *et al.,* 1985; Clark y Salkovskis, 1987; Rapee, 1986). Los componentes terapéuticos más recientes incluidos en estos programas son el *reentrenamiento en respiración* (Kraft y Hoogduin, 1984; Clark *et al.,* 1985; Salkovskis *et al.,* 1986), la *relajación aplicada* (Öst, 1988; Barlow *et al.,* 1989; Michelson *et al.,* 1990), la *inervación vagal* (Sartory y Olajide, 1988), la *reestructuración cognitiva* (Sokol y Beck, 1986, citado en Beck, 1988; Clark *et al.,* 1999; Margraf *et al.,* 1989; Salkovskis, Clark y Hackman, 1991) y la *exposición interoceptiva* (Barlow *et al.,* 1989; Craske, Brown y Barlow, 1991; Telch *et al.,* 1993).

Los resultados del TCC para el TP desarrollados recientemente son muy prometedores (Craske y Barlow, 1993; Barlow y Lehman, 1996; Craske y Lewin, 1997) y se consideran entre los tratamientos de elección para los individuos afectados por el TP (con o sin agorafobia) (National Institute of Mental Health, 1993). Los programas de tratamiento han demostrado tener una eficacia superior a otras alternativas del mismo (Michelson y Marchione, 1991; Clum, Clum y Surls, 1993; Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993; Barlow y Lehman, 1996). En la Tabla 2 se presentan los últimos estudios publicados sobre técnicas y programas cognitivo-conductuales. La *reestructuración cognitiva*, la *exposición interoceptiva*, el *reentrenamiento de la respiración* y la *relajación aplicada* demuestran que se pueden controlar los ataques de pánico en la mayoría de los individuos, arrojando resultados que se mantienen en los seguimientos (Öst y Westling, 1995; Bouchard *et al.,* 1996; Hecker *et al.,* 1996; Beck *et al.,* 1997; Craske *et al.,* 1997; Debeurs, Lange, Van Dyck y Koele, 1995; Newman, Kenardy, Herman y Taylor, 1997; Hecker *et al.,* 1998; Hoffart, 1998; Murphy *et al.*, 1998; Martinsen *et al.*, 1998; Wade *et al.*, 1998; Teusch y Bohme, 1999; Debeurs *et al.,* 1999; Loerch *et al.,* 1999; Clark *et al.,* 1999).

A pesar de los buenos resultados obtenidos que muestran que los ataques de pánico desaparecen a corto plazo, un porcentaje importante de sujetos pueden

seguir experimentando ansiedad y malestar, y es común que algunos síntomas reaparezcan durante los seguimientos (Brown y Barlow, 1995). De igual manera, varios estudios han mostrado que la evitación agorafóbica puede continuar a pesar de la desaparición de los ataques de pánico (Clark *et al.,* 1985; Craske *et al.,* 1991; Salkovskis *et al.,* 1991). Estos descubrimientos sugieren que el tratamiento eficaz del TP, en especial la variante con agorafobia, debería combinar procedimientos para el control del pánico con procedimientos para disminuir la evitación agorafóbica (Craske y Lewin, 1997). A este respecto, numerosos estudios muestran que la *exposición en vivo* es una terapia potente para el componente evitativo del TP (p.ej., Echeburúa *et al.,* 1991; North, North y Coble, 1996; Burke *et al.,* 1997). El efecto combinado de las estrategias del control del pánico (p.ej. *exposición interoceptiva*) y de la *exposición en vivo* se encuentran actualmente bajo estudio en varios centros de investigación clínica (Debeurs *et al.,* 1995*a*; Fava *et al.,* 1995; Telch *et al.,* 1993; Van den Hoult *et al.,* 1994; Marks *et al.,* 1993; Craske *et al.,* 1997). Resultados preliminares muestran que los métodos para el control del pánico pueden minimizar la recaída después del tratamiento con exposición en vivo. Lógicamente, el control del pánico puede disminuir los abandonos que se producen en el tratamiento y, además, reducir la posibilidad de una recaída agorafóbica que se ha asociado de modo frecuente a la continuidad de los ataques de pánico (Craske, Street y Barlow, 1989).

Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia

Por último, otra modalidad de tratamiento que necesita investigarse es la terapia combinada TCC/fármacos para el TP con y sin agorafobia. La mayoría de los estudios que se han realizado hasta la fecha han examinado los efectos combinados de la terapia farmacológica, principalmente antidepresivos y benzodiacepinas, y la exposición en vivo para la agorafobia. La evidencia existente muestra que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) facilitan los efectos de la *exposición en vivo* (p.ej., *imipramina*, Mavissakalian, 1993; *fluvoxamina*, Debeurs *et al.,* 1995*b* y Debeurs *et al.,* 1999); mientras que la administración de benzodiacepinas, particularmente las de alta potencia (p.ej., *alprazolam*), puede interferir con los efectos de la *exposición en vivo* y otros TCC (Barlow, 1988; Brown y Barlow, 1995; Marks *et al.,* 1993; Schmidt, 1999). Se encuentra actualmente en marcha un amplio proyecto de colaboración (Barlow, Gorman, Shear y Woods, citado en Craske y Lewin, 1997), cuyos resultados preliminares indican marcados beneficios de la combinación de *imipramina* y procedimientos cognitivos/exposición para el TP con agorafobia. Así mismo, una línea de investigación prometedora es la del abordaje con TCC y benzodiacepinas de alta potencia, según una estrategia secuencial de administración determinada (Otto *et al.,* 1993; Spiegel *et al.,* 1994; Schmidt, 1999).

Son numerosos los autores que abogan por la integración de ambos enfoques terapéuticos (Craske, 1996; Spiegel y Bruce, 1997; Van Balkom *et al.,* 1997), aunque el estado de la cuestión nos debe llevar a ser prudentes por la ausencia de evidencia empírica suficiente (Gelder, 1998).

Tabla 2
Estudios recientes en el tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico del trastorno de pánico con y sin agorafobia

Autores	Trastorno de ansiedad	N	Técnicas	Resultados	
				Postratamiento	Seguimiento
North *et al.* (1996)	Agorafobia	60	1. DS (realidad virtual) 2. Grupo control	↑ 1 1 >2	____
Burke *et al.* (1997)	Agorafobia	39	1. Exposición 2. TCC + exposición	↑ 1 y 2 1 = 2	↑ 1 y 2 1 = 2 (6 meses)
Debeurs, Lange, Vandyck y Koele (1995)	Trastorno de pánico con agorafobia	32	1. Manejo del pánico + exposición	↑ 1	↑ 1 (3 y 6 meses)
Debeurs, Vanbalkom, Lange, Koele y Vandyck (1995)	Trastorno de pánico con agorafobia	76	1. Fluvoxamina + exposición 2. Manejo del pánico + exp. 3. Exposición	↑ 1, 2 y 3 2 = 3 1 > 2 y 3	____
Bouchard *et al.* (1996)	Trastorno de pánico con agorafobia	28	1. Exposición 2. Reestructuración cognitiva	↑ 1 y 2 1 = 2	↑ 1 y 2 1 = 2 (6 meses)
Van Dyck *et al.* (1997)	Trastorno de pánico con agorafobia	64	1. Exposición 2. Exposición + hipnosis	1 = 2	____
Craske *et al.* (1997)	Trastorno de pánico con agorafobia	38	1. TCC + exposición interoceptiva 2. TCC + reentrenamiento en respiración	1 = 2 1 > 2 (frec. pánico gravedad y funciona-miento gral.)	1 > 2 (6 meses) (frec. Pánico, fobias y ansiedad gral. y funciona-miento gral.)
Hoffart (1998)	Trastorno de pánico con agorafobia	46	1. TC 2. Terapia de afrontamiento guiado	____	↑1, 2 1=2 (12 meses)
Murphy *et al.* (1998)	Trastorno de pánico con agorafobia	74	1. TCC autodirigida 2. Relajación + exposición autodirigida 3. Exposición dirigida	↑1, 2 y 3	____
Martinsen *et al.* (1998)	Trastorno de pánico con agorafobia	83	1. TCC en grupo	↑1	____
Wade *et al.* (1998)	Trastorno de pánico con agorafobia	110	2. TCC	↑1	____
Teusch y Bohme (1999)	Trastorno de pánico con agorafobia	112	1. Terapia centrada en el cliente 2. Terapia centrada en el cliente + exposición 3. Exposición	2 y 3 > 1	1 = 2 = 3 (12 meses)

Autores	Trastorno de ansiedad	N	Técnicas	Resultados Postratamiento	Resultados Seguimiento
Debeurs *et al.* (1999)	Trastorno de pánico con agorafobia	71	1. Fluvoxamina + exposición 2. Placebo+ exposición 3. Manejo pánico + exposición 4. Exposición	1 > 2, 3 y 4 (evitación agorafóbica)	1 = 2 = 3 = 4 (24 meses)
Loerch *et al.* (1999)	Trastorno de pánico con agorafobia	55	1. Moclobemida + TCC 2. Moclobemida + Placebo psicológico 3. Placebo + TCC 4. Placebo + Placebo psicológico	1, 3 > 2, 4 2 = 4 1 = 3	↑ 1 y 3 1 > 3 (6 meses)
Öst *et al.* (1995)	Trastorno de pánico	38	1. Relajación aplicada 2. TCC	↑ 1 y 2 1 = 2	↑ 1 y 2 1 = 2 (12 meses)
Gould y Clum (1995)	Trastorno de pánico	__	1. Programa de autoayuda 2. Lista de espera	1 > 2	1 > 2 (2 meses)
Hecker *et al.* (1996)	Trastorno de pánico	16	1. TCC autoayuda 2. TCC dirigida	↑ 1 y 2 1 = 2	↑ 1 y 2 1=2 (6 meses)
Beck *et al.* (1997)	Trastorno de pánico	17	1. Exposición interoceptiva	↑ 1	____
Feske y Goldstein (1997)	Trastorno de pánico	43	1. EMDR 2. EMDR sin mov. ocular 3. Lista de espera	1 >3 1 > 2	1 = 2 (3 meses)
Newman *et al.* (1997)	Trastorno de pánico	18	1. TCC (12 sesiones) 2. TCC asistida por ordenador (4 sesiones)	1 > 2	1 = 2
Hecker *et al.* (1998)	Trastorno de pánico	18	1. Exposición + TC 2. TC + Exposición (orden inverso)	1 = 2	____
Clark *et al.* (1999)	Trastorno de pánico	43	1. TC 2. TC (versión reducida) 3. Lista de espera	1 y 2 = 3 1 = 2	↑ 1 y 2 (12 meses)

D S= Desensibilización sistemática
TCC= Terapia cognitivo-conductual (TC + exposición)
TC = Terapia cognitiva
Manejo del pánico = hiperventilación + entrenamiento en respiración
Programa de autoayuda *Coping with panic*= información (pánico, técnicas respiración y relajación)
EMDR = Reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares

↑: mejoría
>: superior (diferencias significativas)
=: no diferencias significativas

Trastorno obsesivo-compulsivo

A pesar de que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha sido considerado como el trastorno de ansiedad más resistente al tratamiento, y especialmente su variante de «*obsesiones puras*» sin compulsiones (Jenike y Rauch, 1994; Foa, Steketee y Ozarow, 1985), durante los últimos años se ha producido un número importante de avances que han cambiado su estatus. Se han venido desarrollando una serie de intervenciones cognitivo-conductuales y farmacológicas eficaces para el tratamiento del amplio rango de síntomas que se observan en el TOC.

La exposición con prevención de respuesta: tratamiento de elección del TOC

Los procedimientos cognitivo-conductuales que se han erigido como los más destacados por su eficacia son la *exposición* (E) y la *prevención de respuesta* (PR) (Barlow, 1988; Rachman y Hodgson, 1980), aunque, de manera ocasional, se añaden *técnicas cognitivas*. La combinación de ambas técnicas (E/PR) es considerada como el tratamiento de elección para el TOC (Expert Consensus Panel for Obsessive-Compulsive Disorder, 1997). La E/PR fue desarrollada en la década de los 60 (Meyer, 1966) y puede encontrarse una descripción detallada en Riggs y Foa (1993).

La eficacia de la E/PR ha sido evaluada de manera amplia. La investigación del tratamiento del TOC indica que la E/PR es significativamente más eficaz que las condiciones de control, y está asociada con una mejoría estadísticamente significativa en el curso del tratamiento (Stanley y Turner, 1995; Steketee, 1993; Steketee y Shapiro, 1993; Marks, 1997). Ahora bien, los estudios que informan éxitos con esta intervención han empleado numerosas variantes de estos procedimientos, unas más eficaces que otras. Abramowitz (1996), en una revisión de los estudios existentes, sugiere que las variantes de la E/PR que obtienen mejores resultados son: la *exposición supervisada* por el terapeuta (*vs.* autoexposición), el *añadir la PR a la E* (*vs.* PR parcial o ausente), y la *combinación de la E en vivo* y *en la imaginación* (*vs.* exposición en vivo solamente). En cuanto a la significación clínica de los beneficios obtenidos con la E/PR, este mismo autor (Abramowitz, 1998) realiza un estudio de metaanálisis, en el que, como se esperaba, se observan mejorías sustanciales de los pacientes durante el curso del tratamiento con estos procedimientos. Además, en el postratamiento mostraban un nivel de funcionamiento similar al de la población general, comparados con los individuos no tratados del TOC. Los seguimientos indicaban que los cambios clínicamente significativos se mantenían estables por encima de los 5 meses. Sin embargo, los pacientes tratados seguían sufriendo más síntomas obsesivo-compulsivos que los de la población general. Foa y Kozak (1996) realizan una amplia revisión de estudios que muestra de manera inequívoca la eficacia a largo plazo de la E/PR (véase Tabla 3). En definitiva, los resultados globales son estimulantes, en particular los hallazgos que constatan que las ganancias terapéuticas se mantienen en los seguimientos (Marks, 1997).

Está en curso una serie de estudios piloto para valorar nuevos formatos de administración de la E/PR; los *manuales de autoayuda* (véase revisión Marks, 1997) y los *programas interactivos de ordenador* (Clark *et al.,* 1998) permiten a los pacientes autoadministrarse el tratamiento.

Tabla 3
Eficacia a largo plazo de los tratamientos basados en la exposición para el trastorno obsesivo-compulsivo

Fuente	N	Duración seguimiento (meses)	% sujetos que responden*
Meyer *et al.* (1974)	12	6-72	83
Catts y McConaghy (1975)	6	9-24	100
Marks *et al.* (1975)	20	24	75
Boulougouris (1977)	15	34	60
Foa y Goldstein (1978)	19	15	84
Emmelkamp y Rabbie, (1981)	22	54	73
Mawson *et al.* (1982)	37	24	83
O'Sullivan *et al.* (1991)	34	72	74
Bolton *et al.* (1983)	12	22	83
Foa *et al.* (1983)	37	12	76
Foa *et al.* (1984)	11	12	80
Hoogduin y Hoogduin (1984)	25	14,5	80
Emmelkamp *et al.* (1985)	42	42	80
Kasvikas y Marks (1988)	39	24	54
Foa *et al.* (1992)	38	16	81
Cottraux *et al.* (1990)	7	6	50
	376	**Media = 29**	**Media = 76**

FUENTE: Foa y Kozak (1996).
(*) Reducción mayor del 30% de los síntomas.

Prevención de recaídas y terapia cognitiva: nuevas estrategias

Muchas personas tratadas con TCC continúan luchando con alguno de sus síntomas (Abramowitz, 1998), y recaen durante los seguimientos. En un esfuerzo por reducir estos síntomas residuales y el riesgo de recaída, se aplican procedimientos de *prevención de recaídas*, que provienen del campo de las adicciones (Marlatt y Gordon, 1985), junto a los tratamientos que han demostrado su eficacia a corto

plazo (Emmelkamp, Kloek y Blaauw, 1992; Salkovskis, 1985; Steketee, 1993; Marks, 1997). Dos estudios (Hiss *et al.,* 1994; McKay *et al.,* 1996) muestran que añadir un programa de prevención de recaídas a la E/PR permite mantener las ganancias, prevenir la recurrencia de los síntomas, y mantener estables estas mejorías a los 6 meses de seguimiento.

Las *técnicas cognitivas* se han combinado con la E/PR, como medio para facilitar la exposición, para abordar las preocupaciones que le surgen al paciente (poder de las obsesiones, naturaleza de la responsabilidad, consecuencias de la ansiedad, etc.) y, como complemento a ésta, para integrar la nueva información generada por las experiencias de confrontación (Freeston y Ladouceur, 1997). Uno de los pocos estudios que evalúa la combinación del tratamiento conductual (E/PR) y cognitivo no produjo efectos añadidos (Emmelkamp y Beens, 1991). Por otro lado, ensayos que comparan la *terapia cognitiva* con la E/PR muestran que los pacientes se benefician por igual de ambos procedimientos (Emmelkamp y Beens, 1991; Emmelkamp *et al.,* 1988; Van Oppen y Arntz, 1994; Van Balkom *et al.* 1998), o incluso obtienen mejoras superiores con la terapia cognitiva (Van Oppen *et al.,* 1995), lo que sugiere que la terapia cognitiva puede ser un tratamiento eficaz del TOC. No obstante, se necesitan más pruebas controladas.

Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia

En los últimos años se ha producido un aumento del interés por la combinación de los TCC y la farmacoterapia en el tratamiento del TOC. Debido a la gravedad de los síntomas y al deterioro funcional que, a menudo, se asocia al TOC, el determinar los posibles efectos sinérgicos de ambos tratamientos es una línea de investigación a seguir (Barlow y Lehman, 1996). Los medicamentos más eficaces para los síntomas del TOC parecen ser los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS: *fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina*) y los antidepresivos tricíclicos (*clomipramina*) (Greist, 1990; Jenike; 1990; Flament y Bisserbe, 1997; Pigott y Seay, 1999). Estos fármacos han demostrado ser más beneficiosos que el placebo, y sus efectos no parecen depender de sus propiedades antidepresivas, lo que sugiere que tienen efectos antiobsesivos específicos (Steketee y Shapiro, 1993). Numerosas revisiones y metaanálisis sobre eficacia comparando los efectos diferenciales y combinados de la terapia de conducta y los psicofármacos (Van Balkom *et al.,* 1994; Foa y Liebowitz, 1995; Stanley y Turner, 1995; Greist, 1998; Kobak *et al.,* 1998; Franklin, Foa y Kozak, 1999) destacan la superioridad de la terapia de conducta (E/PR, principalmente) con respecto a los fármacos antidepresivos (*clomipramina* e ISRS, como la *fluoxetina* o la *fluvoxamina*), sobre todo si se consideran las tasas de recaídas y los abandonos del tratamiento. Además, no existe evidencia suficiente de que la combinación de los antidepresivos más la terapia de conducta fuera superior a esta última sola (Van Balkom *et al.,* 1994; Foa *et al.,* 1993; Cottraux *et al.,* 1990; Turner, Beidel, Stanley y Jacob, 1988). No obstante, el añadir fluvoxamina al TCC (E/PR y terapia cognitiva) parece mejorar las obsesiones, pero no las compulsiones (Hohagen *et al.,* 1998), y la combinación clomipramina-exposición parece

mejorar la adherencia al tratamiento en un estudio (Marks *et al.,* 1980). En la Tabla 4 se presentan una serie de estudios recientes sobre el tratamiento combinado (cognitivo-conductual y farmacológico) del TOC.

Aunque la E/PR es el tratamiento de elección del TOC, algunos pacientes que no responden a dicho TCC pueden beneficiarse de la adición de un fármaco antidepresivo adecuado, o de terapia cognitiva, durante las etapas iniciales del tratamiento (McLeod, 1997). En el caso de los fármacos antidepresivos, éstos pueden facilitarlo estabilizando al paciente, mejorando los síntomas depresivos que suelen acompañar al TOC, y estableciendo una primera sensación de control sobre su trastorno, que le permita dedicar más recursos al tratamiento.

Tabla 4

Estudios recientes en el tratamiento combinado del trastorno obsesivo-compulsivo

Autores	N	Tratamiento	Resultados	
			Postratamiento	Seguimiento
Hohagen *et al.* (1998)	60	1. E + PR + fluvoxamina 2. E + PR + placebo	↑ 1 y 2 1 > 2 (obsesiones) 1 > 2 (depresión) 1 = 2 (compulsiones)	_____
Dehaan *et al.* (1998)	22	1. E + PR 2. Clomipramina	↑ 1 y 2 1 > 2	_____
Franklin *et al.* (1998)	14	1. E + PR + ISRS 2. E + PR	↑ 1 y 2	↑ 1 y 2 (9 meses)
Van Balkom *et al.* (1998)	117	1. Terapia cognitva 2. E + PR 3. Fluvoxamina + Terapia cognitiva 4. Fluvoxamina + E + PR 5. Lista de espera	1, 2, 3 ,4 > 5 1 =2 = 3 =4	_____

E= Exposición
PR= Prevención de respuesta
ISRS= Fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

↑: mejoría
=: no diferencias significativas
>: superior (diferencias significativas)

Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático (TEP) describe un patrón de síntomas que pueden desarrollar los individuos que han sufrido experiencias traumáticas. El TEP se presentó como diagnóstico oficial en 1980 con la aparición del DSM-III (APA, 1980), aunque muchos de sus síntomas habían sido reconocidos anteriormente. Los criterios diagnósticos procedían del estudio de ex-combatientes, pero desde entonces el

TEP se ha estudiado en un amplio rango de grupos con traumas (víctimas de violación, el abuso sexual infantil, el abuso físico, víctimas de delitos y de desastres naturales o provocados por el hombre). Sin embargo, no ha sido hasta recientemente cuando han aparecido los primeros ensayos clínicos del TCC del TEP (véase Tabla 5).

Enfoques terapéuticos recientes

La mayoría de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales del TEP se basan en la teoría conductual del aprendizaje. Siguiendo la teoría de Mowrer (1947), numerosos autores han propuesto que el TEP puede explicarse por medio del condicionamiento clásico y operante (Becker *et al.,* 1984; Holmes y St. Lawrence, 1983; Keane, Zimering y Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen y Best, 1985; Kilpatrick, Veronen y Resick, 1982). Derivados de estos planteamientos se han desarrollado paquetes de tratamiento para el manejo del estrés, como, p.ej., el *entrenamiento en inoculación de estrés* (EIE). El EIE fue diseñado originalmente por Meichenbaum (1974) para el control de la ansiedad; posteriormente, el EIE se adaptó para ser empleado con víctimas de violación (Kilpatrick *et al.,* 1982; Resick y Jordan, 1988; Veronen y Kilpatrick, 1983). Aplicados al TEP, los programas de manejo del estrés suelen incluir *reestructuración cognitiva* junto con *relajación,* y *entrenamiento en solución de problemas*, que tiene la particularidad de añadir estrategias de *manejo de la ira* (Barlow y Lehman, 1996). Este paquete de tratamiento ha mostrado su eficacia en múltiples estudios (Foa *et al.,* 1991; Foa *et al.,* 1994; Resick *et al.,* 1988).

Aunque la teoría del aprendizaje explica gran parte del desarrollo y mantenimiento del TEP, no explica de manera adecuada los síntomas invasivos. Algunos autores (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989; Chemtob *et al.,* 1988) proponen que las víctimas de experiencias estresantes traumáticas desarrollan estructuras cognitivas de temor que contienen recuerdos del acontecimiento, así como emociones asociadas y planes de escape. Según la teoría del procesamiento emocional, la exposición prolongada y reiterada a estos recuerdos en un ambiente seguro permitirá la habituación al temor y el cambio de la estructura correspondiente. Desde esta perspectiva, se han utilizado varias técnicas conductuales que incluyen la *inundación* o *exposición prolongada* (EP) (denominada también *exposición terapéutica directa*) y variantes de la *desensibilización sistemática* (DS). La EP ha sido aplicada a distintas poblaciones con buenos resultados: en agresiones físicas y sexuales (Haynes y Mooney, 1975), en sujetos que han sufrido incesto (Rychtarik *et al.,* 1984), en víctimas de violación (Foa *et al.,* 1991; Foa *et al.,* 1994), en excombatientes (Keane *et al.,* 1989; Cooper y Clum, 1989; Boudewyns y Hyer, 1990) y en víctimas de accidentes (McCaffrey y Fairbank, 1985). Se ha encontrado también que la DS o la *exposición en vivo* son eficaces para reducir síntomas específicos del TEP, en especial los síntomas de invasión y activación (Peniston, 1986; Bowen y Lambert, 1986; Glynn *et al.,* 1999).

En la comparación de la EP y el EIE, se ha encontrado que ambos son eficaces para reducir los síntomas, de depresión y de ansiedad del TEP (Foa *et al.,* 1991; Foa

Tabla 5
Estudios recientes en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático

Autores	N	Tratamiento	Resultados	
			Postratamiento	Seguimiento
Keane *et al.* (1989)	11	1. Exposición imaginada 2. Lista de espera	1 > 2	_____
Cooper y Clum (1989)	7	1. Exp. imaginada + Terapia estándar 2. Terapia estándar	1 > 2	_____
Boudewyns y Hyer (1990)	19	1. Exposición terapeútica directa 2. Tratamiento individual	1 > 2	_____
Foa *et al.* (1991)	45	1. Exposición prolongada 2. E I E 3. Asesoramiento 4. Lista de espera	2 > 1, 3 y 4	1 > 3 (síntomas de TEP) (3,5 meses)
Foa *et al.* (1994)	20	1. Exposición prolongada + EIE 2. Exposición prolongada 3. EIE	2 > 1 y 3	_____
Resick y Schnicke (1992)	17	1. T PC 2. Lista de espera	1 > 2	1 > 2 (6 meses)
Resick, Astin y Nishith (1996)	??	1. T PC 2. Exposición prolongada 3. Grupo control	↑ 1 y 2 1 > 2 (en síntomas depresivos)	_____
Marks *et al.* (1998)	77	1. Exposición prolongada 2. Restructuración cognitiva 3. Exp. prolongada + R. cognitiva 4. Relajación	↑ 1, 2 y 3 1, 2 y 3 > 4 1 y 2 = 3	1, 2 y 3 > 4 (6 meses)
Foa *et al.* (1999)	96	1. Exposición Prolongada 2. E I E 3. Exposición prolongada + EIE 4. Lista de espera	↑ 1, 2 y 3 1, 2 y 3 > 4 1 = 2 = 3	↑ 1, 2 y 3 (3, 6 y 12 meses)
Glynn *et al.* (1999)	??	1. Exposición 2. Exposición + terapia familiar conductual 3. Lista de espera	↑ 1 y 2 (síntomas positivos) 1 = 2	↑ 1 y 2 (síntomas positivos) 1 = 2 (6 meses)
Pantalon y Motta (1998)	6	1. Entrenamiento en manejo de la ansiedad 2. Implosión	1 = 2	_____
Tarrier *et al.* (1999)	72	1. Exposición imaginada 2. Terapia cognitiva	↑ 1 y 2 1 = 2	↑ 1 y 2 (?? Meses)
Foa *et al.* (1995)	10	1. Programa breve de prevención 2. Grupo control	1 > 2	1 > 2 (5,5 meses)
Bryant *et al.* (1998) *(Estrés agudo)*	24	1. Programa breve de prevención 2. Asesoramiento de apoyo (6 meses)	1 > 2	1 > 2
Bryant *et al.* (1999) *(Estrés agudo)*	45	1. Exposición prolongada 2. Programa breve de prevención 3. Asesoramiento de apoyo	1 y 2 > 3	1 y 2 > 3 (6 meses)

Adaptado y ampliado de Barlow y Lehman (1996)

EIE= Entrenamiento en inoculación de estrés
TPC= Terapia de procesamiento cognitivo
Programa breve de prevención= Exposición prolongada + Entrenamiento en manejo de la ansiedad
↑: mejoría
>: superior (diferencias significativas)
=: no diferencias significativas

et al., 1994; Foa *et al.,* 1999). En el postratamiento, eran los pacientes del EIE los que presentaban mayor mejoría, pero en el seguimiento (3 meses), eran los pacientes de EP quienes menos síntomas presentaban (Foa *et al*., 1991). Estos autores argumentan que esto se debe a que el EIE proporciona un alivio a corto plazo por medio del control de la ansiedad, mientras que la EP tiene efectos prolongados por los cambios en los recuerdos traumáticos (reprocesamiento emocional y cognitivo) que se supone ocurren tras las exposiciones. En un intento por discriminar los efectos diferenciales del EIE y la EP, Foa *et al.* (1994) encontraron una mejoría mayor en los pacientes que recibieron EP sola que en los de EIE solo y en los de la combinación EP/EIE. Estos resultados no han podido ser replicados recientemente por Foa *et al.* (1999), que no han encontrado diferencias significativas entre la EP, el EIE y la combinación EP/EIE. Estos y otros resultados similares (Nishith *et al.,* 1995) parecen sugerir que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento no es suficiente por sí solo, aunque puede ayudar al paciente a controlar la ansiedad para tolerar el tratamiento con EP. Sin embargo, esta cuestión necesita más investigación para ser aclarada.

Por su parte, Resick y Schnicke (1992, 1993), desde una perspectiva cognitiva, han planteado que el afecto postraumático no se limita al temor, sino que los individuos con TEP pueden, de igual manera, experimentar otras emociones intensas, tales como la vergüenza, la ira o la tristeza. Estas emociones surgen directamente del trauma, pero también de las interpretaciones que los pacientes hacen del acontecimiento traumático y del papel que han jugado en él. Estos autores proponen una teoría cognitiva del TEP basada en la teoría del procesamiento de la información (Hollon y Garber, 1988), según la cual la expresión afectiva es necesaria, no para la habituación sino para que el recuerdo del trauma se procese de manera adecuada. Así, la *terapia de procesamiento cognitivo* (TPC) ha sido desarrollada para facilitar la expresión del afecto y la adaptación apropiada del acontecimiento traumático a los esquemas generales sobre uno mismo y el mundo (Astin y Resick, 1997; Calhoun y Resick, 1993; Resick y Schnike, 1993). Resick y Schnike (1992) compararon víctimas de violación que recibieron TPC con una muestra de lista de espera y encontraron que la TPC era muy eficaz en la reducción de los síntomas de TEP y depresión y mejoraba la adaptación de los pacientes, tanto en el postratamiento como en el seguimiento (6 meses). En hallazgos preliminares de un ensayo con grupo control que comparaba TPC y EP (Resick, Astin y Nishith, 1996) se obtiene que ambos procedimientos son eficaces, aunque la TPC se muestra superior en la reducción de los síntomas depresivos. En un estudio reciente que intenta discriminar los efectos de la *reestructuración cognitiva* (RC) y la EP, Marks *et al.* (1998) encontraron que la RC y la EP, así como la combinación RC/EP, eran eficaces y superiores a la *relajación;* sin embargo, la combinación RC/EP no ofrece mejores resultados que sus componentes por separado. Tarrier *et al.* (1999) tampoco han encontrado diferencias significativas entre la *exposición imaginada* y la *reestructuración cognitiva.*

En definitiva, y con independencia de la teoría sobre el desarrollo y el mantenimiento del trastorno por estrés postraumático de la que partamos, el TCC se muestra como una intervención prometedora por sus beneficios en la salud psicológica

general y por la disminución de los síntomas que sufren las personas con TEP (Sherman, 1998). Siendo este tratamiento significativamente superior a las terapias farmacológicas, tanto en la reducción de los síntomas del TEP como en la tasas de abandono (Vanetten y Taylor, 1998). Ahora bien, Bryant (2000) llama la atención sobre la falta de rigor metodológico de algunos de los ensayos realizados hasta el momento, y subraya la necesidad de emprender una serie de estudios controlados y sistemáticos para poner a prueba los distintos componentes del TCC propuestos, en un amplio rango de poblaciones traumatizadas, y que permita delinear qué parámetros del TCC son eficaces.

La terapia de reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares (EMDR)

Un enfoque novedoso del TEP es la *terapia de reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares* («Eye Movement Desensitization and Reproccesing Therapy», EMDR). Desarrollada originalmente por Shapiro (1995), la EMDR no se basó en hallazgos empíricos o teóricos de la literatura de investigación, sino en una observación casual de la experiencia personal de la propia creadora. La autora sostiene que los movimientos oculares laterales facilitan la iniciación del procesamiento cognitivo del trauma por parte del paciente. Una descripción reciente y detallada del procedimiento, y de los principios en los que se basa se puede encontrar en Shapiro (1998). Tiempo después, la EMDR ha sido conceptualizada como un procedimiento cognitivo-conductual dirigido a facilitar el procesamiento de la información de los acontecimientos traumáticos y la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos relacionados con el trauma (Astin y Resick, 1997).

La EMDR ha sido controvertida por numerosas razones, incluyendo la falta de fundamentos teóricos y la carencia de datos empíricos con una metodología sólida (véase Tabla 6). Existen algunos ensayos no controlados que han indicado una mejoría de los síntomas del TEP (Shapiro, 1989; Lazgrove *et al.,* 1995; Spector y Huthwaite, 1993; Wolpe y Abrams, 1991; Wilson, Becker y Tinker*,* 1997; Lazgrove *et al.,* 1998), aunque sólo recientemente han surgido en la literatura científica estudios empíricos con grupos de comparación adecuados. Varios de estos últimos han encontrado reducciones significativas de los síntomas del TEP y de la sintomatología asociada (depresión y ansiedad) en personas que recibieron EMDR en comparación con sujetos control sin tratamiento (Rothbaum, 1995; Rothbaum, 1997; Wilson, Becker y Tinker, 1995*a*; Marcus *et al.,* 1997; Scheck *et al.,* 1998; Edmond *et al.,* 1999) o tratados con otras técnicas (p.ej., *relajación*, Carlson *et al.,* 1998; *protocolo de tratamiento de traumas*, Devilly y Spence, 1999; *exposición*, Rogers *et al.,* 1999). Otros autores han hallado mejorías significativas con la EMDR, pero no encontraron diferencias al compararla con otros tratamientos para el TEP (Boudewyns *et al.,* 1995; Carlson *et al.,*1995; Vaughan *et al.,* 1994). Varios estudios han arrojado resultados negativos o confusos para la EMDR (Pitman *et al.,* 1993; Jensen, 1994). Desafortunadamente, muchos de estos estudios tienen graves fallos

metodológicos (Wilson *et al.,* 1995*a*; Vaughan *et al.,* 1994; Carlson *et al.,* 1995; Rothbaum, 1995), lo que limita la extensión de las conclusiones que se pueden obtener con respecto a la supuesta eficacia del procedimiento.

Varios estudios de revisión y metaanálisis recientes sobre la eficacia de la EMDR han realizado un análisis conceptual de los mecanismos de acción de la misma y llegan a las siguientes conclusiones: 1) Los efectos de la EMDR se limitan en parte o únicamente a los índices de autoinforme verbal (Lohr *et al.,* 1998, Lorh *et al.,* 1999).

Tabla 6
Estudios de resultado de la EMDR en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático

Autores	N	Tratamiento	Resultados	
			Postratamiento	Seguimiento
Rothbaum *et al.* (1997)	18	1. EMDR 2. Lista de espera	1 > 2	1 > 2 (3 meses)
Devilly *et al.* (1998)	31	1. EMDR 2. Procedimiento equivalente sin EMDR 3. Condición control	↑ 1, 2 y 3 1 y 2 > 3 (síntomas de trauma)	↓ 1 y 2 1 = 2 (6 meses)
Carlson *et al.* (1998)	35	1. EMDR 2. Relajación + biofeedback 3. Condición control	1 > 2 y 3	1 > 2 y 3 (3 meses)
Scheck *et al.*(1998)	60	1. EMDR 2. Lista de espera	↑ 1 y 2	_____
Marcus *et al.* (1997)	67	1. EMDR 2. Condición control	1 > 2	_____
Cusack y Spates (1999)	27	1. EMDR 2. EMDR sin elementos cognitivos	↑ 1 y 2 1 = 2	_____
Rogers *et al.* (1999)	12	1. Exposición (1 sesión) 2. EMDR (1 sesión)	2 > 1 (medidas de autoinforme)	_____
Devilly y Spence (1999)	??	1. EMDR 2. Terapia cognitivo-conductual	1 > 2	1 > 2 (3 meses)
Edmond *et al.* (1999)	59	1. EMDR 2. Tratamiento individual rutinario (??) 3. Grupo control	1 > 2 y 3	1 > 2 y 3

↑: mejoría;
>: superior (diferencias significativas);
=: no diferencias significativas

2) La EMDR parece ser eficaz en la reducción de algunos indices de estrés en comparación con la ausencia de tratamiento en pacientes con trastornos de ansiedad (TEP, trastorno de pánico y miedo a hablar en público) (Cahill *et al.,* 1999); sin embargo, Lohr *et al.* (1999) consideran que estos efectos se deben no a la técnica en sí, sino a componentes no específicos del procedimiento. 3) No existe evidencia convincente de que los movimientos oculares contribuyan a los resultados de la técnica (Renfrey y Spates, 1994; Wilson, Silver, Covi y Foster, 1995*b*; Devilly *et al.,* 1998; Lohr *et al.,* 1998, Lorh *et al.,* 1999; Feske, 1998; Cahill *et al.,* 1999; Muris y Merckelbach, 1999). Shapiro (1999) en una reciente descripción del procedimiento de la EMDR resta importancia a este componente, y lo considera como una de las posibles, no la única, formas de estimulación de esta compleja técnica. No queda claro, por tanto, si los movimientos oculares laterales son esenciales. De hecho, sin éstos, la EMDR es muy similar a la TPC, que facilita el procesamiento del recuerdo traumático. Por consiguiente, cualquier eficacia mostrada por la EMDR puede más ser atribuible a la implicación del recuerdo traumático y a la facilitación del procesamiento de la información que a los movimientos oculares (Astin y Resick, 1997).

La polémica suscitada por estos planteamientos contrapuestos en la literatura científica sobre la EMDR mantienen el interés por la misma. Shapiro (1999) denuncia que la investigación en este campo se ha visto obstaculizada por una insuficiente fidelidad a la técnica de tratamiento y por la falta de validez clínica de los ensayos diseñados para poner a prueba su procedimiento terapéutico. Por contra, Rosen (1999) considera que esta denuncia es una cortina de humo que distrae la atención del tema fundamental de la eficacia de la EMDR y que permite la continua promoción del procedimiento a pesar de la evidencia empírica en contra existente. En cualquier caso, será la acumulación de evidencia empírica sobre su eficacia y sobre el papel que ejercen en ésta alguno de sus componentes (p.ej., movimientos oculares laterales), así como, la explicación de los cambios psicológicos y neurobiológicos que produce la EMDR a partir de sus principios teóricos, las que dicten sentencia (Spector y Read, 1999).

Estrategias integradas y secuenciales en el tratamiento y la prevención del TEP

La literatura reciente sobre el TCC del TEP considera que se debe tener en cuenta la complejidad y la multiplicidad de síntomas que aparecen en este trastorno, para diseñar estrategias de tratamiento eficaces para las distintas poblaciones que han sufrido traumas. A este respecto, se ha visto que son necesarios tratamientos integrados y secuenciales en los que se utilicen diferentes técnicas, dirigidas a diferentes tipos de síntomas, y secuenciadas temporalmente, de forma que se aborden inicialmente los síntomas más incapacitantes (Paúl, 1995; Echeburúa *et al.,* 1990; Loo, 1993). De este modo, en el caso de las víctimas de violación, se ha recomendado que se diferencie entre las víctimas recientes y las no recientes a la hora de diseñar las estrategias de tratamiento más adecuadas (Echeburúa *et al.,* 1990). Foa *et al.* (1995), en un estudio clásico, sugieren que una buena estrategia de tratamiento serían los *programas de prevención* para víctimas recientes que tienen riesgo

de desarrollar el TEP (véase Tabla 5). En esta misma línea, Bryant *et al.* (1998) y Bryant *et al.* (1999) aplican un *programa breve de prevención* (combinación de *exposición prolongada y entrenamiento en manejo de la ansiedad* durante 5 sesiones) a sujetos con un trastorno de estrés agudo, que es considerado como un precursor del TEP, obteniendo una reducción significativa en el número de sujetos diagnosticados de TEP a los 6 meses de seguimiento. Sin embargo, Rose y Bisson (1998), que llevan a cabo una revisión de los resultados de los programas preventivos publicados hasta la fecha, sugieren que el optimismo despertado por estas estrategias de tratamiento no se corresponden con los resultados reales que están obteniendo, y subrayan la necesidad de nuevos ensayos controlados que permitan establecer la utilidad de estas intervenciones tempranas.

Trastorno por ansiedad generalizada

La nueva concepción del trastorno por ansiedad generalizada

Antes de considerar la evolución del TCC del trastorno por ansiedad generalizada (TAG), es necesario referirse a la evolución que ha sufrido la conceptualización de este trastorno de ansiedad en los últimos años. La categoría diagnóstica de TAG se ha concretado y especificado cada vez más desde la aparición del DSM-III-R (APA, 1987) con respecto a ediciones anteriores de dicho manual (DSM-III; APA, 1980), en que se consideraba una categoría residual, y por tanto, no podía diagnosticarse cuando estaba presente otro trastorno. Esta concepción renovada del TAG pone el énfasis en la expectativa aprensiva crónica y generalizada (o *preocupación*) y en los síntomas somáticos derivados de la hiperactivación del SNC, y se fundamenta en una serie de datos empíricos que aconsejan modificaciones en los criterios diagnósticos del TAG (Brown, Barlow y Liebowitz, 1994; Rapee y Barlow, 1991; Zinbarg *et al.,* 1994). El replanteamiento conceptual del trastorno que ha dado lugar a nuevos modelos explicativos, que centran su atención en el componente cognitivo de la preocupación (p.ej. Wells, 1999a), va a tener importantes implicaciones, tanto para el tratamiento como para la investigación de resultados del mismo (Dugas *et al.,* 1996; Wells, 1999b).

Enfoques terapéuticos recientes

Los enfoques cognitivo-conductuales actuales del TAG adoptan el formato de paquetes terapéuticos que combinan la *relajación,* o algún procedimiento de *meditación,* con la *terapia cognitiva*; a menudo, incluyen también el *entrenamiento en estrategias de afrontamiento* de la ansiedad y *solución de problemas* interpersonales. En general, estos programas de intervención son más eficaces en el tratamiento del TAG que los grupos control de lista de espera, que el placebo *psicosocial* (asesoramiento no directivo), y que otras alternativas psicoterapéuticas creíbles (véase Tabla 7). Sin embargo, hasta la fecha existe poca investigación que

evalúe cuáles de estos componentes son necesarios y explican sus efectos específicos sobre el TAG. Algunos estudios han indicado que la *relajación* por sí sola puede ser útil (Barlow *et al.,* 1992; Borkovec *et al.,* 1987). Por otro lado, existen evidencias que indican que la *reestructuración cognitiva* aporta beneficios importantes a la *relajación* (Barlow *et al.,* 1984; Borkovec *et al.,* 1987; Borkovec y Costello, 1993). La *combinación de la exposición con la reestructuración cognitiva* parece ser también un tratamiento útil (Butler *et al.,* 1987; White *et al.,* 1992), aunque ambos procedimientos son igualmente eficaces cuando se administran por separado (White *et al.,* 1992).

Ahora bien, a pesar de que el TCC ha mostrado claramente su eficacia en otros trastornos de ansiedad, los paquetes de tratamiento del TAG han producido en general beneficios variables y limitados (Barlow, 1988; Deffenbacher y Suinn, 1987). Si tenemos en cuenta que la mayoría de los enfoques terapéuticos estudiados por la literatura especializada se basan en una compresión general del TAG, derivada de las concepciones anteriores al DSM-III-R, no es extraña su eficacia limitada. Más aún, de la revisión de los estudios sobre resultados del tratamiento del TAG tal como es definido en el DSM-III-R, definición derivada de los nuevos modelos que centran su atención en el componente de preocupación, Dugas, Ladouceur, Boisvert y Freeston (1996) concluyen que: 1) el tratamiento ha mostrado una eficacia limitada porque aunque los pacientes mejoran siguen preocupándose de manera excesiva y, a menudo, los síntomas somáticos no se eliminan totalmente (Barlow *et al.,* 1992; Borkovec y Costello, 1993); 2) la interpretación de los cambios de los pacientes en estos estudios está llena de dificultades por la contribución de factores inespecíficos (White, *et al.,* 1992), por los resultados similares con distintas estrategias de tratamiento (Durham *et al.,* 1987; Borkovec y Mathews, 1988; Barlow *et al.,* 1992; Stanley *et al.,* 1996) y por los numerosos componentes de algunos paquetes de intervención (Butler *et al.,* 1991); 3) los tratamientos cognitivo-conductuales son generalmente más eficaces que los exclusivamente conductuales (Borkovec y Costello, 1993); y 4) las estrategias de tratamiento que se dirigen específicamente a la preocupación (Barlow, Rapee y Brown, 1992; Borkovec, Shadick y Hopkins, 1991; O'Leary, Brown y Barlow, 1992) pueden ser más eficaces. Tomando en consideración estas conclusiones y los modelos conceptuales del TAG basados en la preocupación excesiva (p.ej., Dugas *et al.,* 1996; Wells, 1999b), todo paquete de tratamiento eficaz debería incluir dos componentes fundamentales (Dugas y Ladouceur, 1997): el *entrenamiento en solución de problemas,* adaptado para abordar el componente de preocupación que proviene de la intolerancia a la incertidumbre, y la *exposición cognitiva funcional,* para reducir la intolerancia a la activación emocional derivada del componente evitador del preocuparse. Los autores anteriores señalan que la evaluación inicial del paquete de tratamiento basado en estas consideraciones está en curso en estos momentos y los resultados se encontrarán pronto disponibles. En esta misma linea, Wells (1999b) presenta su propio modelo del TAG, que cuenta con cierto apoyo empírico (Wells y Carter, 1999), y a partir del cual diseña una forma específica de terapia cognitiva que aborda el componente de preocupación que caracteriza al TAG, la *terapia metacognitiva* (Wells, 1999a).

Tabla 7
Estudios recientes en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por ansiedad generalizada

Autores	N	Tratamiento	Resultados	
			Postratamiento	Seguimiento
Barlow *et al.* (1984)	5	1. TC + relajación con EMG feedback 2. Lista de espera	1 > 2	1 > 2 (6 meses)
Blowers *et al.* (1987)	20	1. TC + relajación 2. Asesoramiento 3. Grupo control	1 y 2 > 3 1 = 2	_____
Borkovec *et al.* (1987)	16	1. TC + relajación 2. Asesoramiento + relajación	1 > 2	_____
Butler *et al*. (1987)	22	1. EMA 2. Grupo control	1 > 2	1 > 2 (6 meses)
Durham y Turvey (1987)	??	1. TC 2. EMA (sin componentes cognitivos)	1 = 2	1 > 2 (6 meses)
Lindsay *et al.* (1987)	??	1. TC 2. Relajación 3. Benzodiacepinas 4. Grupo control	1 y 2 > 3 y 4 1 > 2	1 y 2 > 3 y 4 1 = 2 (3 meses)
Borkovec y Mathews (1988)	6	1. TC 2. DS imaginada 3. Asesoramiento	1 = 2 = 3	1 = 2 = 3 (12 meses)
Butler *et al.* (1991)	18	1. TC 2. EMA (sin componentes cognitivos)	1 > 2	1 > 2 (6 meses)
Barlow *et al.* (1992)	29	1. Relajación 2. TC 3. Relajación + TC 4. Grupo control	1, 2 y 3 > 4 1 = 2 = 3	1 = 2 = 3 (24 meses)
White *et al.* (1992)	26	1. TC + exposición 2. Exposición 3. T C 4. Lista de espera	1, 2 y 3 > 4 1 = 2 = 3	1 = 2 = 3 (6 meses)
Borkovec y Costello (1993)	18	1. T C + relajación 2. Asesoramiento 3. Relajación aplicada	1 > 2 y 3 2 > 3	1 > 2 y 3 2 > 3 (12 meses)
Durham *et al.* (1994)	40	1. TC 2. Psicoterapia analítica 3. EMA	1 > 2 y 3	1 > 2 y 3 (6 meses)
Stanley *et al.* (1996)	31	1. TC + exposición 2. Psicoterapia de apoyo (no directiva)	1 = 2	1 = 2 (6 meses)

Adaptado y ampliado de Echeburúa (1993) y Borkovec y Whisman (1996).

TC = Terapia Cognitiva.
EMA = Entrenamiento en manejo de la ansiedad (exposición + relajación + distracción + autoinstrucciones).
DS = Desensibilización sistemática.
↑: mejoría.
>: superior (diferencias significativas).
=: no diferencias significativas.

Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia

Gould, Otto, Pollack y Yap (1997*b*), en un metaanálisis que revisa los resultados de 35 estudios, llegan a la conclusión que tanto el TCC como la terapia farmacológica ofrecen buenos resultados, no encontrándose diferencias significativas entre ambas modalidades de tratamiento cuando los comparan en distintas medidas de ansiedad. Sin embargo, el TCC se asocia con mejores resultados en la reducción de los síntomas depresivos y en el mantenimiento de los beneficios a largo plazo. Además, la eficacia a largo plazo del tratamiento farmacológico disminuye cuando se abandona la medicación. El efecto de la combinación del TCC y del tratamiento con fármacos adecuados sigue siendo investigado actualmente en una serie de estudios multicentro.

Conclusiones y tendencias futuras

En este apartado final, cabe señalar que de la revisión llevada a cabo en las páginas precedentes se deduce el gran desarrollo alcanzado en el campo del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. En la actualidad, disponemos de procedimientos de intervención bien establecidos y que han demostrado su eficacia para casi todas las variantes de la ansiedad, en comparación con grupos de control sin tratamiento, listas de espera y tratamiento farmacológico, y que llegan a aumentar sus efectos en el período de seguimiento (Olivares, Sánchez y Rosa, 1999). Y aunque dichos enfoques terapéuticos difieren dependiendo del trastorno específico, la mayoría contienen procedimientos basados en la *exposición,* algún tipo de *terapia cognitiva* o de atención a factores cognitivos y emocionales, que pueden encontrarse incluso fuera de la conciencia del paciente, y *estrategias de afrontamiento* y de *solución de problemas*, además de factores no específicos (Barlow y Lehman, 1996). Asímismo, estos autores señalan la tendencia de estos enfoques a incluir el sistema interpersonal del individuo y, en consecuencia, a incorporar dichos enfoques a los *formatos grupales*. A este respecto, los enfoques cognitivos han experimentado un considerable progreso en los últimos años. La evidencia existente sugiere que la terapia cognitiva es un procedimiento tan eficaz como otros, e incluso mejor, como destacan algunas revisiones (Eysenck y Derakshan, 1997; Olivares, Sánchez y Rosa, 1999).

Aún después de haber recorrido este largo camino, se plantean una serie de retos y desafíos futuros que deben guiar la investigación en esta área. Uno de ellos se refiere a la eficacia a largo plazo de los procedimientos terapéuticos. La mayoría de los avances terapéuticos se han centrado en el alivio a corto plazo de los síntomas ansiosos; sin embargo, los datos acumulados muestran que este enfoque es insuficiente para muchos pacientes. Se hacen necesarios procedimientos que mejoren la extensión y la duración de la respuesta al tratamiento, reduzcan la vulnerabilidad al estrés vital y refuercen la percepción de autoeficacia y control personal (Shear, 1995). Una línea de investigación prometedora es la que se está desarrollando desde la perspectiva cognitiva; existen indicios de que la terapia cognitiva

aplicada a los trastornos de ansiedad ayuda a mantener los beneficios del tratamiento a largo plazo (Clark, 1995; Clark, 1999).

Por otro lado, la investigación debe determinar los efectos del TCC y la farmacoterapia. Nos encontramos inmersos en una primera generación de estudios multicentro que pretenden examinar los efectos sinérgicos de ambas opciones terapéuticos. Además, estos ensayos nos permitirán responder a otra serie de cuestiones sobre la aplicabilidad y eficacia de estos enfoques (p.ej., qué tipo de tratamiento —farmacológico *vs.* psicológico— es más beneficioso para qué tipo de paciente; qué tipo de tratamiento debe aplicarse según el contexto terapéutico, etc.), y sobre el mantenimiento a largo plazo de los efectos del tratamiento (Westra y Stewart, 1998; Angenendt *et al.,* 1998).

Volviendo a la cuestión de los TCC, aunque estas intervenciones han demostrado que son eficaces, un hecho constatable es que siguen sin ser conocidos y/o usados por muchos clínicos que trabajan en el campo de los trastornos de ansiedad, y, en consecuencia, es menor el número de pacientes que pueden beneficiarse de éstos (Barlow, Levitt y Bufka, 1999). En un intento por divulgar estos hallazgos, algunos investigadores clínicos están evaluando formatos terapéuticos fáciles de manejar y susceptibles de ser usados en la práctica clínica diaria; éstos incluyen la terapia breve asistida por *manuales estructurados* (p.ej., Ghosh y Marks, 1987; Côté *et al.,* 1994; Caballo, 1997, 1998; Kozak y Foa, 1997; Wilson, 1998; Heimberg, 1998), los *libros y folletos de autoayuda* (p.ej., Foa y Wilson, 1991) y la inclusión en la terapia de paraprofesionales, como la pareja (p.ej., Barlow, O'Brien y Last, 1984; Cerny *et al.,* 1987), u otros pacientes que sufren problemas similares (p.ej., *grupos de autoayuda en el TOC:* Grayson, 1999).

Para finalizar, una línea de investigación prometedora, y que está experimentando un fuerte desarrollo en los últimos años, es la integración de nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos psicológicos, y de manera particular, en los de ansiedad. La tecnología informática así como los nuevos programas presentan un gran potencial, y se están aplicando en la evaluación y aplicación de terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en sus distintas variantes (Newman, Consoli y Taylor, 1997; Marks *et al.,* 1998; Marks, 1999).

Referencias

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. A metaanalysis. *Behavior Therapy, 27,* 583-600.

Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy, 29,* 339-355.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª edición). (DSM- III).* Washington, D. C.: Autor.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª edición- revisada). (DSM-III-R).* Washington, D. C.: Autor.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición). (DSM- IV).* Washington, D. C.: Autor.

Angenendt, J., Frommberger, U. y Berger, M. (1998). The relevance of psychotherapeutic-pharmacological combination therapies in anxiety disorders. *Verhaltenstherapie, 8,* 160-169.

Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1997). Fobia específica. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1.* Madrid: Siglo XXI.

Antony, M. M., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia.* Albany, NY: Graywind Publications.

Astin, M. C. y Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1.* Madrid: Siglo XXI.

Ball, S. G. y Otto, D. C. (noviembre, 1993). Cognitive-behavioral treatment of choking phobia: Three cases studies. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic.* Nueva York: Guilford.

Barlow, D. H. y Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic.* Nueva York: Guilford.

Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M. T., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B. y DiNardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: nature and treatment. *Behavior Therapy, 15,* 431-449.

Barlow, D. H. y Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic.* Albany, NY: Graywind.

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder, *Behavior Therapy, 20,* 261-282.

Barlow, D. H. y Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 53,* 727-735.

Barlow, D. H., Levitt, J. T. y Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour Research and Therapy, 37,* S147-S162.

Barlow, D. H., O'Brien, G. T. y Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy, 15,* 41-58.

Barlow, D. H., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 23,* 551-570.

Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27,* 459-468.

Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. En S. Rachman y J. D. Maser (dirs.), *Panic: Psychological perspectives.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A. T., Emery, G. y Greengerg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective.* Nueva York: Basic Books.

Beck, J. G., Shipherd, J. C., y Zebb, B. J. (1997). How does interoceptive exposure for panic disorder work: an uncontrolled case-study. *Journal of Anxiety Disorders, 11,* 541-556.

Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R. y Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health, 9,* 5-20.

Blowers, C., Cobb, J. y Mathews, A. (1987). Generalized anxiety: A controlled treatment study. *Behaviour Research and Therapy, 25,* 493-502.

Bolton, D., Collins, S. y Steinberg, D. (1983). The treatment of obsessive-compulsive disorder in adolescence: a report of fifteen cases. *British Journal of Psychiatry, 142,* 456-464.

Booth, R. y Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia-I. *Behaviour Research and Therapy, 30,* 207-221.

Borkovec, T. D. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 611-619.

Borkovec, T. D. y Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety: A comparison of nondirective, cognitive and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 877-884.

Borkovec, T. D., Mathews, A. M. Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. y Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive therapy or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 883-888.

Borkovec, T. D., Shadick, R. N. y Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (dirs.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depressión.* Nueva York: Guilford.

Borkovec, T. D. y Whisman, M. A. (1996). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. En M. Mavissakalian y R. Prien (dirs.), *Anxiety disorders: Psychological and pharmacological treatments.* Washington: American Psychiatric Press.

Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 239-246.

Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M. H. y Godbout, G. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 213-224.

Boudewyns, P. A. y Hyer, L. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, *21,* 63-87.

Boudewyns, P. A., Hyer, L., Peralme, L., Touze, J. y Kiel, A. (agosto, 1995). Eye movement desensitization and reprocessing and exposure therapy in the treatment of combat-related PTSD: An early look. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Psychological Association. Nueva York.

Boulougouris, J. C. (1977). Variables affecting the behavior modification of obsessive-compulsive patients treated by flooding. In J. C. Boulougouris y A. A. Rabavilas (dirs.), *The treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders.* Oxford: Pergamon.

Bourque, P. y Ladouceur, R. (1980). An investigation of various performance-based treatments with acrophobics. *Behaviour Research and Therapy, 18,* 161,170.

Bowen, G. R. y Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with posttraumatic stress disorder cases. En C. R. Figley (dir.), *Trauma and its wake, Vol. II.* Nueva York: Brunner/Mazel.

Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 754-765.

Brown, T. A., Barlow, D. H. y Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 15,* 1272-1280.

Bryant, R. A. (2000). Cognitive-behavioral therapy of violence-related postraumatic stress disorder. *Agression and Violent Behavior, 5,* 79-97.

Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T. y Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder. A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 862-866.

Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M. y Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive-behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychitry, 156,* 1780-1786.

Burke, M., Drummond, L. M. y Johnston, D. W. (1997). Treatment choice for agoraphobic women: exposure or cognitive-behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 36,* 409-420.

Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I. y Gelder, M. G. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry, 151,* 535-542.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. G. (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.

Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1: Problemas de ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos.* Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación.* Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobial social. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1.* Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. y Carrobles, J. A. (1988). Comparacion de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6,* 93-114.

Cahill, S. P., Carrigan, M. H. y Frueh, B. C. (1999). Does EMDR work?. And if so, Why?. A critical-review of controlled outcome and dismantling research. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 5-33.

Calhoun, K. S. y Resick, P. A. (1993). Post-traumatic stress disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders, 2ª ed.* Nueva York: Guilford.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L. y Muraoka, M. Y. (junio, 1995). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder: A controlled study. Comunicación presentada en la 4ª reunión anual de la European Conference on Traumatic Stress. París, Francia.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L. y Muraoka, M. Y. (1998). Eye-movement desensitization and reprocessing, treatment for combat-related posttraumatic-stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11,* 3-24.

Catts, S. y McConaghy, N. (1975). Ritual prevention in the treatment of obssesive-compulsive neurosis. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry, 9 ,* 37-41.

Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G. y Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: a two-year follow-up. *Behavior Therapy, 18,* 401-415.

Chemtob, C. Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G. y Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 253-275.

Clark, D. M. (1995). Cognitive therapy in the treatment of anxiety disorder. *Clinical Neuropharmacology, 18,* 27- 37.

Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy, 37,* S5-S27.

Clark, A., Kirkby, K. C., Daniels, B. A. y Marks, I. M. (1998). A pilot-study of computer-aided vicarious exposure for obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32,* 268-275.

Clark. D. M. y Salkovskis, P. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual, manuscrito no publicado.

Clark, D. M., Salkovskis, P. y Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal o Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16,* 23-30.

Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., Hackmann, A., Middelton, H. y Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. En I. Hand y H. Wittchen (dirs.), *Panic and phobias II.* Berlín: Sprienger-Verlag.

Clark, D. M., Salkovskis, P., Hackmann, A., Middelton, H., Anastasiades, P. y Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiaty, 164,* 759-769.

Clark, D. M., Salkovskis, P., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J. y Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 583-589.

Clum, G. A., Clum, G. A. y Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 317-326.

Cooper, N. A. y Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy, 20,* 381-391.

Côté, G., Gauthier, J. G., Labege, B., Cormier, H. J. y Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 25,* 123-145.

Cottraux, J., Mollard, D., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A. M., Douge, R. y Cialdella, P. H. (1990). A controlled study of fluvoxamina and exposure in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 5,* 299-317.

Craske, M. G. (1989). *The boundary between simple phobia and specific phobia* (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group). Albany, NY: Phobia and Anxiety Disorders Clinic.

Craske, M. G. (1996). An integrated treatment approach to panic disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 60,* 87- 104.

Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review, 8,* 667-685.

Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.

Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: a two-year follow-up. *Behavior Therapy, 22,* 289-304.

Craske, M. G. y Lewin, M. R. (1997). Trastorno por pánico. En V. E. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1.* Madrid: Siglo XXI.

Craske, M. G. Miller, P. P., Rotunda, R. y Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 395-400.

Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M. y Noriegadimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Bristish Journal of Clinical Psychology, 36,* 85-99.

Craske, M. G., Street, L. y Barlow, D. H. (1989). Instruction to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment for agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 663-672.

Curtis, G. C., Himle, J. A., Lewis, J. A. y Lee, Y. (1989). *Specific situational phobias: Variant of agoraphobia?.* (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group) Ann Arbor, Mi: University of Michigan.

Cusack, K. y Spates, C. R. (1999). The cognitive dismantling of EMDR treatment of posttraumatic-stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 87-99.

Debeurs, E., Lange, A., Vandyck, R. y Koele, P. (1995*a*). Respiratory training prior to exposure in-vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia: efficacy and predictors of outcome. *Autralian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29,* 104-113.

Debeurs, E., Vanbalkom, A. J. L. M., Lange, A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia. A 2-year naturalistic follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99,* 59-67.

Debeurs, E., Vanbalkom, A. J. L. M., Lange, A., Koele, P. y Vandyck, R. (1995*b*). Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure an of exposure alone. *American Journal of Psychiatry, 152,* 683-691.

Deffenbacher, J. L. y Suinn, R. M. (1987). Generalized anxiety syndrome. En L. Michelson y L. M. Ascher (dirs.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment.* Nueva York: Guilford.

Dehaan, E. Hoogduin, K. A. L., Buitelaar, J. K. y Keijsers, G. P. J. (1998). Behavior therapy versus Clomipramine for the treatment disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 1022-1029.

De Silva, P. y Rachman, S. (1984). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 87-91.

Devilly, G. J. y Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic-stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 131-157.

Devilly, G. J., Spence, S. H. y Rapee, R. M. (1998). Statistical and reliable change with EMDR. Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy, 29,* 435-455.

Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1.* Madrid: Siglo XXI.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boisvert, J. M. y Freeston, M. H. (1996). Generalized anxiety disorder. Fundamental elements and psychological intervention strategies. *Canadian Psychology, 37,* 40-53.

Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L. R. y Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 165,* 315-323.

Durham, R. C. y Turvey, A. A. (1987). Cognitive therapy versus behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 25,* 229-234.

Echeburúa, E. (1993). Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicología Conductual, 1,* 233-254.

Echeburúa, E. (1995). *Tratamiento de la fobia social.* Barcelona: Martínez Roca.

Echeburúa, E., Corral, P., García, E. y Borda, M. (1991). La autoexposición y las benzodiacepinas en el tratamiento de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta*, *17,* 969-991.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1990). Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta, 16,* 417-437.

Edmond, T., Rubin, A. y Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research, 23,* 103-116.

Ehlers, A. y Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. En P. M. G. Emmelkamp (dir.), *Anxiety disorders: Annual series of European research in behavior therapy, vol. 4.* Amsterdam: Swets.

Emmelkamp, P. M. G. y Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 18,* 61-66.

Emmelkamp, P. M. G., Hoekstra, R. J. y Visser, S. (1985). The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: prediction of outcome at 3.5 years follow-up. En P. Pichot, A. Brenner, R. Wolf, y K. Thau (dirs.), *Psychiatry: The state of the art.* Nueva York, N.Y.: Plenum.

Emmelkamp, P. M. G., Kloek, J. y Blaauw, E. (1992). Obsessive-compulsive disorders. En P. H. Wilson (dir.), *Principles and practice of relapse prevention.* Nueva York: Guilford.

Emmelkamp, P. M. G., Visser, S. y Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the treatment of obsessive- compulsives. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 103-114.

Expert Consensus Panel for Obsessive-Compulsive Disorder (1997). Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 58* (Supl. 4), 3-28.

Eysenck, M. W. y Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés, 3,* 121-134.

Fava, G. A., Zielezny, M., Savron, G. y Grandi, S. (1995). Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 166,* 87-92.

Feske, U. (1998). Eye-movement desensitization and reprocessing: treatment for posttraumatic-stress disorder. *Clinical Psychology. Sciencie and Practice, 5,* 171-181.

Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A metaanalysis. *Behavior Therapy, 26,* 695-720.

Feske, U. y Goldstein, A. J. (1997). Eye-movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: a controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 1026- 1035.

Flament, M. F. y Bisserbe, J. C. (1997). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder: Comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry, 58,* 18-22.

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A. y Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic-stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 194-200.

Foa, E. B., Freund, B. R., Hembree, E., Dancu, C. V., Franklin, M. E., Perry, K. J., Riggs, D. S. y Moinar, C. (noviembre, 1994). Efficacy of short-term behavioral treatments of PTSD in sexual and nonsexual assault victims. Comunicación presentada en la 28 reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. San Diego, Ca.

Foa, E. B. y Goldstein, A. (1978). A continuous exposure and complete response prevention of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy, 9,* 821-829.

Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M. y Latimer, P. R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 287-297.

Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. y Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63,* 948-955.

Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M. y Payne, L.L. (1980). Massed versus spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 18,* 333-338.

Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. En M. Mavissakalian y R. Prien (dirs.), *Long-term treatments for anxiety disorders.* Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Liebowitz, M., Gorfinkle, K., Campeas, R., Stehle, S., Street, L. L., Riggs, D. S., Franklin, M. E., Davies, S., Hearst, D. E., DelBene, S. y Nixon, W. (noviembre, 1993). Treatment of obsessive- compulsive disorder by behavior therapy, clomipramine and their combination: Preliminary results of a multicenter double-blind controlled trial. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Atlanta, Ga.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G. S. y McCarty, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive- compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Psychiatry, 31,* 279- 292.

Foa, E. B. y Liebowitz, M. (febrero, 1995). Recent findings on the efficacy of behavior therapy and clomipramine for obsessive-compulsive disorder. Comunicación presentada en la reunión anual de la Psychiatric Research Society. Park City, Utah.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 59,* 715-723.

Foa, E. B., Steketee, G. y Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive compulsive. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (dirs.), *Obsessive-compulsive disorder.* Nueva York: Plenum.

Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20,* 155-176.

Foa, E. B. y Wilson, R. (1991). *Stop obsessing: How to overcome your obsessions and compulsions*. Nueva York: Bantam.

Franklin, M. E., Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1999). Time-limited cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment*, *5,* 37-57.

Franklin, M. E., Kozak, M. J., Cashman, L. A., Coles, M. E., Rheingold, A. A. y Foa, E. B. (1998). Cognitive- behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: An open clinical trial.*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 412-419.

Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.* Madrid: Siglo XXI.

Gelder, M. G. (1998). Combined pharmacotherapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Clincal Psychopharmacology, 18,* S2-S5.

Gelernter, C. S., Uhce, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E. y Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry, 48,* 938-945.

Ghosh, A. y Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy, 18,* 3-16.

Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Urbaitis, M., Boxer, L., Paz, G. G., Leong, G. B., Firman, G., Salk, J. D., Katzman, J. W. y Crothers, J. (1999). A test of behavioral family-therapy to angment exposure for combat-related posttraumatic-stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 243- 251.

Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Yap, L. (1997*a*). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia. A metaanalysis. *Clinical Psychology. Science and practice*, *4,* 291-306.

Gould, R. A. y Clum, G. A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: a replication and extension. *Behavior Therapy, 26,* 533-546.

Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H. y Yap (1997*b*). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy, 28,* 285-305.

Grayson, J. B. (1999). Goal: A behavioral self-help group for obsessive-compulsive disorder. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment, 5,* 95-107.

Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive compulsive disorder: Psychotherapies, drugs and other somatic treatments. *Journal of Clinical Psychiatry, 51,* 44-50.

Greist, J. H. (1998). The comparative effectiveness of treatments for obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of The Menninger Clinic, 62,* A65-A81.

Haynes, S. N. y Mooney, D. K. (1975). Nightmares: Etiological, theoretical and behavioral treatment considerations. *Psychological Record, 25,* 225-236.

Hazen, A. L. y Stein, M. B. (1995). Social phobia: Prevalence and clinical characteristics. *Psychiatric Annals, 25,* 544-549.

Hecker, J. E., Losee, M. C., Fritzler, B. K. y Fink, C. M. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive- behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10,* 253-265.

Hecker, J. E., Fink, C. M., Vogeltanz, N. D., Thorpe, G. L. y Sigmon, S. T. (1998). Cognitive restructuring and interoceptive exposure in the treatment of panic disorder: a crossover study. *Behavioural and Cognitive Psychoherapy, 26,* 115-131.

Heimberg, R. G. (1998). Manual-based treatment. An essential ingredient of clinical-practice in the 21st century. *Clinical Psychology. Science and Practice, 5,* 387-390.

Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. y Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14,* 1-23.

Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment.* Nueva York: Guilford.

Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, E. J., Holle, C., Makris, G. S., Leung, A. W., Schneier, F. R., Gitow, A. y Liebowitz, M. R. (noviembre, 1994). Cognitive-behavioral versus pharmacological treatment of social phobia. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy. San Diego, Ca.

Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A. y Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation and empirical support. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives.* Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Heimberg, R. G. y Liebowitz, M. R. (1996). Issues in the design of trials for the evaluation of psychosocial treatments for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology, 11,* 55-64.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy vs. Phenelzine therapy for Social Phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry, 55,* 1133-1141.

Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S. y Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 4,* 325-339.

Herbert, J. D., Bellack, A. S. y Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13,* 357-368.

Hiss, H., Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4,* 801-808.

Hoffart, A. (1998). Cognitive and Guided Mastery Therapy of agoraphobia. Long-term outcome and mecanisms of change. *Cognitive therapy and Research, 22,* 195-207.

Hohagen, F., Winkelmann, G., Rascherauchle, H., Hand, I., Konig, A., Munchau, N., Hiss, H., Geigerkabisch, C., Kappler, C., Schramm, P., Rey, E., Aldenhoff, J. y Berger, M. (1998). Combination of behavior therapy with fluvoxamine in comparision with behavior therapy and placebo: Results of a multicenter study. *British Journal of Psychiatry, 173,* 71-78.

Hollon, S. D. y Garber, J. (1988). Cognitive therapy. En L. Y. Abramson (dir.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis.* Nueva York: Guilford.

Holmes, M. R. y St. Lawrence, J. S. (1983). Treatment of rape-induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review, 3,* 417-433.

Hoogduin, C. A. L. y Hoogduin, W. A. (1984). The outpatient treatment of patients with an obsessional-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 455-459.

Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Bruch, M. A. (marzo, 1990). The importance of cognitive intervention in behavioral group therapy for social phobia. Presentada en la 10ª Conferencia Nacional sobre Fobias y trastornos de ansiedad. Bethesda, Md.

Howard, W. A., Murphy, S. M. y Clarke, J. C. (1983). The nature and treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Behavior Therapy, 14,* 557-567.

Jenike, M. A. (1990). Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. En M. A. Jenike, L. Baer y W. E. Michichiello (dirs.), *Obsessive compulsive disorder: Theory and management.* Chicago: Year Book Medical Publishers.

Jenike, M. A. y Rauch, S. L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obssive-compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry, 55,* 11-17.

Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for posttraumatic stress disorder symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 25,* 311-325.

Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L. G. (1986). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 587-596.

Judd, L. L. (1994). Social phobia. A clinical overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 103, 5-9.

Juster, H. R. y Heimberg, R. G. (1995). Social phobia: Longitudinal course and long-term outcome of cognitive- behavioral treatment. *Psychiatric Clinics of North America, 18,* 821.

Kasvikas, Y. y Marks, I. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-accompanied exposure in obsessive obsessive-compulsive ritualizers: two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 291-298.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M. y Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20,* 245-260.

Keane, T. M., Zimering, R.T. y Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavioral Therapist, 8,* 9-12.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. En C. R. Figley (dir.), *Trauma and its wake: Vol, 1. The study and treatment of posttraumatic stress disorder.* Nueva York: Brunner/Mazel.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape. En D. M. Doleys, R. L. Meredith y A. R. Ciminero (dirs.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies.* Nueva York: Plenum.

Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J. y Henk, H. J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A metaanalysis. *Psychopharmacology. 136,* 205-216.

Kozak, M. J. y Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach.* San Antonio: The Psychological Corporation.

Kraft, A. R., y Hoogduin, C. A. (1984). The hyperventilation syndrome: A pilot study of The effectiveness of treatment. *British Journal o Psychiatry, 145,* 538-542.

Lazgrove, S., Triffleman, E., Kite, L., McGlashan, T. y Rounsaville, B. (noviembre, 1995). The use of EMRD as treatment for chronic PTSD: Encouraging results of an open trial. Comunicación presentada en la reunión anual de la International Society for Traumantic Stress Studies. Boston, Ma.

Lazgrove, S., Triffleman, E., Kite, L., McGlashan, T. y Rounsaville, B. (1998). An open trial of EMDR as Treatment for Chronic PTSD. *American Journal of Orthopsychiatry, 68,* 601-608.

Liddell, A., Ning, L., Blackwood, J. y Ackerman, J. D. (noviembre, 1991). Long-term follow-up of dental phobics who completed a brief exposure based behavioral treatment program. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.

Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42,* 729-736.

Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, E. M. y Espie, C. A. (1987). A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology, 26,* 3-15.

Loerch, B., Grafmorgenstern, M., Hautzinger, M., Schlegel, S., Sandmann, J. y Benkert, O. (1999). Randomized placebo controlled trial of Moclobemide, Cognitive-Behavioral Therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 174,* 205-212.

Lohr, J. M., Lilienfeld, S. O., Tolin, D. F. y Herbert, J. D. (1999). Eye-movement desensitization and reprocessing. An analysis of specific versos no-specific treatment factors. *Journal of Anxiety Disorders*, *13,* 185-207.

Lohr, J. M., Tolin, D. F. y Lilienfeld, S. O. (1998). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing. Implications for behavior-therapy. *Behavior Therapy, 29,* 123-156.

Loo, C. M. (1993). An integrative-sequential treatment model for posttraumatic stress disorder: A case study of the Japanese American internment and redress. *Clinical Psychology Review, 13,* 89-117.

Lucas, R. A. y Telch, M. J. (noviembre, 1993). Group vs. individual treatment of social phobia. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy. Atlanta, Ga.

Marcus, S. V., Marquis, P. y Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34,* 307-315.

Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. y Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 1-8.

Margraf, J., Gobel, M. y Schneider, S. (septiembre, 1989). Comparative efficacy of cognitive, exposure and combined treatment for panic disorder. Comunicación presentada en la reunión anual de la European Association for Behavior Therapy, Viena.

Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals.* Nueva York: Oxford University.

Marks, I. M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *56,* 25-31.

Marks, I. M. (1997). Behavior Therapy for obsessive-compulsive disorder. A decade of progress. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie, 42,* 1021-1027.

Marks, I. M. (1999). Computer aids to mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie, 44,* 548-555.

Marks, I. M., Hodgson, R. y Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. *British Journal of Psychiatry, 127,* 349-364.

Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *55,* 317-325.

Marks, I. M., Shaw, S. y Parkin, R. (1998). Computer-aided treatments of mental-health problems. *Clinical Psychology. Science and Practice, 5,* 151-170.

Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J. y McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals, I. *British Journal of Psychiatry, 136,* 1-25.

Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O´Sullivan, G., Lelliott, P. T., Kirby, M., McNamee, G., Sengun, S. y Wickwire, K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry, 162,* 776-787.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in adictive behavior changes.* Nueva York: Guilford.

Marshall, W. L. (1988). Behavioral indices of habituation and sensitization during exposure to phobic stimuli. *BehaviourResearch and Therapy, 26,* 67-77.

Martinsen, E. W., Olsen, T., Tonset, E., Nyland, K. E. y Aarre, T. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry, 59,* 437-442.

Mattick, R. P., Page, A. y Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioral aspects. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Mavissakalian, M. (1993). Combined behavioral therapy and pharmacotherapy of agoraphobia. *Journal of Psychiatry Research, 27,* 179-191.

Mawson, D., Marks, I. M. y Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals, III: two year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry, 140,* 11-18.

McCaffrey, R. J. y Fairbank, J. A. (1985). Post-traumatic stress disorder associated with transportation accidents: Two case studies. *Behavior Therapy, 16,* 406-416.

McKay, D., Todaro, J. F., Neziroglu, F. y Yaryuratobias, J. A. (1996). Evaluation of a naturalistic a naturalistic maintenance program in the treatment of obsessive-compulsive disorder. A preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 10,* 211-217.

McLeod, D. R. (1997). Psychosocial treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry, 9,* 119-132.

McNally, R. J. (1986). Behavioral treatment of choking phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17,* 185-188.

Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification.* Morristown, N. J.: General Learning Press.

Méndez Carrillo, F. J., Sánchez-Meca, J. y Moreno-Gil, P. J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio metaanalítico. *Psicología Conductual, 9* (en prensa).

Mersch, P. P. A. (1995). The treatment of social phobia. The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, Rational Emotive Therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 259-269.

Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4,* 273-280.

Meyer, V., Levy, R. y Schnurer, A. (1974). A behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. En H. R. Beech (dir.), *Obsessional states.* Londres: Methuen.

Michelson, L. K. y Marchione, K.: (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatment of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 100-114.

Michelson, L. K., Marchione, K., Geenwald, M., Glanz, L., Testa, S. y Marchione, N. (1990). Panic disorder: Cognitive-behavioral treatment. *Behavior Research and Therapy, 28,* 141-151.

Montgomery, S. A. (1995) (dir.). *Social phobia: A clinical review.* Basilea: Hoffman-La Roche.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of «conditioning» and «problem solving». *Harvard Educational Review, 17,* 102-148.

Muris, P., De Jong, P. J., Merckelbach, H. y Van Zuuren, F. (1993). Is exposure therapy outcome affected by a monitoring coping style?. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 15,* 291-300.

Muris, P. y Merckelbach, H. (1999). Traumatic memories, eye-movement, phobia, and panic. A critical note on the proliferation of EMDR. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 209-223.

Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. y Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: effects of EMRD versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 193-198.

Muris, P., Merckelbach, H., Vanhaaften, H. y Mayer, B. (1997). Eye-movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo: A single-session crossover study of spider fobic children. *British Journal of Psychiatry, 171,* 82-86.

Murphy, M. T., Michelson, L. K., Marchione, K., Marchione, N. y Testa, S. (1998). The role of self-directed in-vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training,

or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 12,* 117-138.

National Institute of Mental Health (1993). *Understanding panic disorder.* Washington, D. C.: U. S. Department of Health and Human Services.

Newman, M. G., Consoli, A. y Taylor, C. B. (1997) Computers in assesment and cognitive-behavioral treatment of clinical disorder. Anxiety as a case in point. *Behavior Therapy, 28,* 211-235.

Newman, M. G., Kenardy, J., Herman, S. y Taylor, C. B. (1997). Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 178-183.

Nishith, P., Hearst, D. E., Mueser, K. T. y Foa, E. B. (1995). PTSD and major depression: Methodological and treatment considerations in a single case design. *Behavior Therapy, 26,* 319-335.

North, M. M. y North, M. M. (1996). Virtual reality psychotherapy. *The Journal of Medicine and Virtual Reality*, *1,* 28-32.

North, M. M., North, S. M. y Coble, L. R. (1996). Effectiveness of virtual environment desensitization in the treatment of agoraphobia. *Presence-Teleoperators and Virtual Environments, 5,* 346-352.

North, M. M., North, S. M. y Coble, L. R. (1997). *Virtual Reality Therapy: An innovative paradigm.* Ann Arbor: IPI Press.

Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M. y Chaudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry, 43,* 227-232.

O'Leary, T. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (noviembre, 1992). The efficacy of worry treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Boston, Ma.

Olivares, J., Sánchez, J. y Alcázar, A. I. R. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España. *Psicología Conductual*, 7, 283-300.

Öst, L. G. (1988). Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 13-22.

Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 1-7.

Öst, L. G., Brandberg, M. y Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35,* 987-996.

Öst, L. G., Hellström, K. y Kaver, A. (1992). One vs. five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. *Behavior Therapy, 23,* 263-282.

Öst, L. G., Lindahl, I. L., Sterner, U. y Jerremalm; A. (1984). Exposure in vivo vs. applied relaxation in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 205-216.

Öst, L. G., Salkovskis, P. M. y Hellström, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy, 22,* 407-422.

Öst, L. G. y Sterner, U. (1987). Applied tension, a specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 25,* 25-29.

Öst, L. G. y, Sterner, U. y Fellenius, J. (1989). Applied tensión, applied relaxation and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 109-121.

Öst, L. G., Sterner, U. y Lindahl, I. L. (1984). Physiological responses in blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 109-117.

Öst, L. G., Stridh, B. M. y Wolf, M. (1998). A clinical study of spider phobia: prediction of outcome after self-help and therapist-directed treatments. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 17-35.

Öst, L. G. y Westling, B. E. (1995). Applied Relaxation vs. cognitive-behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.

O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W. y Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 52,* 150-155.

Otto, M. W. (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry, 60,* 14-19.

Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., Reiter, S. R., Meltzer-Brody S. y Rosenbaum, J. F. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1485-1490.

Pantalon, M. V. y Motta, R. W. (1998). Efecctiveness of anxiety management training in the treatment of posttraumatic-stress disorder. A preliminary report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 29,* 21-29.

Paúl, J. de (1995). Trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol 1.* Madrid: Siglo XXI.

Peniston, E. G. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans' posttraumatic stress disorder. *Clinical Biofeeedback and Health, 9,* 35-41.

Pigott, T. A. y Seay, S. M. (1999). A review of the efficacy of Selective Serotonine Reuptake Inhibitors in obsessive- compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60,* 101-106.

Pitman, R, K., Orr, S. P. Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E. y Lasko, N. B. (mayo, 1993). A controlled study of EMDR treatment for posttraumatic stress disorder. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Psychological Association. Washington, D. C.

Pollard, C. A., Bronson, S. S. y Kenney, M. R. (1989). Prevalence of agoraphobia without panic in clinical settings. *American Journal of Psychiatry, 146,* 559.

Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K. y Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy, 17,* 366-384.

Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

Rappee, R. (1986). The alleviation of panic attacks in the case of panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16,* 63-65.

Rappee, R. (1987). The psychological treatment of panic attacks: Theoretical conceptualization and review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 7, 427-438.

Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1991). *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed ansiety-depression.* Nueva York: Guilford.

Reich, J. (1986). The epidemiology of anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174,* 129-136.

Renfrey, G. y Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 231-239.

Resick, P. A., Astin, M. C. y Nishith, P. (noviembre, 1996). Preliminary results of an outcome study comparing cognitive processing therapy and prolonged exposure. En P. A. Resick (Chair), *Cognitive-behavioral treatments for PTSD: New findings.* Symposium celebrado en la reunión anual de la International Society for Traumatic Stress Studies. San Francisco, Ca.

Resick, P. A. y Jordan, C. G. (1988). Group stress inoculation training for victims of sexual assault: A therapist manual. En P. A. Keller y S. R. Heyman (dirs.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook (Vol. 7)*. Sarasota (Fl): Professional Resource Exchange.

Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hunter, C. K. y Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy, 19,* 385-401.

Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive Processing Therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 748-760.

Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual.* Newbury Park, Ca: Sage.

Riggs, D. S. y Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical hanbook of psychological disorders, (2ª ed.)*. Nueva York: Guilford.

Rogers, S., Silver, S. M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A. y Whitney, R. L. (1999). A single session, group-study of exposure and EMDR in treating posttraumatic-stress disorder among Vietnam-war veterans. Preliminary Data. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 119-130.

Rose, S. y Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress, 11,* 697-710.

Rosen, G. M. (1999). Treatment fidelity and research on eye-movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 173-184.

Rothbaum, B. O. (noviembre, 1995). A controlled study of EMDR for PTSD. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, D.C.

Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye-movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic, 61,* 317-334.

Rothbaum, B., Hodges, L., Opdyke, D., Willifor, M. y North, M. (1995). Effectiveness of computer-generated (Virtual Reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychatry, 152,* 626-628.

Rothbaum, B., Hodges, L., Watson, B., Kessler, G. y Opdyke, D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behavior Therapy, 34,* 477-481.

Rychtarik, R. G., Silverman, W. K., Van Landinghan, W. P. y Prue, D. M. (1984). Treatment of an incest victim with implosive therapy: A case study. *Behavior Therapy, 15,* 410-420.

Salaberría, K., Borda, M., Báez, C. Echeburúa, E. (1996). Tratamiento de la fobia social: un análisis bibliométrico. *Psicología Conductual, 4,* 111-121.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy vs. contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification, 22,* 262-284.

Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 571-583.

Salkovskis, P., Clark, D. y Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 161-166.

Salkovskis, P., Warwick, H., Clark, D. y Wessels, D. (1986). A demostration of acute hyperventilation during naturally occurring panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 91-94.

Sartory, G. y Olajide, D. (1988). Vagal innervation techniques in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 431-434.

Scheck, M. M., Schaeffer, J. A. y Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young-women. The efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, *11,* 25-44.

Schmidt, N. B. (1999). Panic disorder: cognitive-behavioral and pharmacological treatment strategies. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 6,* 89-111.

Schneier, F. R., Marshall, R. D., Street, L., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Social phobia and specific phobia. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatment of psychatric disorders, vol. 2.* Washington, D. C.: American Psychatric Press.

Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social phobia: nature and treatment. En H. Leitenberg (dir.), *Handbook of social and evaluation anxiety.* Nueva York: Plenum.

Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V. B. Van Hasselt y M. Hersen (dirs.), *Sourcebook of psycological treatment of adult disorders.* Nueva York: Plenum.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2,* 199-223.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures.* Nueva York: Guilford.

Shapiro, F. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing: Accelerated information processing and affect-driven constructions. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment, 4,* 145-157.

Shapiro, F. (1999). EMDR and the anxiety disorders. Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 35-67.

Shear, M. K. (1995). Psychotherapeutic issues in long-term treatment of anxiety disorder patients. *Psychatric Clinics of North America, 18,* 885.

Sherman, J. J. (1998). Effects of psychoterapeutic treatments for PTSD. A metaanalysis of controlled clinical-trials. *Journal of Traumatic Stress, 11,* 413-435.

Spector, J. y Huthwaite, M. (1993). Eye-movement desensitization to overcome posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 163,* 106-108.

Spector, J. y Read, J. (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6,* 165-174.

Spiegel, D. A. y Bruce, T. J. (1997). Benzodiazepines and exposure-based cognitive-behavior therapies for panic disorder: Conclusions from combined treatment trials. *American Journal of Psychiatry, 154,* 773-781.

Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F. y Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder?. *American Journal of Psychiatry, 151,* 876-881.

Stanley, M. A., Beck, J. G. y Glassco, J. D. (1996). Treatment of generalized anxiety in older adults. A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy, 27,* 565-581.

Stanley, M. A. y Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 26,* 163-186.

Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder.* Nueva York: Guilford.

Steketee, G. S. y Shapiro, L. J. (1993). Obsessive-compulsive disorder. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting.* Nueva York: Plenum.

Stravynski, A. y Greenberg, D. (1998). The treatment of social phobia. A critical assesment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98,* 171-181.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. y Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic-stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 13-18.

Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Paterson, R. J. y Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. *Behavior Modification, 21,* 487-511.

Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., LaNae Jaimez, T. y Lucas, R. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 279-288.

Teusch, L. y Bohme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in Agoraphobia. The influence of Client-Centered Noprescriptive Treatment on Exposure. *Psychotherapy Research, 9,* 115-123.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley, M. R. (1994). *Social Effectiveness Therapy.* Charleston (SC): Turndel.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R. y Messer, S. C. (1994). A multicomponent behevioral treatment for social phobia: social effectiveners therapy. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 381-390.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley-Quille, M. R. (1995). 2-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 553-555.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment, 1,* 35-40.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Jacob, R. G (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 350-358.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Stanley, M. A. y Jacob, R. G (1988). A comparison of fluoxetine, flooding an response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *2,* 219-225.

Uhde, T. W. (1995). Foreword. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Van Balkom, A. J. L. M, Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M. J. W., Smeenk, S. y Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185,* 510-516.

Van Balkom, A. J. L. M., Dehaan, E., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L. y Vandyck, R. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamina in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186,* 492-499.

Van Balkom, A. J. L. M., Van Oppen, P. Vermeulen, A. W. A., Nauta, M. M. C., Vorst, G. C. M. y Van Dyck, R. (1994). *A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressant, behavior and cognitive therapy.* Manuscrito enviado para publicación.

Van den Hout, M., Arntz, A. y Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 52,* 447-449.

Van Dyck, R. (1996). Nondrug treatment for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology, 11,* 65-70.

Van Dyck, R. y Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter: a study of exposure in-vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, *21,* 172-186.

Vanetten, M. L. y Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic-stress disorder. A Metaanalysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5,* 126-144.

Van Oppen, P. y Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 79-88.

Van Oppen, P., Denaan, E., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogduin, K. y Vandyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 379-390.

Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R. O'Connor, N., Jenneke, W. y Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied relaxation in PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 283-291.

Veronen, L. J. y Kilpatrick, D. G. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (dirs.), *Stress reduction and prevention.* Nueva York: Plenum.

Wade, W. A., Treat, T. A. y Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically suported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 231-239.

Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns En H. Tuma y J. Maser (dirs.), *Anxiety and anxiety-related disorders.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wells, A. (1999a). A metacognitive model and therapy generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6,* 86-95.

Wells, A. (1999b). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23,* 526-555.

Wells, A. y Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.

Westra, H. A. y Stewart, S. H. (1998). Cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy. Complementary or contradictory approaches to the treatment of anxiety. *Clinical Psychology Review, 18,* 307-340.

White, J., Keenan, M. y Brooks, N. (1992). Stress control. *Behavior Psychology, 201,* 97-114.

Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical-practice. *Clinical Psychology. Science and practice*, *5,* 363-375.

Wilson, S. A., Becker, L. A. y Tinker, R. (1995*a*). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 928-937.

Wilson, S. A., Becker, L. A. y Tinker, R. (1997), 15-Moth follow-up of Eye movement desensitization an reprocessing treatment for PTSD and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 1047-1056.

Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G. y Foster, S. (mayo, 1995*b*). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Psychiatric Association. Miami, Fl.

Wittchen, H. U. (1987). Epidemiology of panic attacks and panic disorders. En I. Hand y H. U. Wittchen (dir.), *Panic and phobias (1), Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatment.* Nueva York: Springer-Verlag.

Wolpe, J. y Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22,* 39-43.

Wolpe, J. y Rowan, V. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 441-450.

Zinbarg, R. A., Barlow, D. H., Liebowitz, M., Street, L., Broadhead, E., Katon, W., Roy-Byrne, P., Lepine, J. P., Teherani, M., Richar, J., Brantley, P. J. y Kraemer, H., (1994). The DSM-IV field trial for mixed anxiety- depression. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1153-1162.