

COMPARANDO LA EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL Y LA PSICOFARMACOLÓGICA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA*

Kristin Mitte**

Resumen

Para la terapia del Trastorno de Ansiedad Generalizada se ofrecen tanto tratamientos psicosociales como farmacológicos. A la fecha, un número de estudios han investigado la eficacia de ambas condiciones. Este artículo resume los métodos y resultados de dos meta-análisis que investigan la eficacia comparativa y las tasas de mortandad para ambos tratamientos. Hasta ahora, parecería que ambos abordajes terapéuticos fueran equivalentes en la eficacia no obstante se recomienda las terapias psicosociales debido a su mejor tolerancia. Sin embargo, es urgentemente necesario investigar más para llegar a conclusiones generalizables. Además, la evaluación de nuevos desarrollos en terapias psicosociales es materia de interés.

Palabras clave: meta-análisis, trastorno de ansiedad generalizada, eficacia.

Key words: meta- analyses, generalized anxiety disorder, efficacy.

¿Qué abordajes terapéuticos son efectivos para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)?

La importancia de esta pregunta se desprende de los datos acerca del curso crónico de este trastorno, con una baja tasa de recuperación y un alto porcentaje de recurrencia (ej. Bruce y col., 2005). Además, los pacientes con TAG refieren un alto grado de incapacidad e impedimentos (c.f. Wittchen, 2002). Así, el TAG es una carga tanto para el individuo como para la sociedad y por ende, son de crucial importancia el desarrollo de tratamientos efectivos. Debe tenerse en cuenta en relación a los tratamientos que, mientras los abordajes psicofarmacológicos han sido largamente estudiados, la investigación acerca de la eficacia de las terapias psicosociales fue desatendida por mucho tiempo.

Sin embargo, en los últimos años, distintas terapias de este tipo – y principalmente tratamientos cognitivo- comportamentales fueron evaluadas. Esto se debió a una mayor comprensión acerca de la aparición y mantenimiento del TAG. Además, los cambios en los criterios diagnósticos, del predominio de los síntomas psicofisiológicos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 3ra. Edición (DSM-III) al énfasis en los síntomas cognitivos en el DSM-III-R y el DSM-IV, también tuvieron impacto en el creciente interés de la investigación psicológica. Entonces, cómo decidir: ¿terapia psicofarmacológica o psicosocial? Más abajo quisiera describir brevemente ambos abordajes terapéuticos e intentar clarificar qué tipo de tratamiento es superior. Finalmente, describiré algunos nuevos desarrollos en el tratamiento psicosocial del TAG.

Las benzodiazepinas, tales como el diazepam o el lorazepam son, desde 1970, las medicaciones más prescritas para el TAG. En esta dirección hay muchos estudios destinados a investigar la eficacia de esta clase de drogas. En lo que respecta a la neuroquímica, se piensa que las benzodiazepinas funcionan en el sistema ácido gamma-amino butírico. Por lo tanto, se asume que los pacientes con TAG pueden tener una deficiencia en este sistema (Nutt, 2001).

*Título original: *Comparing the Efficacy of Cognitive-Behavioural and Pharmacological Therapy in Generalized Anxiety Disorder*
Traducción: Ana Moreno

** Kristin Mitte: Department of Psychology, University of Jena, Humboldtstr 11, 07743, Jena, Germany.

E-mail: mail@kristin-mitte.de

REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVI .p.p. 69-74

© 2007 Fundación AIGLE.

Sin embargo, es importante destacar que la inmensa cantidad de reacciones adversas limita el uso de las benzodiazepinas, por ejemplo: sedación, fatiga o funcionamiento psicomotor deteriorado. También, las benzodiazepinas pueden conducir a la dependencia física y psicológica, incluso dentro de un corto período de prescripción, manifestándose con síntomas como por ejemplo: ansiedad rebote, insomnio e incluso síncope.

Otro grupo importante de drogas en el tratamiento del TAG son las azapironas y en particular la buspirona. Esta clase de droga actúa como un antagonista de la 5-HT (tipo 1A). Esto sugiere la importancia del sistema serotoninérgico en la neurobiología del TAG (Nutt, 2001). En contraste con las benzodiazepinas, el tiempo de respuesta es más largo pero el perfil de efectos secundarios es más aceptable. De esta manera, el potencial de dependencia es mucho más bajo. Los efectos secundarios más comunes son mareos, dolores de cabeza, náuseas o nerviosismo.

En los últimos años hubo un incremento en el interés por los antidepresivos de segunda generación para el tratamiento del TAG. Un ejemplo de esto es la paroxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y la venlafaxina, una combinación de serotonina y un inhibidor de la recaptación de norepinefrina de venta extendida. Nuevamente, en comparación con las benzodiazepinas, los efectos producidos por los antidepresivos en la reducción sintomática parecen tomar más tiempo, pero no producen dependencia. Los efectos secundarios comunes son por ejemplo náuseas, dolor de cabeza o somnolencia.

En lo referido a los tratamientos (cognitivo) comportamentales [T(C)C] para el TAG, varios elementos son tenidos en cuenta en el actual paquete de tratamiento. Además de psicoeducación y auto-monitoreo, se aplicaron elementos comunes como la relajación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Borkovec y Ruscio, 2001). Como estos autores destacan, la exposición clásica en vivo con el objetivo de la habituación, que es fundamental en el tratamiento de otros trastornos de ansiedad, es menos importante en el TAG ya que no se caracteriza por la evitación de situaciones específicas.

En relación a la aplicación de la relajación, los pacientes incorporan una forma efectiva de regular la ansiedad cuando ésta aparece, y por lo tanto aprenden a afrontarla. No existe una sola técnica sino múltiples métodos posibles tales como la relajación progresiva de músculos o la respiración diafragmática.

Una de estas técnicas se enseña en un ambiente tranquilo y utilizando tareas intersesión. Luego de un adecuado entrenamiento, se aplican las técnicas de

relajación anticipando la presencia de situaciones que provoquen ansiedad. Para tal objetivo, es posible tanto la utilización de imaginación como la exposición en vivo (c.f. Öst, 1987).

Aun cuando la aplicación de la relajación puede causar impacto en las cogniciones, no es éste el foco principal de esta técnica. En contraste, la reestructuración cognitiva involucra directamente la identificación y re-evaluación de las creencias disfuncionales. Ejemplos de estas creencias son las creencias catastróficas o positivas acerca de la preocupación. Numerosos elementos del tratamiento pueden ser utilizados para la reestructuración cognitiva, por ejemplo, jugar al abogado del diablo o examinar la evidencia de las creencias utilizando preguntas socráticas, y ofreciendo explicaciones alternativas posibles (c.f. Beck, Emery y Greenberg, 1985).

Resultados Meta-analíticos

Hasta ahora, solo dos meta-análisis han investigado la eficacia comparativa entre la terapia farmacológica y la T(C)C en el TAG. Los meta-análisis tienen diversas ventajas. La más importante, al utilizar un modelo estadístico apropiado, es que los resultados son generalizables porque integran los resultados de diversos estudios con varias muestras, diseños, terapeutas, instrumentos de evaluación o investigadores. Esta integración es cuantitativa al utilizar el tamaño del efecto (effect size). Por ende, los resultados dependen menos del poder de un estudio teniendo en mente el tamaño pequeño de las muestras de muchos estudios de tratamiento.

1. Gould y asociados (1997)

El primer meta-análisis publicado fue el de Gould, Otto, Pollack y Yap (1997). Ellos incluyeron los resultados de 35 estudios de tratamientos farmacológicos o T(C)C. Los estudios eran seleccionados si empleaban algún tipo de grupo de control como una lista de espera, medicación placebo o placebos psicológicos. Aunque los autores establecieron que todos los sujetos coincidían con los criterios diagnósticos del TAG, también incluyeron un estudio con paciente con TAG subclínico.

El cómputo del tamaño del efecto (effect size) fue hecho entre el tratamiento y el grupo control utilizando la diferencia media estadística Glass delta estandarizada, por ejemplo $(M_{\text{tratamiento}} - M_{\text{control}}) / SD_{\text{control}}$. Cuando no se reportaron medias y desviaciones estándar, los autores utilizaron fórmulas alternativas para computar el tamaño del efecto (effect size), por ejemplo desde valores-*t* o niveles importantes. Para

el cómputo del efecto tamaño promedio los autores utilizaron el así llamado modelo-efectos fijos.

Dado que una descripción extensa de los modelos estadísticos en el meta-análisis está más allá del alcance de este artículo, el lector será referido a Cercados y Vevea (1998) y Tonelero y Cercados (1994).

Aquí, únicamente quiero exponer brevemente las implicancias de utilizar uno u otro. El modelo de efecto fijo permite únicamente conclusiones concernientes a los estudios incluidos. La homogeneidad en los efectos del tamaño es necesaria para interpretar el tamaño del efecto promedio como un efecto de la población. Sin embargo, incluso cuando se da la homogeneidad, los resultados no pueden generalizarse más allá de los estudios incluidos. Esto solamente es posible en el modelo de efecto aleatorio. Este modelo es preferible especialmente en el contexto de la investigación de eficacia del tratamiento porque los resultados pueden generalizarse a las condiciones de tratamiento no necesariamente parecidas a las condiciones en los estudios utilizados para el análisis de datos. Esto significa que son incluidas la variación de terapeutas, los escenarios, etcétera.

Los autores estaban interesados en dos categorías de síntomas de ansiedad (por ejemplo, La Escala de Hamilton, Hamilton, 1959) y depresión (por ejemplo El Inventario de Depresión de Beck, Beck, Steer y Harbin, 1988). Un resumen de los resultados

de esto y de los otros meta-análisis se presenta en la tabla 1.

Gould y colaboradores (1997) encontraron 13 estudios con 22 intervenciones de tratamiento separadas que mostraban que la T(C)C es un tratamiento efectivo: el efecto tanto en la ansiedad como en la depresión eran significativos. La tasa de deserción era de 10.6% lo cual significa que la T(C)C es bien tolerada por los pacientes. Los autores no encontraron diferencias significativas entre el dispositivo grupal y el individual. Además, no existía ninguna relación en cuanto a la duración del tratamiento.

Con respecto a la terapia farmacológica, existían también diferencias significativas para la ansiedad y la depresión. Para estos cómputos, se incluyeron los resultados de 24 estudios con 39 drogas. No hubo diferencia significativa entre las clases de drogas.

La tasa de deserción era de 15.2%, un poco más alta que la de la T(C)C pero no estadísticamente diferente.

Al comparar los efectos de la T(C)C y la farmacoterapia, los autores no encontraron diferencia entre los abordajes para la ansiedad y la depresión. Además, otras variables metodológicas como el análisis

Tabla 1: Tamaños del efecto medios de la terapia comportamental (cognitiva) y farmacológica en meta-análisis actuales.

Meta-análisis	Tratamiento	Categoría sintoma	Media
Gould y col. (1997)	T(C)C vs. grupo control	Ansiedad	0.70
		Depresión	0.77
	Farmacoterapia vs. control	Ansiedad	0.60
		Depresión	0.46
Mitte (2005)	T (C)C vs. lista de espera	Ansiedad	0.82
		Depresión	0.76
		Calidad de vida	0.89
	T (C)C vs. placebo control	Ansiedad	0.57
		Depresión	0.52
		Significación clínica	0.98
	T(C)C vs. farmacoterapia	Ansiedad	0.33
Mitte y col. (2005)	Farmacoterapia vs. control	Ansiedad	0.31
		Depresión	0.31
		Significación clínica	0.52

completo vs. el punto final, no presentaban un impacto significativo en los efectos.

2. *Mitte (2005)*

En un intento por expandir los hallazgos de Gould y colaboradores (1997) y para utilizar nuevas técnicas meta-analíticas, conduje un meta-análisis integrando los resultados de un total de 65 estudios acerca de la T(C)C y la farmacoterapia. Los estudios fueron incluidos al emplear un grupo de control o permitir una comparación directa para ambos abordajes. Todos los pacientes presentaban los criterios diagnósticos para el TAG.

En contraste con Gould y col. (1997), utilicé g de Hedges $[(M_{\text{tratamiento}} - M_{\text{control}}) / SD_{\text{pooled o comun}}]$ para computar los efectos y el modelo de efectos aleatorios. Nuevamente, los efectos no solo fueron computados de medias y desviaciones estándar, sino también de otros valores estadísticos como frecuencia o niveles de significación.

En relación a la eficacia de la Terapia Cognitiva Comportamental, encontré 19 estudios con efectos significativos tanto para la comparación con una lista de espera (síntomas-categorías de la ansiedad, depresión y calidad de vida) y con control de factores comunes (síntomas-categorías de ansiedad, depresión y significación clínica) (ver tabla 1). La homogeneidad implicaba que no existían diferencias significativas entre los estudios de efecto que fueron encontrados. Por lo tanto, no fueron necesarios análisis regresivos con predictores potenciales. Además, los resultados eran estables a lo largo de los análisis de sensibilidad, por ej., los resultados no fueron influenciados por decisiones relacionadas con el procedimiento meta-analítico. La tasa promedio de deserción era de 9.0%, lo cual sugería que la Terapia Cognitiva Comportamental, era bien tolerada.

La eficacia comparativa entre la Terapia Cognitiva Comportamental y la farmacoterapia fue evaluada de dos diferentes formas. Primero, solo me centré en estudios que compararan directamente ambos abordajes terapéuticos. Seis estudios fueron integrados en este análisis. Mayormente las benzodiazepinas fueron comparadas con el tratamiento psicossocial. Existía un pequeño efecto positivo de la Terapia Cognitiva Comportamental; sin embargo, esto se dio en un modelo de efectos aleatorios no muy significativo.

Una segunda manera fue la comparación de estudios en los cuales los abordajes terapéuticos fueran comparados con un grupo de control (por ejemplo, comparar estudios que investiguen la Terapia Cognitiva Comportamental y listas de espera o control con placebos, ambos estudios investigando la farmaco-

terapia y las píldoras placebo como Gould y colaboradores (1997). Con el fin de estudiar la eficacia comparativa, es importante notar que existen amplias diferencias en el tipo de grupos de control empleados en la Terapia Cognitiva Comportamental versus los estudios farmacológicos. Esto significa que los estudios con Terapia Cognitiva Comportamental utilizaban más a menudo listas de espera en contraste con los estudios farmacológicos que utilizaban placebos. Sin embargo, estos grupos de control difieren en cuanto a los factores comunes (como la esperanza, las expectativas) y por ende en su eficacia: cuanto más alta la eficacia de los grupos de control, menores son los efectos de las condiciones del tratamiento. Para controlar este problema, utilicé efectos ajustados. El procedimiento estadístico fue evaluado y produjo resultados satisfactorios. De esta manera, los efectos de la Terapia Cognitiva Comportamental eran comparados con los resultados de Mitte, Noack, Steil y Hautzinger (2005), quienes investigaron la eficacia de los tratamientos farmacológicos para el TAG.

Mitte y col. (2005) incluyen los resultados de 48 estudios (dos estudios fueron también incluidos en el análisis mencionado anteriormente acerca de la eficacia de la Terapia Cognitiva Comportamental. En total, 26 drogas fueron investigadas en estos estudios. Las drogas más frecuentemente estudiadas fueron las benzodiazepinas. Hubo un tamaño del efecto (effect size) significativo tanto para la ansiedad como para la depresión así como significación clínica. Además, no se encontraron diferencias significativas entre las benzodiazepinas y las azapironas al controlar las características metodológicas. Sin embargo, la tasa de deserción para las benzodiazepinas era significativamente más baja que para las azapironas (20.5% versus 30.7%). Esto puede basarse en la tasa de respuesta relativamente larga para las azapironas. La tasa de deserción entre todas las drogas era de 24.4%, lo cual es significativamente más alta que para la Terapia Cognitiva Comportamental.

En lo que respecta a la comparación entre los efectos de la Terapia Cognitiva Comportamental y la farmacoterapia, encontré tamaños del efecto (effect sizes) significativamente más altos para la farmacoterapia tanto para la ansiedad como para la depresión incluso luego de haber controlado diversas variables metodológicas. Esta diferencia era menor pero aún así significativa al controlar los sesgos de publicación. Esto significa que la publicación de un estudio depende de los resultados del mismo. Aunque no encontré un impacto significativo de este sesgo en los efectos de la Terapia Cognitiva Comportamental, los sesgos de publicación eran significativos en las terapias farmacológicas (lo cual significa una supresión (sistemática) de los resultados no significativos).

Por lo tanto, dependiendo del análisis utilizado para comparar la eficacia (a saber, la comparación versus estudios longitudinales) la Terapia Cognitiva Comportamental es igual o menos efectiva que la farmacoterapia. Por otro lado, tanto las ventajas como los problemas de ambos métodos computacionales deben ser considerados. La integración de estudios comparativos entre la Terapia Cognitiva Comportamental y la farmacoterapia, minimizan las diferencias en el tratamiento que son artefactos de las variables metodológicas.

Sin embargo, el número de estudios disponibles es bajo y hasta ahora la Terapia Cognitiva Comportamental es mayormente comparada con las benzodiazepinas. De esta manera, la generalizabilidad de los resultados es limitada y existe una fuerte necesidad de desarrollar mayor cantidad de estudios. En contraste, comparando ambas condiciones de tratamiento, se incrementa indirectamente el número de estudios incluidos. Pero las diferencias relacionadas con los efectos entre los abordajes terapéuticos pueden deberse a variables desconcertantes. Por ejemplo, estudios farmacológicos y psicosociales utilizan instrumentos de evaluación con diferente confiabilidad y sensibilidad al cambio. Además de estas características psicométricas, el contenido de los instrumentos de evaluación utilizados diferían entre ambos tipos de estudio: los estudios psicosociales utilizaban generalmente instrumentos para medir el componente de preocupación del TAG en contraste con los estudios farmacológicos en los cuales se utilizan mayormente instrumentos para medir el componente fisiológico del TAG (por ejemplo: el número de síntomas cognitivos del TAG en la Escala de Ansiedad de Hamilton es bastante bajo).

CONCLUSION

En resumen, no existe evidencia clara de la superioridad de uno de los actuales abordajes de tratamiento. Hasta ahora, parece que la terapia psicosocial y la farmacológica son igualmente efectivas para el tratamiento del TAG. Aunque los abordajes psicoterapéuticos para el tratamiento del TAG no han sido tan investigados en contraste con el tratamiento de otros trastornos de la ansiedad, la Terapia Cognitiva Comportamental es un tratamiento efectivo y una valiosa alternativa a la farmacología. Es importante considerar que la Terapia Cognitiva Comportamental es mejor tolerada que la farmacoterapia dado el problemático perfil de efectos colaterales de algunos tipos de drogas. Los presentes resultados sugieren que la Terapia Cognitiva Comportamental debe ser ofrecida en atención primaria y que la predominancia de tratar a los pacientes con terapias farmacológicas no está avalada.

Además, la Terapia Cognitiva Comportamental es una intervención mucho más redituable a nivel costo-efectividad comparativamente con la farmacología (Heuzenroeder y col., 2004).

Sin embargo, estos resultados también resaltan la necesidad de más estudios para una directa comparación de los abordajes terapéuticos.

También se necesita más investigación en relación a los efectos a largo plazo, particularmente después de la discontinuación de las terapias farmacológicas.

Hasta ahora, los resultados han mostrado que los efectos del tratamiento con Terapia Cognitiva Comportamental se mantenían en los seguimientos (Mittle, 2003). En contraste, solo algunos estudios farmacológicos investigaron la estabilidad a largo plazo de los efectos del tratamiento (con dos estudios que no mostraban cambios significativos en la sintomatología y un estudio que mostraba un significativo incremento de la ansiedad luego de la discontinuación).

Algunos otros temas abiertos deben ser tenidos en cuenta. Hasta el momento, no sabemos cuál es la eficacia de un enfoque combinado o de orden secuencial que se utiliza frecuentemente en la práctica clínica, ya que muy pocos estudios han investigado este aspecto. Además, no hay suficientes resultados acerca del impacto de las características de los pacientes con respecto al efecto beneficioso de los diversos enfoques.

Sin embargo, todas estas preguntas son importantes con respecto a las implicaciones clínicas para la práctica.

Hay varios nuevos desarrollos en el tratamiento psicosocial del TAG que justifican su atención. En los últimos años, ha aumentado el entendimiento del mantenimiento del TAG y estos nuevos resultados de las investigaciones fueron aplicados en enfoques terapéuticos. Por ejemplo, Borkovec, Newman, Pincus y Lytle (2002) hallaron que problemas interpersonales eran asociados negativamente con el mejoramiento. Por ende, Borkovec y sus asociados integraron elementos interpersonales en su enfoque de TCC, como identificar y cambiar necesidades interpersonales, creencias o patrones de comportamiento (Heimberg, Turk y Mennin, 2004). Un enfoque cognitivo fuerte es representado por Wells (2000) quien le prestó mayor atención a los procesos meta-cognitivos, a saber, creencias positivas y negativas acerca de la preocupación. Estas creencias (como el peligro de la preocupación o la utilidad de la preocupación) deben ser cambiadas para romper el círculo vicioso del TAG. Roemer y Orsillo (2002) sugirió implementar la terapia de la toma de conciencia (mindfulness) en pacientes con TAG. Toma de conciencia (mindfulness) significa tolerancia de las experiencias en el aquí-y-ahora, que se opone a la necesidad de con-

trol y certeza de los pacientes con TAG. La integración de técnicas de regulación de las emociones es sugerida por Mennin (2004). Basándose en resultados que muestran los déficits en la modulación de la experiencia emocional en los pacientes con TAG, se les enseñó a los pacientes modos de identificación de las emociones y estrategias adaptativas para manejar a las mismas. El tiempo dirá cuál de estos y otros desarrollos pueden ser vistos como tratamientos empíricamente validados.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A.T., Emery, G. y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Borkovec, T. B., Newman, M. G., Pincus, A. L. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.
- Borkovec, T.D. y Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 37-42.
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T. y Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1179-1187.
- Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H. y Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy, 28*, 285-305.
- Hamilton, M.C. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*, 50-55.
- Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Mennin, D. S. (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Cooper, H. y Hedges, L.V. (Eds.). *The handbook of research synthesis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Hedges, L.V. y Vevea, J.L. (1998). Fixed- and random-effects models in meta-analysis. *Psychological Methods, 3*, 486-504.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M.M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R. Andrews, G. y Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 602-612.
- Mitte, K. (2003). *Eine Meta-Analyse zur Effektivität verschiedener Behandlungsstrategien bei Angststörungen: Ein Vergleich von behavioraler, kognitiv-behavioraler und pharmakologischer Therapie*. Unpublished PhD-thesis.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for generalized anxiety disorder. A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin, 131*, 785-795.
- Mitte, K., Noack, P., Steil, R. y Hautzinger, M. (2005). A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 25*, 141-150.
- Mennin, D.S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 17-29.
- Nutt, D.J. (2001). Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 22-27.
- Öst, L.-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research & Therapy, 25*, 397-409.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science & Practice, 9*, 54-68.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*, 162-171.

Abstract: For the therapy of generalized anxiety disorder both psychosocial and pharmacological treatments are offered. To date, a number of studies investigated the efficacy of both conditions. The present paper summarizes the methods and results of two meta-analyses investigating the comparative efficacy and attrition rates for both treatments. So far, it seems that both therapy approaches are equivalent in efficacy but psychosocial therapies can be recommended because of the better tolerance. However, more research is urgently needed for generalizable conclusions. In addition, the evaluation of new developments in psychosocial therapies is a matter of interest.