



Psicoterapia Breve Estratégica en los trastornos ansiosos: Una revisión narrativa de la literatura

Brief Strategic Psychotherapy for Anxiety Disorders: A Narrative Review of the Literature

Ricardo De la Cruz Gil

Centro de Psicoterapia Breve Estratégica. Perú.
delacruzgilricardoismael@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8235-1028>

Elena Boggiani

Centro di Terapia Breve Strategica. Italia
dott.ssa.elena.boggiani@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-2696-7654>

¹Autor de correspondencia: delacruzgilricardoismael@gmail.com

Recibido: 01-09-2025 **Aceptado:** 10-11-2025 **Publicado:** 05-01-2026

Cómo citar: De la Cruz Gil, R. y Boggiani, E. (2026). Psicoterapia Breve Estratégica en los trastornos ansiosos: Una revisión narrativa de la literatura. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 10(21), pp. 30-46. <https://doi.org/10.53877/rc10.21-607>

RESUMEN

La ansiedad constituye uno de los trastornos de mayor prevalencia a nivel mundial, afectando tanto a hombres como a mujeres. Comprende un grupo de patologías emocionales caracterizados por la emoción del miedo, acompañados de síntomas clínicos tales como preocupación excesiva, inquietud, tensión, síntomas cognitivos y físicos. Limitando el adecuado funcionamiento de la persona a nivel personal, familiar, laboral y social. Se constituye en un problema de salud pública. El objetivo del estudio es conocer las recientes revisiones sistemáticas y metaanálisis respecto al tratamiento de la ansiedad. Se aplica una revisión narrativa de la literatura, utilizando la base de datos: Scopus. Se obtienen 132 artículos. Se seleccionan para la síntesis 8 artículos. Los resultados encuentran que el abordaje terapéutico de la intolerancia a la incertidumbre aumenta la efectividad del tratamiento. Las personas con TAG presentan disfunción interpersonal, esta debe abordarse como un objetivo terapéutico a lograr. El 50% de los pacientes con TAG no responden al tratamiento farmacológico de primera línea. Incorporar a la pareja en el proceso terapéutico de los trastornos ansiosos aumenta la eficacia del mismo. Se concluye que la psicoterapia breve

estratégica por su eficacia y eficiencia es un modelo de tratamiento viable para los trastornos ansiosos.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, psicoterapia breve estratégica, revisión sistemática, metaanálisis. psicoterapia breve.

ABSTRACT

Anxiety is one of the most prevalent disorders worldwide, affecting both men and women. It comprises a group of emotional pathologies characterized by the emotion of fear, accompanied by clinical symptoms such as excessive worry, restlessness, tension, and cognitive and physical symptoms. This affects the individual's adequate functioning at personal, family, work, and social levels. It constitutes a public health problem. The objective of this study is to identify recent systematic reviews and meta-analyses regarding the treatment of anxiety. A narrative review of the literature was conducted using the Scopus database. 132 articles were obtained. Eight articles were selected for synthesis. The results show that a therapeutic approach to intolerance of uncertainty increases treatment effectiveness. People with GAD experience interpersonal dysfunction, which should be addressed as a therapeutic goal. Fifty percent of patients with GAD do not respond to first-line pharmacological treatment. Incorporating partners into the therapeutic process for anxiety disorders increases its effectiveness. It is concluded that brief strategic psychotherapy, due to its effectiveness and efficiency, is a viable treatment model for anxiety disorders.

KEYWORDS: anxiety, generalized anxiety disorder, brief strategic psychotherapy, systematic review, meta-analysis. brief therapy.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, se estima que cerca de **301 millones** de personas en el mundo, alrededor del 4% de la población mundial padecen un trastorno de ansiedad. **Siendo las Mujeres** el grupo poblacional con mayor prevalencia, con tasas del 5,2 %, casi el **doble** en comparación con los hombres que llegan al 2,8%. Es el trastorno más frecuente en la edad adulta y supone un importante problema de salud pública (Organización mundial de la salud. OMS, 2022).

La ansiedad se asocia con peores resultados de salud, ya que su presencia entre la población adulta mayor está relacionada junto con la depresión con la aceleración del deterioro cognitivo (Su et al., 2023; Qiu et al., 2024). Reduciendo la calidad de vida de las personas que lo padecen (Ribeiro et al., 2020). Y limitando la capacidad de la persona, aumentando la carga social (Cheng et al., 2024).

Los trastornos ansiosos comprenden un grupo de patologías emocionales cuyo denominador común es la emoción del miedo y se caracterizan a nivel clínico como una preocupación excesiva difícil de controlar, acompañada de tensión, síntomas físicos, cognitivos, inquietud y comportamientos evitativos que interfieren considerablemente con el

funcionamiento adecuado de la persona (Szuhany & Simon, 2022). La evidencia señala que los trastornos de ansiedad surgen en la infancia (Strawn et al., 2021). Relacionada con experiencias negativas que contribuyen a su aparición.

Entre las principales patologías emocionales que la constituyen tenemos: a la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia específica, la agorafobia y la ansiedad social.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) caracterizada por una preocupación persistente, incontrolable y excesiva que se acompaña de síntomas físicos y emocionales como el insomnio, la fatiga, la tensión muscular, la irritabilidad e inquietud (Craske et al., 2017; American Psychiatric Association, 2013). EL TAG presenta una prevalencia mundial del 6,2 % con bajas tasas de remisión (Remes et al., 2016; Tyrer & Baldwin, 2006). El TAG es uno de los trastornos de ansiedad más comunes y esta caracterizado por un curso crónico y recurrente (Strawn et al., 2021). Las personas diagnosticadas con TAG reportan una disfunción interpersonal elevada (Horowitz et al., 2000). Existe un fuerte vínculo entre la intolerancia a la incertidumbre y el trastorno de ansiedad generalizada (Wilson et al., 2023). El TAG está relacionado con una mayor carga económica relacionada con la discapacidad (Revicki et al., 2012).

El trastorno de pánico, caracterizado por un miedo persistente y ataques de pánico recurrentes e inesperados acompañados de síntomas físicos como palpitaciones, dificultad para respirar y sensación de muerte inminente. Tiene una prevalencia de 5,2% de la población (Szuhany & Simon, 2022).

La fobia específica, caracterizado por un miedo intenso e irracional hacia situaciones, lugares, objetos, animales, procedimientos médicos que provoca en la persona comportamientos evitativos.

La agorafobia caracterizada por una ansiedad o miedo intenso a espacios abiertos, y ante situaciones en donde escapar puede ser difícil para la persona o donde esta no podría recibir ayuda en caso de requerirla, sintiéndose atrapada o incapaz de escapar. Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013).

El trastorno de ansiedad social o fobia social, caracterizado por un miedo extremo e intenso a situaciones sociales como hablar en público, comer frente a otros u otras situaciones en las que la persona se considere evaluada, juzgada u observada por otros y puede llevarla al aislamiento (APA, 2013; Segovia et al., 2025). Presenta una prevalencia de 13% (Szuhany & Simon, 2022).

De todas las patologías emocionales que constituyen los trastornos ansiosos es el TAG, uno de los que menos responde a la psicoterapia, ya que casi la mitad de las personas que reciben tratamiento psicoterapéutico, no reducen la preocupación ni logran la remisión de los síntomas (Hanrahan et al., 2013; Springer et al., 2018; Zhong et al., 2024).

La psicoterapia breve estratégica, demuestra eficacia y eficiencia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Bartoli y De la Cruz Gil, 2023). El modelo de psicoterapia breve estratégico se basa en una epistemología cibernético constructivista, sustentado en una causalidad circular y una objetividad entre paréntesis (De la Cruz Gil, 2023).

El objetivo de la presente investigación es actualizar evidencia respecto al estado del arte de los trastornos ansiosos. Este estudio de corte narrativo se enmarca en el contexto de la investigación registrada en PROSPERO- NIHR (National Institute for Health and care Research) CRD42023429816 que busca identificar la efectividad de la terapia breve estratégica en el tratamiento de los trastornos depresivos y ansiosos en adultos. Registrada también en FIECYT-2024-GIS-002 Grupo de Investigación Avanzado.

Abordaje y protocolos de intervención terapéutica de la ansiedad desde la psicoterapia breve estratégica

La psiquiatría y la psicología desde una perspectiva nosográfica dedican una sección entera a los trastornos de ansiedad (DSM-5), han dado crédito a la más importante de las emociones; el miedo.

La primera e importante cuestión a aclarar es la frecuente confusión entre los términos miedo y ansiedad. El miedo es una percepción directamente relacionada con la supervivencia, responsable de las respuestas adaptativas de «ataque o huida»; es un sistema de alarma que se dispara en milisegundos ante el peligro. Al mismo tiempo, nos es útil como sistema de activación orientado a objetivos: sin un miedo sano, no seríamos capaces de actuar al máximo y desarrollar cada vez más habilidades y competencias. La ansiedad es el correlato fisiológico del miedo. El miedo y la ansiedad funcionan de forma complementaria, se influyen mutuamente en una causalidad circular. Esto es saludable y adaptativo si no se supera el umbral de funcionalidad; si se supera se genera una escalada patológica que da lugar al «Ataque de pánico» o al «Trastorno de ansiedad generalizada», sin picos, pero constante (Nardone, 2023 a; Nardone, Balbi, Boggiani, 2024).

Distinguir la ansiedad del miedo es fundamental desde la perspectiva del tratamiento (Nardone, 2000). Si se considera la ansiedad como causa del miedo patológico, la vía maestra del tratamiento es su sedación mediante fármacos inhibidores de su activación; si en cambio se considera la activación de la ansiedad un efecto de la percepción de estímulos internos o externo al organismo la vía maestra de la terapia es la gestión y transformación de las percepciones que activan las reacciones del sujeto en los momentos de crisis, en otras palabras, cambiar su percepción para cambiar su reacción (Nardone, 2016).

El modelo de psicoterapia breve estratégica aplicado a los trastornos fóbico-obsesivos ha desarrollado protocolos de intervención específicos que han demostrado ser eficaces, eficientes, replicables, transmisibles y predictivos (Nardone & Watzlawick, 2005; Castelnuovo et al., 2013; De la Cruz Gil, 2021; Rodríguez Lara et al., 2023).

La metodología subyacente a la investigación y al modelo de psicoterapia breve estratégica es la de la investigación-acción, desarrollada por Lewin (1951). Se estudia el fenómeno en su ámbito, de manera empírica y experimental, provocando cambios en los eventos y observando sus efectos. En otras palabras «se conoce cambiando» (Nardone & Portelli, 2005). En lugar de partir de la idea de observar cómo funciona un problema, construyo hipótesis de tratamiento. Es decir, se conoce un problema interactuando con él con la intención de cambiarlo, intentando introducir ese algo que cambie el equilibrio del sistema y ajustando el objetivo hasta resolver el problema. La solución terapéutica se convierte en la estrategia que aplico y que, si funciona, me describe el problema. La metodología de investigación consiste, en palabras de Giorgio Nardone, «conocer un problema a través de su solución» (Nardone, 2023 a).

Ataques de Pánico: el diagnóstico operativo

El trastorno de pánico es el trastorno psicológico más extendido, el «best seller» de los sufrimientos que afligen a los seres humanos. El pánico es la forma extrema del miedo (Nardone, 2003). Quienes sufren ataques de pánico están aterrorizados por las reacciones psicofisiológicas que puede provocar una condición de miedo extremo (Nardone, 2016). Para describir un fenómeno y su funcionamiento, la terapia breve estratégica se centra en la persistencia del problema y no en su formación. Se pasa de un conocimiento basado en el «por

qué» a un conocimiento basado en el «cómo». Se trata de estudiar cómo percibe la persona los estímulos amenazantes y cómo reacciona ante ellos; En lugar de gestionarlos funcionalmente, se ve desbordada por ellos. Se pasa de un «diagnóstico descriptivo» a un «diagnóstico operativo» (De la Cruz, 2022; Bartoli y De la Cruz Gil, 2023).

En las personas que sufren ataques de pánico, se observan ciertas redundancias, los intentos de solución, que la persona pone en marcha para aliviar el miedo, éstos con el tiempo se construyen y alimentan el problema. El constructo de «solución intentada» fue formulado por investigadores del Mental Research Institute de Palo Alto (1974) e identifica todo aquello que la persona y/o el sistema que la rodea ponen en marcha para gestionar una dificultad y que, repetido en el tiempo, mantiene y alimenta la dificultad, dando lugar a la estructuración de un verdadero trastorno.

En concreto, hay tres soluciones intentadas que alimentan el miedo patológico hasta el punto de llegar al pánico:

- 1) El intento de controlar las propias reacciones psicofisiológicas
- 2) La evitación de lo que asusta
- 3) La búsqueda de ayuda y protección

La reiteración en el tiempo de este tipo de interacción entre el sujeto y la fuente de sus miedos incrementa el miedo y la incapacidad para afrontarlo; es precisamente este modo redundante de percepción y reacción el que conduce al trastorno de pánico y estructura un sistema perceptivo reactivo fóbico-obsesivo (Nardone, 1993; Nardone, 2000; Nardone, 2003; Nardone, 2016).

La primera solución intentada es el intento de controlar las reacciones psicofisiológicas, que se activan automáticamente y por debajo de la conciencia, en respuesta a un estímulo amenazador. Ante una percepción de peligro (interno o externo al organismo), se activan dos partes de nuestro cerebro: la primera es una respuesta paleoencefálica, inmediata, en la que interviene la amígdala, un auténtico dispositivo de emergencia que permite la activación de parámetros fisiológicos (aumento del ritmo cardíaco, de la frecuencia respiratoria, reflejo electro-galvánico) que nos predisponen a un posible ataque o a la huida; la segunda se activa más tarde, cuando la información procedente del tálamo llega al córtex, la mente consciente entra en funcionamiento. Cuando la mente evolucionada confunde este saludable dispositivo natural con algo peligroso, porque se activa más allá de su control, se desencadena una lucha entre la mente moderna y la mente arcaica en la que la primera intenta reprimir las reacciones fisiológicas que aumentan cada vez más, superando el umbral de funcionalidad. Cuanto más intento sedar las reacciones fisiológicas desencadenadas por el miedo, más se disparan los parámetros: el corazón late desbocado, la respiración se vuelve dificultosa, el cuerpo se electriza. Cuanto más intento controlar la ansiedad, más pierdo el control, una verdadera paradoja psicofisiológica. Se crea un círculo vicioso de interacción disfuncional entre la mente y el cuerpo que conduce al pánico. En ese momento, la persona pierde el control de sí misma y tiene miedo a morir o a perder el control. La segunda solución intentada es la tendencia a evitar aquellas situaciones específicas asociadas con el ataque de pánico, ya sea por experiencia directa o porque supuestamente son peligrosas. Estamos ante una estrategia que provoca un doble efecto: en primer lugar, produce la sensación de salvación, evitar lo que nos asusta es una tendencia natural; en segundo lugar, alimenta la idea de no tener la capacidad de afrontar la situación evitada, produciendo una desconfianza general del sujeto con respecto a sus propios recursos y un incremento en el miedo hacia las situaciones que se intenta evitar. La tercera solución intentada es la tendencia a pedir ayuda y protección. El sujeto, que pierde la confianza en su propia capacidad para hacer frente a lo que teme, pide ayuda a otras personas, que deben estar preparadas para intervenir en caso de que se produzca un ataque

de pánico. De este modo, la persona delega su seguridad personal en los demás, aumentando su sensación de ineficacia.

La repetición en el tiempo de este tipo de interacción entre la percepción del miedo y la reacción del sujeto conduce a la construcción de un trastorno de pánico.

Ataques de pánico: el protocolo de intervención

Pasando a la descripción detallada del protocolo (Nardone, 2016), la primera sesión no sólo está orientada al diagnóstico del trastorno, sino que ya se centra en el cambio terapéutico. A través de la técnica del «diálogo estratégico» (Nardone & Salvini 2004). Se guía al sujeto con preguntas estratégicas para discriminar el tipo de trastorno, identificar su funcionamiento y descubrir cómo salir de él. La comunicación utilizada es sugestiva y persuasiva, caracterizada por la alternancia de lenguaje lógico/explicativo y analógico/metafórico. Las prescripciones asignadas al final de la sesión son:

- el diario de a bordo: un registro de los momentos críticos. La persona debe anotar en un cuaderno todas sus crisis en el mismo momento en que las siente aparecer, anotando la fecha, la hora, el lugar, las personas presentes, las situaciones, los pensamientos, los síntomas y las reacciones. En el mismo momento en que se produce el pico, donde sea y con quien sea, tantas veces como se produzca.

- *el miedo a la ayuda*: esta reestructuración para bloquear la petición de ayuda y protección está orientada a crear un miedo mayor que inhiba el presente.

- *la conjura del silencio*: se indica a la persona de evitar hablar de su problema.

El objetivo es que el sujeto experimente la *experiencia emocional correctiva* (Alexander, 1946), que experimente el cambio terapéutico a través de un evento aleatorio planificado (Nardone & Milanese, 2018).

La mayoría de los casos refieren en la *segunda sesión* una reducción de los ataques de pánico, tanto en frecuencia como en intensidad. Los pacientes descubren que la prescripción del diario de a bordo no es solo una técnica exploratoria, sino ya terapéutica. Anotar los momentos críticos es una forma de distanciarse de sus sensaciones y detener la escalada. Una gran parte de los casos responden reduciendo o extinguiendo la petición de ayuda y protección gracias al efecto de la reestructuración, que ha evocado un miedo mayor: el miedo a pedir ayuda, como forma de alimentar el propio miedo y empeorar el problema. Por último, en los casos en los que se tendía a socializar los propios miedos, dejar de hablar de ellos tiene el efecto de reducir la sensación de alarma y ocupar la mente con otros temas. Llegados a este punto, se mantienen las prescripciones anteriores y se introduce la técnica electiva para el trastorno de pánico, la *peor fantasía*. Consiste en concederse un tiempo diario, media hora, para aislarse en una situación protegida y dedicarse a la evocación de las «peores fantasías» en relación con el miedo a que se produzca un ataque de pánico. Hay que intentar alimentar y exasperar el miedo. Se trata de una técnica paradójica, desarrollada por Giorgio Nardone, reconocida como la terapia electiva para los ataques de pánico (Nardone, 1988; Nardone, 1990; Nardone, 1993; Nardone, 2003; Nardone, 2016; APA, 2007; Nardone & Salvini, 2013; Wilson, 1986).

Los pacientes vuelven a la *tercera sesión* y relatan el sorprendente efecto que experimentaron al llevar a cabo la prescripción: no han conseguido evocar el miedo y, en vez que mostrarse agitados durante la ejecución de la prescripción, se han relajado y algunos incluso se han dormido. La persona descubre que si evoca voluntariamente el miedo éste se desvanece, si lo alimenta lo reduce, una verdadera experiencia emocional correctiva que invierte totalmente sus convicciones anteriores, se abre un nuevo escenario de solución del miedo patológico utilizando la paradoja de alimentar para reducir. La estrategia es la de

«apagar el fuego añadiendo leña» (Nardone & Balbi, 2008), una contraparadoja que cortocircuita la paradoja psicofisiológica que conduce al pánico. En esta sesión, se presta mucha atención a la explicación de la técnica utilizando un lenguaje lógico y analógico. Por último, se entrena en el uso de la técnica, que consiste en pasar de media hora de peor fantasía en situación de aislamiento protegido a su ejecución durante cinco minutos, cinco veces al día en cualquier lugar y con cualquier persona, sin dejar de realizar las propias actividades. Paralelamente a la peor fantasía, se mantienen las demás prescripciones.

A la *cuarta sesión*, la mayoría de los pacientes afirman haber mejorado, que ya no tuvieron momentos críticos y, por tanto, no recurrieron al diario de a bordo; otros que vivieron episodios críticos controlados gracias al instrumento. La evocación voluntaria del pánico cinco veces al día permitió consolidar el efecto paradójico y entrenar la mente para evocar el miedo y transformarlo en coraje. A continuación, pasamos a la aplicación directa de la peor fantasía en caso de necesidad (si surgen momentos críticos, picos) y en anticipo (antes de exponerse a una situación temida). Esto sustituye al diario de a bordo. Si todo funciona como es debido, el efecto experimentado en la quinta sesión es aparentemente mágico. Los pacientes se liberan del miedo patológico, afrontan con éxito situaciones que antes evitaban y controlan sus reacciones. A continuación, pasan a la fase de consolidación de los resultados obtenidos con sesiones cada vez más espaciadas en el tiempo (uno, dos, tres, seis meses) para aumentar la confianza en sus propios recursos y evitar desarrollar una dependencia de la figura del terapeuta.

Las excepciones son aquellos casos en los que los ataques de pánico están asociados a fobias específicas (por ejemplo, agorafobia, claustrofobia, acrofobia, etc.), en los cuales la solución intentada redundante es la evitación, por lo que es necesaria una variación del protocolo, prescribiendo el mapa de límites en la primera sesión. Pedimos al paciente que nos traiga un mapa preciso de sus límites para conocerlos, buscarlos con la tranquilidad de no tener que sobrepasarlos. La prescripción construida con lenguaje sugestivo permite superar la resistencia al cambio (Nardone 1993; Nardone, 2000; Nardone, 2003; Nardone, 2016; Nardone, 2023 a). La experiencia emocional correctiva que se experimenta es la de poder afrontar por uno mismo las situaciones temidas, hasta entonces evitadas. A partir de la segunda sesión, se procede a la técnica de la peor fantasía paralelamente a la medición de los límites.

El protocolo presentado para los ataques de pánico confirma su eficacia (95%) y eficiencia (media de 7 sesiones) sin recurrir a la medicación (Nardone, 2016).

La terapia del pánico autoinducido por asfixia

El pánico a la disnea autoinducida merece un tratamiento específico construido ad hoc para esta variante del trastorno (Nardone, 2023 b). La respiración y el miedo se influyen mutuamente en una dinámica circular que conduce al pánico. El término médico «disnea» significa literalmente «respiración difícil». Puede ser tanto el miedo imaginado como la dificultad respiratoria concreta lo que desencadene la escalada de esas reacciones psicofisiológicas que alteran el funcionamiento espontáneo de la respiración hasta el pánico. El miedo en estos casos es el de asfixiarse o morir de asfixia. Intentar inspirar la mayor cantidad de aire posible produce, paradójicamente, el fenómeno de la disnea. Si se inspira más de lo debido, se altera el funcionamiento de la función respiratoria al obstruirse los pulmones con un exceso de aire entrante que no permite la salida del aire ya almacenado. Se crea un cortocircuito respiratorio, de ahí la sensación de ahogo. La terapia del pánico autoinducido por asfixia consiste en una prescripción sugestiva-hipnótica. Para cambiar la situación, hay que llevar a cabo una especie de rehabilitación para una respiración correcta y espontánea:

"Tendrá que realizar un ejercicio diario constante que le haré experimentar aquí conmigo. ¿Cuándo será su próximo cumpleaños? ¿Cuántas velas tendrá en su tarta? Ahora, imagine su cumpleaños y el momento en que soplará las velas de su tarta... Bien, ahora sople... aquí, ahora, delante de mí' (Nardone, 2023 b). Después de algunos intentos, se produce un soplo fuerte y prolongado que produce una sensación de relajación y un vaciado de los pulmones. Se produce la experiencia emocional correctiva de la forma de respirar, que el sujeto deberá replicar fuera de la sesión realizando el ejercicio de forma ritualizada cada día: cada hora, (a las ocho, a las nueve, a las diez...) deberá realizar el ritual de soplar las velas cinco veces. De este modo, el pánico se soluciona y se corrige el mecanismo respiratorio disfuncional.

La prescripción se mantiene en el tiempo, ampliando progresivamente el espacio entre un ejercicio y el siguiente, hasta que se adquiere la capacidad de no recurrir más a la hiper inhalación ante el temor de quedarse sin aire.

Trastorno de ansiedad generalizada: el tratamiento breve estratégico

A menudo confundido con el trastorno de pánico, quien padece ansiedad generalizada vive en un estado de alarma constante, caracterizado por un aumento de los parámetros fisiológicos activados por la ansiedad (latido cardíaco, reflejo electro-galvánico, respiración), los picos están ausentes. Es un estado de activación perpetua, de alerta. La ansiedad siempre va asociada al miedo, que en estos casos es preocupación por el futuro, por algo negativo que pueda ocurrir. Frecuentemente la ansiedad y la preocupación se asocian a otros síntomas como inquietud, fatiga fácil, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño (DSM-5). El sujeto está tenso como una cuerda de violín, a menudo presenta somatizaciones de diversa índole (cefaleas, dolor de estómago, etc.). La persona anticipa acontecimientos futuros catastróficos que podrían suceder y que se convierten en una fuente de replanteamiento diarias. Inmersa en estas preocupaciones, aunque el objeto temido sólo sea imaginado, se activa la respuesta de alarma, la ansiedad. La mente anticipa escenarios negativos, haciéndonos experimentar emociones fuertes incluso en ausencia de un peligro concreto. La preocupación es excesiva, irracional e incontrolable. Si es generalizada y omnipresente, esta tendencia puede dar lugar al trastorno de ansiedad generalizada, muy extendido en la práctica clínica (Pérez y Graña, 2019; De la Cruz Gil, 2021).

La solución disfuncional redundante, en estos casos, es la del control que conduce a la pérdida de control (Nardone, 2013). El hombre moderno ha creado el mito del control, sobre todo. Esta orientación de controlar las cosas, a los demás y a uno mismo es una conducta que sin duda ha producido muchos éxitos y por lo tanto es correcto cultivarla y desarrollarla; el problema surge cuando esta tendencia se vuelve rígida y omnipresente. El miedo anticipatorio lleva al sujeto a controlar obsesivamente el futuro, planificando todo hasta el más mínimo detalle y tratando de prevenir lo que teme. Todo esto, paradójicamente, aumenta la inseguridad y la ansiedad; el problema surge cuando el sujeto se encuentra con algo sobre lo que no puede ejercer su voluntad. En este caso, el objetivo terapéutico es desmontar la trampa del control exasperado que hace perder el control tanto de las acciones como de los pensamientos (Nardone, 2013).

En cuanto a las preocupaciones, la técnica de la peor fantasía permite al sujeto concentrar los pensamientos amenazantes en un espacio y tiempo determinados. Se prescribe por la mañana, anticipando todos los sucesos amenazantes que puedan ocurrir. El efecto, en la mayoría de los casos es contradictorio, se confinan las preocupaciones a la media hora y se libera el resto del día (Nardone et al., 2018).

A nivel de las acciones, la terapia consiste en reestructurar el «pequeño desorden que mantiene el orden y lo hace evolucionar» (Nardone, 2013). Cuando un sistema vivo se vuelve rígido en sus esquemas, sucumbe porque deja de adaptarse evolucionando. Por lo tanto, permitírnos estar en un estado de evolución continua implica un control de la realidad que contemple incluso una pequeña pérdida de control. El sujeto debe experimentar el riesgo de dejar algo o a alguien sin su control, y luego comprobar que las cosas no sólo no van mal, sino que incluso van mejor. El sujeto debe ser guiado para que aprenda a ejercer voluntariamente la ausencia de control; el orden para mantenerse y evolucionar requiere, como nos enseña la física, un porcentaje de desorden. Es el concepto de entropía en los sistemas vivos, introducido a principios del siglo XIX en el marco de la termodinámica para describir una característica común de los sistemas, en la que se observa que las transformaciones se producen espontáneamente en una sola dirección, la del mayor desorden.

El cambio que se produce con esta reestructuración es gradual (Nardone & Balbi, 2008; Nardone, 2013), es necesario centrarse en pequeños pasos a implementar, paso a paso. El objetivo es aprender a «lidiar» con los obstáculos o problemas sólo cuando ocurren en lugar de seguir «preocupándose» de ellos (Nardone et al., 2018), en términos de estrategias que comienzan más tarde para llegar antes (Nardone & Balbi, 2008).

Por lo anterior, la terapia breve estratégica cuenta con un modelo robusto de abordaje e intervención terapéutica de los trastornos ansiosos. Por su eficacia y eficiencia se constituye en una alternativa viable de ser implementada en los servicios de atención a nivel de salud pública.

MÉTODOS Y MATERIALES

La presente es una revisión narrativa, de enfoque cualitativo y descriptivo para sintetizar la evidencia disponible, enfocada en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se utilizó la base de datos: Scopus como fuente de datos primaria. La estrategia de búsqueda utilizó las siguientes palabras claves: psicoterapia, ansiedad, trastorno de ansiedad, revisión sistemática, meta análisis. La estrategia de búsqueda incluyó artículos publicados entre el año 2020 al 2025.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la presente investigación fueron: Artículos publicados en revistas indexadas y revisadas por pares, que hagan referencia exclusivamente a revisiones sistemáticas y meta análisis en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Los criterios de exclusión fueron artículos teóricos, notas, cartas al editor, casos clínicos o que hagan referencia a estudios cualitativos. Artículos publicados en revistas no indexadas, publicados antes de enero del 2020. No se establecieron criterios de exclusión de idioma o zona geográfica.

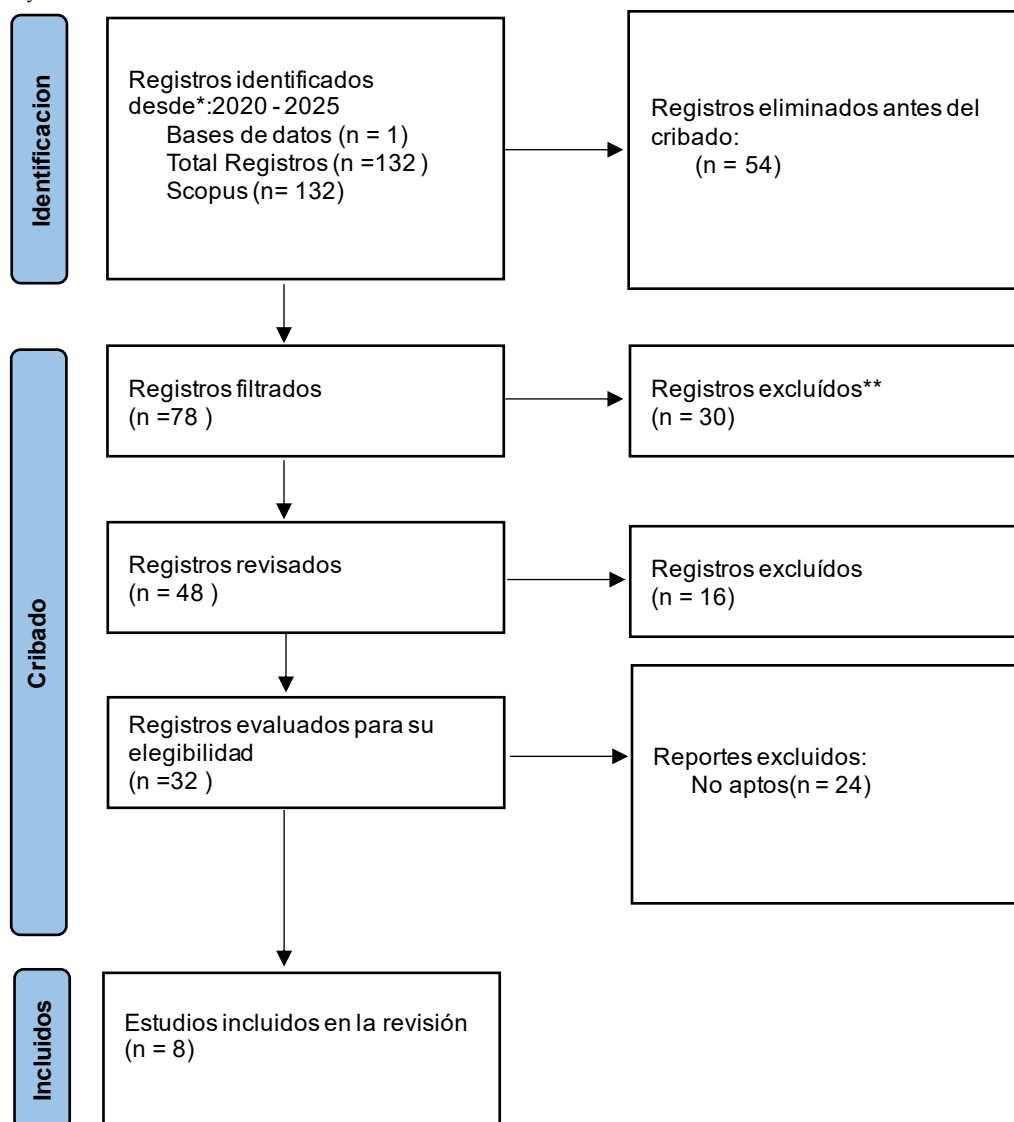
Codificación y Cribado

Se extrajo individualmente e independientemente los datos del estudio, registrándose las referencias en una base de datos en Excel para gestionar las referencias. La base incluía nombre de los autores, tipo de estudio, país, revista, principales resultados. Posteriormente se examinaron de forma independiente los artículos seleccionados para su revisión y lectura del texto completo. Los conflictos se resolvían por consenso.

RESULTADOS

Las palabras clave dieron como resultado un total de 132 artículos tal y como se puede apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1
Flujo



Luego de aplicar los filtros, así como los criterios de inclusión y exclusión. Se procedió a analizar los artículos seleccionados y proceder con el cribado definitivo. Se obtuvo 8 artículos que cumplieran con los criterios establecidos para el presente estudio.

Como principales resultados encontramos que existe evidencia de que los tratamientos psicológicos son efectivos para reducir la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada TAG (Wilson et al., 2023). El tiempo dedicado en el proceso terapéutico a sesiones que aborden la intolerancia a la incertidumbre aumentan el tamaño del efecto y efectividad en el tratamiento del TAG (Wilson et al., 2023).

Una dimensión a tener en cuenta en el tratamiento de la ansiedad, en especial de la ansiedad generalizada es la disfunción interpersonal. Encontramos que las personas con TAG presentan conflicto interpersonal, angustia y preocupación por las relaciones interpersonales. Los problemas interpersonales que estas personas presentan contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la preocupación crónica y la ansiedad. Estas personas tienden a percibirse así mismas como menos efectivas en las interacciones sociales subestimando su impacto interpersonal (Malivoire et al., 2020).

Varios factores interpersonales contribuyen a la aparición y mantenimiento del TAG, la tendencia a anticipar la amenaza en situaciones sociales y percibir negativamente las intenciones de los demás puede llevar a comportamientos interpersonales inadecuados, lo que aumenta la probabilidad de interacción social negativa (Zhong et al., 2024).

La disfunción interpersonal cumpliría un papel moderador en los resultados de la psicoterapia del TAG y estarían relacionados con el éxito del tratamiento. La evidencia nos señala que un tratamiento inadecuado de la disfunción interpersonal estaría relacionado con las bajas tasas de remisión en psicoterapia (Malivoire et al., 2020).

Los estudios sugieren que una mayor disfunción interpersonal, hostilidad en la pareja y tensión marital predicen peores resultados del tratamiento del TAG (Malivoire et al., 2020).

En los trastornos ansiosos, los comportamientos interpersonales disfuncionales pueden contribuir al desarrollo de patrones de comunicación inadecuados. Comportamientos demasiado cariñosos o intrusivos con los demás pueden llegar a provocar conflictos en las relaciones (Zhong et al., 2024).

De esta manera, la disfunción interpersonal se constituye en un objetivo terapéutico importante a tener en cuenta en el tratamiento del TAG (Malivoire et al., 2020; Zhong et al., 2024). Estos hallazgos respaldan la proposición de que la disfunción interpersonal contribuye a la baja respuesta al tratamiento observada en el TAG. Estos pacientes pueden beneficiarse si se incorpora en el proceso psicoterapéutico sesiones orientadas a trabajar las relaciones interpersonales.

Debe tomarse en consideración del mismo modo la relación entre la disfunción interpersonal y los comportamientos de preocupación asociados con la intolerancia a la incertidumbre y comportamientos de seguridad disfuncionales tales como verificar, planificar, controlar a los demás, proteger a los familiares. La evidencia señala que existe una relación bidireccional entre la disfunción interpersonal y los comportamientos de preocupación y control, reforzando las conductas disfuncionales (Malivoire et al., 2020). Aumentar la tolerancia a la incertidumbre sería beneficioso en el proceso terapéutico y tendría que ser incorporado como objetivo terapéutico en los casos de ansiedad.

Por otro lado, la evidencia nos señala que las intervenciones basadas en la pareja son eficaces para tratar tanto el trastorno de angustia relacional en diversos problemas asociados con la ansiedad como el trastorno de pánico con agorafobia (Byrne et al., 2004) el trastorno obsesivo compulsivo (Abramowitz et al., 2013) y el trastorno por estrés post traumático (Monson et al., 2012). El proceso de tratamiento de las distintas patologías ansiosas puede beneficiarse con la incorporación de la pareja a la terapia.

Otro beneficio de incorporar a la pareja a la terapia es que puede facilitar las prácticas terapéuticas fuera de la sesión. El apoyo social y el de la pareja es importante para el éxito del tratamiento (Malivoire et al., 2020).

Así mismo, el tratamiento de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social y trastorno de pánico, está constituido por la terapia farmacológica, con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, como la sertralina y los inhibidores de recaptación de serotonina -norepinefrina, como la venlafaxina y la psicoterapia (Szuhany &

Simon, 2022). La evidencia encontrada a través de estudios de metanálisis indican que la terapia farmacológica se asocia con tamaños de efecto pequeños a medianos en comparación con el placebo (Szuhany & Simon, 2022). La evidencia también indica que muchos pacientes no responden completamente a los tratamientos farmacológicos de primera línea (Parikh et al., 2022). Se estima que alrededor del 50% de los pacientes tratados por trastorno de ansiedad generalizada (TAG) no responde al tratamiento farmacológico de primera línea (Ansara, 2020). Siendo la psicoterapia a través de la terapia cognitivo conductual la que presenta mayor evidencia de eficacia con tamaño del efecto grande para la ansiedad generalizada, efecto pequeño a mediano para la ansiedad social y el trastorno de pánico respectivamente (Szuhany & Simon, 2022).

Por otro lado, la evidencia encontrada respalda la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos administrados por internet para el TAG (Eilert et al., 2021). Así mismo, se encuentra que las intervenciones utilizando inteligencia digital reducen significativamente los síntomas de ansiedad entre los adultos mayores (Qiu et al., 2024). Lo que facilita el acceso a los servicios de salud mental rompiendo las barreras de acceso a la terapia, proporcionando una opción de tratamiento flexible.

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos la relevancia que tienen las dificultades interpersonales en el mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada, con especial incidencia en los resultados de la terapia. En la literatura se evidencia que las personas con TAG presentan diversas disfunciones interpersonales, que oscilan entre conductas que pueden ser excesivamente protectoras, poco asertivas, o por el contrario excesivamente complacientes, con conductas interpersonales frías y hostiles (Newman et al., 2017). Lo que llevaría a la existencia de las dificultades interpersonales y problemas en su comunicación.

En las personas con TAG existe la tendencia a anticipar amenazas en situaciones sociales y percibir negativamente las intenciones de los demás. Esto puede conducir a la existencia de comportamientos interpersonales inadecuados. Lo que a su vez aumenta en estas personas la probabilidad de interacciones sociales negativas que confirman las expectativas sociales negativas (Newman et al., 2017). Llevando al desarrollo de patrones de comunicación inadecuados. Todo esto demuestra una predisposición en las personas ansiosas, a percibirse a sí mismos como menos efectivos en las interacciones sociales en comparación con los demás y tienden a juzgar erróneamente subestimando o sobreestimando su impacto interpersonal negativo sobre los demás (Erickson & Newman, 2007).

La evidencia sugiere que la disfunción interpersonal es relevante, y que esta mantiene tanto la preocupación crónica como los síntomas del TAG (Szkodny et al., 2014; Newman y Erickson, 2010). Ya que los problemas interpersonales contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la preocupación crónica, abordar la disfunción interpersonal debe ser un objetivo terapéutico importante en el tratamiento de estos casos (Zhong et al., 2024).

La disfunción interpersonal en las personas con ansiedad, estaría relacionado con los problemas de apego y las experiencias negativas en la primera infancia que contribuyen al desarrollo de problemas interpersonales especialmente en las personas con TAG (Newman et al., 2017). Estas experiencias negativas en la primera infancia juegan un papel importante en el desarrollo de los problemas interpersonales en el TAG (Muris et al., 2001).

Los estilos de apego ansioso y evitativo y los estilos parentales caracterizados por ser fríos, desatentos, dominantes y sobreprotectores predicen el desarrollo de problemas interpersonales y el TAG (Eng & Heimberg, 2006). También los estilos parentales fríos,

sobreprotectores, dominantes y poco atentos pueden ser predictores tanto del TAG como de los problemas interpersonales (Eng & Heimberg, 2006; Hale & Meeus, 2006).

Debido al escaso apego en la infancia, las personas con TAG desarrollan la creencia que para ser amadas deben de cuidar de los demás (Borkovec et al., 2004). Lo que las lleva a evidenciar conductas excesivamente cariñosas, preocuparse significa ser una persona responsable y cariñosa (Newman et al., 2017). Se necesitaría intervenciones psicoterapéuticas más específicas para este tipo de personas.

Encontramos que una mayor disfunción y distrés interpersonal en los pacientes ansiosos predicen peores resultados en la psicoterapia (Malivoire et al., 2020). Los resultados de la psicoterapia pueden verse afectados por una elevada disfunción interpersonal antes o después del tratamiento. En la literatura científica encontramos que los problemas interpersonales interactúan con el tipo de tratamiento para moderar los resultados del mismo (Newman et al., 2017). De esta manera, una mayor disfunción interpersonal y angustia en los pacientes ansiosos, predicen peores resultados en psicoterapia (Borkovec et al., 2002; Crits-Christoph et al., 2005). Tanto la disfunción interpersonal y la angustia podrían dilucidar las bajas tasas de respuesta en la psicoterapia para el TAG (Hanrahan et al., 2013; Springer et al., 2018).

Si bien la Gold estándar para el tratamiento del TAG, está constituida por la terapia cognitivo conductual (TCC). La literatura científica nos señala que, en los protocolos de la TCC, la disfunción interpersonal para el TAG no se aborda adecuadamente, o ni siquiera es tomada en cuenta (Szkodny et al., 2014; Cuijpers et al., 2014). Lo que tendría repercusión en los resultados del tratamiento.

Por la evidencia encontrada se hace necesario incorporar en el diseño terapéutico de los pacientes con TAG la dimensión interpersonal que permita tener mejores resultados a nivel psicoterapéutico.

Por otro lado, la evidencia nos señala también que las personas ansiosas con problemas intrusivos y una mayor necesidad de control responden mejor a las intervenciones psicoterapéuticas experienciales que a las intervenciones cognitivas (Newman et al., 2017).

Conclusiones

Desde la psicoterapia breve estratégica, para tratar eficazmente los trastornos de ansiedad, es necesario diferenciar la ansiedad del miedo. La terapia breve estratégica demuestra la importancia de cambiar la percepción del sujeto para modificar sus reacciones.

El diagnóstico operativo permite clasificar los trastornos en su funcionamiento, identificando las soluciones intentadas específicas y redundantes que alimentan su persistencia. El objetivo de la terapia breve estratégica es crear la experiencia emocional correctiva, mediante protocolos específicos de intervención desarrollados para los diferentes trastornos.

En psicoterapia breve, la comunicación es persuasiva y sugestiva y se adapta a la originalidad de cada paciente. Este modelo de terapia se compone de regularidades y particularidades: incluso cuando se lleva a cabo con una aplicación estricta del modelo y sus técnicas, la comunicación y la relación entre el terapeuta y el paciente son diferentes cada vez.

La evidencia señala que los problemas interpersonales contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la preocupación crónica y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Abordar la disfunción interpersonal debe ser un objetivo terapéutico importante en el tratamiento de estos casos.

La disfunción interpersonal en las personas con ansiedad, estaría relacionado con los problemas de apego y las experiencias negativas sufridas en la primera infancia.

Los estilos de apego ansioso y evitativo y los estilos parentales caracterizados por ser fríos, desatentos, dominantes y sobreprotectores predicen el desarrollo de problemas interpersonales y el TAG.

La evidencia también indica que muchos pacientes no responden completamente a los tratamientos farmacológicos de primera línea. Un 50% de los pacientes tratados por trastorno de ansiedad generalizada (TAG) no responden al tratamiento farmacológico.

En el proceso y diseño terapéutico de los pacientes con ansiedad se debe de incluir el abordaje de la intolerancia a la incertidumbre, esto aumentará el tamaño del efecto y efectividad en el tratamiento.

La evidencia indica los beneficios que se obtiene al incorporar a la pareja en el tratamiento de los diversos problemas asociados a la ansiedad y otras patologías emocionales como el trastorno de pánico con agorafobia, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés post traumático. El proceso de tratamiento de las distintas patologías ansiosas puede beneficiarse con la incorporación de la pareja a la terapia haciéndola más eficaz.

La terapia breve estratégica por su eficacia y eficiencia se constituye en una alternativa viable de ser implementada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad a nivel de salud pública.

Limitaciones y futuras investigaciones: El estudio por su carácter narrativo se limitó a una sola base de datos, se sugiere para futuros estudios ampliar las bases de datos y seguir investigando sobre el papel de la disfunción interpersonal, la pareja y la tolerancia a la incertidumbre en los resultados del tratamiento con pacientes ansiosos.

Conflicto de interés: Los autores manifiestan no tener ningún tipo de conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Ansara ED. Management of treatment-resistant generalized anxiety disorder. *Ment Health Clin.* 2020 Nov 5;10(6):326-334. doi: 10.9740/mhc.2020.11.326. PMID: 33224690; PMCID: PMC7653736.
- Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., & Richards, D. (2021). The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 38(2), 196-219. <https://doi.org/10.1002/da.23115>
- Malivoire, B. L., Mutschler, C., & Monson, C. M. (2020). Interpersonal dysfunction and treatment outcome in GAD: A systematic review. *Journal of anxiety disorders*, 76, 102310. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102310>
- Parikh, T. K., Strawn, J. R., Walkup, J. T., & Croarkin, P. E. (2022). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 25(2), 144-146. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyab077>
- Qiu, Y. F., Wu, M., Liu, J. L., Li, C. Y., Yu, Y. Q., Zeng, L. J., Yang, B. X., & Yang, F. (2024). Effectiveness of digital intelligence interventions on depression and anxiety in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 342, 116166. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116166>
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*, 328(24), 2431-2445. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Wilson, E. J., Abbott, M. J., & Norton, A. R. (2023). The impact of psychological treatment on intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder: A systematic review and

- meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 97, 102729. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102729>
- Zhong, W., Luo, J., & Zhang, H. (2024). The therapeutic effectiveness of artificial intelligence-based chatbots in alleviation of depressive and anxiety symptoms in short-course treatments: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 356, 459–469. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.057>
- Abramowitz, J. S., Baucom, D. H., Boeding, S., Wheaton, M. G., Pukay-Martin, N. D., Fabricant, L. E., Paprocki, C., & Fischer, M. S. (2013). Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: a pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. *Behavior therapy*, 44(3), 395–407. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.005>
- Alexander, F., & French, T.M. (1946), *Psychoanalytic Therapy*, Ronald Press.
- American Psychiatric Association (2013), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, V edizione (DSM-5), Raffaello Cortina Editore, Milano.
- American Psychological Association (2007), *Dictionary of Psychology*, Washington: APA
- Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 36-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3009>
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & 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(2), 288–298.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). The Guilford Press.
- Castelnuovo, G., Molinari, E., Nardone, G., Salvini, A. (2013), *La ricerca empirica in psicoterapia*. In G., Nardone, A. Salvini (2013), *Dizionario Internazionale di psicoterapia*, Garzanti, Milano.
- Crits-Christoph, P., Wilson, G. T., & Hollon, S. D. (2005). Empirically Supported Psychotherapies: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 131(3), 412–417. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.3.412>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- De la Cruz Gil, R. (2021). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Retos de la Ciencia*. 5(11).77-85. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>
- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia Y Pique*, 1(1), 67-80. <https://doi.org/10.59885/cienciaypsique.v1n1.03>
- De la Cruz Gil, R. (2023). Cibernética y causalidad aristotélica en la biología cognitiva de Humberto Maturana. *MAD*, (47), 36–49. Recuperado a partir <https://acortar.link/6kMJ50>
- Eng, W., & Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(3), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.02.005>

- Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2007). Interpersonal and emotional processes in generalized anxiety disorder analogues during social interaction tasks. *Behavior Therapy*, 38(4), 364–377. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.005>
- Hale, W. W. III, Engels, R., & Meeus, W. (2006). Adolescent's perceptions of parenting behaviours and its relationship to adolescent Generalized Anxiety Disorder symptoms. *Journal of Adolescence*, 29(3), 407–417. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.002>
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical psychology review*, 33(1), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.008>
- Lewin, K., (1951), *Field Theory in Social Science. Selected Theoretical Papers*, Nueva York, Harper & Brothers.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., King, N. J., & Bogie, N. (2001). Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour research and therapy*, 39(1), 13–28. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00155-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00155-2)
- Nardone, G., Milanese, R. (2018), *Il cambiamento strategico: come far cambiare alle persone il loro sentire e il loro agire*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G., Salvini, A. (2004), *Il dialogo strategico*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G. (1988), *Brief Strategic Therapy of Phobic Disorders: A model of Therapy and Evaluation Research*, in J.H. Weakland, W.A. Ray, *Propagations: Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute*, Haworth Press, New York, 1955.
- Nardone, G. (1993), *Paura, panico, fobie. La terapia in tempi brevi*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G. (2000), *Oltre i limiti della paura*, Rizzoli, Milano.
- Nardone, G. (2003), *Non c'è notte che non veda il giorno. La terapia in tempi brevi per gli attacchi di panico*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G. (2013), *Psicotrappole*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G. (2016), *La terapia degli attacchi di panico*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G. (2023 a), *Il libro delle fobie e la loro cura*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G. (2023 b), *Senza fiato. Il panico da fame d'aria e la sua cura*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G., Balbi, E. (2008), *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G., Balbi, E., Boggiani, E. (2024), *Adolescenza in bilico. Come stanno gli adulti di domani. Le psicopatologie emergenti e la loro terapia in tempi brevi*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone, G., Milanese, R., Milanese S., (2018), *Mantenere l'equilibrio sulla corda tesa: gestire lo stress*, *Psicologia Contemporanea*, N.269,18-23.
- Nardone, G., Portelli, C. (2005), *Knowing Through Changing. The Evolution of Brief Strategic Therapy*, Crown House Publishing, Carmarthen, UK.
- Nardone, G., Salvini, A., (2013), *Dizionario internazionale di psicoterapia*, Milano, Garzanti.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (2005), *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Technique and Research*, Jason Aronson, New York.
- Newman, M. G., Jacobson, N. C., Erickson, T. M., & Fisher, A. J. (2017). Interpersonal Problems Predict Differential Response to Cognitive Versus Behavioral Treatment in a Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*, 48(1), 56–68. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.005>
- Newman, M. G., & Erickson, T. M. (2010). Generalized anxiety disorder. In J. G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding*

- psychopathology and treatment* (pp. 235–259). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12084-009>
- Organización Mundial de la Salud. OMS: Informe mundial sobre la salud mental. [Internet] 16 junio 2022. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Pérez, M., y Graña, J. L. (2019), *Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico*, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 126-153.
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsäter, H., Locklear, J., Mattera, M. S., Sheehan, D. V., & Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of affective disorders*, 140(2), 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.014>
- Rodríguez Lara, F.J., de Jesús Garza Guerra, A., Salinas Tijerina, A. (2023), Eficacia de la terapia breve estratégica en el trastorno de pánico (in corso di pubblicazione) (cfr. www.centroditerapiastrategica.com).
- Segovia Vega, L. A., & De la Cruz Gil, R. (2025). Eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad social en adultos de Latinoamérica. *Cátedra Villarreal*, 12(2), 96–106. <https://doi.org/10.24039/rcv20241221837>
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 61, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
- Strawn, J. R., Lu, L., Peris, T. S., Levine, A., & Walkup, J. T. (2021). Research Review: Pediatric anxiety disorders - what have we learnt in the last 10 years?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 62(2), 114–139. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13262>
- Szkodny, L. E., Jacobson, N. C., Llera, S. J., & Newman, M. G. (2014). Generalized anxiety disorder. In G. O. Gabbard (Ed.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders* (5th ed., pp. 381–392). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *Lancet (London, England)*, 368(9553), 2156–2166. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69865-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69865-6)
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fish, R. (1974), *Change: principles of Problem Formation and Problem Solution*, Norton, New York.
- Wilson, R., (1986). *Dont'n Panic: Talking Control of Anxiety Attacks*, Harper & Row, New York.
- Zhong, W., Luo, J., & Zhang, H. (2024). The therapeutic effectiveness of artificial intelligence-based chatbots in alleviation of depressive and anxiety symptoms in short-course treatments: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 356, 459–469. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.057>