

Anuario de Investigaciones

Volumen XVII

TOMO I

ISSN:0329-5885 (impresa)

ISSN 1851-11686 (en línea)

Esta publicación está incluida en **SCIELO** (Scientific Electronic Library On line) Argentina, Biblioteca Electrónica Iberoamericana de Revistas Científicas, coordinada por BIREME, centro perteneciente a la Organización Panamericana de la Salud - OPS - de la Organización Mundial de la Salud - OMS - para el continente americano.

Esta publicación está incluida en el **LATINDEX**: directorio de publicaciones científicas seriadas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Esta publicación está incluida en el **PSICODOC**: Patrocinada por la UNESCO, recibe los auspicios de la International Union of Psychological Science, IUPsyS, y es editada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Esta publicación está incluida en la base de datos **LILACS** - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud - de la Red Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. LILACS es coordinada por BIREME, centro perteneciente a la Organización Panamericana de la Salud - OPS - de la Organización Mundial de la Salud - OMS - para el continente americano.



UBABICENTENARIO
18102010
DE LA REVOLUCIÓN DE MAYO



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Psicología
Secretaría de Investigaciones



ÍNDICE

ARTÍCULOS SOBRE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE DIRECTORES Y BECARIOS DE PROYECTOS UBACyT¹, PROINPSI², CONICET³ Y ANPCyT⁴

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PERFECCIONISMO POSITIVO / NEGATIVO Y CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA, MEDICINA E INGENIERÍA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES <i>POSITIVE / NEGATIVE PERFECTIONISM AND PERCEIVED QUALITY OF LIFE IN PSYCHOLOGY, MEDICINE AND ENGINEERING STUDENTS OF THE CITY OF BUENOS AIRES.</i> Arana, Fernán Guido; Scappatura, María Luz; Miracco, Mariana; Elizathe, Luciana; Rutzstein, Guillermina; Keegan, Eduardo	17
LAS INTERVENCIONES DEL PSICOTERAPEUTA. ESTUDIO COMPARATIVO EN UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO PSICOANALÍTICO DE NIÑOS Y EN UN GRUPO DE ORIENTACIÓN A SUS RESPECTIVOS PADRES O ADULTOS RESPONSABLES <i>PSYCHOTHERAPIST'S INTERVENTIONS. COMPARATIVE STUDY ON A PSYCHOTHERAPY PSYCHOANALYTIC GROUP OF CHILD AND ON AN ORIENTATION GROUP FOR THEIR PARENTS OR RESPONSIBLE ADULTS</i> Carusi, Tatiana; Slapak, Sara.....	25
DETECCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS: ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA Y CONCEPTUAL DEL CHILDREN'S EATING ATTITUDES TEST (ChEAT) <i>DETECTION OF EATING DISORDERS IN CHILDREN: LINGUISTIC AND CONCEPTUAL ADAPTATION OF THE CHILDREN'S EATING ATTITUDES TEST (ChEAT)</i> Elizathe, Luciana; Murawski, Brenda María; Arana, Fernán Guido; Diez, Marina; Miracco, Mariana; Rutzstein, Guillermina	33
COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS Y COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA EN EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS <i>TREATMENT COMBINATION AND THERAPEUTIC COMPLEMENTARY IN THE APPROACH OF DEPRESSIVE DISORDERS</i> Garay, Cristian Javier; Fabrissin, Javier Hernán; Korman, Guido Pablo; Etchevers, Martín Juan.....	41
DESCRIPCIÓN DE OBSERVABLES CLÍNICOS Y DE CAMBIOS EN EL PROCESO DE ADMISIÓN Y DE SU IMPACTO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO <i>DESCRIPTION OF OBSERVABLE CLINICAL AND OF CHANGES IN THE PROCESS OF ADMISSION AND OF THEIR IMPACT IN THE BEGINNING OF THE THERAPEUTIC TREATMENT</i> Menéndez, Pedro Ángel; Acosta, Silvia Raquel; Bodon, María Cecilia; Mayorga, Paula María	49
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES MALTRATADAS: LA PERCEPCIÓN DEL PROCESO POR PARTE DE LAS MUJERES <i>COPING STRATEGIES IN BATTERED WOMEN: WOMEN'S PERCEPTION OF THE PROCESS</i> Miracco, Mariana Carolina; Rutzstein, Guillermina; Lievendag, Leonora; Arana, Fernán Guido; Scappatura, María Luz; Elizathe, Luciana; Keegan, Eduardo	59

¹Esta programación UBACyT corresponde a la convocatoria realizada por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires para el período 2006 - 2009 y 2008 - 2010. Los proyectos son evaluados tanto por las Comisiones Técnicas Asesoras -CTA- como por investigadores del Banco de Evaluadores categorizados I ó II en el Programa de Incentivos vigente en Argentina o por investigadores del exterior del país con méritos equivalentes.

²El Programa PROINPSI de la Facultad de Psicología está vigente desde 1997 y tiene como objetivo fomentar las actividades de investigación dentro de la Facultad. Los proyectos de investigación presentados a este programa son evaluados por docentes investigadores provenientes de ámbitos externos a la Facultad de Psicología. Cuentan con una resolución de acreditación por parte del Consejo Directivo de la Facultad.

³Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

⁴Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Argentina

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS Y COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA EN EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

TREATMENT COMBINATION AND THERAPEUTIC COMPLEMENTARY IN THE APPROACH OF DEPRESSIVE DISORDERS

Garay, Cristian Javier¹; Fabrissin, Javier Hernán²; Korman, Guido Pablo³; Etchevers, Martín Juan⁴

RESUMEN

El presente artículo revisa la literatura científica referida a la combinación entre tratamientos farmacológicos y psicosociales en los trastornos depresivos. Se reseñan aquellos artículos que han realizado la evaluación empírica de la combinación de tratamientos con el mayor rigor metodológico a través de las bases de datos de PubMed y PsycINFO. Asimismo, se comentan y discuten las guías clínicas más difundidas en el campo de la salud mental. Como conclusión, puede decirse que los trastornos depresivos constituyen el grupo de trastornos donde se lograron los mayores avances: la combinación simultánea de medicación y psicoterapia es especialmente importante en los pacientes con depresión crónica mientras que la combinación alternada debe considerarse en los pacientes con depresión recurrente (especialmente en aquellos casos con 3 o más episodios depresivos).

Palabras clave:

Combinación de tratamientos - Medicación - Psicoterapia
- Trastornos depresivos

ABSTRACT

This article reviews the scientific literature concerning to the combination of pharmacological and psychological treatments. We include studies that evaluate the combined treatment in PubMed and PsycINFO databases and show the best methodological rigor. Also, we comment the clinical guidelines with major diffusion in the mental health field. The most important developments was made in depressive disorders, where the simultaneous combination is specific for chronic depression and cross-over combination in recurrent depression (more specifically in those cases with 3 or more depressive episodes).

Key words:

Combined treatment - Medication - Psychotherapy - Mental disorders

¹Licenciado en Psicología. Magister en Cultura y Sociedad. Integrante del Proyecto UBACyT P001. Jefe de Trabajos Prácticos de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cátedra II. E-mail: garay.cristian@gmail.com

²Médico Psiquiatra. Integrante del Proyecto UBACyT P412. E-mail: jfabrissin@gmail.com

³Doctor en Cultura y Sociedad. Doctor en Psicología. Investigador Asistente CONICET. Co-director del Proyecto UBACyT P412. Jefe de Trabajos Prácticos de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cátedra II. E-mail: gkorman@arnet.com.ar

⁴Licenciado en Psicología. Magister en Cultura y Sociedad. Director del Proyecto UBACyT P412. Profesor Adjunto Regular de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cátedra I. E-mail: metcheve@psi.uba.ar

INTRODUCCIÓN

El tratamiento combinado (TC) en salud mental hace referencia a la aplicación conjunta de dos modalidades terapéuticas diferentes. Si bien esta definición no excluye a disciplinas del campo de la salud mental tales como la terapia ocupacional, la musicoterapia, etc., en general, el TC alude al empleo conjunto de algún tipo de psicoterapia y un tratamiento psicofarmacológico. Esto probablemente tiene que ver con que se trata de las dos modalidades terapéuticas más evaluadas en ensayos controlados destinados a probar la eficacia de un determinado tratamiento (Lipovetzky y Agrest, 2006). Actualmente, se dispone de criterios consensuados a nivel internacional que orientan en la implementación de un TC, así como de sus posibles modos de combinación, en diferentes fases del tratamiento. Dichos consensos resultan de la revisión, por parte de comités de expertos, organismos oficiales o de asociaciones de profesionales, de la información publicada, y proporcionan lineamientos para la toma de decisiones en la práctica asistencial. De este modo, se cuenta con guías clínicas confeccionadas a partir de la evaluación de los estudios de investigación existentes sobre un determinado trastorno mental, tanto en lo relativo a su diagnóstico como tratamiento. Ejemplo de esto son las guías elaboradas por el *Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica* del Reino Unido, por la *Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud*, por la *Asociación Americana de Psiquiatría* o por la *Asociación Americana de Psicología* en los EE. UU. Sin embargo, en nuestro medio las guías desarrolladas (vg. DGSM o Taragano et al., 2002), no han tenido la difusión ni la aceptación que merecen y además carecemos de desarrollos comparables a los mencionados, dado que prácticamente no existen estudios de resultados sobre los cuales puedan organizarse guías de tratamiento diseñadas específicamente para nuestra población (Garay y Korman, 2008; Garay et al., 2009; Garay et al., en evaluación).

El presente trabajo consiste en una revisión de la literatura sobre el TC en los trastornos depresivos y constituye una versión actualizada de otra revisión que dos de nosotros realizamos previamente (Fabrissin y Garay, 2003).

LAS ESTRATEGIAS DE COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL

Si se compara el volumen de estudios clínicos realizados acerca de la eficacia/efectividad de la monoterapia en salud mental, sea ésta biológica o psicosocial, con aquellos dedicados a evaluar la combinación de tratamientos, se observa una clara escasez de estos últimos. Dicho déficit contrasta con el hecho clínico cotidiano según el cual la combinación de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos pareciera ser una opción frecuente en el abordaje de los trastornos men-

tales (Fabrissin y Garay, 2003).

No obstante, en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para revertir los insuficientes datos disponibles sobre combinación de tratamientos (Thase y Jindal, 2004). En este sentido, actualmente se cuenta con información relevante acerca de en qué tipo de pacientes y, sobre todo últimamente, cómo y cuándo, debemos combinar los diferentes tipos de tratamiento (Wisniewski et al., 2007). Estos avances ponen el énfasis en aprovechar al máximo las ventajas diferenciales de cada modalidad de tratamiento. De este modo, se puede realizar una administración más racional de los recursos disponibles. Asimismo, en el medio local, nuestro equipo se encuentra realizando investigaciones acerca de la complementariedad terapéutica y la combinación de tratamientos estudiando tanto la combinación "formal" implementada desde la perspectiva científico-profesional como la combinación "informal" realizada por los usuarios del sistema de salud (Garay et al., 2008; Garay y Korman, 2008; Korman y Garay, 2007 y 2005).

En una revisión sobre tratamientos combinados y monoterapia para la depresión en adultos y adultos mayores, Steven Hollon et al. (2005) sostienen que los diferentes estudios realizados sobre la combinación de la psicoterapia con los antidepresivos han tenido varios objetivos. Dichos objetivos, que podrían hacerse extensivos a cualquier estudio que evalúe el TC en otros trastornos mentales, son los siguientes: en *primer lugar*, han intentado aumentar la magnitud de respuesta a los tratamientos, es decir, lograr un beneficio más completo en la reducción sintomática o en el mejoramiento de su funcionamiento diario. Dado que los tratamientos impactan en diferentes áreas de la vida del paciente, la combinación tendría un impacto también más amplio. En *segundo lugar*, los diseños han puesto el énfasis en aumentar la probabilidad de respuesta, es decir, lograr que la mayor cantidad posible de pacientes se beneficien del abordaje implementado. Este objetivo se basa en el supuesto según el cual diferentes pacientes responden a diferentes tratamientos, por tanto un abordaje combinado incrementará la proporción de pacientes que obtienen un beneficio clínicamente significativo. En *tercer lugar*, estos autores sostienen que la combinación de tratamientos puede incrementar la amplitud de respuesta. La medicación actúa más rápidamente que la psicoterapia mientras que la psicoterapia muestra efectos más amplios o más duraderos. Los autores citan el ejemplo de la terapia interpersonal (TIP) (Klerman et al., 1984) que muestra en algunos estudios un efecto en la calidad de las relaciones interpersonales de los pacientes que no se ha observado en los pacientes que recibieron tratamientos farmacológicos; también mencionan el ejemplo de la terapia cognitiva (Beck et al., 1983), que en adelante incluiremos bajo la denominación más amplia de terapia cognitiva-conductual

(TCC), la cual muestra un efecto más duradero que los tratamientos farmacológicos mediante la reducción del riesgo de recaídas/recurrencias. En *cuarto y último lugar*, esta revisión sostiene que la combinación puede promover la aceptación de cada monoterapia: gracias a la medicación, algunos pacientes pueden ser más tratables psicoterapéuticamente y, viceversa, la psicoterapia puede favorecer la aceptación y adherencia a los tratamientos farmacológicos o tolerar sus efectos adversos. Esto es lo que otros autores denominan un efecto de habilitación mutua.

Por otra parte, el modo en que se puede llevar a cabo la combinación de tratamientos puede variar. De acuerdo a lo que proponen Zindel Segal et al. (2002), en relación al TC para la depresión, existen tres tipos o formatos de combinación de tratamientos. La *combinación simultánea*, que se refiere a la aplicación conjunta de dos modalidades terapéuticas desde el inicio del tratamiento, en la fase aguda. La *combinación secuencial* supone la aplicación de dos modalidades terapéuticas en diferentes fases del tratamiento. Usualmente se la emplea para aquellos casos en los que se busca mejorar los logros alcanzados por el tratamiento utilizado durante la fase aguda, por no haber obtenido una remisión completa de los síntomas. Y, finalmente, la *combinación alternada* que supone el cambio de una modalidad terapéutica a otra, en la etapa de mantenimiento de un tratamiento. Su aplicación está destinada a consolidar los resultados derivados de la fase aguda y, especialmente, a prevenir recaídas y recurrencias.

Se podría decir que, en términos generales, el TC mostró resultados superiores a la monoterapia en diferentes situaciones clínicas. En las patologías *crónicas*, ya sean trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad o síndromes psicóticos, la mayoría de los estudios encontró evidencia a favor de la combinación. La *severidad* así como la *recurrencia* también se han identificado, en las diferentes revisiones y guías clínicas, como características que predicen mejor respuesta a los tratamientos combinados (Keegan y Garay, 2008; Garay et al., 2008; Torrente, 2006; Hollon et al., 2005; Cottraux et al., 2005; Thase y Jindal, 2004; NICE, 2005, 2004 a, 2004 b, 2004 c; APA, 2007, 2004, 2000 a, 1998, Fabrissin y Garay, 2003; Garay, 2003; Taragano et al., 2002; DGSM). Aunque esto, desde luego, no prohíbe la utilización del TC en otras circunstancias clínicas, debe servir de advertencia desde el punto de vista de la optimización de recursos puesto que si, por ejemplo, un TC se muestra igual de eficaz que una monoterapia, no tendría sentido emplear aquél, desde el punto de vista del costo-beneficio o eficiencia.

En parte motivado por este propósito de hallar qué tratamientos o combinación de tratamientos permite alcanzar los resultados deseados ha crecido de modo vertiginoso el interés por definir aquellos tratamientos con apoyo empírico. Aunque inicialmente aplicado a los tratamientos de tipo biológico, la investigación clínica también se

ha trasladado al campo de las psicoterapias (Chambless y Ollendick, 2001; Chambless y Hollon, 1997). En términos generales, la meta a la que se aspira es que un determinado tratamiento pruebe, en un ensayo aleatorizado y controlado, una superioridad con respecto al placebo o que se muestre igual o más efectivo que un tratamiento ya establecido. Para poder establecer comparaciones entre los tratamientos instaurados, es necesario también contar con grupos homogéneos de pacientes, de allí que la mayoría de estos estudios se basan en criterios consensuados mediante sistemas diagnósticos operativos, como la CIE-10 o el DSM-IV.

Debido a ello, las terapias de orientación psicodinámicas, cuyas intervenciones resultan más difíciles de protocolizar han implicado un desafío metodológico que, sólo en los últimos años, ha acentuado la investigación correspondiente para procurar investigar empíricamente sus resultados, aunque cuentan con una importante tradición en investigaciones de proceso (Vidal y Benito, 2006; Kernberg, 2002; Gabbard et al., 2002). Un reflejo de este inconveniente puede leerse en el meta-análisis conducido por Leichsenring et al. (2004). En este trabajo, los autores buscan los estudios controlados para medir la eficacia de terapias psicodinámicas breves desde el año 1970 hasta el año 2004. Se encuentran que sólo 17 trabajos cumplen criterios de estudios controlados y randomizados y que, de éstos, sólo tres valoran la eficacia de la terapia psicodinámica breve junto con medicación en un esquema de TC. Las conclusiones a las que arriban es que si bien los resultados parecen prometedores, es demasiado escaso el número de estudios como para extraer conclusiones categóricas acerca de la utilidad de las mismas para los diferentes trastornos psiquiátricos.

Por el contrario, las TCC y la TIP han coincidido desde sus inicios con tal tendencia y, por tanto, poseen una gran tradición en la investigación clínica de resultados que les brinda la clara superioridad que muestran en este terreno (Weisman, 2007; Beck, 2005; Chambless y Ollendick, 2001; Chambless y Hollon, 1997).

A continuación, se revisará la evidencia publicada en los últimos diez años sobre la eficacia del TC en los trastornos depresivos.

LA COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

El abordaje de los trastornos depresivos constituye el terreno en el cual la mayor cantidad de investigaciones sobre TC ha centrado su atención. Inicialmente, los estudios sobre combinación de tratamientos en la depresión siguió un modelo de combinación simultánea y los escasos estudios registrados durante la década del '80 adoptaron ese formato (Segal et al., 2002). Cuando los tratamientos de la depresión fueron extendiéndose en plazos y en complejidad, se dividieron fases del tratamiento: una *fase de continuación* luego de la *fase agu-*

da y más adelante una *fase de mantenimiento*. En principio, esta división se aplicó al tratamiento farmacológico. Los pioneros en introducir este modelo secuencial a la psicoterapia fueron los investigadores de la TIP (Frank et al., 1990) y luego fue tomado por los autores de la TCC (Jarret et al., 2001). Esto permitió que se diseñaran nuevos modelos de combinación entre psicoterapia y farmacoterapia. Así, durante la fase aguda, se diseñó una combinación secuencial frente a la no respuesta o la respuesta parcial y durante la fase de mantenimiento, la alternación de tratamientos con el objetivo de prevenir las recaídas/recurrencias. Como consecuencia de estos desarrollos se llevaron a cabo complejos estudios con el fin de evaluar la eficacia/eficiencia de las diferentes opciones de combinación. Según el tipo de trastorno depresivo y la fase del tratamiento, se estudiaron las diferentes modalidades de combinación: simultánea, secuencial y alternada. Ordenamos los estudios más relevantes en función de ello. La *combinación simultánea*, recordemos, se realiza desde el inicio del tratamiento durante la fase aguda. Sin duda, el estudio más importante realizado con esta modalidad de combinación es el estudio multicéntrico llevado a cabo por Keller et al. (2000) en pacientes con depresión crónica. En este estudio se incluyeron 681 pacientes y se observó una importante superioridad de la combinación sobre los grupos que recibieron monoterapia en la tasa de respuesta (85% en la combinación vs. 52% en psicoterapia y 55% en farmacoterapia). Es importante destacar que los pacientes seleccionados no fueron excluidos por presentar comorbilidades en el eje II, haciendo a la muestra más similar a la población que se asiste en la práctica cotidiana.

Ravindran et al. (1999) estudiaron la combinación simultánea de sertralina con TCC de formato grupal en 97 pacientes con trastorno distímico y observaron una diferencia no significativa a favor de la combinación. Miller et al. (1999) estudiaron el TC en 26 pacientes con depresión doble y observaron una diferencia significativa a favor del grupo que recibió TC en la sintomatología depresiva y el funcionamiento social. Sin embargo, dicha diferencia no se mantuvo en el seguimiento.

El TC de terapia psicodinámica y medicación comenzó a ser estudiado más recientemente (Roth y Fonagy, 2004). De los tres estudios existentes (de Jonghe et al., 2004; Burnand et al., 2002; de Jonghe et al., 2001), el más reciente estudio de Franz de Jonghe et al. (2004) involucró 191 pacientes con depresión mayor o depresión doble tratados con terapia psicodinámica o TC (venlafaxina mayormente). Si bien no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en la sintomatología depresiva, la psicoterapia fue más aceptada por los pacientes. Lo interesante del estudio fue incluir la perspectiva del usuario en el diseño, algo habitualmente descuidado.

La revisión sistemática realizada por Sandro Pampallo-

na et al. (2004) se basó en 16 estudios, publicados entre 1980 y 2002, que compararon el uso de medicación con la combinación de éstos con psicoterapias de diferentes modelos teóricos (TIP, TCC, terapia psicodinámica, etc). Los autores centraron la revisión en evaluar si existe evidencia acerca de la superioridad de la combinación con respecto a la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, la relación entre el cumplimiento del tratamiento y su eficacia. Si bien la tasa de respuesta fue favorable a la combinación simultánea, no fue tan evidente la diferencia respecto a la adherencia al tratamiento.

La revisión de Steven Hollon et al. (2005), basada en estudios publicados desde 1980 a 2004, concluye que la combinación simultánea ofrece ventajas sobre la monoterapia en pacientes específicos. Los pacientes con elevados niveles de severidad (internados, con síntomas vegetativos predominantes o alteraciones neurológicas evidentes), con comorbilidad y con un curso crónico serían los candidatos para la combinación simultánea según la mencionada revisión. Otras revisiones también apoyan la idea de considerar a la *cronicidad en todas sus formas* (depresión mayor crónica, depresión doble y trastorno distímico) como el criterio por excelencia para la aplicación de un TC (Roth y Fonagy, 2005; Fabrissin y Garay, 2003; Trivedi y Kleiber, 2001).

Las guías de tratamiento actuales (NICE, 2004; Taragano et al., 2002; APA, 2000 a) muestran también un consenso para la combinación simultánea de tratamientos en los pacientes crónicos y complejos (vg. comorbilidades y elevados niveles de severidad).

La *combinación secuencial*, como mencionamos anteriormente, consiste en agregar un segundo tratamiento para potenciar los resultados alcanzados por el primero. Esta modalidad se aplica en aquellos pacientes que no han alcanzado respuesta, han alcanzado una respuesta parcial o conservan síntomas residuales. Dependiendo de cuál sea la modalidad de tratamiento durante la fase aguda, se agregará psicoterapia o medicación o se reemplazará uno por otro.

Siguiendo una de las posibilidades en este formato de combinación, el estudio más ambicioso es el denominado STAR*D (sigla en inglés de Tratamientos Alternativos y Secuenciales para Mitigar la Depresión). Desde el año 2001 al 2004 este ambicioso estudio, realizado en 41 centros de los EE. UU., reclutó 4041 pacientes con depresión mayor a los cuales administró como primer tratamiento el fármaco antidepresivo citalopram. Si los pacientes no respondían o no alcanzaban la remisión con este antidepresivo pasaban a un segundo nivel en el cual recibían una estrategia de potenciación con tres modalidades de tratamiento seleccionadas al azar (sertralina, bupropión o terapia cognitiva) o a un grupo de reemplazo con las mencionadas opciones también elegidas al azar. De no alcanzar la respuesta o remisión se

continuaba con una serie de niveles en los cuales se potenciaba o cambiaban a diferentes estrategias farmacológicas (Rush et al., 2004). Con respecto al tema que tratamos aquí, el estudio STAR*D concluye que la terapia cognitiva como estrategia de potenciación o reemplazo es equivalente a cualquiera de las opciones farmacológicas, sertralina o bupropion (Rush, 2007). Las estrategias farmacológicas se mostraron más veloces mientras que la terapia cognitiva fue más tolerada (Thase et al., 2007).

Otros estudios de combinación secuencial se llevaron a cabo con menor cantidad de pacientes. El estudio de Newcastle y Cambridge (Paykel et al., 1999) reclutó 158 pacientes con síntomas residuales de depresión mayor tras haber recibido tratamiento farmacológico con diferentes tipos de antidepresivos (ISRS, IMAO o tricíclicos) por 8 semanas. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: TC (terapia cognitiva → medicación) o medicación solamente. La combinación secuencial incrementó el porcentaje de remisión completa (25% con TC vs. 13% con medicación) y redujo la tasa de recaídas/recurrencias en el seguimiento de 68 semanas (29% con TC vs. 47% con medicación sola).

La TIP también fue estudiada como estrategia de potenciación en formatos de combinación secuencial (Frank et al., 2000). Este estudio reclutó 339 pacientes mujeres con depresión mayor recurrente (tres o más episodios en casi todos los sujetos). Una cohorte de 159 pacientes recibió TIP como monoterapia durante la fase aguda. A quienes no respondieron, se les agregó fluoxetina. Se observó una tasa de remisión mayor en el grupo de combinación secuencial (79.3 % vs. 49.7%). En este estudio, otra cohorte de 180 pacientes recibió combinación simultánea y el 66% alcanzó la remisión (un porcentaje significativamente menor que el logrado mediante la combinación secuencial). Este estudio sugiere que la combinación secuencial permite lograr mayores porcentajes de remisión que la combinación simultánea en pacientes con depresión mayor recurrente.

El estudio de Keller et al. (2000) antes mencionado, tuvo una segunda etapa en la cual se aplicó un formato de combinación secuencial a los pacientes que recibieron monoterapia en la primera parte del estudio (sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual o nefazodona). Schatzberg et al. (2005) cruzaron a los pacientes: quienes no respondieron a la psicoterapia recibieron medicación y viceversa. En total, 156 pacientes con depresión crónica no respondieron a la monoterapia. Se observó que el 57% de los pacientes que no respondieron a nefazodona sí respondieron al sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual. Por su parte, el 42% de los pacientes que no respondieron a ese tipo de psicoterapia sí respondieron a nefazodona. Igualmente, recordemos que esta población, los pacientes con depresión crónica, se benefician más según este mismo estudio con la combinación simultánea

que con la combinación secuencial.

En conclusión, el formato de combinación secuencial se basa en el siguiente supuesto: diferentes pacientes responden a diferentes estrategias de tratamiento. Dado que no poseemos claros predictores diferenciales de respuesta que nos permitan saber a qué modalidad de tratamiento responderán los diferentes tipos de pacientes, podemos iniciar el abordaje con una monoterapia para luego, en caso de obtener una respuesta parcial o no obtener respuesta, implementar una estrategia de potenciación o reemplazo en un formato secuencial de TC. La evidencia sugiere que los pacientes con depresión recurrente serían buenos candidatos para combinación secuencial.

La tercera forma de combinación de psicoterapia y medicación, la *alternación de tratamientos* o *combinación alternada*, consistente en implementar un segundo tratamiento durante la fase de mantenimiento cuando el primero ha logrado alcanzar la remisión del trastorno, teniendo por objetivo prevenir las recaídas y recurrencias. Su aplicación es para los pacientes en remisión que se encuentran en un riesgo alto de experimentar una recaída o una recurrencia. El principal predictor de recurrencia o recaída es la presencia de episodios depresivos previos, por tanto esta estrategia de combinación se aplica principalmente en pacientes con depresión mayor recurrente.

Los estudios realizados sobre combinación alternada siguen varias líneas de investigación. La pionera en esta modalidad es la TIP (Klerman y Weisman, 1984). El estudio de Ellen Frank et al. (1990) evaluó una adaptación de la TIP, llamada TIP de mantenimiento, cuyo foco es más amplio que el área problema definida en la TIP de la fase aguda. La idea de esta adaptación fue aumentar las habilidades y competencias adquiridas en la fase aguda así como producir cambios en los modelos estables del comportamiento, es decir, en la personalidad. La TIP de mantenimiento consiste en una serie de sesiones administradas primero quincenalmente y luego en forma mensual, a lo largo de tres años. En el estudio que mencionamos (Frank et al., 1990), realizado con 128 pacientes mujeres con depresión recurrente, el grupo que recibió TC (TIP de mantenimiento e imipramina) mostró, en el seguimiento de tres años, una tasa de recaída/recurrencia del 20% en comparación al 90% del grupo control (que recibió manejo clínico y placebo). No hubo diferencia significativa con el grupo que recibió manejo clínico e imipramina, lo cual se atribuyó a que las dosis de imipramina fueron máximas mientras que las dosis de terapia interpersonal de mantenimiento fueron mínimas.

Recientemente, este estudio fue replicado (Frank et al., 2007) prestando especial atención a la dosis de TIP de mantenimiento (sesiones semanales, quincenales o mensuales). 233 mujeres con depresión mayor recurrente recibieron durante la fase aguda: TIP como mo-

noterapia o TC secuencial (TIP e ISRS) si no respondían a la terapia interpersonal como monoterapia. En la fase de mantenimiento, recibieron TIP de mantenimiento por dos años. Al cabo de ese período, el grupo que recibió TIP en la fase aguda y de continuación, logró durante la TIP de mantenimiento una tasa de recurrencia de 26% mientras que el grupo de combinación secuencial mostró un 50% de recurrencia. Se concluyó que quienes responden a la TIP en la fase aguda, se benefician más con la TIP de mantenimiento que quienes no responden en la fase aguda. No se observaron diferencias significativas con respecto a la dosis de TIP de mantenimiento (semanal, quincenal o mensual).

Giovanni Fava y el grupo de la Universidad de Bologna evaluaron el impacto de la TCC en la prevención de recaídas/recurrencias en pacientes que alcanzaron la remisión con diferentes fármacos antidepresivos (Fava et al., 1994). El estudio fue realizado con 40 pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente, asignados al azar a un grupo control o a TCC durante la fase de mantenimiento. Se realizaron seguimientos a los dos, cuatro y seis años. En comparación con el grupo control, el grupo de TC mostró una tasa de recaídas/recurrencia significativamente menor: del 35% vs. 15% a los dos años, 70% vs. 35% a los cuatro años y 75% vs. 50% a los seis años (Fava et al., 1996, 1998). Con posterioridad, desarrollaron una intervención que denominaron terapia del bienestar que combinaron con modificación del estilo de vida para pacientes que alcanzaron la remisión con psicofármacos pero con riesgo de recaídas y recurrencias (Fava, 1999). Con un diseño similar, estudiaron esta forma de intervención en pacientes con depresión mayor recurrente con historia de tres o más episodios depresivos. Comparado con el grupo control, el TC mostró una clara superioridad en el porcentaje de tasa de recaídas/recurrencias: el 80% vs. 25% a los dos años y 90% vs. 40% a los seis años (Fava, et al., 2004). Dentro de los modelos más innovadores en los desarrollos recientes de la terapia cognitiva, se encuentra la "terapia cognitiva basada en la conciencia plena" (Segal et al., 2002) desarrollada en base al modelo de activación diferencial de John Teasdale et al. (1999) y el programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena de Jon Kabat-Zinn (1990). Se trata de una intervención de formato grupal, consistente en ocho encuentros de dos horas de duración. En el primer estudio controlado (Teasdale et al., 2000), se reclutaron en varios centros de asistencia a 145 pacientes con depresión mayor recurrente que habían alcanzado la remisión tras recibir diferentes tratamientos farmacológicos durante la fase aguda. Fueron asignados al azar un grupo que recibió la terapia cognitiva basada en la conciencia plena y otro, el tratamiento usual. La intervención estudiada mostró una superioridad en la tasa de recaídas/recurrencias en comparación con el grupo control en los pacientes con historia de tres o más epi-

sodios depresivos (el 77% de la muestra): el 37% en el grupo que recibió la intervención versus el 66% en el grupo control. En un segundo estudio (Ma y Teasdale, 2004), se pudo replicar este resultado con 77 pacientes con depresión recurrente. En los pacientes con tres o más episodios depresivos, la tasa de recaídas/recurrencias fue del 36% en el grupo que recibió la intervención vs. el 78% en el grupo control. Esta diferencia aumentó en los pacientes con historia de cuatro o más episodios: el 38% con la intervención estudiada vs. el 100% en el grupo control.

Tanto la TIP de mantenimiento, la TCC sola o junto a la terapia del bienestar/modificación del estilo de vida y la terapia cognitiva basada en la conciencia plena se han asociado fuertemente con la reducción de las recaídas/recurrencias en los pacientes de alto riesgo (tres, cuatro ó más episodios depresivos). La importancia clínica de los hallazgos en estos pacientes podría resolver el problema de la aceptabilidad de tratamientos farmacológicos de duración indefinida para reducir las recaídas/recurrencias. La combinación alternada de antidepresivos en la fase aguda y psicoterapia en la fase de mantenimiento parece ser una opción que capitaliza las ventajas diferenciales de cada modalidad de intervención en la depresión recurrente, volviéndose especialmente eficiente.

CONCLUSIONES

En los últimos años, se observa un incremento importante de estudios sobre el TC, especialmente en los trastornos del estado del ánimo. En los trastornos depresivos, los diferentes formatos de combinación establecidos así como la importancia de los estudios llevados a cabo, con mayor rigor metodológico y con seguimientos a largo plazo permiten afirmar que la combinación simultánea de medicación y psicoterapia es especialmente importante en los pacientes con depresión crónica. Por su lado, la combinación alternada debe considerarse en los pacientes con depresión recurrente (especialmente en aquellos casos con 3 o más episodios depresivos). Algunas guías clínicas incluyen esta modalidad (NICE, 2004 b; APA, 2000 a) aunque sin especificar el formato más adecuado para los diferentes subtipos de los trastornos. Es de esperar que el futuro cercano provea de nuevos estudios que permitan establecer lineamientos de mayor precisión en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrest, M. (1994). Los residentes de salud mental en 1994. Características poblacionales y sus opiniones sobre la formación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 41 (3): 219-229.
- Allgulander, C.; Bandelow, B.; Hollander, E.; Montgomery, S.A.; Nutt, D.; Okasha, A.; et al. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Spectrums*, 8 (Suppl. 1): 53-61.
- American Psychiatric Association (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a edición). Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Disponible en: www.psych.org
- American Psychiatric Association (2000 a). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd Edition. Disponible en: www.psych.org
- American Psychiatric Association (2000 b): *Diagnostic and statistical manual on mental disorder* (4th edition, text revision). Washington DC, Author.
- American Psychiatric Association (2004 a). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Disponible en: www.psych.org
- American Psychiatric Association (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Disponible en: www.psych.org
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B.; Emery, G. (1983 [1979]), *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao: Desclee de Brower.
- Beck, A. (2005). The Current State of Cognitive Therapy. A 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62: 953-959.
- Burnand, Y.; Andreoli, A.; Kolatte, E.; Venturini, A. Rosset, R. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Service*, 53: 585-590.
- Chambless, D.; Hollon, S. (1998): Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1): 7-18.
- Chambless, D.; Ollendick, T. (2001): Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- de Jonghe, F.; Hendriksen, M.; van Aalst, G.; Kool, S.; Peen, J.; Van, R.; et al. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 185: 37-45.
- de Jonghe, F.; Kool, S.; Aalst, G., et al (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 64: 217-229.
- Dirección General de Salud Mental, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Guía de procedimiento lineamientos para la orientación y actuación clínico-comunitaria trastorno bipolar. Disponible en: www.redexport.gov.ar [No figura la fecha en la que fue publicado.]
- Fabrissin, J.; Garay, C. (2003). Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12 (1): 33-55.
- Fava, G. (1999). Well-being therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68: 170-178.
- Fava, G.; Grandi, S.; Zielezny, M.; Canestrari, R.; Morphy, M. (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depression disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1295-1299.
- Fava, G.; Grandi, S.; Zielezny, M.; Rafanelli, C.; Canestrari, R. (1996). Four year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153: 945-947.
- Fava, G.; Ruini, C.; Rafanelli, C.; Finos, L.; Conti, S.; Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161: 1872-1876.
- Fava, G.; Rafanelli, C.; Grandi, S.; Conti, S.; Balluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55: 816-820.
- Frank, E.; Grochocinski, V.; Spanier, C.; Buysse, D.; Cherry, C.; Houck, P.; Stapf, D.; et al. (2000) Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61: 51-57.
- Frank, E.; Kupfer, D.; Buysse, D.; Swartz, H.; Pilkonis, P.; Houck, P.; et al. (2007) Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 164: 761-767.
- Frank, E.; Kupfer, D.; Perel, J.; Cornes, C.; Jarrett, D.; Mallinger, A.; et al. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47: 1093-1999.
- Gabbard, O.; Gunderson, J.; Fonagy, P. (2002). The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 59: 505-510.
- Garay, C.; Hornes, A.; D'Alessandro, F, Martini, S. (en evaluación). Guías clínicas en salud mental: conocimiento, valoración y uso en el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires.
- Garay, C.; Fabrissin, J.; Korman, G. (2009). Conocimiento y uso de las guías clínicas por parte de los profesionales en formación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Tomo I, 51-54. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Garay, C.; Fabrissin, J.; Etchevers, M. (2008). Combinación de tratamientos en salud mental. La perspectiva de profesionales en formación en la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias de las Jornadas de Investigación*, Vol. 15, Tomo I: 40-41. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Garay, C.; Korman, G. (2008). Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 19 (77): 491-495.
- Garay, C.; Korman, G. (2008). Sistemas de creencias y complementariedad terapéutica en pacientes con trastorno bipolar: bases para un modelo psicoeducativo. Primeras entrevistas abiertas y recurrentes. *Memorias de las Jornadas de Investigación*, Vol. 15, Tomo I: 42-43. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Garay, C. (2003). Modelos cognitivo-conductuales de los trastornos psicóticos. *Memorias de las Jornadas de Investigación*, Vol. 10, Tomo I: 61-63. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Hollon, S.; Jarrett, R.; Nierenberg, A.; Thase, M.; Trivedi, M.; Rush, A. (2005). Psychotherapy and Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression: Which Monotherapy or Combined Treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.
- Hollon, S.; Jarrett, R.; Nierenberg, A.; Thase, M.; Trivedi, M.; Rush, A. (2005). Psychotherapy and Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression: Which Monotherapy or Combined Treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.
- Jarrett, R.; Kraft, D.; Doyle, J.; Foster, B.M.; Eaves, G.; Silver, P. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 58: 381-388.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Delta Press: New York.
- Keegan, E.; Garay, C. (2007). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 18 (76): 423-427.

- Keller, M.; McCullough, J.; Klein, D.; Arnow, B.; Dunner, D.; Gelenberg, A. et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kernberg, O. (2002). Psychoanalytic Contributions to Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 59: 497-498.
- Klerman, G.; Weissman, M.; Rounsaville, B.; Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.
- Korman, G.; Garay, C. (2005). Prácticas terapéuticas con alusión a lo sagrado y su relevancia para el psicólogo clínico de orientación cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIV (2): 45-52.
- Korman, G.; Garay, C. (2007). Complementariedad terapéutica: Terapia Cognitiva y Yoga. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología / UBA*, 12 (3): 85-96.
- Leibovich de Duarte, A.; Huerin, V.; Roussos, A.; Rubio, M.; Zannotto, M.; Juan, S.; Torricelli, F. (2008). Metas psicoterapéuticas que priorizan residentes y concurrentes psicólogos y médicos en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias de las Jornadas de Investigación*, 15, 1: 50-52. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, V.; Huerin, V.; Roussos, A.; Rutzstein, G.; Torricelli, F.; Rubio, M. (2004) El proceso inferencial clínico: psicólogos y médicos en formación en el área de la salud mental. Proyecto UBACyT P089. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Leichsenring, F.; Rabung, S.; Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61: 1208-1216.
- Lipovetzky, G.; Agrest, M. (2006). Tratamientos combinados. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 17 (68): 261-262.
- Ma, S.; Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1): 31-40.
- McCullough, J. (2000). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Miller, I.; Norman, W.; Keitner, G. (1999). Combined treatment for patients with double depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68: 180-185.
- Milrod, B.; Leon, A.; Busch, F.; Rudden, M.; Schwalberg, M.; Clarkin, J.; Aronson, A.; Singer, M.; Turchin, W.; Klass, T.; Graf, E.; Teres, J.; Shear, K. (2007). A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164: 265-272.
- Morrison, A.; French, P.; Walford, L.; Lewis, S.; Kilcommons, A.; Green, J.; et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry*, 185: 291-297.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004 b). Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. Disponible en www.nice.org.uk
- Organización Mundial de la Salud (2000). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.
- Pampallona, S.; Bollini, P.; Tibaldi, G.; Kupelnick, B.; Munizza, C. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression. A Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*, 61: 714-719.
- Paykel, E.; Scott, J.; Teasdale, J.; Johnson, A.; Garland, A.; Moore, R.; et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. A controlled trial. *Archives General of Psychiatry*, 56: 829-835.
- Ravindran, A.; Anisman, H.; Merali, Z.; Charbonneau, Y.; Telner, J.; Biahk, R.; et al. (1999). Treatment of Primary Dysthymia with Group Cognitive Therapy and Pharmacotherapy: Clinical Symptoms and Functional Impairments. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1608-1617.
- Roth, A.; Fonagy, P. (2004). *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy*. 2nd Edition. Guilford: New York.
- Rush, J. (2007). STAR*D: What Have We Learned? *American Journal of Psychiatry*, 164: 201-204.
- Rush, J.; Fava, M.; Wisniewski, S.; Lavori, P.; Trivedi, M.; Sackeim, H.; et al. (2004). Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Controlled Clinical Trials*, 25: 119-142.
- Schatzberg, A.; Rush, A.; Arnow, B.; Banks, P.; Blalock, J.; Borian, F. et al. (2005). Medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Archives of General Psychiatry*, 62: 513-520.
- Segal, Z.; Vincent, P.; Levitt, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 27 (4): 281-290.
- Segal, Z.; Williams, J.; Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, Guilford.
- Taragano, F.; De Ustarán, J.; García Elorrio, E.; Geddes, J. (2002). Guía del manejo de la depresión en la atención primaria. Buenos Aires, Instituto Universitario CEMIC.
- Teasdale, J. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (Suppl 1), S53-77.
- Teasdale, J.; Segal, Z.; Williams, J.; Ridgeway, V.; Soulsby, J.; Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4): 615-623.
- Thase, M.; Jindal, R. (2004). Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. En Lambert, M. (ed.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edition, pp. 743-766. New York: Wiley.
- Torrente, F. (2006). Colaboración entre psiquiatras y psicólogos: revisión de la literatura. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 17 (68): 278-284.
- Torricelli, F.; López, P.; Leibovich de Duarte, A. (2007). Perfil de los residentes en salud mental: aspectos y preferencias formativas y clínicas. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación*, 1: 130-133. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Trivedi, M.; Kleiber, B. (2001): Algorithm for the Treatment of Chronic Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 [suppl 6]: 22-29.
- Van Apeldoorn, F.; van Hout, W.; Mersch, P.; Huisman, M.; Slaap, B.; Hale, W. et al. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117 (4): 260-70.
- Vidal y Benito, M. (2006). Psicoterapia en Psicooncología. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13 (51): 31-56.
- Weissman, M. (2007). Cognitive Therapy and Interpersonal Psychotherapy: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 164: 693-696.
- Wisniewski, S.; Fava, M.; Trivedi, M.; Thase, M.; Warden, D.; Niederhe, G. et al. (2007). Acceptability of second-step treatments to depressed outpatients: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 164 (5): 753-60.

Fecha de recepción: 20 de marzo de 2010

Fecha de aceptación: 5 de julio de 2010