

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 59 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2013

ISSN: 0001 - 6896

Editorial

145. Crisis y refutación del contractualismo psicolingüístico

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

147. Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales

JAZMÍN MORA-RIOS , MIRIAM ORTEGA-ORTEGA , GUILLERMINA NATERA , NATALIA BAUTISTA-AGUILAR

159. Diferencias individuales en resiliencia y estilos de afrontamiento del estrés

MARÍA BELÉN DEMATTEIS , SILVINA SOLEDAD GRILL , MARÍA DE LA PAZ SÁNCHEZ GALLO , CLAUDIA ELENA CASTAÑEIRAS , MARÍA CRISTINA POSADA

167. Aplicación de la combinación de psicoterapia y psicofarmacoterapia por psicólogos y psiquiatras de Buenos Aires

CRISTIAN JAVIER GARAY , MARÍA GUADALUPE ROSALES , JAVIER FABRISSIN , SABRINA AYELEN MARTINI , SABRINA AYELEN MARTINI , FABIÁN MARCELO D'ALESSANDRO , GUIDO PABLO KORMAN , MARTÍN JUAN ETCHEVERS

Actualización

180. La relación entre motivación y satisfacción laboral

PABLO SEBASTIÁN PEREZ VÍLAR , SUSANA AZZOLLINI

Traducción

186. La Psiquiatría más allá del paradigma actual

PAT BRACKEN, PHILIP THOMAS, SAMI TIMIMI, EIA ASEN, GRAHAM BEHR, CARL BEUSTER, SETH BHUNNOO, IVOR BROWNE, NAVJYOAT CHHINA, DUNCAN DOUBLE, SIMON DOWNER, CHRIS EVANS, SUMAN FERNANDO, MALCOLM GARLAND, WILLIAM HOPKINS, RHODRI HUWS, BOB JOHNSON, BRIAN MARTINDALE, HUGH MIDDLETON, DANIEL MOLDAVSKY, JOANNA MONCRIEFF, SIMON MULLINS, JULIA NELKI, MATTEO PIZZO, JAMES RODGER, MARCELLINO SMYTH, DEREK SUMMERFIELD, JEREMY WALLACE, DAVID YEOMANS.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 59 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2013

ISSN: 0001 - 6896

Historia

196. Los alienistas argentinos ante el ilusionista Onofroff (1895)

MAURO SEBASTIÁN VALLEJO

Nota

207. El constructo teórico de desesperanza y el comportamiento suicida en Aarón Beck y Martín Seligman

MARTHA CÓRDOVA OSNAYA, JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ

Informaciones

214. Comentarios a *Historia personal de la monja Teresa de Jesús de Francisco Alonso Fernández*

SERGIO J. VILLASEÑOR BAYARDO.

Fundación **acta**

Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Diana Vidal: Secretaria

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º

Luis Meyer: Tesorero

Edith Serfaty: Vicepresidente 2º

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Original

Aplicación de la combinación de psicoterapia y psicofarmacoterapia por psicólogos y psiquiatras de Buenos Aires

CRISTIAN JAVIER GARAY, MARÍA GUADALUPE ROSALES, JAVIER FABRISSIN, SABRINA AYLÉN MARTINI, FABIÁN MARCELO D'ALESSANDRO, GUIDO PABLO KORMAN, MARTÍN JUAN ETCHEVERS

CRISTIAN JAVIER GARAY
Magister en Cultura y Sociedad
con mención en Salud.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires,
UBACyT. R. Argentina.

MARÍA GUADALUPE ROSALES
Licenciada en Psicología. Facultad
de Psicología, Universidad de
Buenos Aires, UBACyT. R.
Argentina.

JAVIER FABRISSIN
Médico, especialista en
Psiquiatría.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires,
UBACyT. R. Argentina.

SABRINA AYLÉN MARTINI
Licenciada en Psicología. Facultad
de Psicología, Universidad de
Buenos Aires, UBACyT. R.
Argentina.

FABIÁN MARCELO D'ALESSANDRO
Licenciado en Psicología. Facultad
de Psicología, Universidad de
Buenos Aires, UBACyT. R.
Argentina.

GUIDO PABLO KORMAN
Doctor en Psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires,
UBACyT. Centro Argentino de
Etnología Americana,
Consejo Nacional
de Investigaciones Científicas y
Tecnológicas (CONICET – CAEA).
R. Argentina.

MARTÍN JUAN ETCHEVERS
Magister en Cultura y Sociedad
con mención en Salud,
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires,
UBACyT. R. Argentina.

CORRESPONDENCIA
Lic. M. Guadalupe Rosales.
Sarmiento 3357, C1196AAK.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
R. Argentina;
guadaluperosales@psi.uba.ar

Introducción: el tratamiento combinado (TC) en salud mental alude a la aplicación conjunta de un tratamiento psicofarmacológico y un tratamiento psicoterapéutico para el abordaje de una problemática clínica determinada. Se trata de una práctica habitual en el campo de la salud mental aunque los criterios para decidir su implementación no fueron sistemáticamente analizados. Se reseñan los estudios más relevantes al respecto. Materiales y métodos: se administró un cuestionario acerca de los criterios y objetivos de esta modalidad de tratamiento a 270 profesionales (66 médicos y 204 psicólogos) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Resultados:** los criterios considerados para decidir un TC fueron *severidad de la patología* (67.40%), *patología* (64.77%), *riesgo suicida* (56.29%), *respuesta al tratamiento* (30%) y *curso del trastorno* (27%). En cuanto a los *objetivos* para implementar un TC, ambos grupos optaron mayoritariamente por la *reducción de síntomas* (72.9%) y sólo en el objetivo *mejorar la adherencia al tratamiento* se encontró una diferencia significativa ($\chi^2= 27.875$; $gl1$; $p=.000$) entre médicos (38.46%) y psicólogos (9.45%). Los conocimientos para implementar un TC fueron adquiridos en la *práctica clínica* (71.7%) y el *intercambio con otros profesionales* (66.7%), mientras que un 13.1% señaló la *carrera de grado*. **Discusión y conclusiones:** existen discrepancias entre médicos y psicólogos con relación a la implementación de un TC, como así también entre los resultados de la evidencia científica y la práctica clínica. Finalmente se destaca la falta de capacitación en las carreras de grado acerca del TC.

Palabras Claves: Tratamiento combinado – Psicoterapeutas – Psiquiatras – Clínicos – Argentina.

Application of the Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy by Psychologists and Psychiatrists from Buenos Aires

Introduction: In the field of mental health, combined treatment (CT) refers to the joint application of pharmacotherapy and psychotherapy for addressing a specific clinical situation. CT is a common practice for the treatment of mentally ill patients. However the criteria for deciding its implementation were not systematically evaluated. This work outlines the most relevant studies about this issue. **Material and methods:** a self-administered questionnaire was used to determine the criteria and objectives mental health professionals take into account to decide on the use of a CT. The total sample was 270 mental health professionals from the Ciudad Autónoma de Buenos Aires (66 physicians and 204 psychologists). **Results:** the criteria used to decide on a CT were *severity of mental disorder* (67.40%), *pathology* (64.77%), *suicide risk* (56.29%), *treatment response* (30%) and *course of the disorder* (27%). *Amelioration of symptoms* was the objective pointed out by most physicians and psychologists (72.9%) to implement a CT, and only the objective *to improve adherence to treatment* reached a significance difference ($\chi^2= 27.875$; $gl1$; $p=.000$) between physicians (38.46%) and psychologists (9.45%). The knowledge *to implement a CT* was acquired at *clinical practice* (71.7%) and *by the working relationship with other mental health professional* (66.7%), and only the 13.1% at University. **Discussion and Conclusions:** there are discrepancies between physicians and psychologists regarding the way they implement a CT and also between the results of scientific evidence and clinical practice. Finally it was highlighted the lack of formal training about combined treatment at University.

Key words: Combined Treatment – Psychotherapists – Psychiatrists – Clinicians – Argentina.

Introducción

El uso combinado de medicación y psicoterapia para el tratamiento de un paciente, es una práctica frecuente en el ámbito de la salud mental. En nuestra disciplina se la conoce como tratamiento combinado (TC) y se la puede incluir dentro del campo de las prácticas interdisciplinarias. Según un estudio realizado en nuestro ámbito [28], basado en una muestra de 411 profesionales, el 94.7% de los médicos y el 91% de los psicólogos señalaron atender pacientes en TC.

Existen numerosas investigaciones que evalúan los resultados obtenidos con la aplicación de un TC en el tratamiento de diferentes trastornos mentales. Estos trabajos están dirigidos a definir si el TC es superior a la monoterapia, si se justifica su empleo (según una perspectiva de efectividad)¹ y en qué condiciones clínicas. A continuación ofrecemos una reseña de los estudios más significativos que evaluaron la eficacia del TC para los principales trastornos psiquiátricos, a corto y largo plazo.

Trastornos depresivos. La mayoría de los estudios sobre TC se realizaron con pacientes depresivos, y se ocuparon de comparar alguna modalidad de monoterapia (psicoterapia o farmacoterapia) con el TC. En uno de los estudios más citados, Keller *et al.* [25] reclutaron 681 pacientes con depresión crónica y compararon los resultados del *TC en formato simultáneo*² contra el Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo-Conductual (CBASP son sus siglas en inglés), por un lado, y la nefazodona, por el otro. Se observó una diferencia significativa a favor del TC, con una tasa de

respuesta del 85%, mientras que la psicoterapia y la farmacoterapia alcanzaron el 52% y el 55%, respectivamente. En la misma dirección, otro estudio también halló una superioridad del TC en pacientes con depresión severa o crónica [33], aunque dicha superioridad no se mantuvo en el seguimiento a los 6 y 12 meses. Las revisiones realizadas en base a estudios publicados en los últimos 25 años sugieren que el TC es la mejor opción para los pacientes con depresión crónica o severa [22]. Entre las formas de psicoterapia recomendadas se encuentran la Terapia Interpersonal (TIP) [17] y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (por ejemplo, [10]).

En relación con los pacientes con depresión recurrente, se observó que cuanto mayor es el número de episodios depresivos, más adecuada es la implementación de un *TC en formato secuencial*³ [13, 15]. Por otra parte, los resultados son favorables hacia el *TC en formato alternado*⁴ en pacientes con síntomas depresivos residuales que han recibido tratamiento farmacológico con tres o más episodios depresivos [31] y en pacientes con depresión resistente luego de recibir TIP [42, 17].

Finalmente, en la segunda fase del importante estudio denominado *Alternativas de tratamiento secuencial para aliviar la depresión* (STAR*D son sus siglas en inglés) se compararon estrategias de potenciación y de sustitución del tratamiento farmacológico inicial (citalopram) en aquellos pacientes con respuesta parcial durante la primera fase del estudio. La utilización de TCC como de psicofármacos, en formatos de TC secuencial y alternado, mostró resultados de efectividad

¹ Se entiende como eficacia aquello que representa resultados favorables en un contexto de investigación. La efectividad, por su parte, implica resultados favorables en la práctica clínica habitual y la eficiencia, por último, supone buenos resultados al menor coste posible.

² El TC en formato simultáneo consiste en la aplicación de modalidades terapéuticas diferentes en forma conjunta y desde el inicio del tratamiento. Se realiza durante la fase aguda del trastorno y con el objetivo de alcanzar la respuesta y remisión del mismo.

³ El TC secuencial consiste en la aplicación de las dos modalidades terapéuticas en diferentes fases del tratamiento, habitualmente se lo utiliza en 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.

⁴ El TC en formato alternado implica el cambio de una modalidad terapéutica a otra en la etapa de mantenimiento de un tratamiento; su aplicación busca consolidar el beneficio obtenido en la fase aguda y, especialmente, prevenir recaídas y recurrencias.

similares para la potenciación o sustitución del tratamiento farmacológico inicial [47].

Considerando las recomendaciones de tratamiento difundidas en las guías clínicas para la depresión (por ejemplo, [37, 5]), se observa un acuerdo con la evidencia presentada [25, 33, 22] respecto de utilizar TC en pacientes con depresión crónica y severa, y se añade que la recurrencia, la persistencia de síntomas sub-sindrómicos, la pobre adherencia al tratamiento inicial y la complejidad del cuadro (síntomatología psicótica, comorbilidad, factores psicosociales de riesgo y antecedentes de internación psiquiátrica) se vuelven criterios de selección para un TC en pacientes depresivos.

Trastorno bipolar. En el trastorno bipolar (TB) está bien establecido que la farmacoterapia es el tratamiento principal e inexcusable, por ello sólo se estudió el TC en comparación con la monoterapia farmacológica. Se observó la superioridad del TC por encima de la monoterapia farmacológica antirrecurrencial [9, 41, 45], atribuyéndole al agregado de los tratamientos psicosociales un beneficio adicional en la prevención de recaídas, en la reducción de los índices de hospitalización y en la adherencia al tratamiento. En el mismo sentido, tanto en las revisiones de Miklowitz *et al.* [32], de Vieta y Colom [50] o de Lohich *et al.* [29] como en las guías clínicas existentes [4, 36], el TC simultáneo con antirrecurrenciales y abordajes psicoterapéuticos específicamente diseñados para el TB (TCC, TIP del ritmo social, terapia focalizada en la familia y psicoeducación individual o grupal) es recomendado como el tratamiento de primera elección para este grupo de pacientes.

Esquizofrenia y trastornos psicóticos. Al igual que en el TB, los abordajes psicosociales para los trastornos psicóticos asumen un rol complementario al tratamiento farmacológico. Diversas revisiones consideran que el TC simultáneo es superior a la monoterapia farmacológica en pacientes afectados por estos cuadros. Existen 3 meta-análisis y más de 20 estudios clínicos controlados [por ejemplo,

26, 52, 23, 14, entre otros] y revisiones [24], que mostraron la efectividad del TC en la reducción de la sintomatología positiva (delirios y alucinaciones). La combinación de TCC y psicofármacos, además, resultó superior a la monoterapia farmacológica y al grupo control en la prevención de los primeros episodios psicóticos en pacientes con alto riesgo [34] y en los síntomas persistentes de la esquizofrenia [52]. Las guías clínicas más difundidas [6, 38] recomiendan el TC para la esquizofrenia y confían a la psicoterapia el cuidado de la adherencia al tratamiento farmacológico. Incluso, en la versión del 2009 de las guías clínicas del NICE, se menciona a la «*adherence therapy*», una forma abreviada de TCC desarrollada principalmente a los efectos de mejorar la adherencia [38].

Trastornos de ansiedad. A pesar de la elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad, el TC para dichos cuadros, y en comparación con los trastornos mencionados previamente [7, 11], no ha sido exhaustivamente estudiado, por lo que los resultados no son determinantes [1, 35].

En el TC del trastorno por pánico la información disponible es controversial y no permite una conclusión firme [35, 51]. Por un lado, existen una serie de estudios que respaldan el uso del TC [48, 7], mientras que otros desaconsejan su implementación, planteando que el uso de psicofármacos podría dificultar el aprovechamiento de los resultados obtenidos con la psicoterapia [11].

En cuanto a la fobia específica, y de manera similar a lo manifestado por Black *et al.* [11] y Bandelow *et al.* [7] en sus revisiones, no fue posible hallar estudios en los que se compare la eficacia del TC versus otros tratamientos, aunque es de destacar que tampoco existe una indicación psicofarmacológica aprobada de manera específica para este tipo de patología. Algo similar ocurre en la fobia social, donde se concluye que no existe evidencia suficiente para sostener las ventajas de implementar un TC [7, 11].

Respecto del trastorno por estrés postraumático (TEPT) existen estudios que indican que el TC podría ser útil en los casos que no respondan al tratamiento de primera línea, la terapia cognitivo-conductual, o que presenten otras comorbilidades psiquiátricas [40]. Según la Guía Clínica de APA [2], los últimos estudios refuerzan la intervención de TCC con exposición, facilitada por la prazosina (antagonista adrenérgico, utilizado para remitir las pesadillas y trastornos del sueño propios del TEPT), pero se concluye que aún se requiere mayor cantidad de estudios para este tipo de recomendación. Una postura conservadora sostiene que harían falta más investigaciones para pacientes que presentan esta patología [11, 39].

Los ensayos controlados y aleatorizados sobre la eficacia del TC en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) son escasos y los resultados no han mostrado que esta modalidad sea superior a la monoterapia [12, 16, 13]. Se mantienen aquí las conclusiones a las que arribaron Black *et al.* (11) y Bandelow *et al.* (7) en sendas revisiones y meta-análisis: no hay evidencia suficiente que avale el uso preferencial de TC en el TAG [18].

En cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los resultados de los estudios de Van Oppen [49] y Rufer [44], indican que no habría evidencia a favor de la superioridad del TC, mientras que el estudio de Tenneij [46] presenta evidencia sobre los beneficios adicionales en pacientes que presentaron una respuesta inicial a la medicación. De forma similar, las guías clínicas del NICE [39] señalan la superioridad del TC, al menos para algunos subtipos de TOC (cuadros más severos y crónicos), aunque señalan el carácter «limitado» de la evidencia que la soporta.

Podemos concluir mencionando que las guías clínicas de mayor difusión [1-3, 35, 39] consideran el TC para los trastornos de ansiedad como una opción posible pero no establecen claros criterios para su implementación. La mayor controversia en cuanto al TC de los trastornos de ansiedad se relaciona con la

real efectividad de los psicofármacos, dado que varios estudios muestran que, en el seguimiento a largo plazo, no se mantuvieron los resultados beneficiosos alcanzados inicialmente [8]. A su vez, y como mencionamos, algunas investigaciones incluso sugieren que los psicofármacos podrían interferir negativamente con la respuesta a la psicoterapia [11].

Como se puede observar, existen numerosos estudios realizados con el propósito de contar con evidencia empírica sobre los resultados del TC en diversos trastornos mentales. Sin embargo, y a pesar de la evidencia mencionada, se desconocen los criterios que utilizan los profesionales de Buenos Aires a la hora de implementar un TC [19, 20, 21] o existe poco conocimiento acerca de los mismos [27, 28]. Es por ello que en este estudio exploratorio se propuso conocer el modo en que profesionales de nuestro medio (médicos y psicólogos) combinan medicación y psicoterapia en su práctica clínica. Más específicamente, se indagó en qué objetivos persiguen dichos profesionales cuando combinan medicación y psicoterapia, de qué manera lo llevan adelante y qué criterios los guían a la hora de decidir si implementar o no un TC. Asimismo, fue un objetivo conocer dónde adquieren dichos criterios y a qué atribuyen el resultado positivo de un TC.

Preguntas que guían el estudio

La pregunta general que guía este estudio es la siguiente: ¿Cómo combinan medicación y psicoterapia los médicos y psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires? A partir de ésta, se pueden plantear algunas preguntas específicas, las cuales surgen de la práctica profesional de los autores y de entrevistas abiertas y recurrentes realizadas previamente a la confección del cuestionario. Las mismas se listan a continuación:

- 1) ¿Existen diferencias entre médicos y psicólogos al considerar el riesgo suicida como un criterio para implementar un TC?
- 2) ¿Existen diferencias entre médicos y psicólogos al considerar la gravedad del trastor-

no que padece el paciente como un criterio para implementar un TC?

3) ¿Existen diferencias entre médicos y psicólogos al considerar la patología del paciente como un criterio para implementar un TC?

4) ¿Existen diferencias entre médicos y psicólogos al implementar el TC con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento?

5) ¿Existen diferencias entre médicos y psicólogos al implementar el TC con el objetivo de mejorar la respuesta al tratamiento?

6) ¿Existen diferencias entre médicos y psicólogos con respecto al ámbito de formación sobre TC?

7) ¿A qué atribuyen el éxito terapéutico médicos y psicólogos?

Materiales y métodos

Este es un estudio exploratorio, de tipo descriptivo, transversal y mixto (cualitativo y cuantitativo) de dos etapas. La primera etapa consistió en entrevistas abiertas y recurrentes a diferentes profesionales de la salud mental acerca de los tratamientos combinados y en una revisión de la literatura empírica existente sobre TC en salud mental. En una segunda etapa, se construyó un cuestionario con base en las entrevistas mencionadas, el cual fue administrado en forma electrónica. El cuestionario constó de 9 preguntas cerradas de opciones múltiples y una pregunta abierta. Fue completado por médicos psiquiatras y psicólogos clínicos dedicados a la asistencia en salud mental, en diferentes etapas de su carrera profesional.

De la muestra total de profesionales que completaron el cuestionario (n=270), 66 son médicos y 204 psicólogos. Al momento de las entrevistas, todos los profesionales realizaban su actividad asistencial en diferentes ámbitos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su entorno (conurbano bonaerense), ver tabla 1.

Todos los datos se procesaron con el consentimiento de los profesionales encuestados y con preservación de sus identidades.

Para saber si existieron diferencias entre

Tabla 1. Características de la muestra

Profesión	%	N
Psicólogos	75.55	204
Médicos	24.44	66
Años de experiencia		
0 a 5	37.40	101
5 a 10	21.11	57
10 a 15	10	27
Más de 15	30.74	83
NC	.74	2
Orientación teórica*		
Psiquiatría psicodinámica	12.9	48
Psiquiatría biológica	8.87	33
Psicoanálisis	49.73	185
Terapia cognitivo-conductual	14.78	55
Terapia sistémico-relacional	6.72	25
Otras	6.98	26

*66 profesionales (25.38% de la muestra) se adjudicaron la pertenencia simultánea a dos o más orientaciones teóricas.

médicos y psicólogos en relación a los criterios que utilizan para implementar un TC y en los objetivos con los que llevan a cabo esta modalidad de abordaje, se realizó una prueba de chi cuadrado para cada una de las variables estudiadas. Se realizó el análisis estadístico con el *software* SPSS 17.0.

Resultados

Criterios para combinar tratamientos

Dentro de los criterios considerados para combinar tratamientos, el 67.40% de los profesionales eligió «severidad»; el 64.07% optó por «patología»; el 56.29% seleccionó «riesgo suicida»; el 30% la «respuesta al tratamiento»; y por último, el 27.77% el «curso del trastorno» (ver figura 1).

Al dividir la muestra en función de la profesión, se verificó que existen diferencias significativas entre psicólogos y médicos en la selección del criterio «severidad» para implementar tratamientos combinados ($\chi^2=14.445$; $gl=1$; $p=.000$). Un 75.38% de los psicólogos sostuvo apoyarse en este criterio para recomendar tratamientos combinados frente a un 49.23% de los médicos.

Con relación al criterio «riesgo suicida» se observaron asimismo diferencias significativas entre los profesionales considerando este criterio el 66.84% de los psicólogos y un

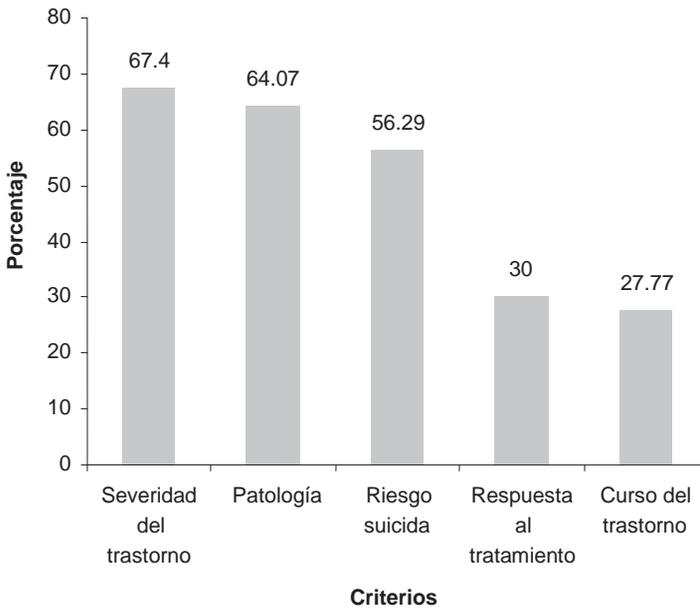


Figura 1. Criterios seleccionados por los profesionales para combinar medicación y psicoterapia (%)

35.94% de los médicos ($\chi^2=17.736$; $gl=1$; $p=.000$).

De manera similar, hubo una diferencia significativa ($\chi^2=15.527$; $gl=1$; $p=.000$) respecto del criterio «respuesta al tratamiento», puesto que los médicos lo consideraron en un 52.31% frente a un 24.87% por parte de los psicólogos.

No se observaron diferencias significativas entre médicos y psicólogos en relación a la implementación de un TC a partir de los criterios «patología» y «curso» (ver tabla 2).

Tabla 2. Criterios seleccionados por médicos y psicólogos para combinar medicación y psicoterapia (%)

Criterios	Psicólogos %	Médicos %
Severidad del trastorno*	75.38	49.23
Patología	62.18	81.54
Riesgo suicida*	66.84	35.94
Respuesta al tratamiento*	24.87	52.31
Curso	26.28	38.46

* Existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Objetivos para combinar tratamientos

Entre los objetivos elegidos para combinar tratamientos, el 72.96% de los profesionales eligió «reducir los síntomas del trastorno»; el 60.74%, seleccionó «facilitar el curso del tratamiento»; y por último, el 16.29% optó por «mejorar la adherencia al tratamiento» (ver figura 2).

Al dividir la muestra por profesión (psicólogos y médicos), se observaron diferencias significativas en la implementación de TC con el objetivo de «mejorar la adherencia al tratamiento» ($\chi^2= 27.875$; $gl=1$; $p=.000$), siendo los médicos quienes dan prioridad a este objetivo (médicos = 38.46% vs. psicólogos = 9.45%).

No se observaron diferencias entre ambos grupos de profesionales en referencia a los objetivos «facilitar el curso del tratamiento» y «reducir los síntomas» (ver tabla 3).

Ámbito de formación y adquisición de conocimientos en la implementación de TC

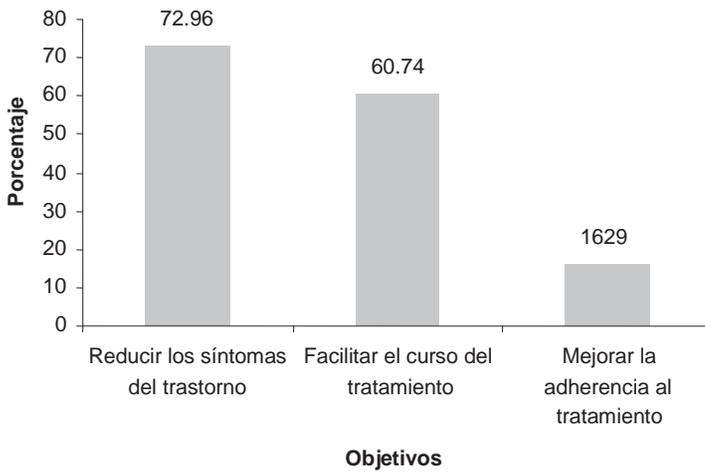


Figura 2. Objetivos seleccionados por los profesionales para combinar medicación y psicoterapia (%)

Tabla 3. Objetivos seleccionados por médicos y psicólogos para combinar medicación y psicoterapia (%)

Objetivos	Psicólogos %	Médicos %
Reducir los síntomas del trastorno	72.2	78.5
Facilitar el curso del tratamiento	59.3	67
Mejorar la adherencia*	9.45	38.46

* Existen diferencias significativas entre ambos grupos.

La carrera de grado (esto es, la carrera de medicina y de psicología) no fue señalada como una instancia formativa relevante en lo que se refiere a la impartición de lineamientos sobre la combinación de tratamientos. Sólo el 17% de los profesionales participantes de este estudio consideró que la currícula universitaria incluye información en tal sentido. A su vez, al comparar ambas profesiones, se observó que los médicos, aún en menor medida que los psicólogos (4% versus 21%, $\chi^2=8.361$; $gl=2$; $p=.015$), consideraron que la carrera de grado los capacitó para decidir la implementación de un TC.

La gran mayoría de los profesionales señaló que adquieren los conocimientos para combinar tratamientos en la práctica clínica

(75.92%), en la interacción con otros profesionales (64.44%) y en los cursos de formación profesional (61.85%). El 51.48% de los profesionales dice adquirir dichos saberes en supervisiones clínicas. Sobre estos ámbitos de aprendizaje para combinar medicación y psicoterapia, no se observaron diferencias significativas entre médicos y psicólogos.

Atribución del eventual éxito terapéutico del TC

Para la mayoría de los profesionales (76.67%), el cumplimiento de los objetivos planteados a la hora de implementar un TC está relacionado en el grado de comunicación existente entre el profesional que realiza la psicoterapia y quien establece el esquema farmacológico. En este punto no se observaron diferencias significativas entre médicos y psicólogos.

Dentro de otro aspecto al cual atribuir el eventual éxito del TC, se observó una diferencia significativa entre ambos grupos de profesionales ($\chi^2=6.102$; $gl=2$; $p=.047$) por cuanto el 57.57% de los médicos optó por atribuir a la patología del paciente el éxito de un TC, en comparación con el 40.68% de los psicólogos participantes.

Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en la exploración de los Criterios y Objetivos utilizados por los profesionales en la combinación de medicación y psicoterapia, es posible discutir las siguientes observaciones respecto de las similitudes y diferencias halladas entre médicos y psicólogos.

Sobre la consideración del criterio «riesgo suicida» a la hora pensar un TC, encontramos que los psicólogos utilizan dicho criterio en mayor medida que los médicos. Puede presumirse que la diferencia entre ambos grupos de profesionales obedece a varios factores. El riesgo suicida es una característica que se asocia a la gravedad del paciente y ambos son criterios para la implementación de un TC en varios trastornos, según los estudios empíricos reseñados. La mayoría de los psicólogos participantes de este estudio muestran una mayor afinidad con esta perspectiva. Es importante recordar que en nuestro medio, las urgencias psiquiátricas están comandadas principalmente por médicos. Es posible que esto se deba a la consideración de la medicación como una herramienta insoslayable de ser aplicada para brindar una contención sintomática inmediata, sumado a que, hasta hace pocos años, las leyes relativas a las internaciones en establecimientos de salud mental sólo facultaban al médico la posibilidad de internar.⁵ Si bien no siempre esto es necesario en un paciente con ideación suicida, tales situaciones son frecuentes y pueden haber incidido en las respuestas obtenidas en este estudio. En contrapartida, una tercera parte de los médicos participantes de este estudio señalaron considerar el TC, basándose en el criterio de riesgo suicida. Sorprende que dicho criterio sea considerado por una baja propor-

ción de los médicos, dado que existe un consenso según el cual el trabajo interdisciplinario con los psicoterapeutas puede aportar el beneficio de la contención y el seguimiento exhaustivo que se requiere con pacientes con riesgo suicida.

Es posible observar un comportamiento similar en la mayoría de los psicólogos, a diferencia de lo que sucede entre los médicos, frente al criterio de «severidad» como determinante en la elección del TC. En este caso, vuelven a encontrarse diferencias significativas pasibles de ser explicadas a partir de lo mencionado previamente con respecto al criterio «riesgo suicida». Además de la creencia comúnmente difundida según la cual los médicos están más entrenados en el manejo clínico de pacientes de mayor gravedad, puede suceder también que exista cierto desconocimiento respecto del importante impacto que logran ciertas intervenciones psicológicas en los casos más severos. En el caso de los psicólogos, por el contrario, la severidad del paciente es asociada con la necesidad de una intervención combinada posiblemente por la importancia que suele asumir, en los pacientes de mayor gravedad. Tal vez el entrelazamiento de los factores biológicos (necesarios de tratar con medicación) con las marcadas dificultades psicosociales (necesarias de abordar desde un enfoque psicoterapéutico), que hacen al deterioro funcional integral del paciente, puedan estar en la base de la consideración de los psicólogos.

Una tercera diferencia en cuanto a los criterios que llevan a la implementación de un TC en médicos y psicólogos, se halló en el criterio «respuesta al tratamiento». Dicho criterio se relaciona con el formato secuencial de TC, descrito anteriormente. En este caso, los médicos lo seleccionaron en mayor proporción que los psicólogos. Puede estimarse que en la práctica médica cuando no se obtiene la respuesta esperada al tratamiento farmacológico o bien cuando ésta se ve dificultada por factores de personalidad o socio-ambientales, se planifique un TC para lograr tal respuesta

⁵ Estos lineamientos legales cambiaron a partir de la Ley 448 (Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, reglamentada en 2004 (ver <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/anexos/drl448.html>) y la Ley 26657, Ley Nacional de Salud Mental, reglamentada en mayo del 2013 (ver <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/Index.castle>).

con la ayuda de psicoterapia. En contrapartida, la menor proporción de los psicólogos participantes que tiene presente este criterio podría explicarse por otras razones. Por un lado, ante la falta de respuesta a la psicoterapia los psicólogos pueden modificar la estrategia inicialmente aplicada, haciendo que, en primera instancia, no se considere la derivación a un psiquiatra. Por otra parte, y teniendo en cuenta la diversidad de orientaciones teóricas de los psicólogos participantes, se puede adjudicar la falta de respuesta a fallas en la implementación de técnicas, al estilo del paciente, a los tiempos subjetivos de elaboración terapéutica o bien, dentro del modelo psicodinámico, a resistencias normales del paciente en su proceso terapéutico, a dificultades transferenciales y contratransferenciales necesarias de elaborar para luego obtener una respuesta al tratamiento y que, de existir un tratamiento farmacológico combinado, éste podría silenciar los síntomas que se consideran materia prima para el buen avance del tratamiento analítico.

No se hallaron diferencias significativas entre médicos y psicólogos en los criterios relacionados con el «curso del trastorno» y con la «patología del paciente» para elegir un TC. Este último criterio es, sin embargo, más utilizado por los médicos, lo que puede responder al modo en que se plantean los tratamientos en la medicina, esto es, definiendo un diagnóstico y a partir de ello implementar el tratamiento adecuado. En el ámbito de Buenos Aires, dado que la mayoría de los psicólogos poseen una orientación psicodinámica, es posible que el diagnóstico no sea tan tenido en cuenta por éstos profesionales. Otros modelos en psicología, por ejemplo la TCC, se acercan más al estilo médico en lo que se refiere a las categorías diagnósticas y la determinación de un tratamiento específicamente diseñado.

De los datos obtenidos en relación con los «Objetivos para implementar un TC», se observa que tanto médicos como psicólogos priorizan la «reducción de síntomas». Lo

antedicho es esperable puesto que, aunque la remisión de síntomas no necesariamente implica la ausencia de psicopatología, sí implicaría mayor bienestar para el paciente. Desde el punto de vista de los psicólogos, con independencia del marco teórico, la reducción sintomática permite el trabajo psicoterapéutico, dado que muchas veces es difícil intervenir en pacientes con sintomatología severa.

«Mejorar la adherencia al tratamiento» fue el objetivo en que se apreciaron diferencias significativas entre los profesionales, siendo mayor la proporción de médicos que lo utilizan. Es sabido que existe una alta tasa de deserción en los tratamientos psicofarmacológicos, la cual se puede atribuir a la no tolerancia de los efectos adversos, la dificultad para cambiar los hábitos e incluir la medicación en la rutina diaria o bien porque tomar medicación puede resultar estigmatizante para algunos pacientes. Frente a estas dificultades no es de extrañar que los médicos se preocupen de antemano en facilitar y mejorar cuanto sea, la posible adherencia al tratamiento.

Se indagó también acerca de la «Adquisición de conocimientos para implementar un TC» que poseen ambos grupos de profesionales. Es de destacar que sólo una minoría de los profesionales indicó que la «carrera de grado» es el sitio donde adquirieron dichos conocimientos, siendo la «práctica clínica» y el «intercambio entre profesionales» las opciones mayoritariamente elegidas. De dicha información se desprende la necesidad de poner en debate los contenidos curriculares de las carreras de grado en la temática que se está discutiendo, dado que una vez obtenido el título habilitante, los profesionales pasarán a desempeñarse en la práctica clínica dentro del sistema de salud argentino, sin disponer de estos conocimientos básicos para desenvolver la práctica. Adquirir la mayor parte de los conocimientos para la combinación terapéutica de manera informal (en la «práctica clínica» y en el «intercambio entre profesionales») podría dificultar el

acceso de los profesionales a la información científica y podrían correr el riesgo de tomar decisiones intuitivas, en lugar de ofrecerle al paciente decisiones apoyadas en la mejor evidencia disponible. Por otra parte, estos ámbitos informales, muy importantes para la adquisición de la *expertise* profesional, corren el riesgo de permanecer incompletos si no se integran con el conocimiento de la evidencia científica disponible.

Finalmente, la mayoría de los encuestados consideró que el éxito de un TC, es decir, la posibilidad de cumplir con los objetivos planteados al momento de su implementación, depende de la «comunicación entre los profesionales intervinientes» en la atención del paciente, por sobre otras opciones, como marco teórico del profesional con el cual se trabajará en el equipo terapéutico o patología del paciente a tratar. Puede considerarse que la comunicación entre los profesionales permite incrementar la cantidad de información respecto de la situación clínica del paciente, lograr así mayor precisión diagnóstica, incrementar la adherencia a los tratamientos y establecer criterios consensuados sobre los objetivos del TC. No es de extrañar que dicha variable sea tan tenida en cuenta por los médicos y psicólogos participantes de este estudio ya que «el intercambio entre profesionales» es además considerada por estos profesionales como una fuente importante de adquisición de conocimientos. En consonancia con los hallazgos de este estudio, Lipovetzky y Agrest [28] observaron que la *escasez de tiempo para conversar acerca del paciente* fue señalada como la principal dificultad que observan los psicólogos con respecto a los psiquiatras. A su vez, para los psiquiatras, las principales dificultades que indicaron en el vínculo con los psicólogos (*escasez de conocimientos sobre psiquiatría/psicofármacos; dificultad para compartir un lenguaje común para hablar del paciente y la opinión contraria a los psicofármacos que transmiten al paciente*) podrían considerarse factores que dificultan el diálogo necesario para el trabajo en equipo. Riba & Balon [43] afirman que

dentro de las limitantes para el TC se incluyen, el no conocer las habilidades, fortalezas, debilidades y estilos del otro profesional, lo que traería como consecuencia que se establezcan objetivos incompatibles, inciertos o poco claros y que se produzca una competitividad poco deseable en el abordaje del paciente. Según otro estudio, el índice de coordinación para el caso de los psiquiatras fue igualmente bajo. El 36% de los psiquiatras dijo haberse comunicado con el psicólogo tratante para el 100% de sus pacientes, mientras que el 26% dijo que nunca habló con el psicólogo por ninguno de sus pacientes [30].

Volviendo a los resultados del presente estudio, los médicos, pero no así los psicólogos, atribuyen a la patología del paciente una variable de importancia para el éxito del TC. Esta discrepancia tal vez se apoye en el valor que tiene para los médicos, enfatizada desde la formación universitaria, la patología del paciente como factor determinante a la hora de valorar un tratamiento y su pronóstico.

Conclusiones

La realización del TC es una práctica frecuente en nuestro medio. En varios puntos se observan divergencias entre la evidencia disponible y los criterios y objetivos que tienen en cuenta los psiquiatras y los psicólogos clínicos del ámbito local. Se destaca la necesidad de realizar esfuerzos para evaluar en qué medida esa divergencia obedece a necesidades propias de la población asistida o a un desconocimiento de tales consensos por parte de los profesionales locales. En este sentido, las políticas tendientes a la difusión de las estrategias de combinación de medicación y psicoterapia que cuentan con evidencia empírica, podrían resultar necesarias. Por otra parte, la realización de estudios empíricos en nuestro medio que se propongan conocer cuáles son los beneficios que el TC aporta a las diversas problemáticas de salud mental, constituye una exigencia imperiosa, especialmente si se piensan las estrategias terapéuticas desde el punto de vista de la efectividad. Se detectó además la necesidad

de contar con mayor capacitación formal de los profesionales, respecto de los criterios y objetivos del TC en la práctica clínica. Si se toma en consideración la abundancia de espacios formativos existentes en nuestro medio, tanto en el ámbito público como privado, es llamativo que los profesionales no encuentren en dichas instancias la información pertinente al TC. Finalmente, la importancia atribuida a la comunicación entre los profesionales para el éxito de un TC, destaca la relevancia de fomentar una mayor fluidez en el diálogo entre los integrantes del equipo tratante.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, se trata de una muestra incidental, no probabilística, con lo cual la generalización de los resultados a la población de profesionales de Buenos Aires no es posible.

En segundo lugar, el cuestionario que se utilizó capta lo que los profesionales opinan sobre el TC o cómo dicen que lo implementan, pero no es posible saber en qué medida efectivamente trabajan considerando estos criterios y objetivos. Finalmente, la carencia de estudios empíricos de resultados o de procesos acerca del TC con población local, dificulta la posibilidad de comprender el modo en que los profesionales toman decisiones clínicas. Por estas razones, son necesarios estudios que superen estas limitaciones para comprender en qué medida el TC, tan frecuente en la práctica clínica cotidiana, se apoya en criterios firmes y acordes al estado de conocimiento del problema. Solamente así se podrá conocer la atención que recibe la población que requiere este complejo abordaje terapéutico.

Referencias

1. American Psychiatric Association. [Internet] Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Second Edition 2009. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1680635>
2. American Psychiatric Association. [Internet] Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. 2009. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1682793>
3. American Psychiatric Association. [Internet] Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. 2007. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1678180>
4. American Psychiatric Association. [Internet] Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Second Edition. 2002. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1669577>
5. American Psychiatric Association. [Internet] Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Third Edition. 2010. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1667485>
6. American Psychiatric Association. [Internet] Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second Edition. 2004. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1665359>
7. Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, Wedekind D, Rütger E. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(3):175-87.
8. Barlow D, Gorman J, Shear K, Woods S. Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine, or Their Combination for Panic Disorder, A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2000;283(19):2529-2536
9. Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. 2nd. Ed. New York: Guilford; 2005.
10. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brower; 1983.
11. Black DW. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders. *CNS Spectr*. 2006; 11(10 Suppl 12):29-33.
12. Bond AJ, Wingrove J, Valerie Curran H, Lader MH. Treatment of generalised anxiety disorder with a short course of psychological therapy, combined with buspirone or placebo. *J Affect Disord*. 2002; 72(3):267-271
13. Crits-Christoph P, Newman M G, Rickels K,

- Gallop R, Gibbons MB, Hamilton J L, et al. Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2011; 25(8):1087-94.
14. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial III. Five-years follow-up. *Br J Psychiatry.* 2010; 177:8-14.
 15. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(10):1872-6.
 16. Ferrero A, Piero A, Fassina S, Massola T, Lanteri A, Daga GA, et al. A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *Eur Psychiatry.* 2007; 2(8):530-539.
 17. Frank E, Grochocinski VJ, Spanier CA, Buysse DJ, Cherry CR, Houck PR, et al. Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *J Clin Psychiatry.* 2000; 61(1):51-7.
 18. Garay C, Rosales MG, Etchevers M. ¿Es superior el tratamiento combinado a la monoterapia en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada?. *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; 2012 Nov 27-30; Buenos Aires, Argentina. UBA; 2012.*
 19. Garay CJ, Fabrissin J, Korman GP. 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; 2009 Ago 06-08; Buenos Aires, Argentina: UBA; 2009.*
 20. Garay CJ, Hornes AP, Etenberg M, D'Alessandro F, Martini SA. Guías clínicas en salud mental: conocimiento, valoración y uso en el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; 2010 Nov 22-24; Buenos Aires, Argentina: UBA; 2010.*
 21. Garay CJ, Korman, GP. Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina. *Vertex Rev Arg de Psiquiat.* 2008; 19(77):491-495.
 22. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(4):417-22.
 23. Jackson HJ, McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Harrigan S, et al. A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four year follow-up readmission data. *Psychol Med.* 2005; 35:1-12.
 24. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto J, Campbell, C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Rev.* 2004; 18(4): CD000524.
 25. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med.* 2000; 342(20):1462-70.
 26. Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry.* 2002; 181(43):91-7
 27. Lipovetzky G, Agrest M. Aspectos clínicos de los tratamientos en colaboración entre psiquiatras y psicoterapeutas. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2006; 16(59):130-132.
 28. Lipovetzky G, Agrest M. Características del trabajo compartido entre psiquiatras y psicoterapeutas en el área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2008; 19(79): 85-94.
 29. Lolich M, Vázquez GH, Alvarez LM, Tamayo JM. Psychosocial interventions in bipolar disorder: a review. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012; 40(2):84-92.
 30. Lopiccolo CJ, Eldon Taylor C, Clemence C, Eisdorfer C. Split treatment: a measurement of coordination between psychiatrists. *Psychiatry (Edgmont).* 2005; 2(1):43-6.
 31. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72(1):31-40.
 32. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64(4):419-26.
 33. Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Combined treatment for patients with double depression. *Psychother Psychosom.* 1999; 68(4):180-5.
 34. Morrison AP, French P, Parker S, Roberts M, Stevens H, Bentall RP, et al. Three year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schiz Bull.* 2007; 33:682-687.
 35. National Institute for Clinical Excellence. [Internet] Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. *Clinical Guideline 22.* 2004. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: Disponible en <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg022nic>

- eguidelineamended.pdf
36. National Institute for Clinical Excellence. [Internet] Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. The Royal College of Psychiatrists & The Br Psychological Society. 2006. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nice-media/pdf/cg38fullguideline.pdf>
 37. National Institute for Clinical Excellence. [Internet] Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. Clinical Guideline 90. 2009. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: Disponible en <http://www.nice.org.uk/cg90>
 38. National Institute for Clinical Excellence. [Internet] Schizophrenia. The NICE Guideline on Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. Updated Edition. The Royal College of Psychiatrists & The Br Psychological Society. 2010. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nice-media/live/11786/43607/43607.pdf>
 39. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Internet] Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Clinical Guideline 31. 2005. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG31>
 40. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Internet] Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26. 2005. [Cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg026quickrefguide.pdf>
 41. Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, Marriott M, Bieling PJ, Cox LC, et al. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *J Affect Disord*. 2001; 65(2):145-53.
 42. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, et al. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56(9):829-35.
 43. Riba MB, Balon R. The challenges of split treatment. In J Oldham, Riba MB, editors. *Integrated treatment of psychiatric disorders. Review of Psychiatric*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2001. p.143.
 44. Rufer M, Hand I, Alsleben H, Braatz A, Ortman J, Katenkamp B, et al. Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 255(2):121-8.
 45. Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord*. 2008; 10(7):798-805.
 46. Tenneij NH, van Megen HJ, Denys DA, Westenberg HG. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(9):1169-75.
 47. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wisniewski SR, Trivedi MH, Luther JF, et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(5):739-52.
 48. Van Apeldoorn FJ, Van Hout WJPJ, Mersch PPA, Huisman M, Slaap BR, Hale WW 3rd et al. 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 Psychiatr Scand*. 2008; 117(4):260-70.
 49. Van Oppen P, Van Balkom AJLM, De Haan E, Van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(11):1415-22.
 50. Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(422):34-8.
 51. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2007; 7:18.
 52. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schiz Res*. 2005; 77(2-3):201-10.