IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2012.

¿Es superior el tratamiento combinado a la monoterapia en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada?.

Garay, Cristian Javier, Rosales, Ma. Guadalupe y Etchevers, Martin.

Cita:

Garay, Cristian Javier, Rosales, Ma. Guadalupe y Etchevers, Martin (2012). *¿Es superior el tratamiento combinado a la monoterapia en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada?. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-072/223

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/emcu/vHS

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

¿ES SUPERIOR EL TRATAMIENTO COMBINADO A LA MONOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA?

Garay, Cristian Javier - Leibovich De Duarte, Adela S.

Universidad de Buenos Aires

Resumen

El trastorno de ansiedad generalizada presenta características de cronicidad e inicio temprano. Algunos de los síntomas característicos del trastorno se solapan con síntomas depresivos. El tratamiento combinado (psicomarcológico y psicoterapéutico) de las formas crónicas de depresión ha mostrado superioridad sobre la monoterapia. Hasta el momento la evidencia a favor del tratamiento combinado en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada no es concluyente. Objetivo: averiguar si existe evidencia reciente acerca de la superioridad del tratamiento combinado en el trastorno de ansiedad generalizada. Resultados: la evidencia de los estudios clínicos controlados no apoya la superioridad del tratamiento combinado sobre la monoterapia en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Conclusiones: no existe evidencia para recomendar el tratamiento combinado a pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

Palabras Clave
Tratamiento-Combinado, trastorno-de-Ansiedad-Generalizada, TAG , evidencia.

Abstract

IS COMBINED TREATMENT SUPERIOR TO MONOTHERAPY IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER TREATMENT?

Generalized anxiety disorder is characterized by chronic course and early onset. Some of the specific symptoms of the disorder overlap with depressive symptoms. The combined treatment (psychopharmacological and psychotherapeutic) of the chronic forms of depression shows a superiority over monotherapy. The current evidence of the combined treatment for generalized anxiety disorder is not conclusive. Aim: to find out recent evidence supporting combined treatment for generalized anxiety disorder. Results: the evidence emerging from the randomized controlled trials doesn't support the combined treatment for generalized anxiety disorder. Conclusions: there are no evidence supporting the recommendation of combined treatment for patients with generalized anxiety disorder.

Key Words
Combined-Treatment, generalized-Anxiety-Disorder, GAD, evidence.

Introducción

La administración conjunta y planificada de psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento del trastorno mental de un paciente recibe el nombre de Tratamiento Combinado (TC). Se han especificado diferentes maneras de administrar un TC según las fases del tratamiento: combinación simultánea para la fase aguda, combinación secuencial para la fase de continuación y combinación alternada durante la fase de mantenimiento (Segal, Vincent, & Levitt, 2002). Cada una de estas formas tiene sus objetivos específicos: la respuesta y la remisión se buscan tanto en la combinación simultánea como en la combinación secuencial. La recuperación es un objetivo característico de la combinación alternada.

Si bien el TC es muy común en la práctica clínica cotidiana (Fabrissin & Garay, 2003; Torrente, 2006), no ha sido estudiado empíricamente en la misma proporción que las monoterapias psicológicas y farmacológicas (Thase, & Jindal, 2004). El TC de los trastornos de ansiedad exhibe más claramente esta desventaja en su estatuto empírico en comparación a los trastornos depresivos (Garay, Fabrissin, Korman, Etenberg, Hornes, D'Alessandro, & Etchevers, 2011; Garay, Fabrissin, Korman, & Etchevers, 2010; Bandelow, Seidler-Brandler, Becker, Wedekind, & Rüther, 2007). Los objetivos de los escasos estudios existentes han sido identificar en qué patología, cómo y cuándo es conveniente implementar un TC (Wisniewski, Fava, Trivedi, Thase, Warden, Niederehe, et al., 2007).

En las formas crónicas de depresión, la mayoría de los estudios encontró evidencia a favor del TC. En este grupo de trastornos, los más estudiados como se mencionó antes, la severidad y la recurrencia predicen una mejor respuesta al TC (Hollon, Jarrett, Nierenberg, Thase, Trivedi, & Rush, 2005; Cottraux, Bouvard, & Milliery, 2005).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se define actualmente por la preocupación crónica y excesiva sumada a una serie de síntomas propios de un estado de activación permanente (APA, 2000). El contenido del pensamiento de los pacientes con TAG se puebla de numerosas preocupaciones cotidianas haciendo de sus vidas algo intransitable. Con frecuencia, el estado de ánimo de estos pacientes se encuentra afectado y la comorbilidad con trastornos depresivos es frecuente, y el 60-70% de ellos experimentan un episodio depresivo mayor a lo largo de sus vidas (Kessler, DuPont, Berglund, & Wittchen, 1999). La sintomatología física de la ansiedad crónica es característica: fatiga, tensión muscular, "nervios" constantes, dificultades en la concentración, irritabilidad, malestares epigástricos y/o dificultades en el sueño. La vida de los pacientes con TAG muestra dificultades e impedimentos sociales, académicos y/o laborales de prolongada duración, además de un considerable sufrimiento subjetivo y con frecuencia de los familiares cercanos. Suelen requerir reiteradamente ayuda de los sistemas de salud, y muestran elevadas tasas de comorbilidad con otros trastornos de

ansiedad y depresión. La prevalencia anual es del 3.1 % (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Continúa siendo subdiagnosticado en la práctica clínica y su tratamiento es difícil.

El abordaje recomendado para las personas que padecen TAG consiste en un modelo de pasos que se inician con el menos intrusivo y más eficiente (NICE, 2011). En esta secuencia, el primer paso consiste en brindar información sobre el trastorno y las opciones de tratamiento, junto a un activo monitoreo del cuadro. El segundo paso, para aquellos pacientes que no hayan mejorado tras recibir información y monitoreo activo, da lugar a intervenciones psicológicas de baja intensidad (auto-ayuda no guiada y guiada, grupos psicoeducativos). El tercer paso, para pacientes sin adecuada respuesta al segundo paso, consiste en la elección de una psicoterapia de alta intensidad (terapia cognitivo-conductual o relajación aplicada) o un tratamiento farmacológico. Sólo en un cuarto paso se considera, para pacientes con un TAG "refractario" y con una marcada limitación funcional, descuido personal o elevado riesgo, el abordaje por parte de un equipo profesional altamente especializado que pudiera implementar un tratamiento psicológico y un tratamiento farmacológico, sea cada uno como monoterapia o combinados (NICE, 2011).

El tratamiento farmacológico del TAG consiste en la administración de antidepresivos, más específicamente, paroxetina, venlafaxina o imipramina (Kapczinski, Schmitt, & Lima, 2003). Las benzodiazepinas, eficaces en la disminución de los síntomas, se desaconsejan por sus efectos secundarios y el riesgo de generar dependencia y abstinencia, especialmente en el largo plazo (Allgulander, Bandelow, Hollander, Montgomery, Nutt, Okasha, et al., 2003). La buspirona no muestra resultados superiores a las benzodiacepinas a corto plazo y es inferior a los antidepresivos mencionados en el largo plazo (Chessik, Allen, Thase, Batista Miralha da Cunha, Kapczinski, Lima, et al., 2006). Con respecto a los tratamientos psicológicos, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) posee la mayor eficacia demostrada en estudios controlados y aleatorizados (Linden, Zubraegel, Baer, Franke, & Schlattmann, 2005), revisiones sistemáticas (Hunot, Churchill, Silva de Lima, & Teixeira, 2007) y meta-análisis (Hofmann & Smits, 2008). Las técnicas de relajación también mostraron resultados favorables (Siev & Chambless, 2007; Arntz, 2003).

Este trabajo tiene por objetivo reseñar los estudios empíricos de resultados existentes sobre el tratamiento combinado del TAG. Es la continuación de revisión iniciada en el año 2008 (Garay et al., 2010) y actualizada en el año 2011 (Garay, Fabrissin, Hornes, Etenberg, Martini, D´Alessandro, Rosales, et al., 2011) que forma parte de una serie de revisiones sobre el estatuto empírico del tratamiento combinado en diferentes trastornos (Fabrissin & Garay, 2003).

Metodología

La revisión bibliográfica se realizó en las bases de datos de MEDLINE. Las palabras clave utilizadas fueron: "generalized anxiety disorder", "generalised anxiety disorder", "combined treatment", "combination" "pharmacological treatment", "psychopharmacological treatment", "psychotherapy", "psychological treatment" y "psychosocial treatment".

Se incluyeron los estudios de resultados publicados hasta la actualidad, realizados con población adulta. No se incluyeron estudios realizados con población infanto-juvenil y adultos mayores.

Resultados

Sólo se hallaron 4 ensayos controlados y aleatorizados (ver tabla).

Autores	Año	N	Grupos	Resultados	Conclusiones
Power, Simpson, & Wallace	1990	101	1) Diazepam (5mg./d.) 2) Placebo 3) TCC 4) TCC + placebo 5) TC (TCC + diazepam)	Remisión sintomática en todos los grupos. Diferencia significativa a favor del grupo TC. La TCC obtiene mejores resultados que el diazepam.	
Bond, Wingrove, Curran, & Lader	2002	60	1) Buspirona + EMA 2) Buspirona + TND. 3) Placebo + EMA. 4) Placebo + TND.	No se observan diferencias significativas entre grupos.	Se recomienda la aplicación de un tratamiento psicológico breve para el tratamiento del TAG.

Ferrero, Piero, Fassina, Massola, Lanteri, Daga, Fassino, et al.,	2007	87	1) PPAB 2) ISRS 3) TC (ISRS + PPAB)	Recién a los 12 meses se obtuvieron diferencias. ISRS: 63% remisión. TC: 78% remisión.	Entre los tres grupos no se observaron diferencias significativas.
Crits-Christoph, Newman, Rickels, Gallop, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, et al.	2011	77	1) Venlafaxina 2) TC (TCC + venlafaxina)	No se observan diferencias significativas entre grupos.	No se recomienda la combinación de TCC y venlafaxina para el tratamiento del TAG

Tabla 1. Estudios clínicos controlados sobre el TC del TAG.

EMA = Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad. TND = Terapia no directiva. PPAB = Psicoterapia Psicodinámica Adleriana Breve. ISRS = Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. TC = Tratamiento Combinado. TCC = Terapia Cognitivo Conductual.

El primer estudio hallado sobre el tratamiento combinado en el trastorno de ansiedad generalizada, fue desarrollado por Power, Simpson y Wallace (1990) en un centro de atención primaria de la salud, durante un período de diez semanas. Se seleccionaron 101 pacientes y se los distribuyó en cinco grupos de tratamiento: diazepam (5 mg./d.), placebo farmacológico, TCC, TCC más placebo farmacológico y TC (TCC y diazepam). Todos los pacientes, recibieron la misma cantidad de sesiones, tanto con el médico de cabecera como con el psicólogo a su cargo y en el caso de la TCC, las intervenciones se enfocaron específicamente en la identificación y modificación de pensamientos automáticos y supuestos implícitos disfuncionales (Beck, Emery & Greenberg, 1985). En algunos pacientes se utilizó la relajación muscular progresiva de Jacobson (1938) y en otros casos en los que fue necesario, se hizo utilidad de la exposición gradual sistemática.

Tras finalizar el proceso de evaluación, se concluyó que todos los grupos mostraron una disminución significativa en la severidad de los síntomas del TAG. Sin embargo, a partir del día 70, se hallaron diferencias entre los grupos tratados con psicotrópicos y los abordados con psicoterapia. Es decir, no se evidenciaron diferencias entre los resultados obtenidos con placebo y con diazepam, pero por el contrario todos aquellos grupos que fueron tratados con TCC obtuvieron una mejoría estadísticamente significativa, ya sea como monoterapia o como tratamiento combinado con diazepam o placebo. Dichos datos arrojan como conclusión que, en este caso, la TCC parece volverse el ingrediente activo más importante en el tratamiento de la ansiedad generalizada.

Tras la finalización del protocolo, los autores realizaron un estudio de seguimiento de 6 meses y hallaron resultados similares. En esta instancia, incluyeron como estrategia de evaluación una serie de encuestas en las cuales indagaron qué tipo de auto-evaluación realizaban los psicólogos, los médicos y los pacientes respecto de la mejoría global y de la disminución de la sintomatología más grave, comparando los diversos tratamientos. Cada grupo debió contestar por las categorías “muy buena mejoría” vc. “buena mejoría” como indicativo de una recuperación clínica significativa y se obtuvieron los siguientes resultados: en términos de éxito, el diazepam obtuvo un 45% de opinión favorable, el placebo un 36%, la TCC el 86%, la combinación de placebo y TCC, el 72% y el tratamiento combinado de diazepam y TCC un 87%. Hubo un alto grado de acuerdo entre las calificaciones de los tres grupos (médicos, psicólogos y pacientes) respecto de la respuesta al tratamiento.

Los autores concluyen de esta manera, que el TC obtiene mejores resultados respecto de la mejoría sintomática, a pesar que no se hayan observado diferencias estadísticamente significativas entre la monoterapia y la combinación de tratamientos.

En un estudio posterior, realizado por Bond, Wingrove, Curran y Lader (2002), los autores buscaron evaluar la combinación de tratamiento, específicamente del Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad (EMA) y la buspirona, un ansiolítico no benzodiacepínico. Para ello dispusieron de 60 pacientes, evaluados en la Clínica de Trastornos de Ansiedad del Hospital Maudsley y se los distribuyó al azar en cuatro grupos: buspirona y EMA; buspirona y Terapia No Directiva (TND); placebo y EMA; placebo y TND.

La buspirona (5 mg.) y el placebo fueron administrados en 3 tomas diarias en la primera semana y luego aumentaron gradualmente hasta las 6 tomas diarias. Respecto de las psicoterapias, se utilizó un tratamiento inespecífico, denominado Terapia No Directiva (TND), en el cual se le permitía al paciente hablar libremente, se realizaban preguntas abiertas, sin utilizar ninguna técnica específica de un modelo teórico. Por otro lado, se implementó el Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad (EMA), orientado a la psicoeducación del trastorno, al entrenamiento en relajación muscular progresiva, a la identificación de síntomas, pensamientos y sentimientos asociados a la ansiedad y a su cambio.

Se evaluó a los pacientes en la cuarta y octava semana, observándose una marcada mejoría en todos los grupos; sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre los mismos.

Se distingue que los autores decidieron establecer como grupo control un TND con el fin de descartar que el efecto de remisión del trastorno se diera por efecto de los factores genéricos del tratamiento (la escucha del terapeuta, el espacio de conversación libre, la visita semanal, etc.) y encontraron que efectivamente, no existieron diferencias significativas entre el TND y el EMA. Respecto de la medicación, se observó

que si bien ambos tratamientos no difirieron en cuanto a eficacia, se observó una mayor tasa de deserción en el grupo de pacientes que recibieron buspirona. Los autores atribuyen este hecho a los efectos secundarios de la medicación y agregan que la buspirona parece ser más eficaz para los pacientes con TAG y depresión comórbida (Lader y Scotto, 1998). Dado esto, recomiendan un tratamiento psicológico breve como el mejor recurso para el abordaje del TAG.

Más recientemente, Ferrero et al. (2007), difundieron su investigación sobre la combinación de la Psicoterapia Psicodinámica Adleriana Breve (PPAB) y fármacos antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Ochenta y siete pacientes fueron divididos en tres grupos aleatoriamente: tratamiento farmacológico (ISRS, n=33), psicoterapia (PPAB, n=34) y tratamiento combinado (TC, n=20). La selección, en este caso, de un tratamiento psicodinámico, responde según los autores a la necesidad de buscar información sobre la eficacia de un enfoque distinto al tratamiento cognitivo conductual (TCC), dado que al igual que la terapia farmacológica, la TCC ha demostrado eficacia en la reducción de los síntomas clínicos (Milrod, Busch, Leon, Shapiro, Aronson, Roiphe, et al., 2000), pero a menudo requiere técnicas complementarias para restaurar el funcionamiento normal de un paciente en el largo plazo (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli, et al., 2005).

De esta manera, los autores (Ferrero, et al., 2007) implementan la PPAB, basada en el tratamiento individual psicoanalítico de Alfred Adler (Mosak, 1989). Mencionan que dicho enfoque se ocupa de las necesidades profundas expresadas en el sufrimiento del paciente y en su situación existencial, buscando como objetivo aumentar la autoestima y la auto-eficacia (Ferrero, et al., 2007).

Respecto de la medicación, se utilizaron antidepresivos ISRS siguiendo las últimas recomendaciones difundidas en las guías de buena práctica clínica para el tratamiento del TAG (Baldwin, Anderson, Nutt, Bandelow, Bond & Davidson, 2005; APA, 2006).

Una vez comparados los resultados, se observó que la mejoría en los tres grupos de pacientes (n=87) fue similar en los primeros 6 meses de tratamiento. Sin embargo, entre aquellos pacientes que permanecieron en tratamiento durante 12 meses (n=67), se observaron diferentes tasas de respuesta. El grupo tratado con ISRS mostró una tasa de remisión del 63%, mientras que los sujetos tratados con TC mostraron un 78% de mejoría. De todas formas, entre los tres grupos no se observaron diferencias significativas.

El estudio más reciente fue desarrollado por Crits-Christoph, Newman, Rickels, Gallop, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, et al. (2011), quienes evaluaron la combinación de venlafaxina, un antidepresivo Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRSNa) y terapia cognitiva conductual en pacientes con TAG.

En primera instancia, se reclutaron 334 pacientes, en centros de atención primaria de la salud y en una clínica de investigación psicofarmacológica. Estos pacientes se incluyeron en un estudio con venlafaxina, en dosis flexibles de 75-225 mg./d., como monoterapia. De este grupo de pacientes, 117 fueron distribuidos al azar en dos grupos, al primero (n = 77) se les ofreció TC y el segundo (n = 40) continuó con monoterapia farmacológica. De los 77 pacientes a los cuales se les ofreció TC, solamente 29 aceptaron, de los cuales solamente 12 completaron las 10 sesiones de terapia cognitivo conductual combinadas con venlafaxina (tratamiento combinado). Se implementó el modelo de terapia cognitivo conductual para el TAG de Borkovec & Costello (1993) y Borkovec et al. (2002), incluyendo técnicas de relajación progresiva, auto-monitoreo de las preocupaciones, desensibilización y respiración diafragmática entre otras. Se utilizaron a su vez, las técnicas planteadas por (Beck, Emery, & Greenberg, 1985) para los trastornos de ansiedad; tales como la psicoeducación sobre el papel de los pensamientos automáticos en el aumento de ansiedad, identificación de los pensamientos y las creencias subyacentes, generación de cogniciones alternativas y experimentos comportamentales. Respecto de los resultados, no se observaron diferencias significativas entre el grupo que recibió monoterapia farmacológica (n = 40) y aquellos que recibieron tratamiento combinado (n =12).

De esta manera, los autores concluyen que no hay evidencia que apoye el tratamiento combinado entre TCC y venlafaxina, confirmando lo planteado por los estudios previos (Bond, et al., 2002; Ferrero et al., 2007).

Discusión

Es de amplio conocimiento que el Tratamiento Combinado (TC) es utilizado frecuentemente en el campo de la salud mental con el objetivo de dar respuesta a diferentes trastornos mentales. En el medio local ha aumentado el interés por conocer qué criterios utilizan los profesionales para implementar un TC (Garay, Fabrissin, & Etchevers, 2008; Lipovetzky & Agrest, 2008) y por obtener evidencias científicas sobre las ventajas y desventajas de implementarlo en los trastornos de ansiedad.

Esta revisión se propuso actualizar la realizada en el año 2011, sobre TC en el TAG (Garay, Fabrissin, Hornes, Etenberg, Martini, D´Alessandro, Rosales, et al., 2011) en pos de hallar nuevos resultados que superaran los obtenidos hasta ese entonces. En los pocos estudios realizados hasta el año 2007 (Power, et al., 1990; Bond, et al., 2002, Ferrero, et al., 2007), se concluía que no existen diferencias significativas entre la monoterapia (farmacológica o psicoterapéutica) y el TC en el tratamiento del TAG.

Al día de hoy, lamentablemente se presenta un escenario similar al que lleva a Sudak (2011) a no mencionar el TC del TAG en su libro Combining CBT and Medication. An Evidence-Based Approach. En el último año se ha desarrollado sólo un estudio al respecto (Crits-Christoph, et al., 2011) y éste, al igual que en los anteriores (Power, et al., 1990; Bond, et al., 2002; Ferrero, et al., 2007), se realizó con ciertas limitaciones metodológicas que restringen el arribo a resultados contundentes. A saber, ninguno de los estudios mencionados ha cumplido con los requisitos para el diseño óptimo de 6 grupos, en donde se compararía: TC, psicoterapia + placebo, psicoterapia, fármaco, placebo y un grupo sin tratamiento. El estudio de Ferrero et al. (2007) no alcanza incluso, el diseño factorial mínimo de 4 grupos: TC, fármaco, psicoterapia, placebo (Klerman, Weissman, Markowitz, Glick, Wilner, Mason, et al., 1994), que permite discriminar el efecto del placebo (psicológico o farmacológico) en la comparación de tratamientos.

Más aún, al orientar la atención sobre la psicofarmacología utilizada, se distingue que en los primeros estudios (Power, et al., 1990, Bond, et al., 2002) se hace uso de ansiolíticos tales como el diazepam (benzodiacepina) y la buspirona (azapirona) respectivamente; los cuales, tal como se mencionó anteriormente, han demostrado

eficacia en la disminución de los síntomas pero se desaconsejan por sus efectos secundarios y por el riesgo de generar dependencia y abstinencia en el largo plazo (Allgulander, et al., 2003).

Sólo en los estudios más recientes (Ferrero et al., 2007; Crits-Christoph et al., 2011) se utilizaron los antidepresivos ISRS, recomendados como fármacos de primera elección para el tratamiento del TAG (Kapczinski, Schmitt, & Lima, 2003). Aún así, se observa que en el estudio de Ferrero et al. (2007), no se selecciona un antidepresivo (ISRS) específico, sino que se hace uso de una gama amplia de ISRS (paroxetina, citalopram, sertralina) y de ISRSNa (venlafaxina y mirtazapina), lo cual pone en descuido las diferencias existentes entre la vida media, la dosis y la eliminación de las distintas moléculas y sus consecuentes efectos, tanto en el organismo como en la propia remisión de síntomas.

Finalmente, con respecto a los modelos de tratamiento psicológico utilizados, sorprende nuevamente que solamente dos (Power, et al., 1990; Crits-Christoph et al., 2011) de los cuatros estudios hallados, hayan implementado la TCC como opción terapéutica, teniendo en cuenta que dicho abordaje posee la mayor eficacia demostrada para el tratamiento del TAG (Linden, et al., 2005; Hunot, et al., 2007; Hofmann & Smits, 2008). En contraposición, en los otros dos estudios (Bond, et al., 2002; Ferrero, et al., 2007), se implementaron una psicoterapia de orientación psicodinámica (PPAB) y un modelo de intervención (EMA), que a pesar de incorporar técnicas de relajación que demostraron resultados favorables (Siev & Chambless, 2007; Arntz, 2003), no alcanza el estatuto de tratamiento bien establecido, requisito fundamental en el espíritu de la práctica clínica basada en la evidencia, desde el cual se estudia la combinación de tratamientos específicos para un trastorno también específico.

Por lo tanto, es posible concluir que aún no se cuenta con evidencia empírica consistente que haya sido destinada a evaluar el TC en el TAG. Incluso, sobresale la carencia de estudios de seguimiento a largo plazo de TC en dicho trastorno, lo que brindaría información sustancial para los profesionales de la salud respecto de las recomendaciones clínicas y respecto de lo esperable en cuanto a remisión del trastorno y sus posibles recaídas.

Como en la anterior oportunidad (Garay, et al., 2011), se destaca la necesidad de realizar esfuerzos para el estudio del TC en el abordaje del TAG.

Bibliografía

Addis, M. E., Hatgis, C., Cardemil, E., Jacob, K., Krasnow, A .D., & Mans?eld, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 625-35.

Allgulander, C., Bandelow, B., Hollander, E., Montgomery, S.A., Nutt, D., Okasha, Pollack, M.H., et al. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. CNS Spectrums, 8 (Suppl. 1), 53-61.

American Psychiatric Association (2006). Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. New York: Oxford University Press.

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual on mental disorder (4th ed., text revision). Washington DC: Author.

Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. Behavioral Research and Therapy, 41(6), 633-46.

Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. T., Den Boer, J. A., et al. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of psychopharmacology Oxford England, 19(6), 567-596.

Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind. D., & Rüther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. World Journal of Biological Psychiatry, 8(3), 175-87.

Black, D. (2006). Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders. CNS Spectrums, 11:10 (Suppl. 12), 29-33

Bond, A.J., Wingrove, J., Valerie Curran, H., & Lader, M.H. (2002). Treatment of generalised anxiety disorder with a short course of psychological therapy, combined with buspirone or placebo. Journal of Affective Disorders, 72(3), 267-271.

Chessick, C., Allen, M., Thase, M., Batista Miralha da Cunha, A., Kapczinski, F., de Lima, M., & dos Santos Souza J. (2006). Azapirones for generalized anxiety disorder. Cochrane Database Systematic Review, Jul 19, 3.

Cottraux, J., Bouvard, M., & Milliery, M. (2005). Combining pharmacotherapy with cognitive-behavioral interventions for obsessive-compulsive disorder. Cognitive Behaviour Therapy, 34 (3), 185-192.

Crits-Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J. L., Ring-Kurtz, S., et al. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders, 25(8), 1087-94.

Davidson, J. (2001). Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 62, (Suppl. 11), 46-52.

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. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. Psychotherapy and Psychosomatics, 74(1), 26-30.

Ferrero, A., Piero, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Daga, G.A., & Fassino, S. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. European Psychiatry, 2 (8), 530-539.

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., 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 XV Jornadas de Investigación, tomo I, 40-41. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Garay, C., Fabrissin, J., Hornes, A., Etenberg, M., Martini, S., D´Alessandro, F., Rosales, M.G., et al. (2011). Tratamiento combinado en el trastorno de ansiedad generalizada: una revisión de estudios recientes. Actas del V Congreso Marplatense de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Garay, C., Fabrissin, J., Korman, G., Hornes, A., Etenberg, M., D'Alessandro, F., & Etchevers, M. (2011). Combinación de tratamientos en el abordaje de los trastornos de ansiedad. Investigaciones en Psicología, 16 (2), 63-79.

Garay, C., Hornes, A., Etenberg M., D´Alessandro, F., & Martini, S. (2010). 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, XVII Jornadas de Investigación y VI Encuentro de Investigadores del MERCOSUR, tomo I, 60-62.

Garay, C.J., Fabrissin, J.H., Korman, G.P., & Etchevers, M.J. (2010). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el

abordaje de los trastornos depresivos. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 17(1), 41-48.
Hofmann, S., & Smits, J. (2008) Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Journal of Clinical Psychiatry, 69 (4), 621-632.
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.
Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2007) Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database Systematic Review, 24 (1).
Kapczinski, F., Schmitt, R., & Lima, M.S. (2003). The use of antidepressants for Generalized Anxiety Disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, 2003.
Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. The American Journal of Psychiatry, 156(12), 1915-1923.
Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Archives of General Psychiatry, 62 (6), 617-27.
Klerman, G. L., Weissman, M. M., Markowitz, J. C., Glick, I., Wilner, P. J., Mason, B., et al. (1994). Medication and psychotherapy. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 734-782). Oxford: John Wiley & Sons.
Linden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005) Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD Study). Psychotherapy and Psychosomatics, 74 (1), 36-42.
Lipovetzky, G., & Agrest, M. (2008). Características del trabajo compartido entre psiquiatras y psicoterapeutas en el área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires, Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 19, 85-94.
Milrod, B., Busch, F., Leon, A. C., Shapiro, T., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., et al. (2000). Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. American Journal of Psychiatry, 157(11),1878-1880.
Mosak, H. (1989). Adlerian psychotherapy. En R. Corsini, D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies (pp. 65-118). Itasca, IL: Peacock.
National Institute of Health and Clinical Excelence (NICE)(2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with and without agoraphobia) in adults. CG113 Anxiety: NICE guidance. Recuperado de http://www.nice.org.uk
Power, K., Simpson, V., & Wallace, L. (1990). Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. British Journal of General Practice, 40, 289-294.
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.
Siev, J., & Chambless, D.L. (2007) Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75 (4), 513-22.
Sudak, D. M. (2011). Combining CBT and Medication. An Evidence-Based Approach. New Jersey: Wiley.
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 ed., 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.
Wisniewski, S., Fava, M., Trivedi, M., Thase, M., Warden, D., Niederehe, G., et al. (2007). Acceptability of second-step treatments to depressed outpatients: a STAR*D report. American Journal of Psychiatry, 164 (5), 753-760.