

# TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

## COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY IN GROUP ARRANGEMENTS FOR ANXIETY AND MOOD DISORDERS

Cristian Javier Garay, Guido Pablo Korman y Eduardo Keegan\*

### Resumen

*Se describen los diferentes modelos cognitivo-conductuales de tratamiento que se han implementado en formato grupal. Se mencionan las ventajas y las limitaciones del formato grupal sobre el tratamiento individual aplicado en pacientes con diferentes trastornos mentales y/o problemas de salud en general. Asimismo, se mencionan las propiedades preventivas del formato grupal en la población general. Se describen los modelos de tratamiento aplicados a pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo así como los estudios realizados a los fines de evaluar su eficacia, efectividad y eficiencia.*

**Palabras clave:** *Psicoterapia Cognitiva Conductual Grupal.*

### Summary

*This paper describes the different cognitive-behavioral treatments that have been implemented in group format. It also analyses the advantages and limitations of group*

---

\* **Cristian Javier Garay.** Licenciado y Profesor en Psicología de la UBA. Magíster en Cultura y Sociedad, IUNA-CAEA-CONICET. Docente de la II cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA. Miembro de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva desde 2003, sociedad integrante de la *International Association for Cognitive Psychotherapy*. Dirección: Sarmiento 3357 Piso 11° C (1196), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: cristianguaray@psi.uba.ar

**Guido Pablo Korman.** Licenciado y Profesor en Psicología de la UBA. Doctor y Magíster en Cultura y Sociedad, IUNA-CAEA-CONICET. Docente de la II cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA. Miembro de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva desde 2003, sociedad integrante de la *International Association for Cognitive Psychotherapy*. Dirección: Av. de Mayo 1437 Piso 1° A (1085), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: gkorman@arnet.com.ar

**Eduardo Keegan.** Doctor de la Facultad de Psicología de la UBA. Profesor Titular Regular de la II cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA. Director del Programa de Actualización en Psicología Clínica de Orientación Cognitiva, Facultad de Psicología, UBA. *British Council*, Posgrado del *Institute of Psychiatry, London University*. Fue presidente de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva en el período 2004-2007, sociedad integrante de la *International Association for Cognitive Psychotherapy*. Dirección: Av. Santa Fe 5099, Piso 6° A (1425), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: ekeegan@psi.uba.ar

*therapy vis-à-vis individual therapy as applied to patients with different mental disorders or clinical conditions. Impact on relapse prevention for group cognitive-behaviour therapy is considered. The paper presents summary information on treatment plans for anxiety and mood disorders in group format and reflects the findings of studies that evaluated their efficacy, effectiveness and efficiency.*

**Key words:** *Group Cognitive Behavioral Psychotherapy.*

## **Introducción**

Los diferentes modelos de tratamiento que se agrupan bajo el nombre de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) han sido aplicados con éxito a una amplia gama de trastornos mentales y problemas que aquejan a los seres humanos. Desde sus orígenes, dichos enfoques tuvieron un importante interés por obtener apoyo empírico para los modelos de intervención que han ido diseñando. Esto contribuyó a su gran difusión, y el espíritu integrador que han tenido en el aspecto técnico le permitió una gran aceptación por parte de los profesionales de la salud mental en diversos contextos.

El modelo de Aaron T. Beck para el tratamiento de la depresión (1967, 1983) -inicialmente unipolar y sin síntomas psicóticos- fue aplicado, conforme pasaron los años y se hicieron las modificaciones necesarias, a la depresión bipolar, los síntomas psicóticos y diversos trastornos de ansiedad (Keegan, 2007). Así, surgieron interesantes abordajes en los trastornos bipolares (Newman et al., 2005), los trastornos psicóticos (Keegan y Garay, 2007), el trastorno de pánico (Gould et al., 1995), el trastorno por estrés posttraumático (Bisson y Andrew, 2005), la fobia social (Taylor, 1996) y el trastorno de ansiedad generalizada (Ais et al., 2004).

El formato grupal presenta grandes ventajas sobre el individual en la relación costo-beneficio y la mayoría de los estudios no han encontrado diferencias significativas entre uno y otro en términos de eficacia (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004). Desde sus inicios, el modelo cognitivo de Beck contempló el formato grupal en el tratamiento de la depresión. De hecho, Hollon y Shaw (1983) redactaron un capítulo que integra el ya clásico libro *Terapia cognitiva de la depresión* (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1983). La conclusión final de estos autores enfatizó la necesidad de una composición homogénea del grupo en este tipo de tratamiento, es decir, destacaron la importancia de que el grupo esté integrado por pacientes con la misma patología. Además, cuatro de los ocho estudios clínicos de eficacia de la TC para la depresión son de formato grupal, proveyendo evidencia en favor de la Terapia Cognitiva Grupal (TCG). Las sesiones de estos primeros modelos se realizaron con grupos pequeños, formados por un número que iba de cuatro a ocho pacientes, y de una duración de alrededor de dos horas.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) también fue administrada en formato grupal (TCCG) en numerosos trastornos y problemas. Si bien la mayoría de estos modelos cognitivo-conductuales se han centrado en el tratamiento de trastornos mentales, también existen intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades médicas o a personas en riesgos con fines preventivos. En este último tipo de intervenciones, el formato grupal posee gran aceptación dado que no están dirigidas a personas aquejadas por un trastorno mental y no presentan problemas clínicos de una gravedad que justifiquen una atención individual (las propuestas de Seligman o los enfoques psicoeducativos desarrollados por diferentes autores). Otro de los objetivos de los modelos cognitivo-conductuales ha sido prevenir las recaídas en pacientes ya libres de los síntomas del trastorno, o al menos libres de la mayoría de ellos. Estas intervenciones también han utilizado el abordaje grupal (por ejemplo la terapia cognitiva basada en la conciencia plena de Segal, Williams y Teasdale (2006)).

En este artículo limitaremos la revisión bibliográfica a los principales abordajes cognitivos y cognitivo-conductuales de formato grupal dirigidos a la prevención y al tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Mencionaremos sus ventajas y desventajas en comparación con el formato individual al revisar la evidencia existente, aunque teniendo en cuenta la escasa difusión que tiene la práctica clínica basada en la evidencia en nuestro contexto (Garay y Korman, 2008).

### **Intervenciones preventivas para los síntomas depresivos y ansiosos**

Basados en los hallazgos que sugieren que uno de los mediadores de las intervenciones cognitivas está dado por el estilo atributivo o explicativo (el estilo pesimista versus el estilo optimista), Seligman, Schulman y Tryon (2007) diseñaron una intervención preventiva para los síntomas depresivos y ansiosos. Dicha intervención tomó la forma de 8 clases interactivas de 2 horas de duración realizadas en grupos de 10 a 12 participantes. La muestra estuvo constituida por estudiantes de la Universidad de Pennsylvania. El contenido de las clases estuvo basado fundamentalmente en el modelo cognitivo de Beck para la depresión y las técnicas cognitivo-conductuales que el mismo propone para el tratamiento de ese trastorno. En total, participaron de la experiencia 240 estudiantes. Se evaluaron los síntomas depresivos y ansiosos, así como el estilo y la calidad de vida de los sujetos. Los resultados fueron favorables a la intervención; el grupo de estudiantes que participó de la actividad experimentó una cantidad significativamente menor de síntomas depresivos y ansiosos que el grupo control, así como un mayor bienestar en general. Sin embargo, en el seguimiento a seis meses ello no redundó en una diferencia significativa en el número de episodios depresivos.

Estos resultados sugieren que el efecto a corto plazo es importante, e incluso pudo asociarse con un cambio en el estilo atributivo de los participantes (es decir, el mediador de cambio que supone la teoría cognitiva).

## **Tratamiento grupal para los trastornos del estado del ánimo**

### *Depresión mayor*

Con respecto a quienes padecen un cuadro depresivo, una gran preocupación es que muchos de ellos no acceden a los tratamientos específicos. Una gran preocupación en el campo de la salud es desarrollar tratamientos accesibles a la población afectada. En este sentido, los formatos grupales pueden incrementar la accesibilidad de los tratamientos específicos a un mayor número de personas.

Steven Hollon y Brian Shaw (1983) mencionan 5 estudios existentes en el año 1979 acerca de la TCG de la depresión. Uno de ellos comparó las intervenciones grupales y las individuales, no encontrando diferencias significativas. La conclusión que sostienen en ese momento favorece la aplicación de la TCG.

35 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y menor participaron en un programa de TCG de 12 sesiones, concluyéndose que el mismo no solo fue eficaz para el 73% sino también favorable en la relación costo-beneficio (Free, Oei, Sanders, 1991).

### *Depresión crónica*

Uno de los grandes desafíos en el abordaje de la depresión está dado por la cronicidad. Frecuentemente asociada con trastornos de la personalidad, la depresión crónica se muestra poco permeable a las intervenciones habituales.

En el tratamiento del trastorno distímico, Ravindran, Anisman, Merali, Charbonneau, Telner, Bialik et al. (1999) combinaron una modalidad grupal de TC con sertralina, alcanzando resultados superiores a la monoterapia. En una dirección similar, Hellerstein, Little, Wallner Samstag, Batchelder, Muran, Fedak y col. (2001) evaluaron la utilidad de agregar un tratamiento grupal que integró TC con Terapia Interpersonal en pacientes con trastorno distímico y con depresión doble (depresión mayor superpuesta a distimia), con resultados similares.

Los hallazgos fortalecieron la idea de combinar tratamientos psicológicos y farmacológicos en la depresión crónica (Keller, McCullough, Klein, Arnow, Dunner, Gelenberg, 2000; Fabrisin, Garay, 2003) así como la aplicabilidad de un formato grupal en dicha combinación. De este modo, los pacientes pueden obtener las ventajas de la psicoterapia, el formato grupal y la farmacoterapia, todos ingredientes de un tratamiento integral.

### *Depresión mayor recurrente*

Conforme avanzó el estudio de la depresión, y los seguimientos a largo plazo fueron posibles, este trastorno fue mostrándose cada vez más difícil en un punto específico: la prevención de las recurrencias. Varios modelos psicoterapéuticos se diseñaron con

el objetivo de disminuir la tasa de recurrencias, un objetivo importante dado que los consensos farmacológicos proponen tratamientos preventivos de duración indefinida.

En este contexto, y sobre la base de un sofisticado modelo teórico que logró integrar los descubrimientos de la terapia cognitiva con la psicología cognitiva, el grupo liderado por John Teasdale (1999) elaboró un modelo de tratamiento grupal denominado terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Segal, Williams, Teasdale, 2006). El modelo enfatiza la importancia de tomar distancia respecto de los contenidos cognitivos negativos por sobre el intento de cambiarlos. Basados en estudios que relativizan la importancia del cambio en los contenidos cognitivos, los autores apelan a un entrenamiento en el control de la atención que permita a los pacientes descentrarse de los procesos rumiativos asociados con las recaídas y recurrencias. Incorporaron las técnicas aplicadas por J. Kabat-Zinn (1990) para el manejo del estrés, que tienen por objetivo incrementar la conciencia de la experiencia del momento presente. De ahí, el nombre de *conciencia plena (mindfulness)*. La gran ventaja de esta técnica es que puede aplicarse en grandes grupos: alrededor de 12 personas en el estudio de los autores pero hasta 30 en los grupos de Kabat-Zinn. El programa de tratamiento es de una duración breve: 8 sesiones que duran dos horas y media.

Dirigido a prevenir las recurrencias en pacientes altamente vulnerables a la misma, este modelo produjo una importante reducción en la tasa de recaídas. En el primer estudio, 145 pacientes con depresión recurrente en remisión recibieron tratamiento estándar o MBCT y la intervención logró reducir del 66% al 37% en los pacientes con 3 o más episodios (Teasdale, Segal, Williams, 2000). El estudio fue replicado, logrando la MBCT reducir la tasa de recurrencia de 78% al 36% en los pacientes con 3 o más episodios (Ma, Teasdale, 2004). Esta diferencia aumentaba si se tomaba a los pacientes con 4 o más episodios: 100% en el grupo control vs. 38% en el grupo que había recibido MBCT. Como dato curioso, los pacientes con solamente dos episodios depresivos no se beneficiaron de la intervención, incluso ocurrió lo opuesto.

### *Trastorno bipolar*

Las intervenciones cognitivo-conductuales, inicialmente desaconsejadas en la depresión bipolar, fueron adaptándose a estos difíciles y crónicos trastornos. Dentro de los objetivos centrales, se destacó incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico, esencial en el trastorno bipolar. A diferencia de la depresión unipolar, en estos trastornos severos y crónicos, la medicación no es una opción, sino que constituye un elemento esencial en cualquier abordaje basado en la evidencia disponible. Por tanto, la psicoeducación cobró una importancia mayor, siendo el formato grupal muy compatible con la misma. El trabajo sobre creencias erróneas acerca de la medicación, prejuicios y actitudes negativas constituyó el centro de la TCCG en el trastorno bipolar. Asimismo, la información acerca del curso de la enfermedad, que permitió identificar los signos precoces de una recaída fue proporcionada a pacientes y familiares en formatos grupales.

Dentro de esta idea, contamos con varios estudios que evaluaron el impacto de las intervenciones de la TCCG en estos trastornos. En el año 1998, Bauer y col. realizaron un estudio abierto en el cual evaluaron el impacto de una intervención grupal basada en la TCC con resultados favorables. En un más reciente estudio abierto (Potelis-Siotis, Young, Robb, Marriott, Bieling, Cox, 2001), investigadores de Ontario (Canadá) evaluaron la efectividad y la aceptabilidad de la TCCG en pacientes que han recibido un tratamiento con estabilizadores del ánimo. El objetivo de la intervención fue reducir las recaídas y recurrencias mediante la mejoría de la calidad de vida y la reducción de los síntomas residuales en el período interepisódico del trastorno. 38 pacientes completaron las 12 sesiones de 2 horas cada una y mostraron mejorías en la sintomatología afectiva y en la calidad de vida. Se observó una mejoría pre/post tratamiento en el estado de ánimo y en el funcionamiento social. Un dato importante de este estudio es que los pacientes aceptaron de muy buen modo el tratamiento y cerca del 80% lo cumplieron.

El grupo de Francesc Colom de Barcelona diseñó un modelo psicoeducativo administrado en formato grupal (Colom, Vieta, 2004). La psicoeducación es para muchos autores una forma de terapia cognitiva mientras que otros la consideran solo una parte de la misma. Desde nuestro punto de vista, la psicoeducación es una técnica que apunta al cambio cognitivo, estrategia central de las terapias cognitivas. Lo destacable del grupo de Barcelona es que fueron los primeros en realizar un estudio clínico controlado y aleatorizado sobre la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en formato grupal (Colom, Vieta, Martínez-Arán, Reinares, Goikolea, Benabarre et al., 2003). Los investigadores reclutaron 120 pacientes con trastorno bipolar I y II en remisión de al menos 6 meses. El grupo experimental recibió 21 sesiones grupales psicoeducativas mientras que el grupo control participó en 21 reuniones no estructuradas. Las sesiones duraron entre 30 y 40 minutos de exposición más un ejercicio relacionado con el contenido de la misma, y fueron administradas en grupos de 8 a 12 pacientes. Se observó un impacto importante en el número de recaídas y recurrencias de los pacientes que participaron en el tratamiento estudiado. En el seguimiento a dos años, las recurrencias se redujeron del 92% en el grupo control a 67% en el grupo experimental. Además, los resultados apoyan la idea de que la eficacia de la psicoeducación grupal va más allá del mero rol de un apoyo grupal, dado que el grupo control recibió la misma cantidad de sesiones grupales inespecíficas.

## **Trastornos de ansiedad**

### *Trastorno de angustia*

La TC del trastorno de angustia se encuentra entre los abordajes con mayor éxito en la historia de la psicoterapia. Actualmente, existen más de 20 estudios que evalúan la TCCG en este trastorno (Gould, Otto, Pollack, 1995).

El formato grupal se aplicó en el trastorno de angustia con resultados alentadores. Por ejemplo, un estudio de 57 pacientes que ingresaron de modo aleatorio en dos grupos, uno recibió TCCG y otro paroxetina, halló resultados similares en ambas condiciones. Acerca del mantenimiento de los resultados, el seguimiento a un año de 97 pacientes con agorafobia, de los cuales 74 recibieron TCCG intensiva y 23 permanecieron en lista de espera, mostró que el 85% del grupo tratado estaba libre de síntomas o con síntomas reducidos (Evans, Holt, Oei, 1991).

Para estudiar la aplicabilidad de la TCCG en los casos más difíciles, se diseñó un estudio (Heldt, Blaya, Isolan, Kipper, Teruchkin, Otto, 2006) en el cual 36 pacientes con trastorno de angustia refractario a tratamiento farmacológico recibieron 12 sesiones de TCCG. 32 pacientes completaron el tratamiento. La ansiedad anticipatoria y la evitación se correlacionaron más fuertemente con la calidad de vida que los episodios de pánico (Heldt, Blaya, Isolan, Kipper, Teruchkin, Otto et al., 2006). En otro estudio del mismo grupo de investigación, 47 pacientes con trastorno de angustia recibieron TCCG intensiva y en el seguimiento realizado al año mostraron cambios a nivel de los mecanismos de defensa, algo tradicionalmente atribuido a intervenciones psicodinámicas de larga duración (Heldt, Blaya, Kipper, Salum, Otto, Manfro, 2007).

Finalmente, contamos con un estudio (Telch, Lucas, Schmidt, Hanna, Jaimez, Lucas, 1993) dirigido a evaluar la implementación de la TCCG en contextos clínicos convencionales y aplicada a pacientes con comorbilidades. 83 pacientes recibieron TCCG, y los resultados fueron similares a los esperables en formato individual. Lo interesante de este estudio es que la TCCG fue administrada por profesionales con breve entrenamiento, lo cual facilitaría su diseminación.

Podemos concluir que TCCG en el trastorno de angustia es una prometedora alternativa, aplicable en contextos clínicos, con pacientes complejos (comórbidos y con refractariedad a tratamientos farmacológicos).

### *Fobia social*

El grupo de investigación liderado por Heimberg ha dado lugar a interesantes programas de tratamiento de orientación cognitivo-conductual que contemplan el formato grupal (Heimberg, Liebowitz, Hope, Schneier, Holt, Welkowitz y col., 1990). El programa combina psicoeducación, exposición en vivo, *role-play*, reestructuración cognitiva. Se administra en forma de 12 sesiones semanales. La idea es que el grupo esté coordinado por dos terapeutas. El modelo ha inspirado a varios investigadores de otras regiones dando lugar a interesantes programas de TCCG (Botella, Baños, Perpiñá, 2003).

En la investigación clínica, el modelo de Heimberg ha recibido apoyo en varios estudios, considerándose hace más de una década como un tratamiento bien establecido.

En uno de los más importantes estudios (Heimberg, Liebowitz, Hope, Schneier, Holt, Welkowitz y col., 1998) reclutó 133 pacientes, que fueron divididos al azar en cuatro grupos: TCCG, tratamiento farmacológico con un antidepresivo IMAO (fenelzina), terapia grupal de apoyo y placebo. A las 12 semanas, el grupo que recibió el antidepresivo y el que recibió TCCG tuvieron las tasas más altas de respuesta (65 y 58% respectivamente), ambas superiores a los grupos que recibieron placebo y terapia grupal de apoyo (33 y 27% de respuesta respectivamente).

Actualmente, nuevos modelos se están evaluando y la dirección de las investigaciones avanza hacia la homogeneización de los grupos y la inclusión de diversos aspectos no tenidos en cuenta tradicionalmente (Hofmann, 2007).

#### *Otros trastornos de ansiedad*

En los otros trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés agudo y postraumático) los modelos que utilizan formato grupal no son tan frecuentes. Los grupos de investigación en cada uno de esos trastornos no han dirigido sus esfuerzos en la dirección de estudiar el impacto de la TCCG. Paul Salkovskis conduce al presente una interesante experiencia en el Instituto de Psiquiatría de Londres: pacientes con TOC que provienen del interior de Gran Bretaña comparten una vivienda por el tiempo de su estadía y su interacción es utilizada a los fines del tratamiento (por ejemplo, en la exposición y prevención de la respuesta). Este dispositivo es diferente de la terapia grupal convencional, pero podría ser de suma utilidad para incrementar la eficiencia de las intervenciones cognitivo-conductuales para el TOC.

#### **Conclusiones**

La cantidad de bibliografía referida a la TCG y TCCG abarca alrededor de 300 artículos y numerosos libros que cubren diferentes trastornos y problemas. En la gran mayoría de los estudios publicados se concluye que la TCG y TCCG es comparable en eficacia a la TC y TCC individual y presenta numerosas ventajas a la hora de poder brindar asistencia a una mayor cantidad de personas afectadas por trastornos mentales. En general, el formato grupal no ha aportado grandes modificaciones teóricas a los modelos y no ha pasado de ser solamente una modalidad de aplicación de los tratamientos. Pocos esfuerzos se han encaminado a identificar el elemento grupal en la TCCG así como a aislar los mecanismos de acción en los mismos.

Creemos que es una modalidad muy apropiada a las demandas de nuestro sistema de salud, donde la gente que padece trastornos mentales puede tener que esperar bastante tiempo antes de obtener asistencia. Los diversos servicios públicos de salud mental debieran estar al tanto de este recurso y administrarlo a los pacientes que puedan ser

elegibles. Los centros de formación de terapeutas deberían incluir con mayor asiduidad programas de entrenamiento en dispositivos grupales de intervención.

### **Bibliografía**

Ais, E.; Chidersky, B.; Garay, C. y Vetere, G. (2004), Modelos cognitivo-conductuales y neurobiológicos del trastorno de ansiedad generalizada, *Clepios, una revista para residentes de salud mental*, X (1), Buenos Aires, 4-7.

Beck, A.T. (1967), *Depression: Causes and treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; Emery, G. (1983 [1979]), *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclee de Brower.

Bisson, J. y Andrew M. (2005), "Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)". En: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. N° CD003388.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub2.

Botella, C.; Baños, R.M. y Perpiñá, C. (comps.) (2003), *Fobia Social*, Barcelona, Paidós.

Burlingame, G.M.; MacKenzie, K.R. y Strauss, B. (2004), "Small-group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change". En: Lambert, M. (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavioral change*, Nueva York, Wiley, pp. 647-696.

Colom, F. y Vieta, E. (2004), *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*, Barcelona, Ars Medica.

Colom, F.; Vieta, E.; Martínez-Arán, A.; Reinares, M.; Goikolea, J.M.; Benabarre, A.; Torrent, C.; Comes, M.; Corbella, B.; Parramon, G. y Corominas, J. (2003), "A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission", *Archives of General Psychiatry*, 60, Chicago, 402-407.

Evans, L.; Holt, C. y Oei, T.P. (1991), "Long term follow-up of agoraphobics treated by brief intensive group cognitive behavioural therapy". En: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25 (3), Melbourne, 343-349.

Fabrissin, J. y Garay, C. (2003), "Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación". En: *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XII (1), Buenos Aires, 33-55.

Fals-Stewart, W.; Marks, A.P. y Schafer, J. (1993), "A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder". En: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, Arlington, 189-193.

Free, M.L.; Oei, T.P. y Sanders, M.R. (1991), "Treatment outcome of a group cognitive therapy program for depression". En: *International Journal of Group Psychotherapy*, 41 (4), West Haven, 533-547.

Garay, C. y Korman, G. (2008), "Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina". En: *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XIX (77), Buenos Aires, 491-495.

Gould, R.A.; Otto, M.W.; Pollack, M.H. (1995), "A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder". En: *Clinical Psychology Review*, 15 (8), Amsterdam, 819-844.

Heimberg, R.G.; Liebowitz, M.R.; Hope, D.A.; Schneier, F.R.; Holt, C.S.; Welkowitz, L.A.; Juster, H.R.; Campeas, R.; Bruch, M.A.; Cloitre, M.; Fallon, B. y Klein, D.F. (1990), "Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control". En: *Cognitive Therapy and Research*, 14, Lawrence, 1-23.

Heimberg, R.G.; Liebowitz, M.R.; Hope, D.A.; Schneier, F.R.; Holt, C.S.; Welkowitz, L.A.; Juster, H.R.; Campeas, R.; Bruch, M.A.; Cloitre, M.; Falloon, B.; Klein, D.F. (1998), "Cognitive behavioral group therapy vs. phenel-zine therapy for social phobia". En: *Archives of General Psychiatry*, 55, Chicago, 1133-114.

Heldt, E.; Blaya, C.; Isolan, L.; Kipper, L.; Teruchkin, B.; Otto, M.W. et al. (2006), "Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment". En: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75 (3), Bologna, 183-186.

Hellerstein, D.J.; Little, S.A.S.; Wallner Samstag, L.; Batchelder, S.; Muran, J.C.; Fedak, M.; Kreditor, D.; Rosenthal, R.N.; Winston, A. (2001), "Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia a randomized prospective pilot study". En: *Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 10 (2), Stanford, 93-103.

Heldt, E.; Blaya, C.; Kipper, L.; Salum, G.A.; Otto, M.W. y Manfro, G.G. (2007), "Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: one-year follow-up". En: *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 195 (6), Baltimore, 540-543.

Hofmann, S. (2007), "Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications". En: *Cognitive Behavior Therapy*, 36 (4), Regina, 193-209.

Hollon, S.D. y Shaw, B.F. (1983), “Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos”. En *Terapia cognitiva de la depresión*. Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (ed.), Bilbao, Desclee de Brouwer.

Kabat-Zinn, J. (1990), *Full catastrophe living*, New York, Delacorte, reimpresión de 1991, Nueva York, Delta.

Keegan, E. (2007), *Escritos de psicoterapia cognitiva*, Buenos Aires, Eudeba.

Keegan, E. y Garay, C. (2007), “Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia”. En: *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 18 (76), Buenos Aires, 423-427.

Keller, M.B.; McCullough, J.P.; Klein, D.N.; Arnow, B.; Dunner D.L.; Gelenberg A.J.; Markowitz J.C.; Nemeroff, C.B.; Russell, J.M.; Thase, M.E.; Trivedi, M.H.; Zajecka, J. (2000), “A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression”. En: *New England Journal of Medicine*, 342, Boston, 1462-1470.

Ma, S.H. y Teasdale, J.D. (2004), “Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects”. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 31-40.

Newman, C.F.; Leahy, R.L.; Beck, A.T.; Reilly-Harrington, N.A. y Gyulai, L. (2005 [2002]), *El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva*, Barcelona, Paidós.

Patelis-Siotis, I.; Young, L.T.; Robb, J.C.; Marriott, M.; Bieling, P.J.; Cox, L.C. et al. (2001), “Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study”. En: *Journal of Affect Disorders*, 65 (2), Londres, 145-153.

Ravindran, A.V.; Anisman, H.; Merali, Z.; Charbonneau, Y.; Telner, J.; Bialik, R.J., Wiens, A.; Ellis, J. y Griffiths, J. (1999), “Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy”. En: *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), Arlington, 1608-1617.

Segal, Z.; Williams, J.M. y Teasdale, J. (2006 [2002]), *Terapia cognitiva basada en la conciencia plena*, Bilbao: Desclee De Brouwer.

Seligman, M.E.P., Schulman, P., Tryon, A.M. (2007), “Group prevention of depression and anxiety symptoms”. En: *Behaviour Research and Therapy*, 45, Oxford, 1111-1126.

Taylor, S. (1996), “Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia”. En: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27 (1), Maastrich, 1-9.

Teasdale, J.D. (1999), “Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression”. En: *Behavior Research and Therapy*, 37 (Suppl. 1), Oxford, S53-77.

Teasdale, J.D.; Segal, Z.V.; Williams, J.M.; Ridgeway, V.A.; Soulsby, J.M. y Lau, M.A. (2000), “Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy”. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), Washington DC, 615-623.

Telch, M.J.; Lucas, J.A.; Schmidt, N.B.; Hanna, H.H.; Jaimez, T.L. y Lucas, R.A. (1993), Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder, *Behavior Research and Therapy*, 31, Oxford, 279-287.

*Fecha de recepción: 21/07/08*

*Fecha de aceptación: 15/10/08*