

Hábitos prescriptivos en el tratamiento de la esquizofrenia

Eduardo A. Leiderman

*Médico especialista en psiquiatría
Doctor en Psicología
Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de APSA
E-mail: edule@psi.uba.ar*

Laura Lorenzo

*Médica especialista en psiquiatría
Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de APSA*

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer los hábitos prescriptivos para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en un grupo de psiquiatras argentinos y comparar algunos resultados con los obtenidos en una encuesta realizada previamente en una población similar. **Metodología:** Durante una jornada de psicofarmacología que tuvo lugar en agosto de 2012 en la ciudad de Buenos Aires se realizó una encuesta a los médicos psiquiatras concurrentes, y se compararon algunos resultados con los obtenidos en otra encuesta realizada en el año 2006 en un congreso de psiquiatría. **Resultados:** El 96.2 % de los psiquiatras encuestados consideró que debe tratarse farmacológicamente a todo paciente esquizofrénico que presenta un episodio psicótico agudo. Para el tratamiento agudo y crónico de los síntomas positivos la mayoría de los psiquiatras eligió la risperidona, el haloperidol, la olanzapina y la quetiapina. En cambio, para el tratamiento crónico de la sintomatología negativa los profesionales prefirieron la risperidona, el aripiprazol, la olanzapina, la quetiapina y la clozapina. Se observó un aumento en elección de la quetiapina y del aripiprazol entre la anterior encuesta y la actual. El 64% de los encuestados refirió utilizar combinación de antipsicóticos, similar a lo evaluado en la encuesta anterior. La mayoría prefirió mantener el tratamiento farmacológico durante el embarazo, aunque cambiando el antipsicótico a haloperidol. El 98% manifestó utilizar algún tipo de psicoterapia en el tratamiento. **Conclusiones:** Se observaron coincidencias entre lo reportado por los colegas acerca de la práctica clínica en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y las guías de tratamiento actualmente vigentes. No hubo notorias diferencias en los hábitos prescriptivos referidos por los psiquiatras en 2006 y en 2012.

Palabras Clave: Esquizofrenia - Encuesta - Hábitos prescriptivos - Tratamiento farmacológico.

PRESCRIPTION PATTERNS IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine prescribing patterns for the pharmacological treatment of schizophrenia in a sample of Argentinean psychiatrists and to compare some results with those obtained in a previous survey done on a similar population. **Methods:** A self-administered survey was conducted among psychiatrists who attended a conference of psychopharmacology held in August 2012 in Buenos Aires city. Answers were analyzed descriptively and some of them were compared with results of another survey done in 2006 in a psychiatry conference. **Results:** Ninety six percent of the surveyed psychiatrists considered that every schizophrenic patient with an acute episode must be pharmacologically treated. For the acute and chronic treatment of positive symptoms most psychiatrists chose risperidone, haloperidol, olanzapine and quetiapine. In contrast, for the chronic treatment of negative symptomatology, physicians preferred risperidone, aripiprazole, olanzapine, quetiapine and clozapine. An increased choice of quetiapine and aripiprazole was observed between this survey and the previous one. Sixty four percent of respondents reported using antipsychotic combination, similar as assessed in the previous survey. Most preferred to maintain pharmacological treatment during the pregnancy, although changing the antipsychotic to haloperidol. Ninety eight percent stated that they use some kind of psychotherapy in the treatment. **Conclusion:** In the pharmacological treatment of schizophrenia, similarities between reported clinical practice and current treatment guidelines were observed. There were no significant differences in the prescription patterns referred by psychiatrists between 2006 and 2012.

Key words: Schizophrenia - Survey - Prescription patterns - Pharmacological treatment.

Introducción

La farmacoterapia en la esquizofrenia es uno de los pilares del tratamiento de esta enfermedad (1). El patrón de uso de los antipsicóticos por parte de los médicos depende de distintos factores personales, tales como el tipo de educación de pre y posgrado, la experiencia propia y la influencia de la propaganda médica; factores de los pacientes atendidos como sus antecedentes clínicos, tolerancia y disponibilidad económica; y factores del ambiente tales como la disponibilidad de medicamentos y los prejuicios sociales hacia los tratamientos psicofarmacológicos.

El estudio de los hábitos prescriptivos de los psiquiatras de una región resulta un indicador indirecto del nivel formativo de los profesionales, en tanto difieran o concuerden con las evidencias científicas de eficacia y efectividad y con las guías de tratamientos vigentes. Las divergencias podrían interpretarse como necesidad de formación e información de los profesionales, aunque también como problemas de validez externa de las guías de tratamientos para un determinado contexto físico y social. En este sentido, el estudio local de los hábitos prescriptivos acercaría información sobre necesidades y prácticas específicas, posibilitando la reformulación de programas educativos y formativos de pre y posgrado para los profesionales y la construcción de guías de tratamiento regionales con mejor aplicabilidad que otras internacionales.

Al momento actual, no hallamos estudios publicados sobre los hábitos prescriptivos de psiquiatras argentinos en el tratamiento de personas afectadas con esquizofrenia.

El único antecedente hallado fue una encuesta no publicada sobre hábitos prescriptivos entre 321 psiquiatras argentinos realizada en el año 2006 (2). Dicha encuesta mostró que la mayoría de los psiquiatras consideraba que un paciente con un cuadro agudo en el contexto de esquizofrenia debía ser medicado con antipsicóticos siendo los más elegidos el haloperidol, la risperidona y la olanzapina para dicho episodio.

Por ello, el presente trabajo intentó explorar, a través de una encuesta autoadministrada a una muestra de psiquia-

tras de Argentina, las principales características actuales en la prescripción de psicofármacos y otros aspectos del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, y compararlas con información obtenida en dicha encuesta previa (2).

Metodología

Se realizó una encuesta autoadministrada de 21 ítems, preparada ad hoc, sobre los hábitos prescriptivos de los médicos psiquiatras en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Los médicos fueron encuestados en el marco de una jornada del Capítulo de Psicofarmacología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) que se realizó en Buenos Aires el 3 de agosto del año 2012. Se les entregó la encuesta al inicio de la jornada y se instó en numerosas ocasiones durante la misma a que la contestasen y entregasen a las secretarías.

La encuesta estuvo compuesta por preguntas sobre aspectos sociodemográficos (edad, sexo), aspectos sobre sus actividades profesionales (años de experiencia, tipo de tratamiento brindado y lugar de trabajo), preguntas sobre sus hábitos prescriptivos con pacientes que tienen esquizofrenia y otros aspectos relacionados al tratamiento de los mismos.

Las respuestas fueron volcadas a una planilla de datos Excel y analizadas con el programa estadístico SPSS 17.0. Se utilizaron medidas de tendencia central (media), porcentajes y se hizo pruebas de t para datos independientes o pruebas de chi cuadrado según correspondiera.

Algunas respuestas fueron comparadas con el estudio similar inédito referido anteriormente, que fue realizado por un grupo de profesionales de la 1ra Cátedra de Farmacología de la Universidad de Bs. As. durante el congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatras entre el 3 y el 5 de octubre del año 2006.

Resultados

La descripción de las muestras se muestra en la Tabla 1. No se observaron diferencias en cuanto a las caracterís-

Tabla 1. Características de la muestras.

	Octubre 2006	Agosto 2012	
N	321	136	
Edad (media ± DS)	43.9 ± 12.1	42.4 ± 13.4	t(225.05)=1.06; p=ns
Sexo femenino	58%	51.5%	X ² (1) = 1.64 p=ns
Años de actividad (media ± DS)	14.3 ± 11.5	13.3 ± 12.7	t(222.6)=0.71, p=ns
Principal área de actividad			
Psicofarmacológica	35.2%	37.1%	X ² (2)=5.8, p=0.05
Psicoterapéutica	7.2%	1.5%	
Ambas	57.5%	61.4%	
Lugar de atención de la mayoría de pacientes			
Hospital Público	56.2%	50%	X ² (2)=2.4, p=ns
Hospital o Clínica privada	20.1%	18,7%	
Consultorio	23.7%	31,3%	

ticas sociodemográficas, excepto que en la muestra más reciente se registraron menos profesionales dedicados a la psicoterapia como área principal de trabajo. En este mismo grupo hubo un porcentaje mayor de profesionales que atendían principalmente en consultorio privado, que se acercó a la significación estadística.

Primera elección en tratamiento agudo y crónico

En la encuesta realizada en el año 2012 el 96.2% (N=128) de los participantes consideró que se debe indicar antipsicóticos a todo paciente esquizofrénico en un episodio agudo que no tenga contraindicaciones.

Con respecto a qué antipsicótico indicar, los participantes podían elegir hasta 2 en cada una de las situaciones planteadas (Tabla 2). En el caso de un paciente con un episodio agudo y predominio de síntomas positivos, los cuatro antipsicóticos más elegidos como primera

elección fueron la risperidona, el haloperidol, la olanzapina y la quetiapina, en ese orden. Para el tratamiento crónico, con predominio de síntomas positivos, los participantes optaron mayormente por la risperidona, seguida por la olanzapina, el haloperidol y la quetiapina. En cambio, si el predominio era de síntomas negativos, la elección ubicó a la olanzapina en el primer lugar, seguida por el aripiprazol, la risperidona, la quetiapina y la clozapina. A diferencia de los datos actuales, en la encuesta del año 2006 la preferencia de los participantes para tratar el episodio agudo se inclinó por el haloperidol en primer lugar, seguido de la risperidona, olanzapina y levomepromazina. Para el tratamiento crónico con predominio de síntomas positivos, el orden de preferencia fue risperidona, olanzapina, haloperidol y clozapina. Si predominaban los síntomas negativos, la elección también ubicó a la risperidona y olanzapina en los primeros lugares, seguidas por clozapina, aripiprazol y quetiapina.

Tabla 2. Primera elección de antipsicótico frente a tratamiento agudo y crónico de la esquizofrenia.

	Encuesta 2012 (N=136) % (n)		Encuesta 2006 (N=321) % (n)	
Indican antipsicóticos en la esquizofrenia aguda	96.2 (128)		96.3 (309)	
Episodio agudo con síntomas positivos predominantes	Risperidona Haloperidol Olanzapina Quetiapina	78 (106) 48.5 (66) 45.6 (62) 12 (16)	Haloperidol Risperidona Olanzapina Levomepromazina	69.1 (222) 53.6 (172) 38.3 (123) 7.8 (25)
Tratamiento crónico con síntomas positivos predominantes	Risperidona Olanzapina Haloperidol Quetiapina	76.5 (104) 58.8 (79) 20 (27) 16 (22)	Risperidona Olanzapina Haloperidol Clozapina	72.9 (234) 49.8 (160) 22.1 (71) 14.3 (46)
Tratamiento crónico con síntomas negativos predominantes	Olanzapina Aripiprazol Risperidona Quetiapina Clozapina	50 (68) 37.5 (51) 32 (44) 31 (42) 25.5 (36)	Risperidona Olanzapina Clozapina Aripiprazol Quetiapina	53.2 (171) 46.4 (149) 21.8 (70) 18 (58) 16.8 (54)

Manejo del tratamiento ante la falta de efectividad

En la encuesta realizada más recientemente se preguntó cuál sería la primera opción de tratamiento ante la falta de respuesta en distintos casos (Tabla 3). Si el paciente se hallara medicado con antipsicótico típico y persistieran los síntomas positivos, más de la mitad de los participantes respondió que cambiaría a un atípico y un cuarto, que lo agregaría. En cambio, si la falta de respuesta fuera de los síntomas negativos, el 80% de los encuestados elegiría cambiar a un antipsicótico atípico y sólo el 13% lo agregaría.

En el caso de que el paciente ya estuviera recibiendo tratamiento con un antipsicótico atípico y no hubiera mejoría de síntomas positivos, la mitad de los participantes decidiría cambiarlo por otro atípico y un tercio agregaría o cambiaría a un antipsicótico típico. Pero si los síntomas que no respondieran fueran negativos, una mayor cantidad de encuestados optaría por cambiar el antipsicótico atípico que estuviera recibiendo el paciente. Las siguientes alternativas elegidas fueron agregar otro fármaco distinto de un antipsicótico o aumentar la dosis, opciones éstas apenas mencionadas en las situaciones anteriores (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Manejo del tratamiento ante la falta de efectividad.

Paciente en tratamiento con antipsicóticos	Falta de respuesta de síntomas	Cambio por		Agregado de			Aumento de dosis
		APS típico	APS atípico	APS típico	APS atípico	Otro fármaco	
Típico	Positivos	2%	61%	6%	26.5%	4%	-
	Negativos	1.5%	80%	-	13%	4%	1.5%
Atípico	Positivos	13%	53%	20%	10%	3%	1.5%
	Negativos	-	55.8%	9.9%	13.4%	14.2%	6.7%

Dosis, latencia y efectos adversos

En la encuesta realizada en 2012 se exploró el manejo de la dosis y la espera de respuesta antipsicótica (latencia) al igual que el reconocimiento de efectos colaterales como factores influyentes en el cambio de antipsicóticos.

El 36.8% espera la respuesta antipsicótica hasta 2 semanas con dosis efectivas máximas, el 43% entre 3-4 semanas, el 14.9% 5 a 6 semanas, 3.1% 7 a 8 semanas y el 2.3% más de 8 semanas.

Por otra parte, el 50.5% sigue indicando el antipsicótico por toda la vida luego de la estabilización de un cuadro agudo, el 14.5% de 2 a 5 años, el 20% 1 a 2 años, 0.5% 6 meses a 1 año, 6.5% hasta 6 meses y un 8% no contestó esta pregunta.

El 54.5% dijo que disminuía la dosis en un paciente estabilizado y el 45.5% dijo que la mantenía luego de la estabilización.

El 89% de los encuestados reconoció a los síntomas extrapiramidales como aquellos efectos adversos que más influyen en el cambio de un antipsicótico típico, siendo el aumento de prolactina (2%), la sedación (3%) y la sintomatología negativa (4%) los otros efectos adversos indicados.

En el caso de los antipsicóticos atípicos los efectos adversos que más influyen sobre el cambio de aquellos fueron el aumento de peso (elegido por el 44% de los encuestados), los trastornos metabólicos (31%), sedación (11%), síntomas extrapiramidales (9%) e hiperprolactinemia (9%).

Uso de combinación de antipsicóticos, clozapina, medicación de depósito y otros tratamientos

En ambas encuestas se preguntó sobre estos aspectos relacionados con situaciones particulares del tratamiento, sin hallarse grandes diferencias entre las respuestas obtenidas en las dos oportunidades.

En la encuesta actual, el 64.2% de los respondientes dijo que utilizaba combinación de antipsicóticos. Las combinaciones más mencionadas fueron haloperidol y risperidona, risperidona y levomepromazina, olanzapina y risperidona, clozapina y aripiprazol, clozapina y haloperidol, y risperidona y quetiapina. Un porcentaje similar (64.8%) afirmó utilizar combinación de antipsicóticos en la encuesta del 2006. No hubo diferencias significativas en esta conducta entre ambas fechas ($X^2(1)=0.014$, $p=ns$).

El 97.8% de los encuestados afirmó que había indicado o indicaría clozapina. En el año 2006, el 7.3% no indicaba o había indicado clozapina no habiendo diferencias significativas con la encuesta posterior ($X^2(1)=4.36$, $p=0.37$).

El 94% había indicado o indicaría antipsicóticos de depósito, siendo los utilizados: el haloperidol (85.5% de aquellos que usaban medicación de depósito), pipotiazina (22.5%), zuclopentixol (29%) y risperidona (72%). En el año 2006, el 91.8% de los profesionales encuestados indicaba o indicaría antipsicóticos de depósito no habiendo diferencias significativas entre ambas muestras ($X^2(1)=0.62$, $p=ns$).

En la encuesta reciente, el 68% de los participantes consideró la terapia electroconvulsiva como opción terapéutica para pacientes con esquizofrenia siendo estimada como tal más por hombres (81%) que por mujeres (55%) ($X^2(1)=9.6$, $p=0.02$). Por otra parte, hubo una diferencia significativa en la edad de los que utilizan o utilizarían TEC (40.2 ± 12.5) en relación a los que no (46.7 ± 13.9) ($t(123)=2.6$, $p=0.01$). Mientras que en el año 2006, el 65.6% dijo que la consideraba una opción terapéutica, no habiendo diferencias significativas con la encuesta posterior ($X^2(1)=0.22$, $p=ns$).

Con respecto a la terapia psicosocial empleada, el 25 % de los encuestados dijo que utilizaba una terapia de tipo psicodinámica, el 23% terapia de tipo cognitivo-conductual, 44% una terapia de apoyo, un 2% una terapia sistémica, 4% otros tipos de terapia y 2% dijo no utilizar ningún tipo de terapia.

El 94.5% dijo que emplea la psicoeducación con los pacientes y el 96.9% dijo que emplea la psicoeducación en los familiares.

Uso en el embarazo

En la encuesta de 2012 se preguntó acerca del manejo de los antipsicóticos en pacientes embarazadas. La mayoría de los profesionales manifestó que continuaría medicando a su paciente con esquizofrenia en caso de embarazo. El 57.9% expresó que cambiaría el antipsicótico (preferentemente por haloperidol) y el 32.5% que mantendría el mismo fármaco que la paciente estuviera recibiendo. Sólo el 9.6% consideró la suspensión del tratamiento antipsicótico en esta situación.

Discusión

Nuestro estudio describe actitudes prescriptivas en pacientes con esquizofrenia de una muestra de psiquiatras argentinos asistentes a un encuentro de actualización psicofarmacológica y su comparación con lo hallado hace 6 años en otra muestra de concurrentes a un congreso de la especialidad. Si bien es muy escaso el porcentaje de individuos que no cree que los antipsicóticos deben ser indicados en un paciente con un cuadro agudo de esquizofrenia (4%) igualmente es desconcertante que sostengan una práctica no avalada por la evidencia científica ni las guías de tratamiento (3-7). Numerosas evidencias sostienen la conveniencia de indicar antipsicóticos ante el cuadro psicótico agudo de esquizofrenia a fin de disminuir o suspender los síntomas y las consecuencias psicológicas y sociales que estos pueden producir (8). Por otra parte, la duración de la psicosis no tratada está asociada con una peor evolución, por ello la necesidad de dar la medicación antipsicótica lo antes posible (9).

En estos 6 años vemos el avance de la risperidona como primera elección en el tratamiento de la sintomatología positiva y su retroceso como opción para la sintomatología negativa. Es posible que su mejor posicionamiento en cuanto a preferencias para la sintomatología positiva obedezca a su mayor antigüedad (y por lo tanto experiencia por parte de los psiquiatras), su perfil de efectos extrapiramidales menor que el haloperidol y un costo accesible para la población. Por otra parte, la mayor experiencia puede haber hecho decaer la creencia de su efectividad sobre la sintomatología negativa como se sostenía anteriormente (10). El otro cambio observado es el incremento del porcentaje de individuos que eligen la quetiapina. Si bien no ha habido muchas evidencias en estos años sobre la eficacia de la quetiapina en la esquizofrenia, es posible que la generalización de su uso en el trastorno bipolar haya aumentado la experiencia por parte de los psiquiatras y eso haya redundado en un mayor uso en pacientes con esquizofrenia.

Por último, la opción del aripiprazol como primera elección ante sintomatología negativa aumentó en estos años, tal vez en virtud a recomendaciones bibliográficas iniciales (11). También, es posible que una mayor experiencia en el manejo del fármaco motive a los profesionales a elegirlo más frecuentemente, según la encuesta actual.

En la última encuesta hemos observado que la risperidona ha desplazado al haloperidol como primera opción para el tratamiento de la sintomatología positiva aguda y que la preferencia ante la falta de respuesta es cambiar a un antipsicótico atípico. Las guías de tratamiento (actuales y anteriores) (3-7) y metaanálisis publicados (12, 13) sugieren la elección basada preferentemente en los antecedentes y el perfil de posibles efectos adversos a evitar, ya que la información disponible con respecto a la eficacia muestra escasas diferencias de significación clínica.

El uso de antipsicóticos en la sintomatología negativa se reconoce como de menor efectividad ya que un mayor porcentaje de individuos propone el uso de medicación no antipsicótica para esta sintomatología a diferencia que para la sintomatología positiva.

Más de la mitad de los psiquiatras dicen esperar entre 3 y 6 semanas la latencia de la respuesta antipsicótica acorde a lo sugerido en las guías de tratamiento, a pesar de que muchas veces existen motivos prácticos que dificultan esa espera (problemas del entorno familiar y social para la contención ambulatoria, falta de cobertura de las obras sociales de tiempos razonables de internación, etc.).

Un porcentaje mayoritario de psiquiatras siguen utilizando combinación de antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia a pesar de las escasas o nulas evidencias de su eficacia (14). Es dable pensar que su uso extendido entre los psiquiatras puede deberse en parte a una evaluación personal y transmitida acerca de su utilidad o en contrapartida por una impotencia frente a la resistencia medicamentosa. En este sentido, una encuesta realizada a psiquiatras de Estados Unidos que habían usado combinación de antipsicóticos en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia mostró que esta elección buscaba principalmente reducir los síntomas positivos (61%) y en menor medida, los síntomas negativos (20%) (15).

Sin embargo, otro estudio americano mostró que los psiquiatras juzgan que la adición de un antipsicótico tiene menor eficacia en síntomas positivos, funcionalidad y disminución de recaídas que el cambio (16).

Afortunadamente, el uso de la clozapina y de los antipsicóticos de depósito se encuentra bastante expandido entre los psiquiatras argentinos, lo que permite una mayor respuesta en casos de pacientes con esquizofrenia resistente o falta de adherencia, respectivamente.

No es claro el motivo de la diferencia del uso de la terapia electroconvulsiva entre hombres y mujeres como se observó en un estudio previo (17). Podría ser que las mujeres optan por procedimientos menos invasivos en los tratamientos indicados que los hombres aunque no hay datos sobre ello.

Resulta sorprendente el porcentaje que dice emplear psicoeducación con los familiares y pacientes. Posiblemente se estime como psicoeducación charlas informativas informales que se puedan tener eventualmente con los pacientes y sus familiares y no los programas más protocolizados. Sin embargo, son éstos lo que han evidenciado mayor eficacia en la prevención de recaídas. No obstante, no podemos descartar el sesgo de respuesta socialmente deseable en esta pregunta.

Finalmente, la mayoría opta por sostener el tratamiento antipsicótico durante el embarazo, aunque muchos prefieren cambiar el antipsicótico indicado por un fármaco como el haloperidol que cuenta con más evidencia de seguridad en cuanto a teratogenicidad por su uso desde hace más tiempo (18).

Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones: las muestras no son absolutamente comparables, dado que se tomaron en eventos médicos disímiles. Las encuestas podrían tener un sesgo de selección al haber sido realizadas en asistentes a un congreso de la especialidad y en una jornada sobre tratamientos psicofarmacológicos en la ciudad de Buenos Aires. Por otra parte las respuestas de tipo cerrado disminuyen la posibilidad de distinguir mayores variaciones en los hábitos prescriptivos. De

todas maneras, el alto número de personas encuestadas así como la consideración de la mayor parte de respuestas posibles a las preguntas sobre modalidades y hábitos prescriptivos disminuirían esta limitación. Finalmente, en un estudio de este tipo se miden actitudes más que las conductas. Sin embargo, se ha demostrado que existe una asociación significativa entre ambas variables (19).

En definitiva, los hábitos prescriptivos de los psiquiatras argentinos en el tratamiento de las personas con esquizofrenia parecen ser semejantes a los de sus colegas de otras latitudes (20, 21). Hay ciertas indicaciones en las que siguen los lineamientos de las guías de tratamiento y otras que no. Sería importante delinear si estas discrepancias están evidenciando falta de información por parte de los psiquiatras o un alejamiento de las guías de tratamiento de las indicaciones prácticas, necesarias y efectivas del mundo real. Por último, la influencia de la propaganda médica de las industrias farmacéuticas en las indicaciones farmacológicas es indudable y no debe ser soslayada (22). Estudios más específicos deberán rea-

lizarse en nuestro medio para distinguir esta influencia en las prescripciones médicas.

Agradecimientos

Agradecemos a los Dres. Elenitza, Jufe, Levin, Mazaira, Mussa, Nemirovsky y Wikinski que intervinieron en la confección de la encuesta y la base de datos de la misma en el año 2006 y a las autoridades del Congreso Argentino de Psiquiatría de AAP que permitieron la realización de la misma.

Declaración de conflictos de intereses

El Dr. Eduardo Leiderman ha cobrado honorarios del laboratorio Astra Zéneca por asesoría de investigación y honorarios por clases del laboratorio Roemmers durante el año 2013. La Dra. Laura Lorenzo ha recibido apoyo económico para actividades académicas y de formación de los laboratorios GlaxoSmithKline, Abbott y Roemmers durante el año 2013 ■

Referencias bibliográficas

- Lieberman JA, Scott Stroup P, Perkins DO. Capítulo 17: Farmacoterapias. En: Lieberman JA, Scott Stroup P, Perkins DO, editores. Tratado de esquizofrenia. Barcelona: Ars Medica; 2008.
- Leiderman EA, Levin S. ¿Cómo medicamos los psiquiatras argentinos a los pacientes esquizofrénicos? En: XVII Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos APSA. Mar del Plata; 2007.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition [Internet]. Available from: <http://www.psych.org>; 2004.
- Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines. Treatment of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 1S-56S.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 1-30.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Schizophrenia core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care [Internet]. Available from: <http://www.nice.org.uk>; 2009.
- Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2009; 36: 94-103.
- Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. *Schizophr Res* 2010; 122: 1-23.
- Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1785-804.
- Marder SR, Meibach RC. Risperidone in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 825-35.
- Murphy BP, Chung YC, Park TW, McGorry PD. Pharmacological treatment of primary negative symptoms in schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Res* 2006; 88: 5-25.
- Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 373 (9657): 31-41.
- Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013 Sep 14; 382 (9896): 951-62.
- Goodwin G, Fleischhacker W, Arango C, Baumann P, Davidson M, de Hert M, et al. Advantages and disadvantages of combination treatment with antipsychotics ECNP Consensus Meeting, March 2008, Nice. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009; 19: 520-32.
- Sernyak MJ, Rosenheck R. Clinicians' reasons for antipsychotic coprescribing. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (12): 1597-600.
- Kreyenbuhl J, Marcus SC, West JC, Wilk J, Olfson M. Adding or switching medications in treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 983-90.
- Leiderman EA, Nemirovsky M, Elenitza I, Jufe G, Levin S, Mazaira S, et al. ¿Cómo tratan los psiquiatras argentinos la depresión? *Vertex* 2007; 18: 335-43.
- Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S, Arnon J, Schaefer C, Garbis H, et al. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 317-22.
- Krauss SJ. Attitudes and the prediction of behavior: a meta-analysis of the empirical literature. *Pers Soc Psychol Bull* 1995; 21: 58-75.
- Hermann RC, Yang D, Ettner SL, Marcus SC, Yoon C, Abraham M. Prescription of antipsychotic drugs by office-based physicians in the United States, 1989-1997. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 425-30.
- Grover S, Avasthi A. Anti-psychotic prescription pattern: A preliminary survey of Psychiatrists in India. *Indian J Psychiatry* 2010; 52: 257-9.
- Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003; 326 (7400): 1189-1192.