

¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotropos en atención primaria?

C. López-Peig^a, R.M. Serrano-Fuentes^a, A. Valverde-Trillo^b, B. Casabella-Abril^a y X. Mundet-Tudurí^c

Objetivo. Analizar el grado de seguimiento realizado por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud sobre los enfermos consumidores de fármacos psicotropos.

Diseño. Estudio observacional retrospectivo en el que se seleccionó a pacientes de ambos sexos mayores de 15 años, con consumo de fármacos psicotropos y visitados un mínimo de 10 veces por la misma unidad básica de atención médico-enfermera (UBA). Se estudió su seguimiento durante 2 períodos de un año: el primer año después del diagnóstico y el período octubre de 2001-octubre de 2002.

Emplazamiento. Atención primaria en el Área Básica de Salud (ABS) Raval Sud, Barcelona.

Participantes. Se revisaron 730 historiales de pacientes, de los cuales 200 (27%) cumplieron criterios de inclusión.

Resultados. El diagnóstico más frecuente fue el trastorno de ansiedad-depresión (58%), y destacaba que un 14,5% de los pacientes no tenían un diagnóstico registrado. El 35,5% correspondió a pacientes que recibieron más de un fármaco y el grupo farmacológico más frecuente fue el de las benzodiacepinas (60,4%). Se detectaron diferencias significativas en el número de controles entre los 2 períodos, y entre las diferentes UBA. La mediana de la diferencia de períodos fue -0,5 y su intervalo de confianza del 95%, -1,0; se evidencia que el grado de control disminuye con el tiempo.

Conclusiones. En estos pacientes se observa poco control en su seguimiento, lo que indica la necesidad de crear unos objetivos y unos protocolos claros dirigidos al equipo médico-enfermera, para así facilitar el tratamiento del paciente con problemas de salud mental.

Palabras clave: Atención primaria. Alteración mental. Fármacos psicotropos. Seguimiento farmacoterapéutico.

WHO MONITORS PATIENTS TREATED WITH PSYCHOTROPIC DRUGS IN PRIMARY CARE?

Objective. To analyse the degree of monitoring by doctors, nurses, and other health professionals of patients taking psychotropic medication.

Design. Retrospective, observational study of patients of both sexes and over 15 years old, who took psychotropic medication and had attended a minimum of ten times the same doctor-nurse primary care unit (PCU). Their monitoring during 2 year-long periods was studied: a first period (the first year after diagnosis) and a second period from October 2001 to October 2002.

Setting. Primary care in the Raval Sud District, Barcelona, Spain.

Participants. A total of 730 clinical histories were reviewed, of which 200 (27%) met inclusion criteria.

Results. The most common diagnosis was anxiety-depression disorder (58%), and 14.5% of patients had no recorded diagnosis. 35.5% were patients taking more than one medicine. The most common drug group was the benzodiazepines (60.4%). Significant differences in the number of controls were found between the 2 periods and between different PCUs. The mean difference between periods was -0.5, with 95% CI at -1.0: clearly the degree of monitoring drops over time.

Conclusions. These patients' follow-up was not monitored well, which poses the need to create clear aims and protocols for the doctor-nurse team, to thus assist the treatment of patients with mental health problems.

Key words: Primary care. Mental disturbance. Psychotropic drugs. Drug-therapy monitoring.

^aABS Raval Sud. Barcelona. España.

^bHospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

^cABS Carmel. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia:
B. Casabella Abril.
Avda. del Poal, 17, esc. A, 2.º, 2.ª.
08860 Castelldefels. Barcelona.
España.
Correo electrónico:
bcasabellaa@meditex.es

Manuscrito recibido el 28 de julio de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 18 de julio de 2005.

Este estudio ha sido presentado como trabajo de investigación dentro del programa de doctorado en medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona, y ha sido calificado de sobresaliente.

Introducción

Durante las últimas décadas se han publicado múltiples estudios que muestran prevalencias de un 30-45% en los trastornos psicopatológicos entre los pacientes de atención primaria¹⁻⁸, cifras que alcanzan hasta un 68% cuando se habla de pacientes polifrecuentadores⁵⁻⁷. No menos importantes son otros estudios que señalan un alto grado de infradiagnóstico de enfermedad psiquiátrica por parte del colectivo médico^{4,5,9-11}, hecho que contrasta con un claro incremento en la prescripción de fármacos psicotropos, sobre todo de los grupos de las benzodiacepinas y los inhibidores de las aminas^{12,13}. Así pues, ¿quién controla a estos pacientes, en global, «infradiagnosticados pero medicados»? Nosotros proponemos un nuevo estudio con el que pretendemos determinar el grado de control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales y profesionales de la salud mental) sobre los enfermos consumidores de fármacos psicotropos en atención primaria.

Pacientes y método

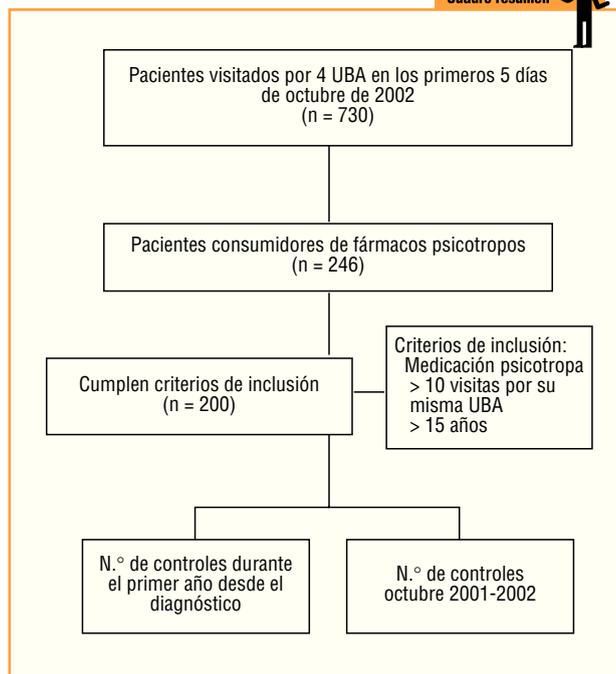
Durante los primeros 5 días del mes de octubre de 2002 se seleccionó de forma consecutiva a todos los pacientes visitados con cita previa por 4 unidades básicas de atención médico-enfermera (UBA) (médico, enfermera y otros, entre los que se incluían los asistentes sociales y los profesionales de la salud mental), en el Área Básica de Salud del Raval Sud, Barcelona. De la muestra inicial de 730 historias se incluyeron en el estudio las de pacientes que tomaban medicación psicotrópica (n = 246; 33,7%) y, de éstos, se seleccionó a los que cumplían criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos mayores de 15 años y visitados un mínimo de 10 veces por su misma UBA 200 (27%). Se descartó a los pacientes diagnosticados después de octubre del 2001 o con historial médico no registrado. El estudio se realizó de forma retrospectiva y se cuantificó el número de controles sobre el paciente, por parte del personal sanitario, durante 2 períodos de un año de duración. El primer período incluye el primer año posterior al diagnóstico; por ejemplo: en un paciente diagnosticado en el año 1995 se estudia el número de controles realizados hasta cumplir el año natural. Las historias revisadas comprenden desde el año 1989 hasta octubre de 2001. El segundo período comprende desde octubre de 2001 hasta octubre de 2002.

Se elaboró una hoja de recogida de datos, cumplimentada con la información recogida en la historia clínica, que abarcaba un seguimiento máximo de 12 años.

Se han analizado variables demográficas (edad, y sexo) junto con las siguientes:

1. Diagnóstico principal (se diferenció en 12 grupos: trastorno de ansiedad-depresión, del sueño, adaptativo, esquizofrenia, bipolar, de la personalidad, somatomorfo, consumo de tóxicos, demencia, retraso mental, diagnóstico no psicossocial, y no consta diagnóstico).
2. Año de diagnóstico (en caso de no constar, se reflejó la fecha en la que el medicamento aparecía registrado por primera vez).

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio observacional, retrospectivo, que analiza el grado de seguimiento realizado por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud sobre los enfermos consumidores de fármacos psicotropos.

3. Tipo de tratamiento con fármacos psicotropos (recogida según la clasificación farmacológica del *Medimecum* español); se recogieron únicamente los datos que aparecían registrados, sin cuestionar la justificación del tratamiento o la certeza del diagnóstico).

4. Número de controles. Definición de control: anotaciones sobre la esfera psicosocial del paciente, cambios de dosis o síntomas relacionados con el diagnóstico. No se consideró control si sólo aparecía el término «recetas» o «R».

5. Profesional sanitario que realiza el control: médico, enfermera y otros, entre los que se incluyen los asistentes sociales y los profesionales de la salud mental.

6. Ausencia laboral (durante el primer año desde el diagnóstico); se registró si había habido baja laboral sin tener en cuenta el motivo, ayudas económicas estatales o invalidez; se descartó a los pacientes mayores de 65 años.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresan en porcentajes y las variables cuantitativas, mediante la media aritmética ± desviación estándar (DE). En caso de variables con distribución no normal se utilizó como parámetro de centralización la mediana (percentil 50) y su intervalo de confianza. Se empleó el test de Kolmogorov-Smirnov para las pruebas de normalidad. En la comparación de medias emparejadas del número de controles se utilizó la prueba no paramétrica de la t de Wilcoxon. En la comparación de medias de la diferencia de controles de los 2 períodos entre las

cuatro UBA se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.0.

Resultados

La muestra seleccionada fue de 200 pacientes que tomaban fármacos psicotropos y cumplían los criterios de inclusión. El 28,5% eran varón y el 71,5%, mujeres, con una edad media de $62,9 \pm 15,66$ años y $5,95 \pm 3,28$ años de tratamiento con fármacos psicotropos.

El 59,5% de pacientes tenía un solo diagnóstico psicopatológico y el 26%, más de un diagnóstico; en el 14,5% restante no constaba el diagnóstico. Respecto al diagnóstico principal, el más frecuente es el trastorno de ansiedad-depresión, con un 58% (tabla 1).

El 35,5% recibe más de un tratamiento; las benzodiacepinas, con un 60,4%, son las más utilizadas (tablas 2 y 3).

Destaca que el 24,5% recibe inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) junto con benzodiacepinas.

Se estudió el número de controles realizados por médicos, enfermeras y otros profesionales durante los 2 períodos y se calcularon las diferencias entre el segundo y el primer períodos (tabla 4).

Se compara el total de controles del segundo y primer períodos mediante la prueba no paramétrica de la *t* de Wilcoxon (ya que la variable vulnera el supuesto de normalidad). Se observan diferencias significativas entre el total de controles de los 2 períodos ($Z = -4,08$; $p < 0,001$). La media de la diferencia de períodos en el total de controles es $0,77 \pm 3,60$, la mediana de la diferencia es $-0,5$ y su intervalo de confianza del 95%, $-1,0$, lo que evidencia un menor control en el segundo período.

También se estudian los controles del primero y el segundo períodos y la diferencia entre los 2 períodos según la UBA (tabla 5) mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis ($\chi^2 = 15,99$; $p = 0,001$), y se observa que son estadísticamente significativos, por lo que hay diferencias entre las 4 UBA. Se observan menos controles en el segundo período en todas las UBA, excepto en la UBA 2. Respecto a la cuantificación de la vida laboral, un 62,9% perteneció al grupo sin baja o en el que ésta no consta, mientras que el 37,1% restante había estado de baja en algún momento durante el primer año de diagnóstico o tenía incapacidad laboral o recibía ayudas económicas del Estado. En el grupo sin incapacidad laboral estaría incluida la población no activa jubilada.

Discusión

Limitaciones

En primer lugar se ha de tener en cuenta que el estudio ha sido realizado en un barrio de Barcelona de bajo nivel eco-

TABLA 1 Frecuencia de los diagnósticos principales de los pacientes estudiados

Diagnósticos	Total % (n = 200)	Varones % (n = 57)	Mujeres % (n = 143)
Trastorno de ansiedad-depresión	58,0	40,4	65,0
Trastorno del sueño	7,5	10,5	6,3
Trastorno adaptativo	3,0	3,5	2,8
Esquizofrenia	3,0	3,5	2,8
Trastorno bipolar	0,5	1,8	0
Trastorno de la personalidad	1,0	0	1,4
Trastorno somatomorfo	1,5	0	2,1
Consumo de tóxicos	2,0	1,8	2,1
Demencia	0,5	1,8	0
Retraso mental	0,5	1,8	0
Diagnóstico no psicosocial	8,0	12,3	6,3
No consta	14,5	22,8	11,2

TABLA 2 Pacientes que reciben uno o más tratamientos con fármacos psicotropos

Número de tratamientos	Total % (n = 200)
1	64,5
2	31,0
3	4,5

nómico, donde se trabaja con un tipo de pacientes con una elevada demanda y que arrastra una alta presión asistencial. Estos factores en muchos momentos pudieron complicar la aplicación de una terapia cognitivo-conductual y facilitar, a su vez, un incremento en las terapias únicamente farmacológicas. Para seleccionar las 4 UBA se descartaron las de más reciente apertura con una mayoría de pacientes no autóctonos y que no cumplían los criterios de inclusión (más de 10 visitas). No se ha podido discriminar quién fue el primero en prescribir el fármaco de los 2 profesionales que atienden al paciente, si el médico de familia o el psiquiatra, aunque hay que tener en cuenta que las historias clínicas están ubicadas en centros diferentes.

Respecto al aspecto metodológico del muestreo, hubo menos «pérdidas» que las previstas, por lo que la muestra de pacientes fue suficientemente amplia y representativa de nuestro centro.

Los resultados obtenidos sobre la medicación más prescrita no se diferenciaron de los obtenidos en otros estudios^{1,6,7,11}; así, el grupo de fármacos más prescrito fue el de las benzodiacepinas, seguido de los ISRS. Cabe destacar que el 75% de los pacientes tratados con ISRS también consumían ansiolíticos, por lo que se cuestiona si esta asociación (benzodiacepinas + ISRS) (aconsejada en teoría, durante las primeras semanas) ha favorecido una mayor dependencia de las benzodiacepinas. En consecuencia, a

TABLA 3 Frecuencia del consumo de fármacos psicotropos de los pacientes estudiados

Fármacos psicotropos	Total % (n = 280)	Varones % (n = 73)	Mujeres % (n = 203)
Benzodiacepinas	60,4	63,0	59,4
ISRS	23,6	21,9	24,2
Antidepresivos tricíclicos	8,2	4,1	9,7
Psicolépticos	6,8	9,6	5,8
Eutimizantes	1,1	1,4	1,0

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

pesar de la ayuda del profesional, el tratamiento puede ser prescrito más tiempo del aconsejado en las guías de práctica clínica^{14,15}.

El tiempo medio de prescripción observado en este estudio fue 5,95 ± 3,28 años. Si tenemos en cuenta que sólo se recoge un período de 12 años, posiblemente habría un incremento de esta media si se incluyeran años anteriores.

Cuando se analizan los diagnósticos, el grupo más frecuente fue el trastorno de ansiedad-depresión (58%), seguido con mucha menor prevalencia por los diagnósticos no psicosociales (8%) y los trastornos del sueño (7,5%). Cabe destacar la presencia de un 14,5% de enfermos en tratamiento con fármacos psicotropos, sin que en su histo-

rial conste un motivo de diagnóstico que justifique su prescripción. En realidad, no creemos que no haya un motivo para esta prescripción, ya que es fácil intuir que pudo ser realizada por primera vez en otro centro o por otro especialista, pero ello no justifica en absoluto que el diagnóstico no estuviera registrado.

Todos estos datos nos sorprenden aún más cuando se conoce que un mal control de esta enfermedad tiene no sólo repercusiones psicosociales, sino también económicas, y no sólo nos referimos al coste de una medicación prolongada, sino que hay pacientes en edades de población activa, con incapacidad laboral y que reciben ayudas económicas.

Respecto al objetivo principal del estudio (número de controles por parte de los profesionales), son los médicos los que más controles realizan, principalmente más a las mujeres que a los varones, sin que haya diferencias significativas entre sexos. En cambio, sí se han encontrado diferencias en el número de controles entre los 2 períodos. En el segundo período, el total de controles disminuye de forma significativa, cuando lo que cabía esperar es que se mantuviera en el tiempo. De todas maneras, cabe resaltar el escaso control que se realiza en los pacientes tratados con fármacos psicotropos por parte de los profesionales sanitarios.

Respecto al total de controles según las UBA, la que más controles realiza en el primer período es la UBA 1, y la que menos, la UBA 2, pero en la diferencia de períodos, la que

TABLA 4 Resultados de los controles realizados en el primero y segundo períodos y diferencia entre los 2 períodos según el colectivo de profesional del área básica de salud

	Primer período			Segundo período			Diferencia de períodos		
	Total (n = 200)	Varones (n = 57)	Mujeres (n = 143)	Total (n = 200)	Varones (n = 57)	Mujeres (n = 143)	Total (n = 200)	Varones (n = 57)	Mujeres (n = 143)
Médicos	1,83 ± 2,10	1,37 ± 1,86	2,01 ± 2,17	1,14 ± 2,19	0,77 ± 1,45	1,29 ± 2,41	-0,69 ± 2,77	-0,60 ± 2,21	-0,72 ± 2,97
Enfermería	0,39 ± 1,14	0,25 ± 0,83	0,45 ± 1,23	0,42 ± 1,09	0,23 ± 0,89	0,49 ± 1,25	0,03 ± 1,41	-0,02 ± 1,01	0,04 ± 1,55
Otros*	0,29 ± 0,72	0,32 ± 0,76	0,29 ± 0,71	0,19 ± 0,65	0,16 ± 0,49	0,20 ± 0,70	-0,11 ± 0,85	-0,16 ± 0,86	-0,08 ± 0,85
Total	2,52 ± 2,73	1,93 ± 2,65	2,75 ± 2,74	1,75 ± 2,85	1,16 ± 2,03	1,98 ± 3,09	-0,77 ± 3,60	-0,77 ± 3,17	-0,77 ± 3,77

*Otros: asistentes sociales y profesionales de la salud mental. Los valores expresan la media ± desviación estándar.

TABLA 5 Resultados del total de controles realizados en el primero y segundo períodos y diferencia entre los 2 períodos según la unidad básica de atención médico-enfermera

	Primer período			Segundo período			Diferencia de períodos				
	Varones n	Mujeres n	Total (media ± DE)	Varones (media ± DE)	Mujeres (media ± DE)	Total (media ± DE)	Varones (media ± DE)	Mujeres (media ± DE)	Total (media ± DE)	Varones (media ± DE)	Mujeres (media ± DE)
UBA 1	13	36	3,61 ± 2,94	2,92 ± 4,01	3,86 ± 2,47	1,86 ± 2,44	0,92 ± 1,11	2,19 ± 2,70	-1,75 ± 3,68	-2,00 ± 4,06	-1,67 ± 3,59
UBA 2	13	45	1,74 ± 2,20	1,96 ± 1,61	1,82 ± 2,36	2,36 ± 4,12	2,38 ± 2,87	2,36 ± 4,45	0,62 ± 4,12	0,92 ± 2,49	0,53 ± 4,50
UBA 3	17	36	2,28 ± 2,88	1,65 ± 2,37	2,58 ± 3,08	1,53 ± 1,98	0,71 ± 1,72	1,92 ± 1,99	-0,75 ± 3,05	-0,94 ± 2,83	-0,66 ± 3,18
UBA 4	14	26	2,60 ± 2,59	1,79 ± 2,16	3,04 ± 2,73	1,00 ± 1,65	0,79 ± 1,85	1,12 ± 1,56	-1,60 ± 2,69	-1,00 ± 2,80	-1,92 ± 2,63

UBA: unidad básica de atención médico-enfermera; DE: desviación estándar.

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Múltiples estudios muestran elevadas prevalencias (hasta de un 45%) de enfermedad psiquiátrica en atención primaria.
- Se ha detectado una elevada prescripción de fármacos psicotropos, hecho que contrasta con un alto grado de infradiagnóstico psiquiátrico por parte del colectivo médico en atención primaria.
- Se nos plantea la necesidad de averiguar cómo se controla a estos pacientes, globalmente infradiagnosticados pero medicados, y por qué el grado de control sobre ellos disminuye con el tiempo.

Qué aporta este estudio

- Respecto al infradiagnóstico, destacamos que en un 14,5% de los pacientes que siguen tratamiento con algún fármaco psicotropo no consta ningún diagnóstico que haya motivado la prescripción.
- Este estudio muestra una evidente carencia de control sobre los pacientes tratados farmacológicamente, con una media de $2,52 \pm 2,73$ controles en el primer año de diagnóstico (primer período).
- Se detectan diferencias en el número de controles entre el primer y el segundo períodos, la mediana de la diferencia de períodos es $-0,5$ y su intervalo de confianza del 95%, $-1,0$, lo que pone de manifiesto que el grado de control disminuye con el tiempo.

más disminuye el número de controles es la UBA 1, posiblemente debido a que realizó un mayor número de controles en el primer período y no lo mantuvo en el segundo período.

Se han encontrado revisiones y guías acerca del tratamiento y mantenimiento de estos pacientes, pero en tiempos limitados¹⁴. Sin embargo, en tratamientos prolongados no hay suficiente evidencia en el control de estos enfermos¹⁶, a pesar de que son enfermedades que se vuelven crónicas con el tiempo.

Este estudio nos lleva a reflexionar sobre 2 posibles hipótesis; o bien la mayoría de los enfermos presenta una enfermedad grave que justifica un tratamiento crónico, o bien no se explica que se trata de una medicación puntual. Por tanto, un escaso control induce a una continua prescripción médica.

Este estudio nos muestra un grupo de pacientes con probable trastorno psicopatológico, a los que se prescribe un fármaco escasamente «controlado» sin tener en cuenta otros factores que garantizarían su buena evolución. Estamos seguros de que con un trabajo en equipo, basado en un apoyo sustentado en el consejo, el seguimiento y la contención por parte de enfermería y complementado con un buen control sobre la medicación por parte del médico, se garantizaría una mejora en el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. Se debería estimular el seguimiento para controlar la eficacia y los posibles efectos secundarios de la medicación¹⁷. El principal problema es que no se han integrado unos protocolos bien definidos destinados al personal de enfermería para el control de estos pacientes, y tampoco se dispone de unas directrices que ayuden a tratar al paciente, como un equipo (médico y enfermera) que reparta las responsabilidades del tratamiento del paciente como ocurre con otras enfermedades, como la diabetes, la hipertensión y otras.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Martí Valls, médico epidemiólogo del ABS Raval Sud; a Dolores García, enfermera del ABS Raval Sud, y al personal médico, de enfermería y administrativo del ABS Raval Sud.

Bibliografía

1. Álvarez Gálvez E, Crespo Hervás MD. Detección de los trastornos psicopatológicos en atención primaria: resultados de un estudio epidemiológico en una consulta ambulatoria. *An Psiquiatr (Madrid)*. 2002;18:398-406.
2. Limón Mora J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Primaria*. 1990;7:88-93.
3. García Mur, Iribarren Oscoz M, Gimeno Aranda, et al. Métodos de screening en salud mental en atención primaria: escala EADG: *Aten Primaria*. 1991;8:96.
4. Martínez Álvarez JM, Marijuá Arcocha L, Retolaza Balsategui A, et al. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. *Aten Primaria*. 1993;11:127-312.
5. Golberg DP. The detection of psychiatric disorders in primary care settings. Implications for the taxonomy of neuroses. *Isr J Psychiatry Rel Sci*. 1985;22:245-55.
6. Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, Luna Castillo J, Ramírez García P, Sáez García JM. Atención a la patología mental en un centro de salud rural. *Med Fam (And)*. 2002;3:165-71.
7. Santiago A, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 1998. p. 259-70.
8. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Doménech J, Martín S. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Inf Psiquitr*. 1990;120:111-30.
9. Chocrón L, Legazpi J, Vilalta J, et al. Prevalencia de psicopatología en asistencia primaria. *Aten Primaria*. 1995;16:586-90 y 592-3.

10. Coyne JC, Schwenck TL, Fechner-Bates S. Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17:3-12.
11. Gualtero R, Turek L. Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1999;XIX:225-34.
12. Nuss P. When and haxi stop anxiolytic drugs. *Rev Prat*. 1999;49 Suppl 14:536-41.
13. Olveros S, Hernández C, Baca E. Uso racional de benzodiazepinas. *Inf Ter Sistema Nacional de Salud*. 1997;21:113-26.
14. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV. CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry*. 2001;46 Suppl 1:S38-58.
15. Valenstein M, Taylor KK, Austin K, Kales HC, McCarthy JF, Blow FC. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry*. 2004;161:654-61.
16. Milrod B, Busch F. Long-term outcome of panic disorder treatment. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:723-30.
17. Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *Eur Neuropsychopharmacol*. 1999;9 Suppl 6:S399-405.