

Utilización de psicofármacos por médicos no psiquiatras

Vilchez, MF. Servicio de Psiquiatría - Hospital Privado S.A. - Centro Médico de Córdoba

Resumen

Introducción: El propósito de este trabajo es obtener datos sobre el manejo actual de psicofármacos por médicos no psiquiatras, detectar uso inadecuado y proponer políticas para el correcto empleo de los mismos. **Objetivos:** 1. Evaluar la frecuencia de uso de psicofármacos por médicos no psiquiatras o automedicación en pacientes mayores de 18 años que concurren a consulta al Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba. 2. Objetivar los psicofármacos más prescritos, el profesional y controles posteriores. 3. Detallar diagnóstico y tiempo de consumo. 4. Señalar presencia de efectos adversos en los pacientes. 5. Marcar diferencias con la conducta del psiquiatra y su diagnóstico final. 6. Implementar programas de capacitación o derivación a especialistas para evitar consecuencias del tratamiento inadecuado con psicofármacos. **Material y métodos:** Se incluyeron 250 pacientes mayores de 18 años que concurren a consulta entre 1 de Septiembre de 2009 y el 1 de Abril de 2010. **Resultados:** Psicofármacos: 66% estaban recibiendo benzodiacepinas, 30% IRSS. Prescriptor: Automedicación 9%, clínico 34%, cardiólogo 5%, .El 35 % estaban medicados por psiquiatras. Más de la mitad sin controles posteriores. **Discusión:** Se observaron concordancias con otros trabajos. **Conclusión:** La indicación de psicofármacos es frecuente. Se debe capacitar a los prescriptores.

Palabras clave: psicofármacos, no psiquiatras, capacitación, efectos adversos.

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to obtain data on the current management of psychoactive drugs by non psychiatrist physicians, to detect inappropriate use, and propose policies for the proper use of the same.

Objectives: 1. To evaluate the frequency of use of psychoactive drugs by non psychiatrist physicians or self-medication in patients over 18 who attend consultation Psychiatric Hospital Privado de Córdoba. 2. Objectify the most frequently prescribed psychotropic drugs, the physician who prescribes them and later consults. 3. To detail diagnoses and consumption time. 4. To report side effects in patients. 5. To compare the behavior of the psychiatrist and his final diagnosis. 6. To Implement training or referral to specialists in order to avoid the consequences of inadequate treatment with psychotropic drugs

Material and methods: We included 250 patients aged over 18 who attended consultation between September 1, 2009 and April 1, 2010. **Results:** Psychoactive drugs: 66% were taking benzodiazepines, 30% SSRIs. Prescriber: Self Medication 9%, clinical 34%, 5% cardiologist. 35% were medicated by psychiatrists. More than half without further controls.

Discussion: Matches were observed in other studies. **Conclusion:** The indication of psychotropic drugs is common. Training should be provided to prescribers.

Keywords: psychotropic drugs, non psychiatrists, training, side effects.

Correspondencia:

Dra. Florencia Vilchez

Servicio de Psiquiatría

Hospital Privado SA - Centro Médico de Córdoba

Naciones Unidas 346 B° Pque. Vélez Sarsfield

Tel: 351-4688200 - 4688457

E-mail: floriv_21@hotmail.com

Introducción

Desde los años 50, con el surgimiento de la psicofarmacología, se han logrado tratar con éxito múltiples patologías de origen psicogénico así como orgánico. Así mismo, y debido a la toxicidad y serios efectos adversos que presentan en relación a la dependencia sobre todo, han sido indebidamente utilizados para fines como suicidio, abuso, etc.

Por estos motivos, el profesional que los receta debería conocer ampliamente la droga que esta empleando para disminuir los riesgos. Los fármacos más frecuentemente utilizados por los médicos de especialidades distintas a la psiquiatría son: las benzodiacepinas, antidepresivos (IRSS y tricíclicos), algunos antipsicóticos del tipo de las butirofenonas y atípicos y estabilizadores del ánimo. (1) Los efectos clínicos más conocidos de las benzodiacepinas son la reducción de la ansiedad, sedación, aumento del umbral convulsionante y relajación muscular por acción central. (2)

El uso inapropiado de las benzodiacepinas se relaciona a cuadros de abuso y dependencia tal como están descritos para otras sustancias adictivas. Existe el riesgo de que con una indicación inadecuada, los pacientes usuarios de estas sustancias aumenten las dosis sin comunicarlo al médico, entre otras razones por la tolerancia (aumento de la dosis para alcanzar igual efecto) que éstas generan. Los pacientes con trastornos de personalidad graves requieren un manejo cauto, pues se ha visto cierta tendencia a la desinhibición de las conductas auto y heteroagresivas en estos pacientes con el uso de dichos fármacos, además de las consabidas sobreingestas impulsivas que pueden causar riesgo vital. Si bien no existen predictores exactos para el desarrollo de abuso y dependencia, pareciera ser que pacientes de esta clase son más propensos a presentar enfermedades en las que se utilizan las benzodiacepinas con excesiva frecuencia. (1-2)

Dentro de los antidepresivos, su uso poco adecuado genera síntomas adversos en la esfera gastrointestinal y sexual, predominantemente. Con respecto a los antipsicóticos, producen efectos a nivel de Sistema Nervioso Central, tales como mareos y extrapiramidalismo entre otras.

El propósito de este trabajo es obtener datos sobre el manejo actual de psicofármacos por médicos no psiquiatras, detectar uso inadecuado y proponer políticas de capacitación para el correcto empleo de los mismos.

Objetivos

1. Evaluar la frecuencia de uso de psicofármacos por médicos no psiquiatras o automedicación en pacientes mayores de 18 años que concurren a consulta al Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado SA - CMC.
2. Objetivar los psicofármacos más prescritos y el profesional que lo prescribió, así como si tuvo controles posteriores con el mismo o con otro.
3. Detallar el diagnóstico por el cual se indicó la droga y el tiempo de consumo.
4. Señalar presencia de efectos adversos en los pacientes.
5. Marcar diferencias entre la conducta del psiquiatra y el prescriptor ante el tratamiento indicado, así como su diagnóstico final.
6. Implementar programas de capacitación o derivación a especialistas para evitar consecuencias del tratamiento inadecuado con psicofármacos

Material y métodos

Se evaluaron mediante una encuesta heteroadministrada a todos los pacientes mayores de 18 años que concurren a consulta al Consultorio Externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado SA - CMC entre 1 de Septiembre y el 1 de Abril de 2010.

Dicha encuesta recaba datos como: sexo, edad, psicofármaco indicado, profesional que lo prescribió o automedicación, causa, tiempo de tratamiento con el mismo, controles posteriores con psiquiatra o prescriptor, conducta del psiquiatra frente a la medicación indicada, efectos adversos objetivados por el paciente o familiares y diagnóstico psiquiátrico realizado por el profesional en Salud Mental. Se incluyen a todos los pacientes mayores de 18 años que concurren a consulta, estén o no recibiendo psicofármacos.

Se excluyen menores de 18 años o pacientes que no puedan precisar su tratamiento debido a que se lo impide una patología. Con dicha información, se elaboran estadísticas para evaluar resultados e implementar políticas para derivación o capacitación de los prescriptores. Se incluyeron 250 pacientes mayores de 18 años que concurren a consulta en Consultorio Externo de Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba entre 1 de Septiembre de 2009 y el 1 de

Abril de 2010.

Resultados

De los 250 pacientes encuestados, 69,2% (173) corresponden al sexo femenino, 52 % están casados, 14,4 % divorciados, 24% solteros y 8,8 % viudos. (Figura 1). La edad promedio de los encuestados es de 50,19 años (21-89). Entre las ocupaciones más frecuentes en esta muestra figuran: jubilados 26%, ama de casa 15,2 %, estudiantes 7,2%, profesionales universitarios 12,4 %, docentes 6,4 %, desocupados 2% y empleados 30,8%. (Figura 2)

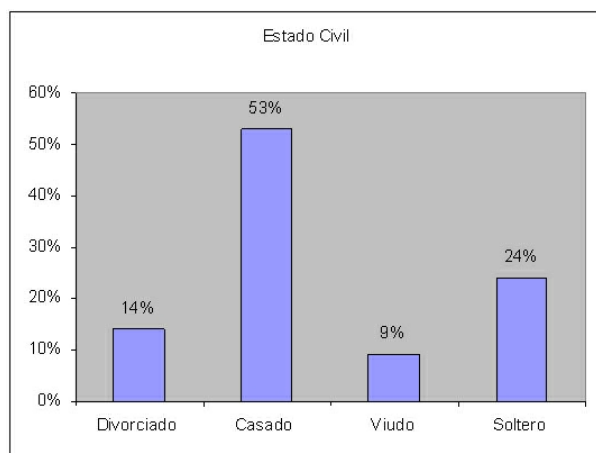


Figura 1: Estado civil

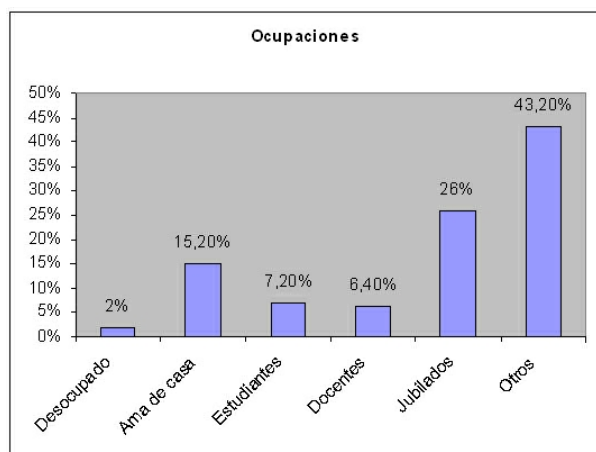


Figura 2: Ocupaciones

En cuanto a los psicofármacos prescritos: el 66,4% estaban recibiendo benzodiacepinas (clonazepam 33,6%, alprazolam 24%, bromazepam 5,2%, lorazepam 2 %, diazepam 1,6%), 29,2% IRSS (inhibidores de la recaptación de serotonina) dentro de los cuales: citalopram 7,2%, sertralina 6,8%, fluoxetina 6,4%, paroxetina 6,8%, escitalopram 2,4%.

Recibían tricíclicos (amitriptilina) 3,6% de los pacientes, y duales (venlafaxina) 2,4%.

En cuanto a los hipnóticos: el 3,2 % estaba medicado

con zolpidem y 1% con melatonina.

Dentro de los estabilizadores de ánimo: el 1% tomaba lamotrigina y 0,5% litio, indicados por psiquiatras, al igual que los antipsicóticos, risperidona, (2,8%) clozapina (1%), quetiapina y olanzapina 1%, respectivamente. No estaba tratado el 14% de esta muestra. (Figura 3)

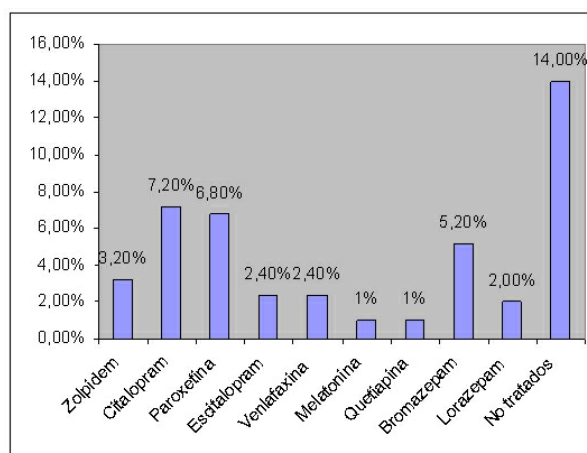


Figura 3: Drogas más utilizadas

En cuanto a los prescriptores, encontramos los siguiente: automedicación 8,8% (solo con benzodiacepinas, con predominio de alprazolam y luego clonazepam), clínico 32,4%, predominando la indicación de benzodiacepina, IRSS, tricíclicos, e hipnóticos (31 clonazepam, 25 alprazolam, 7 bromazepam, 3 lorazepam, 2 diazepam, fluoxetina 8, citalopram, paroxetina y sertralina 3, zolpidem 5, melatonina 2, amitriptilina 3), cardiólogo 5,2% (predominio alprazolam), gastroenterólogo 2,4% (predominio alprazolam), endocrinólogos, ginecólogos y oncólogos 1%, neurólogos 4,8% traumatólogo, alergista, infectólogos y urólogos 0,4 %. El 35,2 % de los pacientes que acudieron a la consulta estaban medicados por psiquiatras. (Figura 4)

El promedio de meses de uso de los psicofármacos fue de 53,41 meses (0,25 - 600 meses). De los pacientes recibiendo psicofármacos, el 44% (110) habían tenido controles posteriores con su medico o psiquiatra, el 56% restante (140) continuaba tomando la medicación sin recibir adecuado asesoramiento sobre la misma. Los diagnósticos mas frecuentes por los que recibieron tratamiento con psicofármacos fueron: ansiedad: 40,4% (101), depresión 24% (60), insomnio 12,8 % (32), esquizofrenia 4% (4), y otros como taquicardia, arritmias, gastritis 2%, trastornos adaptativos, demencia, dolor 5%, fibromialgia 5%, trastorno bipolar (este último hecho por psiquiatra al igual que esquizofrenia). (Figura 5)

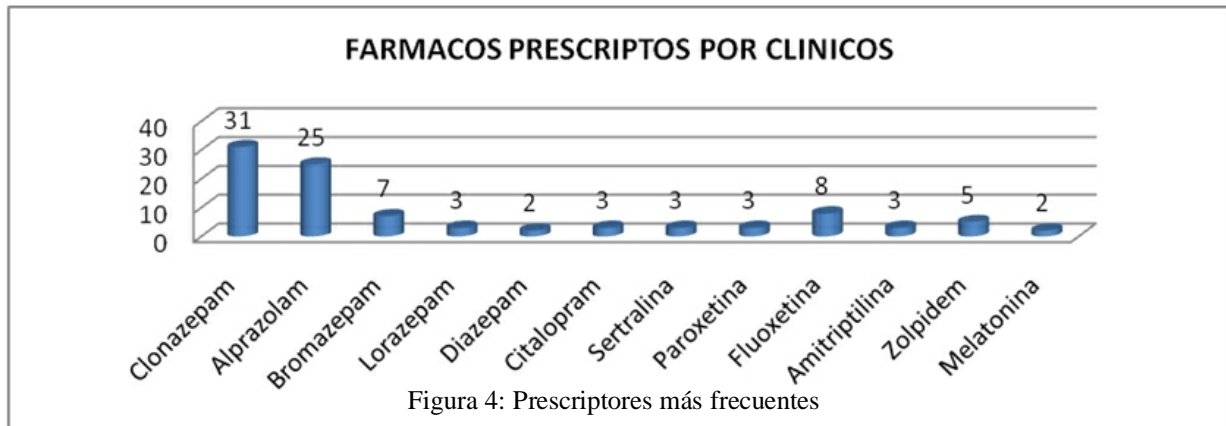
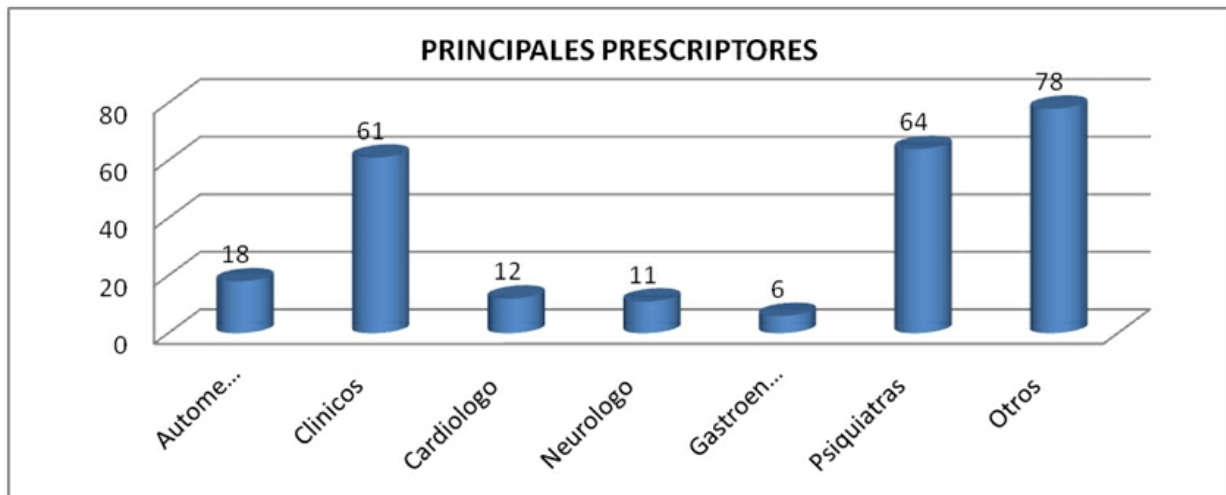


Figura 4: Prescriptores más frecuentes

El 40,5% (102) de los pacientes reportaron efectos adversos, destacándose: 33 pacientes con fallas atencionales, 5 inestabilidad, 4 somnolencia, 8 aumento de peso, 4 impotencia coeundi, 2 insomnio, 18 tolerancia, 7 dependencia, 6 intolerancia gástrica, 2 sin respuesta a la indicación etc.

En lo que hace a la conducta del psiquiatra en el tratamiento, solo se continuo con igual esquema en 24% de los casos, utilizando antidepresivos del tipo de los IRSS y los duales en el 52,4 % de los casos, agomelatina en 3,2%, estabilizadores del animo en 7,6%, se suspendió tratamiento en 10%, antipsicóticos en 6% y se utilizo un hipnótico (eszopiclona y zolpidem) en 1,8% de los casos. Se derivó a psicoterapia como único tratamiento en 5,2% de las consultas. Los diagnósticos realizados por el profesional de salud mental, según los criterios del DSM IV fueron: trastorno de ansiedad 30%, episodio depresivo mayor 36,8%, demencia 6,8%, trastornos de la personalidad 9,2%, trastorno adaptativo 3%, trastorno por stress agudo 2%, trastorno bipolar 2%, esquizofrenia 2%, trastorno delirante 1%. Otros fueron: trastornos alimentarios, trastornos del sueño, trastornos por consumo de sustancias.

Psiquiatras	%	No psiquiatras	%
T. de ansiedad	30	Ansiedad	40
T. depresivo mayor	36,8	Depresión	24
T. bipolar	2	Taquicardia	2
T. personalidad	9,2	Arritmias	2
Demencia	6,8	Demencia	5
Esquizofrenia	2	Insomnio	12,8
T. delirante	1	Fibromialgia	5
T. Adaptativo	3	T. Adaptativo	5
T. Stress Agudo	2	Dolor	5
T. alimentarios	1	Gastritis	2
T. del sueño	1		

Figura 5: Diagnósticos más frecuentes

Discusión

En la investigación llevada a cabo por profesionales de este ámbito de atención existe un reconocimiento de la importancia del consumo de psicofármacos y del aumento en su uso en los últimos años, reconociéndose que los principales prescriptores y prescriptoras han sido y siguen siendo los médicos/as de Atención Primaria. Al explicar el modelo de Goldberg, a pesar de la elevada variabilidad en los estudios según el método de detección, la capacidad de detección de trastornos psiquiátricos por el médico-a de atención primaria se sitúa en torno al 35%. Un trabajo realizado en consultas de atención primaria en Bizkaia (16,26) ofrecía una prevalencia del 28% sobre el total de consultantes durante un mes. Las mujeres presentaban una prevalencia del 23,7% que casi doblaba la de los varones (12,8%), siendo la depresión el trastorno más frecuente en ambos casos, pero sobre todo en las mujeres. Otro estudio realizado con mujeres en un área urbana de Pamplona (22) ofrecía tasas de morbilidad del 25% excluyendo la dependencia tabáquica. En un estudio de Vázquez-Barquero y cols. (31) y que fue realizado en distintos centros del norte, en concreto en Asturias y Cantabria, con el SCAN como entrevista de estudio, los trastornos más frecuentes entre las mujeres fueron la ansiedad generalizada (18,5%), la depresión (7,1%) y la distimia (3,6%), aunque esta última sea otra categoría referida a la depresión. En nuestra serie, se observaron concordancias con estos trabajos en lo que respecta a la prevalencia del sexo femenino en el consumo de psicofármacos. (15-19). Este resultado es consistente con la mayoría de los estudios. Tal vez una de las causas que expliquen esta diferencia en la población adulta tenga que ver con el hecho de que, en general, la situación sociolaboral de la mujer es más precaria que la de los hombres. Así, existe un mayor número de mujeres sin integrar en el mercado laboral, sobre todo en determinadas áreas geográficas, o también, mayor porcentaje de mujeres sin estudios. Existen algunos datos que apuntan en esta dirección. Por una parte, hay una relación entre el consumo de psicofármacos y la situación laboral, en el sentido de que las amas de casa presentan un número más elevado de casos de usuarias de fármacos junto con los desempleados. En este sentido, los resultados de varios estudios confirman la tendencia a empeorar la salud mental con la duración del desempleo (19). También observamos concordancia con respecto a la edad principal de consumo de psicofármacos, (10, 22, 27) situación que puede corresponderse con el periodo de mas stress en la vida de la persona adulta, con alta productividad, mal descanso, mayores problemas a nivel socioeconómico etc. Encontramos diferencias con otras series en lo que

respecta al estado civil, ya que se observa hasta el momento mayor prevalencia de prescripción de psicofármacos a personas casadas que solas. Esto puede deberse a características de la muestra (19) o a la diferente calidad de vida en los países comparados (países desarrollados), en donde una persona soltera o viuda tiene menores dificultades socioeconómicas que una casada. Tiene relevancia a nuestro parecer, la preferencia de los médicos no psiquiatras por el uso de alprazolam y en segundo lugar clonazepam como benzodicepinas más indicadas. Esto, según los estudios, podría traer serias consecuencias debido a la alta potencia y corta vida media del primer psicofármaco, que genera mayor potencial de dependencia. Nuestra serie también coincidió en el tiempo de uso de psicofármacos con otros trabajos. Parece haber relación entre el uso crónico (más de 5 años) y el grupo de fármaco, en este caso, la relación se da entre uso crónico y ansiolíticos e hipnóticos. Las causas que explican esta excesiva "medicalización" y los consiguientes problemas asociados (conductas de dependencia y cronicidad) no han sido objeto de este trabajo, pero probablemente tengan que ver con algunos factores que dependen del propio médico (no revisión o seguimiento de los motivos y pautas de la prescripción inicial, presión de la industria farmacéutica o insuficiente formación sobre el manejo de psicofármacos), o bien con variables de tipo social o estructural (disminución del umbral de la tolerancia de la población al malestar causado por los problemas de la vida diaria, aumento de la prevalencia de patologías susceptibles de ser tratadas con estos medicamentos, falta de tiempo en la consulta o inexistencia de terapias psicológicas alternativas y/o complementarias a los psicofármacos). (1, 2, 3, 6, 7, 10,19). En cuanto a los diagnósticos, se observa una clara diferencia en la prevalencia de los realizados por médicos no psiquiatras y el diagnostico final del DSM IV, aunque respetando la prevalencia de las enfermedades mentales en la población general. Es alarmante el dato obtenido de la falta de control posterior en la mitad de los pacientes, lo que puede contribuir al consumo crónico y por ende, al desarrollo de trastornos por dependencia. Se destaca que además de que el 40% de los pacientes reportaron efectos adversos, 46,8 % de los mismos recibían tratamiento hacia mas de 2 años (24 meses) correlacionando este dato con la falta de controles en mas de la mitad de los casos, podríamos inferir que hay casos de trastorno por dependencia de sustancias no diagnosticados en esta muestra, si bien este no era un objetivo del presente trabajo.

Se obtuvo un porcentaje relativamente bajo de automedicación en comparación con algunos trabajos que hablan de hasta el 40 % (Rodríguez Lopez,

Dominguez, 1992) (29). La diferencia puede encontrarse en el tamaño muestral. Por otro lado, otro dato a investigar en trabajos posteriores, es que los pacientes con uso prolongado de benzodiazepinas presentaron índices elevados de episodios depresivos, no pudiendo determinarse aquí si este hecho deviene de la falta de diagnóstico previo o de un efecto adverso del fármaco.

Conclusión

La prescripción y utilización de psicofármacos por médicos no psiquiatras es un hecho frecuente en nuestra sociedad actual. La falta de control posterior de las

prescripciones, así como la insuficiente formación en cuadros psicopatológicos, conllevan al uso inadecuado y prolongado de drogas psicotrópicas, con la consecuente aparición de efectos adversos graves y mal tratamiento de las enfermedades. El aumento de la incidencia de patologías relacionadas a la Salud Mental debe ser el motor impulsor para que los prescriptores se encuentren obligados a capacitarse en orden de dar al paciente una mejor calidad de vida. Sería conveniente realizar cursos de capacitación en los hospitales generales, para instruir a los profesionales sobre cuadros psicopatológicos básicos, así como su tratamiento más adecuado.

Bibliografía

1. Seijas D. *Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. En: Andrés Heerlein *Psiquiatría Clínica*. Santiago, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile 2000; 171-281.
2. *Benzodiazepine toxicity, Chapter 8, in Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse; A task Report for the American Psychiatric Association: A.P.A., Washington DC; 1990.*
3. Risco L, Arancibia P, Lolas F, Hurtado S. *Benzodiazepinas y adictividad*. *Rev Hosp Clín U Chile* 1996; 7:10-5.
4. Lader M. *Benzodiazepine Dependence, Current Opinion in Psychiatry* 1998; 1: 346-9.
5. Marks J. *Las Benzodiazepinas*. MPT Press Limited, Falcon House, Lancaster, Inglaterra, 1978.
6. Eva P. *Ansiolíticos e Hipnóticos*. En: Andrés Heerlein *Psiquiatría Clínica*. Santiago: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile 2000; 583-94
7. Rusell J, Malcolm L. *Guidelines for the Prevention and Treatment of Benzodiazepine Dependence*. The Mental Health Foundation. Edit: London, England, 1994.
8. Danhier A, Brieva J, Villegas G. *Estudio sobre la utilización de psicofármacos en la ciudad de Concepción*. *Rev Chil Neuro Psiquiat* 1988; 26: 32-8.
9. Bustos MA, Rodríguez I. *Benzodiazepinas, la tranquila adicción de Santiago*. Editorial Interamericana Ltda. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Chile, 1991.
10. MINSAL. *Normas Técnicas: Prescripción racional de benzodiazepinas*. Editor Dr. D. Seijas. *Publicación de Salud Mental N° 6* Ministerio de Salud. Chile, 1994.
11. González I, Rojas G, Díaz B. *Uso de psicofármacos por consultantes al nivel primario*. *Rev Psiquiat* 1996; 12: 186-9.
12. Cifuentes M, Suárez R, Rey R, Ebner D, Hernández C. *Prescripción de Benzodiazepinas despachadas en farmacias privadas de la jurisdicción del servicio de Salud Concepción Arauco*. Unidad de Salud Mental, Servicio de Salud Concepción Arauco. Chile, 1996.
13. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. *Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago, Chile*. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 397-405.

14. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
15. de la Cruz Godoy, M.J., Fariñas Michelena, B., Herrera García, A. y González González, M.T. (2000). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria.
16. del Pozo Iribarría, J.A., Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. *Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados*. *Psicothema* 2002; 14: 440-443.
17. *Encuesta Nacional de Salud 1997 (1997)*. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia.
18. Fernández Álvarez, T., Gómez Castro, M.J., Baidés Morente, C. y Martínez Fernández, J. *Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de Atención Primaria*. *Atención Primaria* 2002; 30: 297-303.
19. Fluvía, X., Rodríguez, M., Sempere, M.C. y Corominas, N. *Consumo de psicofármacos en la población que acude al médico de Atención Primaria*. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1994; 21: 247-250.
20. García Fernández JJ, González Pérez C, Martín Sánchez MD, Sánchez Baragaño MA, Bernardo Vega J y Menéndez Rodríguez MA. *Consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos*. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1994; 68: 303-310.
20. INSALUD (2001). *Indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud. Vol. II. Anual 2000*. Madrid: Subdirección General de la Coordinación Administrativa.
21. Martínez PC, Flórez Lozano JA, Ancizu I, Valdés, C.A. y Adeva Cándenas, J. *Repercusiones psicológicas y sociales de la prejubilación*. *Psicothema* 2003; 15: 49-53.
22. Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Delgado Nicolás MA, Sánchez González R. *Consumo de psicofármacos en Atención Primaria*. *Atención Primaria* 1997; 19: 101-104.
23. *Observatorio Vasco de Drogodependencias (2000)*. *Euskadi y Drogas 2000*. Disponible en: www.euskadi.net/drogodep/.
24. Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I, Hernández Monsalve M. y Gervás J. *El uso de psicofármacos en medicina general de familia según tres fuentes complementarias de información: paciente, historia clínica y médico de cabecera*. *Farmacia Clínica* 1996; 13: 101-109.
25. *Plan Nacional sobre Drogas (2003)*. *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2002*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
26. Sierra JC, Bucla-Casal G. *Efectos de una dosis de diazepam sobre la expectación en sujetos voluntarios: diferencias de género*. *Psicothema* 2003; 15: 211-215.
27. Torres Martínez C, Orgaz Gallego P, Lozano Álvarez F, Sánchez Gómez MH, Pinnel Muñoz MF, Tojeiro Lorente S, Lain Teres N. *Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción*. *Atención Primaria* 1993; 11: 385-387.
28. Milazzo JD, Perna AM. *Análisis descriptivo de las prescripciones de Psicofármacos en una población de la ciudad de Mar del Plata (Argentina)*. *Período Febrero 2000 a Febrero 2001*. *Acta Farm. Bonaerense* 2004; 23 (2): 220-5.
29. Rodríguez López T, Domínguez Rodríguez J, Cordova Hoyos B, Fernández Moreno AC. *Automedicación con psicofármacos / Self medication with psychodrugs*. *Rev. Hospital de Psiquiatría. La Habana*; 1992; 33 (1):29-36.