

Uso de benzodiazepina en el trastorno por estrés postraumático entre los consumidores de drogas veteranos

Thomas R. Kosten, M.D., Alan Fontana, Ph.D., Michael Sernyak, M.D., y Robert Rosenheck, M.D.

Los veteranos que padecen un Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y que también son consumidores de drogas pueden abusar de las benzodiazepinas y desarrollar una falta de control violenta durante su consumo. Se hizo la comparación sobre un total de 370 veteranos con diagnóstico de consumo de drogas (50%), y con consumo de benzodiazepinas (36%) y se analizó la interacción en los resultados durante el año siguiente al alta hospitalaria. Aquéllos que consumían drogas tenían menos probabilidades de que se les recetara benzodiazepinas (un 26% contra un 45%). Ningún resultado mostró un diferencial que empeorara por el consumo de drogas o benzodiazepinas, aunque se señalaron algunas diferencias en la línea de base. El uso de los cuidados sanitarios externos fue menor entre los que consumían benzodiazepinas (47 contra 33 visitas). Entre los pacientes con PTSD que presentaban un consumo comórbido de sustancias, el tratamiento con benzodiazepinas no se relacionó con efectos adversos en el resultado, pero es posible que reduzca la utilización del cuidado sanitario.

Tratar con benzodiazepina a los consumidores de drogas con trastornos de ansiedad no es recomendable, debido a la posible adicción a esta medicación, así como a complicaciones propias de ésta como síndromes de descontrol violento (American Psychiatric Association, 1990; Barlow, 1997; Cole y Kando, 1993; Michellini et al., 1996; Mueller et al., 1996; Rickels y Downing, 1974; Risse et al., 1990; Rosenbaum et al., 1984; Salzman, 1997). A pesar de que el consumo de sustancias es uno de los trastornos comórbidos más habituales del Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD), se ha utilizado frecuentemente esta medicación para el tratamiento del PTSD (Chilcoat y Breslau, 1998; Cottler et al., 1992; Kessler et al., 1995; Kulka et

al., 1990, 1998; Laufer et al., 1981; Najavits et al., 1998; Orsillo et al., 1996). En el ámbito médico, ha sido muy difundida la prohibición relativa al uso de la benzodiazepina entre los consumidores de drogas (excepto en el caso de desintoxicación aguda), el Sistema de Cuidados Médicos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) advirtió a los médicos específicamente de este posible problema en el tratamiento del PTSD a principios de la década de 1990 (Ashton, 1994; Fontan y Rosenheck, 1996; Uhlenhuth et al., 1995). Asimismo, un amplio estudio de seguimiento de un año sobre el cuidado de pacientes externos con PTSD llevado a cabo durante los dos años siguientes a esta advertencia, ofreció la oportunidad de enfocar este tema desde varias perspectivas (Fontana y Rosenheck, 1997). Entre estas perspectivas se encuentra si tal advertencia administrativa causaría suficiente impacto sobre la práctica médica como para erradicar de manera substancial la prescripción de benzodiazepina a los consumidores de drogas con PTSD, o si los médicos deberían seleccionar más cuidadosamente a los consumidores siguiendo esta advertencia de modo que se reduzcan las complicaciones entre estos pacientes.

En este estudio de veteranos en observación tras un corto período de hospitalización, se planteaba un problema inicial que era si la farmacoterapia con benzodiazepina tras el alta se prescribía con menor frecuencia a los consumidores de drogas con PTSD. Para establecer una comparación, también examinamos los anti-depresivos, que han sido la farmacoterapia más común para el PTSD, para determinar si los consumidores de drogas eran menos propensos a absorber el fármaco por su tipo de PTSD (Frank et al., 1988; Friedman, 1988).

Este artículo se ha publicado en la revista *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000.

A pesar de que numerosas características del cuidado de pacientes externos, además de la farmacoterapia, pueden contribuir a crear diferencias en el resultado, un segundo problema era si aquellos consumidores de drogas a los que se les administró benzodiazepinas tuvieron un resultado peor que los que no eran consumidores de drogas o los que eran consumidores de drogas y a los que no se les administró benzodiazepinas. Los resultados específicos, que podrían ser peores para los consumidores de drogas a los que se les administró estas medicaciones, incluían el alcohol y el mismo consumo de fármacos, especialmente el exceso de calmantes y la violencia, ya que un trabajo reciente ha señalado que los consumidores de drogas tienen un elevado riesgo de violencia asociada al consumo de benzodiazepina (Rickels y Downing, 1974; Risse et al., 1990; Salzman, 1997).

Un tercer problema era si las benzodiazepinas aumentarían la necesidad y los costes del cuidado de pacientes internos y externos, consumidores de drogas a los que se les administra benzodiazepinas. Es posible que los consumidores de drogas necesiten un mayor uso de los servicios sanitarios no sólo para su desintoxicación sino también debido a la desinhibición de la violencia inducida por las benzodiazepinas (Bremmer et al., 1996; Cole y Kando, 1993; Michelini et al., 1996). Además, debido a que las benzodiazepinas alivian la ansiedad, este alivio puede reducir el número de hospitalizaciones y visitas a las salas de urgencias como consecuencia de crisis asociadas con el PTSD y aumentar la diferencia entre los consumidores y no consumidores con tratamiento con benzodiazepinas. Asimismo, también comparamos consumidores y no consumidores de drogas en la utilización de los servicios de cuidados externos y el subsiguiente cuidado interno durante un proceso de seguimiento de un año.

Métodos

Este estudio fue un diseño casi experimental en la comparación de los cuidados sanitarios especializados y no especializados de pacientes internos con PTSD en nueve lugares diferentes circunscritos al VA (Fontana y

Rosenheck, 1997). Cinco unidades fueron de tipo psiquiátrico general (GEN), las otras cuatro fueron programas especializados de un mes de pacientes internos con PTSD (EBPTU). Estos programas de pacientes internos representaban la sustancial diversidad geográfica de los Estados Unidos, a diferencia de otros lugares, y fueron elegidos para representar la diversidad de veteranos con PTSD tratados dentro del Departamento de Asuntos de Veteranos (Fontana y Rosenheck, 1997). En el estudio original, también se examinaba una tercera localización para el tratamiento –cuidado de pacientes internos de larga duración–, pero los veteranos en este programa no pudieron absorber ninguna medicación en el seguimiento posterior. Por ejemplo, a menos del 4% de aquellos que abandonaron el cuidado interno de larga duración se les administró benzodiazepinas de modo que la comparación entre consumidores y no consumidores resultó poco informativa debido al reducido número de individuos.

Dentro de estos dos programas de corta duración se examinó a 541 veteranos como línea de base, pero durante el seguimiento de un año únicamente se disponía de 370 (68%). A todos se les diagnosticó PTSD, y alrededor de la mitad presentaban trastornos de consumo de drogas diagnosticados mediante una entrevista clínica siguiendo los criterios del DSM-III. Todos eran hombres con una media de edad de 45 años. La mayoría de veteranos eran blancos (75%). Únicamente el 6% nunca se había casado, pero más de la mitad de los casados se habían divorciado. Aunque sólo un 5% trabajaba, esta bajo índice refleja su estado como consecuencia de la entrada en el programa de tratamiento de pacientes internos, no su estado de trabajo durante el seguimiento de un año. Sin embargo, alrededor de la mitad estaban conectados al servicio por el PTSD y el 20% lo estaban por algún otro trastorno y no se consideraron como trabajadores en ese momento. El programa EBPTU trató a alrededor de la mitad de los veteranos, y la mayoría habían tenido cuidados previos como pacientes internos (85%). En más del 80% se utilizó medicación, tal como determinó el mismo informe, que especificaba el tipo de medicación, pero no la dosis de dicha medicación ni el nombre de la marca. La participación en estas encuestas

estaba sujeta a la manifestación de consentimiento por escrito.

En la línea de base y durante el seguimiento anual a los 4, 8 y 12 meses después del alta, los valores obtenidos tras el resultado incluyeron la utilización de los servicios sanitarios externos e internos, gravedad del consumo de alcohol y drogas ilícitas, ansiedad y síntomas de PTSD, funcionamiento psicosocial y violencia. El consumo de drogas y el resultado psicosocial se valoraron por medio del Índice de Gravedad de la Adicción (ASI; McLellan et al., 1985). La ansiedad fue valorada mediante el Inventario Breve de Síntomas (BSI), las acciones violentas, utilizando como instrumento un mismo informe derivado del Estudio Nacional de Reajuste de Veteranos de Vietnam (NVVRS), y los síntomas específicos de PTSD mediante la utilización de la Escala Mississippi para la detección de PTSD (Derogatis y Melisaratos, 1983; Keane et al., 1988; Kulka et al., 1990).

Las comparaciones en la línea de base entre los veteranos tratados con benzodiazepinas y los no tratados con éstas, fueron dirigidas por medio de la prueba chi-cuadrado y sencillos t-tests. Las características que mostraban una diferencia se introducían en una función discriminante paso a paso para seleccionar aquellas características que independientemente contribuían como mínimo al 2% de la variación global del tratamiento con benzodiazepinas. A continuación estas características se utilizaban como covariantes para análisis de resultados siguientes. Las medidas de resultados como son la violencia, el ASI y otras escalas psicológicas se analizaron por medio de un modelo de regresión aleatoria (MRA) desde el SAS 6.12 (PROC Mixed). Nuestro modelo se basaba en una estructura autorregresiva de covariante de orden uno, con interacciones temporalmente lineales (Gibbons et al., 1993; Jenrich y Schluchter, 1986). Con este enfoque MRA, obtuvimos 370 de 541 sujetos potenciales (68% del seguimiento) para comparaciones del cuidado posterior a los dos cortos períodos de programas de cuidado interno (EBPTU y GEN).

En el primer conjunto de análisis se examinó el

impacto de las benzodiazepinas sobre las tendencias temporales para cada uno de los resultados. Además de las covariantes mencionadas anteriormente, cada modelo incluía términos que representaban los efectos principales del tiempo, del uso de benzodiazepinas y de la interacción entre el consumo de benzodiazepinas y el tiempo. Un momento significativo en la interacción de benzodiazepinas se tomó como prueba de un efecto del uso de benzodiazepinas en el resultado. Un segundo conjunto de análisis examinó, a continuación, si las tendencias temporales con las benzodiazepinas eran diferentes entre los pacientes que consumían drogas en tal momento y aquéllos que no tenían este problema. Estos análisis incluían términos que representaban los efectos principales del uso de benzodiazepinas, tiempo y consumo de drogas; los términos de interacción de dos vías entre cada uno de los tres pares de estos factores; y una interacción de tres vías de tiempo, consumo de benzodiazepinas y consumo de drogas. El término de interacción de tres vías se utilizó para identificar las diferencias en el efecto de la benzodiazepina asociada con el consumo de drogas.

Resultados

La farmacoterapia se utilizaba habitualmente tanto para consumidores de drogas como para no consumidores durante el cuidado externo de estos veteranos. Las medicaciones más comunes que se utilizaban eran antidepresivos y benzodiazepinas habiendo administrado a un 90% de los pacientes tratados una de las dos medicaciones o ambas. Con poca frecuencia se utilizaron otras medicaciones como son los agentes antipsicóticos y el litio. En el 72% del EBPTU y en el 85% de los veteranos del GEN se administró una de estas medicaciones o ambas, pero las benzodiazepinas se utilizaron con menor frecuencia en el EBPTU que en los veteranos del GEN (un 25% contra un 47%) ($\chi^2 = 14$; $p < 0.001$). Se prescribieron antidepresivos al 71% de los consumidores de drogas y al 66% de los no consumidores. En comparación, únicamente se administraron benzodiazepinas

al 26% de los consumidores de drogas y al 45% de los no consumidores ($\chi^2 = 14$; $p < 0.001$).

La prescripción de benzodiazepinas demostró que no había interacción alguna entre el tipo de programa y el consumo de drogas. Los índices de prescripción en los consumidores de drogas resultaron la mitad del índice de los no consumidores en ambos tipos de programas (18% contra 31% en el EBPTU y 34% contra 59% para el GEN; en la interacción: $F = 1,5$; $df = 1.369$; $p < 0.3$). Entre los consumidores de drogas, había 63 (17% del total de individuos) que contaban con un historial de consumo de sedantes, pero los índices de prescripción de benzodiazepinas no diferían entre consumidores y no consumidores (36% contra 38%).

Como se muestra en la Tabla 1, independientemente del consumo de drogas, los veteranos tratados con benzodiazepinas tenían más posibilidades de haber sido hospitalizados previamente, padecían síntomas de PTSD más agudos y sufrían de más ansiedad y síntomas psiquiátricos globales según el BSI. Tenían más posibilidades de que se les administraran antidepresivos y menos posibilidades de tener un diagnóstico de adicción al alcohol o a los fármacos. Independientemente del uso de la benzodiazepina, los consumidores de drogas tenían elevados puntos Helzer, mayor gravedad del consumo de fármacos y mayor inestabilidad familiar. Según la edad, los problemas de alcohol y el cobro del subsidio por discapacidad del VA, los veteranos diferían en el uso de benzodiazepinas

Tabla I. Comparación en la línea de base: Veteranos con/sin Consumo de Drogas (CD) y tratados con Benzodiazepinas en contraposición con los no tratados con Benzodiazepinas (N=370)

Característica	Consumo de drogas		No consumo de drogas		Importancia ^a	
	Benzodiazepinas	No Benzodiazepinas	Benzodiazepinas	No Benzodiazepinas	Benzodiazepinas	CD
N	46	88	129	107		
Edad (años)	44	45	45	46	.0002	.02
Número de veces que se han casado	1,8	1,8	1,7	1,7	NS	NS
Puntos combate	11,1		11,8	11,1	11,3	NS
NS						
Puntos Mississippi1	37	140	133	134	0,001	NS
Culpa Peri	3,8	3,4	3,3	3,7	NS	NS
Helzer	2,1	1,4	2,0	1,2	NS	.001
Alcohol ASI	12	6	22	6	.05	.0001
Fármacos ASI	6	2	4	2	NS	.0001
Familiar ASI	34	31	28	26	NS	NS
Legal ASI	3	5	6	4	NS	NS
Médico ASI	62	52	55	54	NS	NS
Laboral ASI	56	54	59	54	NS	NS
Psicología ASI	73	77	68	69	0,0001	NS
Inestabilidad familiar	3,7	2,7	3,4	3,0	NS	.02
BSI total	26	26	24	25	0,01	NS
BSI ansiedad	30	30	27	28	0,002	NS
Violencia	11,3	12,0	11,4	10,0	NS	NS
Raza negra	11%	13%	19%	19%	NS	NS
Nunca se han casado	9%	7%	5%	5%	NS	NS
Conexión servicios médicos	57%	75%	37%	51%	0,001	.001
Trabaja actualmente	7%	8%	15%	18%	NS	NS
Nunca hospitalizado	88%	96%	73%	85%	0,002	NS
Toma antidepresivos	70%	74	72	60%	0,01	NS
Alcoholismo	83%	0%	86%	0%	0,01	NS

^a Niveles de importancia en aquellos que consumen benzodiazepinas en contraposición a los que no la consumen y en consumidores en contraposición con no consumidores de drogas

y el consumo de drogas. Todas estas características distintivas fueron introducidas en una función discriminante paso a paso y cuatro fueron seleccionadas para realizar como mínimo una contribución del 2% a la variación por haber sido prescritos benzodiazepinas: edad, problemas de alcohol ASI, síntomas de PTSD y conexión al servicio. Cuando separamos consumidores y no consumidores de drogas, dos características discriminantes en la prescripción de benzodiazepina fueron las mismas para consumidores y no consumidores: edad y cobro del subsidio por discapacidad del VA. Otras dos características distinguían la prescripción de benzodiazepina en sólo consumidores de drogas o no consumidores, pero no en ambos: la ansiedad BSI discriminaba únicamente entre los consumidores de drogas y la gravedad del PTSD discriminaba únicamente entre los no consumidores. Finalmente, una discriminación más compleja de cuatro grupos producía factores discriminantes similares: edad, conexión al servicio, ansiedad y hospitalización anterior.

La Tabla 2 proporciona el cambio medio desde la línea de base al seguimiento de un año en 10 resultados,

así como la utilización del servicio de cuidados médicos de pacientes interno y externo (días/año). Como muestra, el uso de benzodiazepinas no tuvo un impacto significativo sobre el resultado clínico ni en consumidores de drogas ni en no consumidores, pero los consumidores sufrieron importantes reducciones en los problemas de alcohol y la violencia. Aunque la violencia no era diferente en la línea de base, como se muestra en la Tabla 1, fue significativamente mayor en los veteranos tratados con benzodiazepinas a los 4, 8 y 12 meses del seguimiento utilizando sencillos t-tests (datos no mostrados). Sin embargo, mediante el uso del modelo de regresión aleatoria para examinar los cambios durante el tiempo, la violencia demostró no tener interacciones temporales importantes con el uso de benzodiazepina. Asimismo, el uso de benzodiazepina no empeoró ni la violencia ni el consumo de drogas en los consumidores, a pesar de que los veteranos consumidores de drogas tratados con benzodiazepinas mostraron una mejora menor en ambos resultados que aquellos a los que no se administraron benzodiazepinas.

Con relación al uso de los servicios sanitarios, los

Tabla II. Resultado en un año: Veteranos con/sin Consumo de Drogas (CD) y tratados con Benzodiazepinas en comparación con los que no han sido tratados con Benzodiazepinas

Característica	Consumo de drogas		No consumo de drogas		Importancia ^a		
	Benzodiazepinas	No Benzodiazepinas	Benzodiazepinas	No Benzodiazepinas	Benzodiazepinas	CD	X Tiempo
N	46	129	88	107	-	-	-
Violencia	- 64,0	- 4,3	- 2,1	- 2,8	-	0,05	-
Alcohol ASI	- 4	- 8	- 1	- 1	-	0,05	-
Fármacos ASI	- 1	- 0,2	- 0,7	- 0,7	-	-	-
Familia ASI	- 10	- 4	3	- 1	-	-	-
Legal ASI	3,1	- 1,0	- 1,1	- 0,4	-	-	-
Médico ASI	- 10	5	10	3	-	-	-
Laboral ASI	5	2	1	- 2	-	-	-
Trabajo psic.ASI	- 8	- 7	- 7	- 8	-	-	-
BSI Ansiedad	1	3	11	- 10	-	-	-
BSI Total SX	2	22	5	9	-	-	-
Días cuidado externo	35	47	32	46	0,001	-	-
Días cuidado interno	29	29	29	15	-	-	-

^a No son significativos. Los niveles de importancia reflejan interacciones a dos y tres vías de benzodiazepinas con tiempo (benzodiazepina), consumo de drogas con tiempo (CD), benzodiazepinas y consumo de drogas con tiempo (X tiempo); (interacción a tres vías).

^b El Índice de Gravedad de la Adicción y el Inventario Breve de Síntomas cambian puntos por escalas compuestas que se han multiplicado por 100 para la presentación; los puntos negativos indican el empeoramiento durante el seguimiento.

^c Los días de cuidado interno y externo reflejan la media total de días durante el año entero. c Los días de cuidado interno y externo reflejan la media total de días durante el año entero.

veteranos tratados con benzodiazepinas realizaron menos visitas externas al año (OPV; 64 contra 32 visitas, $t = 3,4$; $df = 364$; $p < 0.001$) pero no se encontró ninguna diferencia importante en los días de cuidado interno (22 contra 29 días). Además, entre los consumidores de drogas los días de cuidado interno fueron los mismos tanto si fueron tratados o no con benzodiazepinas (29 días). La mayor diferencia del cuidado externo se dio en los primeros 4 meses (27 contra 17 visitas, $t = 3,7$; $p < 0.001$) y no fue importante en el conjunto de los últimos 4 meses entre los meses 8 y 12 (19 contra 16 visitas). Los ajustes de covarianza para el tipo de programa, las diferencias en la línea de base y el consumo de alcohol no tuvieron muchos efectos en esta diferencia en el OPV.

Discusión

Los veteranos tratados con benzodiazepinas tras una breve hospitalización por PTSD padecieron síntomas de PTSD más graves y problemas de alcohol menos graves, así como el hecho de ser ligeramente más jóvenes. Los consumidores de drogas tratados con benzodiazepinas no obtuvieron resultados peores. Un descubrimiento casual sorprendente fue la reducción en el uso de los servicios sanitarios externos de los consumidores de drogas tratados con benzodiazepinas. Esta diferencia de 32 comparada con 64 visitas al año supone un ahorro de entre \$600 y \$1.200 por paciente al año en cuidados externos. Aunque se podría argumentar que un mayor cuidado externo es satisfactorio, la cifra media de tratamientos externos fue sustancial en los pacientes tratados con benzodiazepinas haciendo más de 30 visitas por año. No obstante, la contribución de las benzodiazepinas a este menor uso no puede desligarse de las diferencias en los modelos de prácticas entre los médicos participantes en este seguimiento. Únicamente se dará en los estudios futuros controlados con placebo por medio de la aleatorización y quizás la estratificación de los proveedores por aquellos que se centran más en psicoterapias frente a aquellos que confían más en medicaciones y quizá visitas externas menos frecuentes.

Se ha considerado la adicción previa al alcohol como un factor de riesgo para el aumento de la violencia en desarrollo así como un empeoramiento en el consumo de drogas mientras se están tomando benzodiazepinas, pero los veteranos tratados con benzodiazepinas con adicción al alcohol no mostraron diferencias con los veteranos no tratados durante el seguimiento (American Psychiatric Association, 1990; Barlow, 1997; Michelini et al., 1996; Nunes et al., 1995; Rickels y Downing, 1974; Salzman, 1997). Debido a que ningún estudio a gran escala anterior ha examinado esta afirmación clínica de que el alcoholismo es un factor de riesgo para la violencia, es posible que no sea correcta. De manera alternativa, los médicos que les trataban parecían ser conscientes de este posible factor de riesgo, ya que la gravedad de los problemas de alcohol fueron significativamente menores en los veteranos tratados con benzodiazepinas en comparación con los no tratados con éstas a la entrada al hospital. Estos descubrimientos indican que es posible que los médicos hayan podido seleccionar los pacientes que consumen drogas para el uso de benzodiazepinas para reducir la posibilidad de la aparición de violencia. Sin embargo, estos factores de selección en el uso de benzodiazepinas en los consumidores de drogas no eran obvios en este estudio y su identificación sigue siendo un objetivo para futuros estudios.

Además de la gravedad del problema del alcohol, los otros dos factores clínicos que únicamente contribuyeron a una decisión en el tratamiento con benzodiazepinas fueron la gravedad del PTSD según el cálculo de la Escala de Mississippi y el cobro del subsidio por discapacidad de la VA por PTSD. Estas dos medidas reflejan no sólo la gravedad de los síntomas de PTSD, sino también la discapacidad asociada con el PTSD en estos veteranos. Sin embargo, de manera interesante, el tratamiento con benzodiazepinas no mejoró ni los síntomas de ansiedad de estos veteranos ni su funcionamiento social en las áreas legales, familiares y laborales. Asimismo, el papel terapéutico de las benzodiazepinas crónicas en el PTSD no está claro.

Este estudio tiene diversas limitaciones en la asignación no aleatoria de medicaciones y en la confianza

de los propios informes en lugar de resultados de consumo de drogas verificados toxicológicamente. Debido a la asignación no aleatoria, comprobamos las diferencias clínicas o demográficas entre grupos de medicación en la línea de base. Ajustamos estas diferencias y añadimos covariantes en la línea de base del PTSD y niveles de síntomas generales sin que afectaran a los descubrimientos principales. Las limitaciones de los propios informes pueden haber ocasionado un sesgo al informar sobre las situaciones adversas en los veteranos que fueron administrados benzodiazepinas, pero las complicaciones serias que pudieran llevar a la hospitalización con necesidad de desintoxicación no resultaron ser evidentes. Los propios informes en este conjunto de personas con PTSD también han demostrado una validez excelente en comparación con la toxicología urinaria (Weiss et al., 1998). Otras limitaciones son la unión de varias medicaciones en dos clases amplias y la falta de información sobre las dosis o de medidas de confor-

midad. Aunque se puede tratar de limitaciones graves debido a la posibilidad de una reducción de la dosis en algunas medicaciones, las benzodiazepinas suelen ser demandadas por los pacientes y la conformidad es buena. Si se administraran dosis menores de estas medicaciones, se produciría un sesgo en contra de su posible eficacia, e indicaría que nuestras medidas de efecto podrían redundar en cálculos mínimos de la eficacia de su utilización en el tratamiento del PTSD. En conclusión, las benzodiazepinas pueden conllevar el riesgo de que algunos veteranos manifiesten violencia, pero ni el alcoholismo ni los niveles relativamente reducidos de cuidado externo parecen identificar a ningún grupo de alto riesgo para la manifestación de violencia u otras complicaciones psicosociales o resultados pobres del tratamiento.

La bibliografía de este artículo la pueden solicitar a la dirección de correo lydiazuloaga@telefonica.net

Con la colaboración de :



CMBB & Asociados

CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.

Londres, 27, Est. A 2ª
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26
Fax 93 419 32 96