

Conocimientos acerca del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico con y sin agorafobia entre médicos residentes de medicina en entrenamiento durante el año 2009.

Knowledge of generalized anxiety disorder and panic disorder with and without agoraphobia among medical residents training during 2009.

Arturo Changana-Arroyo¹, Johann M. Vega-Dienstmaier²

RESUMEN

Objetivos: Estimar el grado de conocimiento que los médicos residentes de dos hospitales públicos tienen acerca del diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de pánico (TP). **Material y Métodos:** Se diseñó y validó, mediante revisión por jueces y un estudio piloto con médicos generales, un instrumento para evaluar conocimientos acerca del diagnóstico y manejo del TAG y el TP, el cual se aplicó a 70 médicos residentes de medicina de los Hospitales Cayetano Heredia y Arzobispo Loayza en enero del 2009. **Resultados:** El 22,9% de los participantes diagnosticó correctamente el TAG; 70%, el TP; y 20%, la agorafobia. Los psicofármacos mencionados como tratamiento de primera línea fueron las benzodiazepinas (78,5% para el TAG y 71,4% para el TP), seguidos de los antidepresivos, siendo los más comunes, fluoxetina (21,4% para el TAG y 20% para el TP) y sertralina (20% para el TAG y 17,1% para el TP). El 51,9% y el 52,4% de los participantes indicarían sólo benzodiazepinas para el TAG y el TP, respectivamente. El 80% y 88,6% de médicos residentes transferirían al Servicio de Psiquiatría los pacientes con TAG y TP, respectivamente. **Conclusiones:** Los médicos residentes diagnostican mejor el TP que el TAG o la agorafobia. Asimismo, en general consideran que estos trastornos requieren tratamiento farmacológico y tratarían a pacientes con estos cuadros si acudieran a su consulta; sin embargo, no indicarían un adecuado tratamiento. Por lo tanto, se debe mejorar la enseñanza sobre estos trastornos en el pregrado y la residencia. (*Rev Neuropsiquiatr* 2010;73:2-8).

PALABRAS CLAVE: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, médicos residentes.

¹ Médico. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

SUMMARY

Objective: To estimate the knowledge about diagnosis and management of generalized anxiety disorder (GAD) and panic disorder (PD) among medical residents from two public hospitals. **Material and Methods:** An instrument to evaluate knowledge about diagnosis and management of GAD and PD was designed and validated by means of experts' review and pilot study with general practitioners. This instrument was administered to medical residents from Cayetano Heredia and Arzobispo Loayza Hospitals (Lima, Perú) during January 2009. **Results:** Twenty-three percent of participants correctly diagnosed GAD; 70%, PD; and 20%, agoraphobia. Psychotropic drugs considered as first line treatment were benzodiazepines (78.5% for GAD and 71.4% for PD) followed by antidepressant drugs, the commonest being fluoxetine (21.4% for GAD and 20% for PD) and sertraline (20% for GAD and 17.1% for PD); 51.9% and 52.4% of participants would prescribe benzodiazepines as monotherapy for GAD and PD, respectively. Eighty percent and 88.6% of medical residents would refer to a psychiatry service the patients with GAD and PD, respectively. **Conclusions:** Medical residents diagnose better PD than GAD or agoraphobia. In addition, generally they consider that these disorders require pharmacological treatment and would manage patients with these illnesses if they sought help in their office; however, there are deficiencies in the treatment that they would prescribe. Therefore, it is necessary to improve the education about these disorders in medical students and residents. (*Rev Neuropsiquiatr* 2010;73:2-8).

KEY WORDS: generalized anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia, medical residents.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental son frecuentes a nivel mundial (1). En los Estados Unidos, los trastornos de ansiedad se encuentran entre los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes en adultos y niños, afectando aproximadamente entre 14% y 25% de la población en general (2). En el Perú, un estudio epidemiológico realizado en Lima Metropolitana y Callao por el Instituto Nacional de Salud Mental muestra una prevalencia de vida del 25,3% para los trastornos de ansiedad (3). Asimismo, resultados similares han sido hallados en la sierra y selva peruana (4,5).

Los desórdenes mentales en general son frecuentes en la atención primaria (6,7), encontrándose que el 7,6% padece de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y 6,8% de trastorno de pánico (TP). Sin embargo, los trastornos mentales en la atención primaria, tales como depresión y ansiedad, se identifican pobremente (8,9) y generalmente son tratados de forma incorrecta (10-13).

Los trastornos ansiosos tienen una alta comorbilidad con enfermedades físicas (9,11,14,15) y la mayoría de las personas que padecen de estos trastornos consultan con médicos generales (16,17). A nivel local un estudio sugiere que en la atención primaria, los trastornos mentales más frecuentes son depresión, síndromes de

somatización y trastornos de ansiedad (18). Por otro lado, los pacientes con trastornos de ansiedad al no ser correctamente identificados generan altos costos económicos en los servicios de atención primaria, tales como gastroenterología y cardiología, donde acuden por molestias físicas (19-22).

No obstante la importancia de la identificación de los trastornos ansiosos en la atención primaria, se encuentran datos limitados en cuanto a conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento de estos desórdenes en médicos generales. La mayoría de estudios se centran en la depresión y concluyen que muchos médicos generales necesitan conocimientos actualizados acerca de este padecimiento (18,23).

Al evidenciarse esta problemática, se han realizado guías para el tratamiento de la depresión en la práctica primaria (24,25) y en diversos países se han generado herramientas de diagnóstico de rápido y fácil uso para la detección de trastornos depresivos y en menor medida para trastornos ansiosos (26). El interés nuevamente se ha focalizado en los trastornos depresivos, pero no se ha hecho lo correspondiente con los trastornos de ansiedad.

El evaluar los conocimientos entre los médicos residentes de hospitales públicos acerca del diagnóstico y tratamiento del TAG y el TP permitirá decidir si es

necesario implementar herramientas para mejorar o actualizar estos conocimientos y de esta forma brindar una atención integral a la población que acuda a los servicios de salud primaria. Asimismo se estudiará también si existe relación entre algunas características de los residentes y sus conocimientos acerca del TAG y el TP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumento: El instrumento utilizado para determinar los conocimientos sobre TAG, TP y agorafobia en médicos residentes fue diseñado en base a casos clínicos típicos de los cuadros mencionados, considerando las manifestaciones características descritas en los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-IV. El instrumento consta al principio de una sección para registrar datos generales de los encuestados tales como la edad, sexo, tiempo de egresado de pregrado y año de residencia; y luego de dos casos clínicos, el primero de ellos cuenta con los datos suficientes para determinar el diagnóstico de TAG y el segundo, con los necesarios para el diagnóstico de TP y agorafobia. A continuación de cada caso se plantean preguntas acerca del diagnóstico y el manejo que el encuestado realizaría si un paciente con estos cuadros acudiera a su consulta, entre ellas si: considera que requiere tratamiento farmacológico, indicaría la medicación, indicaría tratamiento no farmacológico, transferiría al paciente a otro servicio, realizaría interconsultas, etc. Este instrumento fue enviado a 5 jueces especialistas quienes sugirieron algunos cambios y finalmente, luego de las modificaciones respectivas, los 5 estuvieron de acuerdo en que es útil para evaluar los conocimientos sobre el diagnóstico y el manejo del TAG y el TP. Posterior a ello, se realizó un estudio piloto aplicando el cuestionario a 10 médicos egresados en el año 2008, ninguno de ellos tuvo problemas en cuanto a la comprensión de los casos clínicos o de las preguntas planteadas, y el tiempo promedio para completar íntegramente el cuestionario fue de 15 minutos.

Sujetos y Procedimiento: Se planeó evaluar a todos los médicos residentes de medicina de los diferentes años del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) y el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), lo cual significaba 75 médicos en total; ninguno de los residentes previamente había realizado especialización en psiquiatría o había laborado en centros de salud

mental. El estudio fue transversal y se realizó durante enero del 2009. Se acudió a los dos hospitales nacionales mencionados, donde se enroló a médicos residentes de diferentes universidades en el campo de la medicina (cardiología, neumología, nefrología, reumatología, dermatología, gastroenterología, endocrinología, etc.). Una vez ubicados, se les solicitó su colaboración para completar los datos requeridos en el instrumento. Se cuantificó el número de médicos residentes que rechazaron participar en el estudio. Finalizada la encuesta entre los residentes que aceptaron completarla, se depositaron las hojas en un sobre para mantener la confidencialidad del médico participante, asegurando su anonimato.

Análisis de datos: Se determinó el porcentaje de residentes que reconocieron de forma correcta el diagnóstico de TAG, TP y agorafobia. Teniendo como referencia la última Guía de Tratamiento para los Trastornos de Ansiedad de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP), publicada a fines del 2008 (27), se evaluó si el residente conocía los fármacos de primera línea para el tratamiento del TAG y el TP, y si los indicaría y utilizaría a dosis y por tiempo adecuados. La duración correcta se definió como por lo menos 1 año. Para el caso del TP se consideró como dosis inicial correcta para los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) no más de la mitad de la dosis mínima terapéutica de mantenimiento por al menos los 4 primeros días de tratamiento. Se consideró como fármacos de primera línea los que tenían grado de recomendación 1 según las guías, es decir los que tenían una buena cantidad de estudios controlados que demuestran su eficacia y además un buen perfil de seguridad o efectos adversos. Los fármacos con grado de recomendación 1 para el TP son: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina; y para el TAG: escitalopram, paroxetina, sertralina, venlafaxina, duloxetina, pregabalina y quetiapina.

El protocolo del presente estudio fue revisado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y, debido a que la aplicación del instrumento a los médicos residentes no representaba riesgo alguno y aseguraba el anonimato de cada encuestado, no se requirió la firma de un consentimiento informado siendo la autorización para participar en el estudio de forma verbal.

RESULTADOS

La población constó de 75 médicos residentes, 1 de ellos rechazó realizar la encuesta y 4 no retornaron el cuestionario. Finalmente se contó con 70 participantes, 47,1% del HNCH (n = 33) y 52,9% del HNAL (n = 37). El 54,3% eran hombres (n = 38) y 45,7% eran mujeres (n = 32). La edad promedio fue de $29,3 \pm 2,7$ años. El tiempo promedio de egresado fue $5,31 \pm 2$ años. La distribución por años de residencia fue: primer año, 34,3% (n = 24); segundo año, 37,1% (n = 26); y tercer año, 28,6% (n = 20).

Respecto al diagnóstico realizado por los residentes, tenemos que para el caso que describía un TAG, 22,9% de los participantes lo identificaron correctamente como tal, 65,7% sólo lo diagnosticó como síndrome ansioso y el 11,5% consideró que se trataba de cualquier otro

trastorno mental. Por otro lado, para el caso de TP con agorafobia, 70% de los participantes realizó un acertado diagnóstico de TP y un 20% identificó la agorafobia; 15,7% lo diagnosticó como un síndrome ansioso y 2,9% lo consideró como otras patologías. Se encontró que conforme es mayor el año de residencia, es más probable que se realice un diagnóstico correcto de TAG (p=0,034, prueba de Mann-Whitney).

La tabla 1 resume los resultados sobre los conocimientos de los residentes sobre el manejo del TAG y el TP. Cuando se indagó sobre si un trastorno como los mencionados requería tratamiento farmacológico, el 91,4% del total de encuestados, lo consideró necesario para el TAG, mientras que el 87,1% recomendó lo mismo para el TP con agorafobia. Por otro lado, al momento de indagar si indicaría algún tratamiento farmacológico a un paciente con estos

Tabla 1. Conocimientos sobre el manejo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de pánico (TP) entre médicos residentes.

	TAG N=70 %	TP N=70 %
Consideran que el paciente representado en el caso necesita tratamiento farmacológico	91,4	87,1
Médicos que mencionan fármacos de primera línea para el tratamiento del paciente descrito	21,4	32,9
Todos los fármacos que mencionan para el paciente descrito son de primera línea	8,6	31,4
Médicos que en caso de que el paciente descrito acudiera a la consulta...		
... indicaría tratamiento farmacológico	78,6	61,4
... indicaría fármacos de primera línea	17,1	25,7
... indicaría dosis inicial correcta de los fármacos de primera línea	-	14,3
... indicaría dosis de mantenimiento correctas de los fármacos de primera línea	15,7	15,7
... usarían los fármacos de primera línea durante el tiempo adecuado	5,7	8,6
Fármacos considerados de primera línea para el caso descrito:		
Sertralina	20,0*	17,1*
Paroxetina	4,3*	2,9*
Fluoxetina	21,4	20,0*
Citalopram	1,4	-
Escitalopram	-	1,4*
Amitriptilina	5,7	1,4
Alprazolam	22,9**	24,3**
Diazepam	2,9**	5,7**
Clonazepam	50,0	38,6**
Ketazolam	2,9	2,9
Buspirona	1,4	1,4

* Fármaco de primera línea.

** Fármaco con evidencia de eficacia pero no considerado como de primera línea.

diagnósticos que acudiera a su consulta, el 78,6% respondió afirmativamente para el TAG y el 61,4% para el TP. A pesar de tal decisión, se encuentra una deficiencia al momento de indicar algún fármaco considerado de primera línea, el tiempo correcto de tratamiento o la dosis correcta (dosis inicial y de mantenimiento correcta en el caso del TP). En relación a los psicofármacos mencionados como primera línea para el TAG y el TP, se encuentran con mayor frecuencia las benzodiazepinas. En segundo lugar están los antidepresivos y entre ellos, se registró con mayor frecuencia a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (entre los que se encuentran fármacos con grado de recomendación 1 y fármacos sin evidencia adecuada de eficacia) en comparación con los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina. El 51,9% y el 52,4% de los participantes indicarían benzodiazepinas como monoterapia para el TAG y el TP, respectivamente.

En cuanto al número de medicamentos correctos de primera línea que conocían, el 18,6% (n=13) mencionaron 1 fármaco y el 2,9% (n = 2) refirieron 2 fármacos para el TAG; mientras que el 22,9% (n=16) mencionaron 1 fármaco y el 10% (n =7) refirieron 2 medicamentos para el TP.

A pesar de que un alto porcentaje de médicos residentes decidirían tratar farmacológicamente a un paciente con estos problemas, del total de participantes, el 80% y el 27% lo transferirían a psiquiatría y psicología, respectivamente, para el caso del TAG; mientras que el 88,6% y el 15,7% realizaría transferencia a psiquiatría y a psicología, respectivamente, para el caso del TP.

Cuando se preguntó a los participantes si indicarían algún tratamiento no farmacológico, entre el 60 y el 70% del total consideraron en ambos casos que se requiere de alguna psicoterapia adjunta al tratamiento farmacológico. Siendo solamente el 10% (n = 7) quienes sugirieron realizar terapia cognitivo-conductual para ambos casos (TAG y TP).

DISCUSIÓN

Se encontró en el presente estudio que menos de la cuarta parte de los participantes realizó el diagnóstico correcto de TAG, mientras que por otro lado, más de dos tercios de ellos identificaron correctamente el TP. Esto último difiere de los hallazgos en estudios previos donde se evidencia el bajo porcentaje de médicos

generales que diagnostican trastornos ansiosos en la práctica primaria (8,28,29).

Es interesante hallar que un buen porcentaje de médicos residentes consideran que patologías tales como el TAG y el TP requieren tratamiento farmacológico y que si tuvieran a un paciente con estos diagnósticos, decidirían tratarlo farmacológicamente ellos mismos aunque posterior a ello realizarían transferencia al servicio de psiquiatría. Con ello se encuentra clara diferencia con estudios realizados previamente a nivel local, donde un porcentaje bajo de médicos generales decidirían tratar a un paciente ante la sospecha de un trastorno mental (10).

Sin embargo, se encuentra que son pocos los que indicarían algún tratamiento considerado de elección para estas patologías aunque se nota que el número aumenta cuando se trata del TP (21,4% para TAG y 32,9% para TP).

Entre los psicofármacos más utilizados se encuentra que para ambos casos, la mayoría de los participantes refieren a las benzodiazepinas como tratamiento de primera línea, sin embargo, éstas no son consideradas actualmente como de primera elección por su potencial adictivo y tolerancia y sólo se recomienda usarlas por tiempo limitado hasta que el antidepresivo empiece a hacer efecto (27). Además, entre las benzodiazepinas mencionadas, clonazepam y ketazolam no tienen evidencia suficiente de eficacia para el TAG. Lo previamente descrito coincide con los estudios que encuentran que las benzodiazepinas continúan siendo los medicamentos prescritos más frecuentemente para los trastornos de ansiedad en comparación a los antidepresivos (8,30). De forma similar, se observa que más de la mitad de los participantes indicarían sólo benzodiazepinas para el manejo de estos cuadros. Esto resultaría perjudicial ya que se ha demostrado dependencia física y psicológica en quienes reciben este tipo de medicamentos por un tiempo prolongado (31), además de predisponer a la automedicación al notar el paciente una clara y rápida mejoría al iniciar la benzodiazepina, y generar serios problemas al momento de discontinuar el medicamento (32). También, es importante notar que al momento de prescribir, entre el 10 y el 11% de médicos residentes prescribirían benzodiazepinas por un período prolongado (más de 6 meses).

En este estudio, luego de las benzodiazepinas se consideran a los antidepresivos como fármacos de

primera línea, y de forma mayoritaria a la sertralina y a la fluoxetina. Este último fármaco, junto con citalopram (para TAG) y la amitriptilina (para ambas patologías) no tienen evidencia suficiente para tratar adecuadamente estos padecimientos. No se mencionan otros antidepresivos de primera línea tales como escitalopram, venlafaxina y duloxetina para el caso del TAG o de citalopram, fluvoxamina y venlafaxina para el TP. Un dato interesante de notar es que el 1,4% de los participantes consideró a la buspirona, fármaco no comercializado en nuestro país, como tratamiento de elección, y aunque inicialmente se evidenció cierta ventaja como tratamiento alternativo a las benzodiazepinas debido a su uso prolongado seguro, en la actualidad su eficacia se considera dudosa y se sugiere que se necesitan estudios a largo plazo para demostrar la efectividad en trastornos ansiosos (27,33).

Entre quienes indicaron tratamiento farmacológico de primera línea, se encontró una deficiencia al prescribir la dosis y la duración correcta, y en el caso específico del TP, al no iniciar el tratamiento con dosis bajas de ISRS. Estos hallazgos son similares a los encontrados en estudios previos sobre el manejo de trastornos ansiosos en servicios de atención primaria donde se muestra que el tratamiento administrado por médicos generales es subóptimo al prescribir medicación a dosis inadecuadas o por períodos cortos (8,34).

Más de dos tercios de los participantes estuvieron de acuerdo en que se debía seguir algún tipo de psicoterapia, pero sólo el 10% (n=7) sugerirían para el TAG y el TP terapia cognitivo-conductual que es el tipo de tratamiento no farmacológico con más sólida evidencia de eficacia según la guía de la WFSBP (27).

Entre las limitaciones del estudio se encuentra que los resultados no se pueden extrapolar a la población de médicos residentes del país ya que no se cuenta con la información de la universidad donde los participantes realizaron los estudios de pregrado.

En conclusión, se evidencia una falta de conocimientos en médicos residentes para identificar el TAG y para manejar el TAG y el TP por lo que se deben realizar esfuerzos para mejorar la calidad de los cursos de salud mental a nivel de pregrado e implementar cursos de actualización sobre manejo de enfermedades mentales prevalentes durante el programa de especialización de post-grado (residentado). Considerando que los trastornos de ansiedad son

prevalentes entre pacientes en la práctica primaria y que generan considerables gastos para el sistema público, es importante que los médicos generales y especialistas no psiquiatras sepan reconocer y tratar estos trastornos. Actualmente se cuenta con fármacos de primera línea para los trastornos de ansiedad que se encuentran al alcance de pacientes con bajos recursos y que podrían ser empleados por los médicos generales para brindar un adecuado tratamiento. Además, se nota una buena disposición de los médicos para tratar a pacientes con trastornos ansiosos en la consulta, pero se requeriría un adecuado entrenamiento durante el período de residentado para mejorar el manejo de estos cuadros.

Agradecimientos: A los Dres. Javier Saavedra, Lizardo Cruzado, Guisela Campos, Jorge Tomateo y Joel Salinas por su valiosa colaboración en la confección del instrumento que se utilizó en el presente estudio; y a Paola Albinagorta quien colaboró con la recolección de datos.

Correspondencia:

Dr. Arturo Changana.

La Marina 194. Interior 5, Huacho, Huaura, Lima, Perú.

E-mail: achangana@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. *New Engl J Med* 2005; 352:2515-23.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
3. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental* 2002; 18 (1-2).
4. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. *Anales de Salud Mental* 2004; 20 (1-2).
5. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. *Anales de Salud Mental* 2005; 21(1-2).
6. Sartorius N, Ustun T, Lecrubier Y, Wittchen H. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary care health care. *Br J Psychiatry (Suppl)* 1996; 30:38-43.

7. Weiller E, Bisserbe JC, Maier W, Lecrubier Y. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings: a report from the WHO study on psychological problems in general health care. *Br J Psychiatry* 1998; 34:18–23.
8. Kasper S. Anxiety disorders: under-diagnosed and insufficiently treated. *Int J Psychiatry* 2006; 10 (S1): 3–9.
9. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 445–452.
10. De La Grecca R, Zapata M, Vega-D J, Mazzotti G. Patronos de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2005; 68(3-4): 182-190.
11. Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Monahan P, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146:317-325.
12. Simon G. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24:213–224.
13. Seelig MD, Katon W. Gaps in depression care: why primary care physicians should hone their depression screening, diagnosis, and management skills. *J Occup Environ Medicine* 2008; 50:451–458.
14. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholtm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005; 35:1175–1184.
15. Stein M. Attending to anxiety disorders in primary care. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (Suppl 15):35–39.
16. Harman JS, Rollman BL, Hanusa BH, Lenze EJ, Shear MK. Physician office visits of adults for anxiety disorders in the United States, 1985-1998. *J Gen Intern Med* 2002; 17:165–172.
17. Young A, Klap R, Sherbourne C, Wells K. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:55–61.
18. De La Grecca R, Zapata M, Vega J, Mazzotti G. Manejo de pacientes con trastornos mentales en servicios ambulatorios de Medicina General en tres hospitales de Lima. *Rev Med Hered* 2005; 16 (4): 246-52.
19. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:427–435.
20. Fischler M, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: The GADIS II study (generalized anxiety and depression impact survey II). *Depress Anxiety* 2008; 25:506–513.
21. Hoffman D, Dukes E, Wittchen H. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2008; 25:72–90.
22. Mussell M, Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Herzog W, Löwe B. Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res* 2008; 64: 605–612.
23. Andersson S, Troein M, Lindberg G. General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Fam Prac* 2005; 6(1):21.
24. Beaudin C, Burchuk R. Clinical practice guidelines for treating depression in primary care. *Man Care* 2004; 13 (6); 17-24.
25. Rollman L, Weinreb L, Korsen N, Schulberg H. Implementation of guideline-based care for depression in primary care. *Adm Policy Men Health* 2006; 33(1): 43-53.
26. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety* 2007; 24:455–460.
27. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Allgulander C, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9 (4): 248 - 312.
28. Roy-Byrne P, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl 13):20–26.
29. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier A, Möller H, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depress Anxiety* 2007; 24:185–195.
30. Benítez C, Smith K, Vasile R, Rende R, Edelen M, Keller M. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(1):5-13.
31. Cloos J, Ferreira V. Current use of benzodiazepines in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22 (1):90-5.
32. Lader M. Long-term anxiolytic therapy: the issue of drug withdrawal. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 (S1): 12-6.
33. Chessick CA, Allen MH, Thase M, Batista Miralha da Cunha AB, Kapczinski FF, de Lima MS, et al. Azapirones for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19(3): CD006115.
34. Roy-Byrne P, Russo J, Dugdale D, Lessler D, Cowley D, Katon W. Undertreatment of panic disorder in primary care: role of patient and physician characteristics. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15(6):443-50.