

# Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria

**RESUMEN:** El trabajo recoge la opinión de los médicos de cabecera en relación con la salud mental de la zona correspondiente al subsector sanitario de la comarca del Vallés Oriental, provincia de Barcelona. El nivel de respuestas fue de un 81,6% y entre los resultados conviene destacar la diversidad polisémica de las «etiquetas diagnósticas» y el uso de los psicofármacos por parte del médico de cabecera, especialmente los ansiolíticos –un 70% dice prescribirlos– y los antidepresivos –un 28,6%.

**PALABRAS CLAVE:** Salud mental, atención primaria, actitud, enfermo mental, demanda.

**SUMMARY:** This job gathers the opinion of General Practitioners where mental health is concerned out of the area belonging to the sanitary sub-sector of Valles Oriental region, Barcelona Province. Level of answers reached 81,6% and among the results it has to be remarked the polysemic diversity of the «diagnostic labels» as well as the use of psychopharmacs by the General Practitioner, especially of anxiolytics –70% state to prescribe them– and of antidepressives –28%–.

**KEY WORDS:** Mental health, primary attention, attitude, mentally diseased patient, demand.

## Introducción

La puesta en marcha de un proceso, más o menos generalizado, de acercamiento e inter-relación entre asistencia pública en salud mental (SM) y atención primaria (AP), ha planteado una serie de cuestiones que continúan generando controversias y análisis desde diversos ámbitos (1) y perspectivas (2, 3).

En este sentido, más allá de los diferentes tiempos y procedimientos organizativos que se han seguido hasta ahora, desde el estudio de factores como la prevalencia del trastorno psíquico (4, 5), su detección y derivación (6, 7, 8), hasta la actitud que tienen de la salud mental los médicos (9) así como el resto de los profesionales que integran los equipos de atención primaria (EAP) (10, 11), ponen de manifiesto la complejidad de este proceso (12, 13) y de la relación entre AP y SM (14).

El presente trabajo se propone conocer y describir la opinión de los médicos de cabecera de nuestro sector sobre la demanda de salud mental que llega a AP, el abordaje terapéutico de estos pacientes, así como una valoración del centro de salud mental (CSM) al cual están vinculados.

Creemos que profundizar en la percepción de estos aspectos es una tarea importante ya que, como recoge la literatura especializada, los pacientes con patología mental visitan con más frecuencia al médico de cabecera y tienden a sobreutilizar los servicios sanitarios (15, 16). Más aún, según reconoce la OMS en uno de sus informes técnicos: «Ningún sistema sanitario está completo si no atiende las necesidades de SM de la población; no puede ser eficaz si no se interesa por este componente» (17).

## Material y métodos

El CSM funciona desde 1982 y cubre un área geográfica que incluye 32 municipios, con una población potencial de aproximadamente 141.000 personas. En todos estos años el equipo de salud mental (ESM) ha mantenido contactos periódicos con los diferentes EAP vinculados al CSM, relaciones que han seguido una trayectoria desigual, por lo que hace a la periodicidad, nivel de participación y contenidos de las reuniones.

Para la realización del trabajo se han tenido en cuenta todas las unidades de AP que según la sectorización de Servei Català de la Salut (SCS) disponen como centro de referencia en SM a nuestro servicio. A escala funcional, y fruto de la implantación de la reforma de AP (18), este sub-sector estaba integrado por 7 áreas básicas de salud (ABS) y cuatro consultorios o ABS no reformadas, con un colectivo de 87 médicos. Durante el trabajo de campo se contó con la colaboración de los coordinadores de las diferentes áreas básicas, los cuales hacían llegar la encuesta a los médicos no pediatras de sus correspondientes equipos. En el caso de algunos consultorios la encuesta se envió directamente. El cuestionario era anónimo y autoadministrado.

La encuesta utilizada constaba de 40 ítems, divididos en 5 apartados: 1) la demanda en SM desde asistencia primaria; 2) atención a la SM desde asistencia primaria; 3) el médico de cabecera ante el enfermo mental; 4) la coordinación entre atención primaria y SM y, 5) la formación permanente en SM.

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSSx, a partir de una base de datos organizada para su proceso informático. Los datos se analizaron mediante comparaciones de medias con pruebas paramétricas y no paramétricas, en función de la muestra. Se considera como nivel de significación  $p < 0,05$ . Las respuestas de dos preguntas abiertas se transcribieron literalmente y posteriormente se agruparon en grandes grupos, de los cuales se dan como resultados las frecuencias de cada grupo.

Contestaron la encuesta 70 médicos de atención primaria (MAP) –más una que no fue considerada por falta de cumplimentación–, con un índice de participación del 81,6%. De estos profesionales 47 (67,1%) son hombres y 22 (31,4%) mujeres. La media de edad es de 45,54 años (DE 8,34) siendo el valor mínimo de 33 y el máximo de 70. El 51,4% tiene más de 10 años de antigüedad en su lugar de trabajo y el 78,5% tiene plaza en propiedad.

Por lo que hace a la formación en SM, el 61,4% responde que no tiene formación específica, sin que exista diferencia significativa entre hombres y mujeres. Del 38,6% que tiene formación en SM, mayoritariamente se trata de «cursos y seminarios».

## Resultados

### Demanda en salud mental desde AP

La ansiedad para un 28% de los MAP es el trastorno más frecuente en la consulta de AP, seguida de la depresión (26%), distimias (13%) y somatizaciones (13%). Los trastornos de la personalidad (6%), insomnio (4%) y los trastornos neuróticos (4%) constan como los menos frecuentes.

Hay que destacar que estos porcentajes son sólo ilustrativos, atendiendo al hecho de que nuestro interés no es epidemiológico sino el de recoger las diferentes «etiquetas diagnósticas» utilizadas por el MAP, de las cuales con frecuencia los pacientes se apropian y hacen uso de ellas. En este sentido, los términos más frecuentes han sido «ansiedad» y «depresión», ya sea como forma única o con asociaciones diversas del tipo: *trastorno depresivo, síndrome depresivo, cuadro depresivo, ansiedad generalizada*, etc.

La tabla 1, recoge la diferente percepción entre el porcentaje de usuarios que consultan al MAP por problemas de SM, y la proporción que el médico detecta como caso psiquiátrico, es decir, la llamada morbilidad aparente o declarada. Así, mientras los porcentajes de consulta y detección son similares en la franja entre el 10-25% de los pacientes, en el resto de intervalos las cifras son francamente dispares, especialmente cuando se trata de un mayor volumen de pacientes.

En opinión de casi todos los MAP –69/70– las mujeres son las que más consultan por problemas de SM. Por grupos de edad, el 58,6% de los médicos opina que son las personas maduras (45-64 años) quienes consultan más por este tipo de problemas; para un 40% son los adultos (25-44 años); y solo un 1% que son los más jóvenes (18-24 años). Sin embargo, el 57,2% de los médicos considera que la edad de los consultantes ha bajado, el 22,8%, que ha aumentado y un 21,4%, que se ha mantenido estable.

En relación al tipo de diagnóstico que presentan las personas que acuden a consultar por problemas de salud mental, la mayoría de los MAP (88,5%) considera que padecen «trastornos mentales transitorios», para un 10% se trata de «problemas sociales» y sólo el 1,4% de otros trastornos.

### La atención a la SM desde atención primaria

Si «la situación lo requiere», un 70% de los MAP deriva a los pacientes con trastorno mental al CSMA o neuropsiquiatra, el 28,5% los atiende habitualmente desde AP. Ninguno de los médicos consultados los derivaría directamente.

De acuerdo con los datos que aparecen en la tabla 2, los factores que más condicionan la derivación de un paciente al CSMA son: presencia de ideas de autolisis (el 83% le otorga la puntuación máxima de 5), seguida de la gravedad de

los síntomas (el 80% puntúa 5). La dificultad de relación con el paciente como factor que condiciona la derivación se sitúa en un lugar intermedio (el 40% puntúa 3), mientras que la falta de conocimientos psiquiátricos o la elevada presión asistencial son los que aparecen como los que tienen menor incidencia.

A los pacientes con crisis agudas –de ansiedad, agitación psicomotriz, etc.– el 40% de los MAP los deriva al CSMA, el 31,4% al hospital psiquiátrico, al hospital general/neuropsiquiatra un 11,4% y el 5,7% a otros lugares. Para el 70% de los MAP, los psicofármacos que más prescriben son los ansiolíticos, seguido de los antidepresivos para un 28,6% (19).

En caso de trastorno mental, la elección terapéutica preferente de los MAP es la farmacología y la orientación (94,3%), mientras las mismas por separado tienen poca aceptación. Cuando se trata de tratamiento no farmacológico el 54,3% de los MAP optan por el «soporte médico» y el 31,4% por dar pautas conductuales, un 8,5% por la psicoterapia pautada y un 4,3% por otros tipos de terapia.

#### El médico de cabecera ante el enfermo mental

Con una diferencia significativa, el 81,4% de los médicos de atención primaria opina que deberían atender a los enfermos con trastornos mentales transitorios (TMT) y el 18,6% que no. De los pacientes con trastorno mental severo (TMS) un 95,7% cree que ellos no deberían hacerse cargo, y sólo un 2,8% que sí (20). Del enfermo crónico, un 58,6% señala que no corresponde al MAP su seguimiento, frente al 41,4% que cree que sí, en este caso con una diferencia no significativa ( $P=0,151$ ).

Como refleja la tabla 3, la mitad de los MAP consultados opina que el enfermo mental no le genera ningún interés particular (50%), como tampoco «impotencia» (62,8%), «malestar» (51,4%), «rechazo» (74,3%); mientras que el 85,7% dice mantener «buenas relaciones» frente al 2,8% que opina que no. En este caso cabe destacar que el porcentaje de los que no contestan fue superior respecto a otras cuestiones como es el caso de la pregunta siguiente.

El 94,7% de los MAP considera que los trastornos mentales son debidos a factores biopsico-sociales. Por lo que hace al tratamiento de los pacientes con TMS, las opciones preferentes son la biológica (34,2%) y la sistémica (24,3%), mientras que la psicoanalítica, conductual y psicosocial obtienen porcentajes inferiores al 7%, con 17,1% que no responde. Cuando se trata de TMT las orientaciones más señaladas fueron la psicosocial (22,8%), biológica (15,7%), conductual y sistémica (14,2%) y, en último lugar, la psicoanalítica (11,4%). Un 14,2% no contestan, siendo las diferencias no significativas ( $p = 0,94$ ).

Los enfermos que menos tensión emocional generan entre los médicos (ver tabla 4) son el paciente ansioso, somatizador y psicótico, mientras que el que más

tensión provoca es el usuario agresivo, en este caso con una diferencia no significativa.

### Coordinación entre atención primaria y el centro de salud mental

El 60% de los médicos de atención primaria del sector dicen encontrar dificultades para derivar un paciente a nuestro servicio, debido principalmente a la larga lista de espera; un 40% no encuentra dificultades ( $p = 0,94$ ). A la pregunta de si existe un «protocolo suficientemente válido» de derivación e interconsulta con el CSM, el 40% contesta que desconoce que exista tal protocolo, un 37,2% opina que no existe y el 22,8% lo encuentra válido ( $p = 0,170$ ).

Según la tabla 5, en caso de derivación no urgente al CSM, el 71,5% de los MAP consideran adecuada la respuesta asistencial, cifra que pasa a ser del 45% si se trata de una derivación urgente. Sobre la información que se facilita al médico de cabecera si un paciente es rederivado a AP, poco más de la mitad de los encuestados la consideran adecuada. El 71% cree que el tiempo de espera para ser atendido en el CSM es inadecuado. El tiempo medio de espera para primera visita en el momento de hacer esta encuesta estaba entre un mes y un mes y medio.

En las reuniones periódicas entre AP y SM un 41% de los médicos participa con regularidad, el 40% ocasionalmente y un 18,6% nunca. El motivo de no haber participado nunca es, sobre todo, porque desconocen que se realiza esta actividad (46%) a pesar de que en algunos casos las reuniones se vienen realizando desde hace más de 8 años. Un 48,6% considera correcta la manera en que se llevan a cabo las reuniones, un 18,6% no contesta, un 10% opina que no son productivas o que no se realizan. Cabe destacar que prácticamente la totalidad de los MAP cree necesarias las reuniones de interrelación entre AP y SM.

El 84,3% de los MAP opina que las reuniones AP-SM habrían de ser abiertas a todos los miembros del equipo de AP, mientras que un 17% cree que sólo deberían participar los médicos. Sobre las actividades a desarrollar en estas reuniones, mayoritariamente (74,3%) se opta por los comentarios de casos y/o cursos teóricos, en tanto que un 22,8% prefiere que sean sólo espacios de interconsulta. Un 37,1% cree que las reuniones deberían hacerse cada dos meses, un 34% cada mes y el 22,8% trimestralmente.

Con una diferencia significativa, las relaciones con el CSMA son para el 58% de los MAP satisfactorias, para un 7,1% muy satisfactorias, un 30% las encuentra poco satisfactorias y el 4% insatisfactorias. Los motivos para estar poco o nada satisfechos son: no tener relación con el CSMA (39%), no haber un buen sistema de atención al paciente (28%), poco interés de los profesionales del CSMA (11%), y desacuerdo con la orientación terapéutica del centro.

### Formación permanente y salud mental

A la pregunta: «¿Considera que los médicos de cabecera están preparados para atender la demanda en SM que llega a AP?», el 57,1% ha contestado que no y el 42,9% que sí, siendo esta diferencia no significativa ( $p = 0,232$ ). Si bien el margen de diferencia en el caso anterior es relativamente pequeño, en cambio un 92,9% cree necesario un programa de formación específico en SM, con un 85,7% que le agradecería participar y un 14,3% que no.

Sobre si los profesionales de enfermería han de participar en la detección y/o el seguimiento de los pacientes con trastornos mentales, el 85% opina que sí y el 14,3% que no. El 32,9% considera que ya lo hacen y el 67,2% que no. Por lo que hace a los trabajadores sociales, el 90% considera que habrían de hacer estas tareas.

### Discusión

A pesar que se trata de un estudio que por sus características no permite hacer mayores extrapolaciones, los resultados obtenidos ponen de manifiesto una serie de cuestiones que, a menudo, tienden a confirmarse en trabajos de este tipo (13).

Un primer aspecto a destacar es la similitud entre la percepción de los MAP y los estudios sistemáticos sobre morbilidad psiquiátrica en AP (21), perfil socio-demográfico del paciente habitual (22), prescripción de psicofármacos (23, 24) e intervención no farmacológica (25).

Por lo que hace a los datos sobre prevalencia y detección de los trastornos mentales desde la atención primaria, el rango de las cifras publicadas es tan grande que, como señala Goldberg, «La diferencia entre ellos no se halla en sus pacientes, sino en sus conceptos de trastorno psiquiátrico y en el umbral que adoptan a la hora de definir un caso psiquiátrico como tal» (26).

Otro aspecto, sin duda relacionado con el anterior, es la diversidad polisémica cuando se trata de identificar los trastornos psiquiátricos. Así, frente a una similar «percepción sintomática del cuadro», a menudo pueden confluír diferentes etiquetas diagnósticas, lo cual no sólo repercute en una infra o sobreestimación de un determinado tipo de trastorno (5, 27, 28), sino también en su posible derivación y/o abordaje terapéutico (29, 30).

En tercer lugar, por lo que hace a los aspectos actitudinales y relacionales, considerando que son temas donde en el momento de opinar se produce una mayor abstenición, la mayoría de los médicos que participaron en el estudio manifestaron tener una buena relación con los pacientes con trastornos mentales, siendo los pacientes agresivos y con ideas de autolisis los que generan más tensión emocional. Destacamos que el factor que más condiciona la derivación al CSMA son las ideas de suicidio.

## ORIGINALES Y REVISIONES

A pesar de que, con frecuencia, estos pacientes con problemas o trastornos de salud mental aparecen como los que más estrés generan entre los profesionales de AP, se ha de tener presente que las vivencias y actitudes frente a la enfermedad o sufrimiento psíquico no siempre son del todo evidentes, de manera que en algunas ocasiones sus repercusiones son mucho más sutiles, tanto para el propio médico como en el ámbito de su interacción profesional (31, 32).

Por último, después de unos cuantos años dedicados a consolidar una red pública de atención en SM, se tiene la impresión de que, a pesar de las dificultades, cada vez se dibuja con más claridad cuál es el camino hacia los servicios de SM (33), la importancia del papel del MAP frente a la demanda «psi» (34, 35), así como de su interrelación con los profesionales y equipos de SM (36, 37).

### Agradecimientos

A los miembros de nuestro equipo. A Isabel Monterde encargada de la explotación estadística del estudio. Al Dr. Jordi Jaumandreu y la Dra. Anna Nadal por sus comentarios sobre la encuesta.

A los médicos de AP de nuestro sector por su colaboración y, a todos aquellos que de una u otra manera han participado en su realización.

Este trabajo ha sido financiado por el Ayuntamiento de Granollers.

*Tabla 1*

Pacientes con problemas de salud mental que consultan y que detectan los médicos de atención primaria. Porcentajes en relación al total de usuarios que atienden habitualmente

	Menos 10%	Entre 10-25%	Entre 26-50%	Más del 50%
Consultan	32,9%	47,1%	20,0%	–
Detectan	14,3%	44,3%	35,4%	5,7%

*Tabla 2*

Factores que condicionan al médico de atención primaria la derivación de un paciente al CSMA. Porcentajes

	1	2	3	4	5
Presencia de ideas de autolisis	4,2	–	4,2	8,6	83,0
Gravedad de los síntomas	2,8	4,3	–	12,8	83,0
Dificultad de relación con los pacientes	20,0	12,8	40,0	18,6	8,0
Falta de conocimientos psiquiátricos	17,1	32,9	30,0	17,1	2,8
Alta presión asistencial	38,6	41,4	11,4	5,7	2,8

Escala: 1 condiciona poco, 5 condiciona mucho

Tabla 3

El médico de atención primaria y el enfermo mental. Números absolutos y porcentajes

	Sí	No	NC	P
Genera un interés particular	22 (31,4)	35 (50,0)	13 (18,6)	S
Genera impotencia, desánimo	9 (12,8)	44 (62,8)	17 (24,3)	S
Genera malestar, ansiedad	20 (28,5)	36 (51,4)	14 (20,0)	S
Genera rechazo, agresividad	2 (2,8)	52 (74,3)	16 (22,8)	S
Mantiene buena relación	60 (85,7)	2 (2,8)	8 (11,4)	S

S: significativa =  $p < 0,05$ 

Tabla 4

Usuarios que generan más tensión emocional al médico de atención primaria.  
Números absolutos y porcentajes

	Sí	No	P
Agresivo	38 (54,8)	32 (45,7)	0,473
Ansioso	1 (1,4)	69 (98,6)	S
Somatizador	14 (20,0)	56 (80,0)	S
Toxicómano	33 (47,1)	37 (52,9)	0,633
Psicótico	17 (24,3)	53 (75,7)	S
Con ideas de autolisis	33 (47,1)	37 (52,9)	0,633
Reivindicativo	30 (42,8)	40 (57,1)	0,232

S: significativa =  $p < 0,05$ 

Tabla 5

Valoración de los médicos de atención primaria sobre la interrelación entre AP y CSMA. Porcentajes

	(1)	(2)	(3)
En caso de derivación no urgente	71,5	21,4	7,1
En caso de derivación urgente	45,7	35,7	18,6
Información en caso de rederivación a AP	51,4	42,9	5,7
Tiempo de espera hasta la atención al CSMA	17,1	71,4	11,4

(1) adecuada, (2) inadecuada, (3) NS/NC

## ORIGINALES Y REVISIONES

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) GOLDBERG, D., «Integrating mental health in primary care», en HENDERSON, J., *Mental health evaluation in the community*, Londres, Gaskell, 1991.
- (2) «Salud mental y atención primaria», Editorial, *Atención Primaria*, 1985, vol. 2, 4, pp. 189-190.
- (3) APARICIO BASAURI, V., «Atención primaria y salud mental: el escenario de un desencuentro», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, vol. 15, 54, pp. 3-4.
- (4) BARRETT, J. E., y otros, «The prevalence of psychiatry disorders in primary care practice», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1988, vol. 45, pp. 1.110-1.116.
- (5) RETOLAZA, A.; MÁRQUEZ, I.; BALLESTEROS, J., «La prevalencia de trastornos psiquiátricos en atención primaria», *Atención Primaria*, 1995, vol. 15, 55, pp. 593-608.
- (6) JOUKAMAA, M.; LEHTINEN, V.; KARLSSON, H., «The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary care», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1995, 91, pp. 52-56.
- (7) CALCEDO BARBA, A., «La detección de trastornos psiquiátricos en atención primaria», en LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. (coord.), *Libro del Año Psiquiatría*, Madrid, Saned, 1995.
- (8) RICO, B. L.; MORA, B., «Morbilidad psiquiátrica en un Centro de Atención Primaria. Detección y derivación por el médico de familia», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1994, vol. 14, 49, pp. 217-234.
- (9) BUCHANAN, A.; BHUGRA, D., «Attitude of the medical profession to psychiatry», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1992, 85, pp. 1-5.
- (10) VICENTE, V., y otros, «Opiniones de los profesionales en atención primaria sobre los enfermos mentales y la asistencia psiquiátrica», *Atención Primaria*, 1992, vol. 9, 4, pp. 197-202.
- (11) MUÑOZ, J., y otros, «Actitudes de médicos y enfermeras hacia la integración de la salud mental en la atención primaria», *Atención Primaria*, 1993, vol. 11, 3, pp. 134-136.
- (12) GENÉ, J., y otros, «Valoración de la motivación de los médicos de atención primaria por la salud mental», *Atención Primaria*, 1985, vol. 2, 4, pp. 209-212.
- (13) CAMPS GARCÍA, C., y otros, «Los médicos de atención primaria ante la salud mental», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, vol. 15, 53, pp. 217-222.
- (14) ANTONELL CALDENTEY, J., «Nuevos modelos de relación entre equipos de atención primaria-equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación», *Atención Primaria*, 1993, vol. 12, 7, pp. 416-421.
- (15) CORTES, J. A., y otros, «La prevalencia del malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas», *Atención Primaria*, 1993, vol. 11, 9, pp. 459-462.
- (16) VÁZQUEZ BARQUERO, J. L., y otros, «Why people with minor psychiatric morbidity consult a doctor», *Psychol Med.*, 1992, 22, pp. 495-502.
- (17) OMS, «La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria», Informes Técnicos, Ginebra, OMS, 1990.
- (18) SERVEI CATALÁ DE LA SALUT, *Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre, 1996-1998*, Sant Cugat del Vallès, 1997.
- (19) BEARDSLY, R. S., y otros, «Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1988, vol. 45, pp. 1.117-1.119.
- (20) KENDRICK, T., y otros, «Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients», *Br. M. Journal*, 1991, vol. 302, pp. 508-510.
- (21) LIMÓN MORA, J., «Morbilidad mental en la consulta de medicina general», *Atención Primaria*, 1990, vol. 7, 2, pp. 88-93.
- (22) VÁZQUEZ BARQUERO, J. L., y otros, «Mental health and medical consultation in primary care settings», *Psychol Med.*, 1990, 20, pp. 681-694.

- (23) FLUVIÀ, X., y otros, «Consumo de psicofármacos en la población que acude al médico de atención primaria», *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 1994, 21, 2, pp. 47-50.
- (24) JOUKAMAA, M., y otros, «The prescription of psychotropic drugs in primary health care», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1995, 92, pp. 359-364.
- (25) ANGUERA, L., y otros, *Enfermedad mental en atención primaria*, Madrid, Flas, 1996, pp. 67-69.
- (26) GOLBERG, D.; HUXLEY, P., *Salud Mental en la comunidad*, Madrid, Nieva, 1990, pp. 86-88.
- (27) MARTÍNEZ ÁLVAREZ, J. M., y otros, «Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri», *Atención Primaria*, 1993, vol. 11, 3, pp. 127-132.
- (28) ECHEVARRÍA PÉREZ, R., y otros, «Diagnòstic precoç de patologia mental: signes i símptomes d'alerta» en, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària: *Metge de capçalera i salut mental*, Barcelona, SCMFIC, 1994, p. 22.
- (29) FARMER, A. E.; GRIFFITHS, H., «Labelling and illness in primary care: comparing factors influencing general practitioners and psychiatrists decisions regarding patient referral to mental illness services», *Psychol Med.*, 1992, 22, pp. 717-723.
- (30) ORMEL, J., y otros, «Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, vol. 48, pp. 700-706.
- (31) DAVENPORT, S.; GOLDBERG, P.; MILLAR, T., «How psychiatric disorders are missed during medical consultations», *Lancet*, 1987, 3, pp. 439-442.
- (32) FERNÁNDEZ SAN MARTÍN, M. L., «Los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria ante los problemas de salud mental: una encuesta de opinión», *Atención Primaria*, 1990, vol. 7, 2, pp. 94-100.
- (33) TORRES GONZÁLEZ, F., y otros, «El camino hacia los servicios de salud mental (En el área de salud mental Granada-Sur)», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1991, vol. 11, 37, pp. 103-108.
- (34) RAMOS, J.; ALBAIGES, L., «La formació en salut mental del metge d'assistència primària», *Salut Mental*, 1988, 1, pp. 51-60.
- (35) CAMACHO GARRIDO, J., y otros, «Derivaciones a salud mental desde un equipo de atención primaria», *Atención Primaria*, 1992, vol. 9, 1, pp. 52-54.
- (36) MIRA, J.; FERNÁNDEZ-GILINO, E., «Desde el punto de vista de la atención primaria, ¿son útiles las nuevas unidades de salud mental?», *Atención Primaria*, 1994, vol. 14, 4, pp. 717-724.
- (37) HERNÁNDEZ MONSALVE, M., «La salud mental en atención primaria. Mitos y realidades», *Archivo de Neurobiología*, 1997, vol. 60, 3, pp. 201-206.

\* Rubén Gualtero, sociólogo. Leonardo Turek, psicólogo. Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers.

*Correspondencia:* Rubén Gualtero. Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers. C/ Joan Camps i Cirà, 3, 08400 Granollers (Barcelona).

\*\* Fecha de recepción: 4-XI-1998.