

PSIQUIATRIA Y ATENCION PRIMARIA

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 2, 1994/ 24-30

Dra. Graciela Rojas C. **, Dr. Alejandro Koppmann A.* , Dr. Rafael Sepúlveda J.***

SUMMARY

Some antecedents about the importance of mental health in the use of services and some intents of integration of the physical and mental health are presented.

Some factors in the diagnosis and treatment of the minor psychiatric disorders by the general practitioners are appointed. Finally some possible actions of the psychiatrists in the primary care services are discussed.

I. INTRODUCCION

Los estudios epidemiológicos y el uso en ellos de instrumentos para detectar trastornos emocionales han revelado que un número importante de los pacientes que acuden a las consultas o consultorios de morbilidad general presentan algún grado de malestar psicológico que redundan en consultas repetidas y que sólo un pequeño número de estos pacientes son derivados a especialistas de salud mental (1).

Esta realidad ha llevado a investigar el quehacer médico general en relación con los problemas de salud mental y a discutir la incorporación de distintos componentes de salud mental en la atención primaria.

La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica efectuada en Caracas, el año 1990, enfatizó que "la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva", que "la reestructuración de la atención psiquiátrica en la

Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios", que "la evacuación del hospital psiquiátrico no es la respuesta cabal a los problemas que en él tienen lugar" y que "la 'deshospitalización' debe realizarse paralelamente con el proceso de desinstitucionalización" que "comprende, además, tanto las intervenciones de mejoramiento manicomial en los aspectos éticos, clínicos, institucionales y sanitarios, como la creación de alternativas asistenciales extrahospitalarias, la proyección comunitaria de la asistencia y la superación del aislamiento en el que se encuentra no sólo el hospital mental sino la psiquiatría misma" (2).

La Organización Mundial de la Salud, desde su reunión de Alma Mata, promueve la descentralización de la atención psiquiátrica y la entrega de servicios básicos de salud mental por el equipo de atención primaria.

En Chile, el tema es de actualidad y constituye una importante línea programática del Ministerio de Sa-

* Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Norte.

** Instituto Psiquiátrico "Dr. J. Horwitz B.", Unidad de Psiquiatría Comunitaria, Servicio Norte.
Financiado parcialmente por proyecto Fondecyt 1931022/1993 y por la fundación Sandoz.

lud. (3) Es discutido por los profesionales de atención primaria y por los de salud mental. Quizás ha encontrado buena acogida no sólo por la claridad de sus fundamentos, sino también porque en la historia de la salud mental chilena hay, desde la década del 60, importantes experiencias y contribuciones que hacen que el tema nos sea familiar.

II. ANTECEDENTES HISTORICOS

Los estudios epidemiológicos realizados en el Reino Unido indican que, entre los consultantes a la atención primaria, la morbilidad psiquiátrica es de aproximadamente un 40% (4).

David Goldberg y Peter Huxley en su libro titulado "Enfermedad Mental en la Comunidad" describen el camino del paciente hacia la atención psiquiátrica. Según sus estudios, en la comunidad, en Gran Bretaña, 250 de cada 1.000 personas sufren algún grado de malestar, disforia o malestar; que de éstas 250, 230 consultan, en algún momento al médico general; de estas 230, el médico de familia reconoce 140 con perturbación emocional y los trata psicoterapéuticamente y/o farmacológicamente; a 17 deriva a la consulta ambulatoria del psiquiatra o la policlínica especializada y de éstos, 6 ingresan a un hospital psiquiátrico por un período aproximado de 2 meses (5). (Ver cuadro 1).

En Estados Unidos, desde el famoso discurso del Presidente J. F. Kennedy en el año 1963, en que se refirió a la gran magnitud del problema de la salud mental en su país, se han llevado a cabo importantes estudios para determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la comunidad y el impacto que este hecho tiene en la utilización de servicios (6, 7).

Estudios llevados a cabo en ese país indican que un 15% de la población necesita, en algún momento de su vida, atención en salud mental, pero que de éstos no más del 20% reciben algún tipo de asistencia en los servicios especializados. De estas cifras se concluye que las necesidades de más del 80% de la población que necesita este tipo de asistencia no son satisfechas. Algunos estudios señalan que la mayor parte de estas personas son ayudadas por los médicos generales, por otros miembros del equipo de salud del nivel primario o por grupos de apoyo social (8).

A fines de los años 60 se llevaron a cabo en nuestro país los conocidos trabajos epidemiológicos de Horwitz y Marconi y el año 1966 el Servicio Nacional de Salud inició el Programa Nacional de Salud Mental cuyos propósitos fundamentales fueron integrar las actividades preventivas y curativas en los programas generales de salud pública y llevar a cabo la atención de los enfermos, en lo posible, en el seno de la comunidad a la cual pertenecían y sólo eventualmente en hospitales psiquiátricos (9). Su objetivo era reorientar los servicios desde los hospitales tradicionales a una cadena de instituciones ubicadas dentro de la comunidad, sectorizando esta última en 16 áreas a nivel nacional. Cada área de salud mental, 5 en Santiago y 11 en provincias, deberían contar en el futuro con su Unidad de Salud Mental. Se pensó que ésta debería estar compuesta por un servicio de hospitalización, de preferencia en un hospital general, consultorios periféricos, hospitales diurnos, talleres y hogares protegidos (10).

En 1967 entró en funciones el programa en el Area Norte de Santiago, que en aquella época tenía una población de 600.000 habitantes. Se instalaron equipos de salud mental constituidos por psiquiatra, asis-

Cuadro N° 1
El camino a la atención psiquiátrica

	Comunidad	Atención primaria		Servicios psiquiátricos especializados	
Prevalencia en un año	250	230	140	17	6 por mil/año hospital
	morbilidad en nuestras poblacionales	morbilidad psiquiátrica en atención primaria	morbilidad psiquiátrica conspicua	total	pacientes psiquiátricos

tente social y psicólogo, en tres consultorios periféricos del área, cada uno de los cuales estaba a cargo de una población aproximada de 100.000 habitantes. Los equipos constituidos planificaron y llevaron a cabo acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, capacitación de personal y demostración de técnicas de psiquiatría comunitaria e investigación (9).

Al año siguiente, en octubre de 1968, se inicia el programa en el área sur de Santiago, en torno al alcoholismo (9, 11, 12).

El Profesor J. Marconi define un programa integral como "un sistema integrado de conocimientos, y de recursos humanos y materiales, dirigido a realizar una secuencia ordenada de acciones para lograr una prevención primaria, secundaria y terciaria de los desórdenes mentales". La estructura básica del programa integral que él diseñó es el esquema o pirámide de delegación de funciones. Cada nivel de delegación enseña y supervisa las acciones del inmediatamente inferior. La comunidad que recibe el programa (D5) es educada por líderes locales voluntarios (D4), que son, de preferencia, ex enfermos o familiares de pacientes del respectivo programa. Los líderes D4, a su vez, son formados y supervisados por técnicos auxiliares de enfermería, sacerdotes, profesores, que viven o trabajan en la comunidad a servir (D3). Los técnicos D3 reciben formación y tutoría de profesionales de apoyo del programa D2, que trabajan parte de su jornada en servicios de salud y parte en la comunidad. A su vez, los profesionales de apoyo (D2) son formados y supervisados por el jefe de programa (D1) (11, 12). (Ver cuadro N° 2).

Desde el año 1977 se ha planeado y se lleva a cabo un Programa de Salud Mental y Alcoholismo en el Area Oriente de Santiago, entre cuyos objetivos específicos destacan integrar las actividades de salud mental y alcoholismo al Programa de Atención Médica para Adultos y capacitar a los médicos generales

urbanos y otro personal de consultorio para la atención de problemas en salud mental (13, 14). Los problemas de mayor frecuencia de consulta son manejados a nivel primario por el equipo de salud asesorado por profesionales de salud mental. La integración del equipo de salud en el consultorio periférico y en el hospital general se hace, más que a través de acciones de atención directa, a través de capacitación de los no-especialistas en salud mental en técnicas específicas tales como manejo de psicofármacos, control de enfermos crónicos en grupo y educación grupal (15).

III. EL MEDICO GENERAL EN LA DETECCION Y MANEJO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Una vez establecido que un número importante de los consultantes en los servicios de atención primaria presentan trastornos emocionales y que el médico general deriva sólo un pequeño porcentaje de estos pacientes a los servicios de salud mental (16, 17), la atención de los investigadores y de los planificadores en salud se ha dirigido a estudiar la conducta de los médicos en la detección y manejo de los trastornos emocionales, a fin de planificar intervenciones que aumenten la eficacia del médico general en esta área.

Al estudiar la conducta de los médicos generales en su práctica cotidiana se observa que el reconocimiento de la morbilidad psiquiátrica está determinado por factores dependientes del paciente, del médico y de la naturaleza de la atención primaria (4).

Entre los elementos dependientes del paciente se destaca la edad, el sexo, el estado civil y la educación. Marks y colaboradores encontraron que los médicos generales reconocían menos la enfermedad mental en pacientes varones, jóvenes, solteros y que habían recibido educación más allá de los 23 años (18, 4, 19).

Cuadro N° 2
Programa integral de alcoholismo. Pirámide de delegación de funciones

D1	Psiquiatras, médicos generales
D2 D2	Asistentes sociales, enfermeros, psicólogos
D3 D3 D3	Auxiliares enfermería, sacerdotes, profesores
D4 D4 D4 D4	Alcohólicos recuperados
D5 D5 D5 D5 D5	Comunidad

Bridges y colaboradores determinaron que si los consultantes de la atención primaria se presentaban con síntomas psicológicos, tenían un 95% de posibilidad de ser diagnosticados como pacientes con trastorno emocional, pero que los pacientes que somatizaban, tenían sólo un 46% de posibilidades de ser diagnosticados como tales (20, 21). El médico general tiene tendencia a diagnosticar menos desórdenes emocionales en aquellos pacientes que presentan anteriormente una enfermedad física actuando ésta como distractor de la enfermedad psíquica (4).

Entre los factores relacionados con el médico que inciden en los índices de éste en la detección de la morbilidad psiquiátrica destacan la edad del médico, su experiencia, su interés por el paciente y por la psiquiatría. Marks y colaboradores en su estudio de 91 médicos generales de Manchester determinaron que los colegas que reconocían más morbilidad psiquiátrica eran más viejos, más experimentados, más calificados, poseían más interés por el paciente y por la psiquiatría y estaban más establecidos en su consulta. Sus entrevistas clínicas también poseían características especiales: empezaban haciendo más contactos visuales, clarificaban más el motivo de consulta, utilizaban lenguaje verbal y no verbal, mantenían el control sobre la entrevista, evitaban el uso de jergas técnicas, interrogaban más sobre los problemas psicosociales y sobre la vida hogareña de los pacientes, hacían más preguntas psiquiátricas y, por último, atendían más al paciente que a sus propias notas en la ficha (18).

Davenport y colaboradores determinaron que los médicos influyen en la capacidad de los pacientes para transmitir su sintomatología y que hay médicos facilitadores o inhibidores de la comunicación verbal y/o no verbal del paciente (22).

La identificación del trastorno emocional por el médico general no sólo tiene implicancias diagnósticas. Hay estudios que demuestran que los colegas que identifican más los trastornos emocionales, también son capaces de manejarlos y tratarlos mejor. Son capaces de entregar más información al paciente, chequean si esta información es entendida, dan más asesoría psicosocial, prescriben mejor los psicofármacos, aclaran más sus efectos colaterales y explican el plan terapéutico a sus pacientes en un estilo negociador (4).

Hoy día está claro que hay pacientes que no comunican su malestar psíquico y que hay médicos que evitan enfrentarse a quejas psicológicas (23) y no atienden a señales de los pacientes que son indicativas de malestar psíquico. Goldberg ha hablado de la

colusión médico-paciente que lleva a ignorar la queja psíquica (4, 5). Además los médicos más capaces de detectar la enfermedad mental son aquellos más capaces de tratarla y se facilitan a sí mismos la labor de detección al facilitar a sus pacientes la manifestación de sus quejas psíquicas (4).

El reconocimiento del trastorno emocional en el nivel primario de atención redundará en mejor tratamiento de éste, en mejor evolución de la psicopatología y en mejor funcionamiento social (4).

Algunos estudios demuestran el limitado arsenal terapéutico con que cuenta el médico general (16, 17), otros indican que el buen uso de psicofármacos en el nivel primario y la adecuada referencia de casos en riesgo vital serían beneficiosos para los pacientes (24, 25, 26, 27, 28). También se ha detectado que una entrevista más larga en el nivel primario tendría como consecuencia una mejor detección de los trastornos psiquiátricos (29).

La decisión del médico general de derivar o no a un paciente a los servicios especializados de salud mental está influenciada por diversos factores. Es obvio que el médico general sólo puede derivar a aquellos pacientes que él ha detectado como pacientes psiquiátricos y que una vez detectada la enfermedad mental, su derivación está influida por factores dependientes del paciente, del médico mismo y del sistema de salud (5).

Los estudios nos entregan cifras variables de derivación a especialistas en salud mental de los pacientes que son detectados como psiquiátricos por los médicos generales: 1.0% hasta 26% (5). Estudios nacionales nos entregan cifras de 15% en Santiago (16).

Los médicos más viejos, los que no manejan técnicas de psicoterapia y los médicos urbanos derivan más a sus pacientes psiquiátricos. Shepherd y colaboradores han estudiado las razones que dan los médicos generales para no referir este tipo de pacientes y entre ellas destacan: que a los pacientes les desagrada ser derivados a especialistas de salud mental y que el tratamiento de los trastornos emocionales es tarea del médico de familia (5, 28).

Entre las características de los pacientes derivados a servicios especializados destacan: algunos factores sociodemográficos –pacientes jóvenes, sexo masculino–, la severidad de la enfermedad mental, el grado de interferencia con las actividades habituales y la mala respuesta al tratamiento (5).

La naturaleza del servicio de psiquiatría disponible parece ser el factor menos importante en el porcentaje de derivación desde el nivel primario al secundario o terciario de atención (5).

IV. EL PSIQUIATRA EN LA ATENCION PRIMARIA

En la historia de la psiquiatría, el médico psiquiatra ha ido paulatinamente desplazando su centro de acción desde el gran asilo hacia la comunidad. Primero, se crearon las policlínicas en el hospital psiquiátrico, luego los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, los Centros Comunitarios de Salud Mental y las distintas modalidades de programas comunitarios. Ahora se discute el papel que el psiquiatra puede y debe jugar en la red de atención primaria (30).

Como se relató en párrafos anteriores, ya en la década del 60 existieron en Chile programas que integraban especialistas de salud mental a programas comunitarios, que se diferenciaban entre sí por el grado de integración a los servicios de salud general y la importancia que le asignaban a la participación de agentes de la comunidad en tareas de salud (30).

La Organización Mundial de la Salud empezó en el año 1975 un estudio colaborativo multicéntrico en 7 países en desarrollo sobre la factibilidad y eficacia de ofrecer servicios de salud mental comunitarios, a raíz de la política de la OMS de descentralizar la atención psiquiátrica, integrar servicios y proveer acciones básicas de salud mental por el equipo de salud del nivel primario. Una de las conclusiones de este estudio es el surgimiento de una nueva Psiquiatría Comunitaria para los países en desarrollo que se puede llevar a cabo en las estructuras básicas de salud existentes: la red de servicios de la atención primaria (30).

Las acciones que los trabajadores de los consultorios pueden desarrollar en salud mental sirven para cambiar actitudes hacia la enfermedad y la salud, y para sensibilizarlos hacia los aspectos psicosociales de la salud. Este estudio demostró que las resistencias iniciales del personal para enfrentarse a la salud mental se transforman pronto en aceptación (31).

Se determinó que los trabajadores de la atención primaria recibieron poco entrenamiento en los desórdenes mentales y que, a pesar de ello, muestran interés en su capacitación, que su falta de atención a los problemas de salud mental de los pacientes se debe al enorme esfuerzo que ellos deben desplegar para responder a las necesidades de salud de la población consultante (32). Teniendo en cuenta estas conclusiones, el Comité de Expertos para la Salud Mental de la OMS recomienda que el trabajo de salud mental que se integre en los servicios de atención primaria debe ser específico y limitado, desarrollando metodología de entrenamiento que priorice tareas y provea acciones claras a ser implementadas efectivamente (32).

El estudio colaborativo multicéntrico de la OMS demostró que con entrenamiento se puede lograr que

el personal de atención primaria reconozca la relación existente entre los síntomas somáticos y los problemas psicológicos, aumente su percepción sobre la magnitud de los problemas de salud mental, reconozca la necesidad de contar con los psicofármacos elementales, aprenda sus usos e indicaciones (19).

Los médicos generales necesitarían ayuda técnica en entrevistas, reconocimiento de signos y síntomas precoces de los trastornos psiquiátricos y eventos vitales que aporaleman a sus pacientes, y en el uso de psicofármacos. Estas son posibles áreas de interacción entre médicos generales y psiquiatras en el marco de un trabajo clínico y de acciones educativas, en que el contacto personal es esencial. Para una educación efectiva es importante partir de lo que el médico general ya conoce y de las problemas que éste debe enfrentar. Este principio fue la base de los seminarios Balint que comenzaron en Inglaterra hace ya más de tres décadas (33, 26).

El entrenamiento que llevó a cabo el grupo de expertos que participó en este estudio puso énfasis en el proceso de entrevista, en el diagnóstico de los trastornos emocionales y en el entrenamiento en el uso de un pequeño número de drogas. Las resistencias iniciales del personal para tratar los desórdenes mentales pueden ser superadas con supervisiones de casos. Un especialista iba una vez a la semana, supervisaba directamente, respondía consultas y daba asistencia (32). Esta tarea de los psiquiatras implica cambios en su orientación y en su entrenamiento, pues se necesitan nuevos estilos y herramientas (32).

Goldberg ha desarrollado entrenamientos en técnicas de entrevista que han sido evaluadas positivamente, pues logran que los médicos entrenados pregunten más dirigidamente por problemas psicosociales, hagan más comentarios clarificadores, lleven a cabo menos preguntas cerradas, hagan más preguntas sobre síntomas asociados con el dolor, relacionen más los síntomas físicos con los eventos vitales, perciban mejor las señales verbales y no verbales de los pacientes y pregunten más por factores familiares y sociales (4).

En los últimos 20 años los psiquiatras han trabajado en la red de atención primaria en distintos países del mundo. Este trabajo ha presentado distintos estilos y modelos. Algunos han centrado su acción en el equipo de salud, asesorando y capacitando a éste, otros han centrado su accionar en los pacientes dentro de las premisas de la atención primaria (4, 35).

En los países subdesarrollados la atención psiquiátrica está centralizada en algunas instituciones, pero existe una amplia red de atención primaria bien estructurada, descentralizada que entrega atención en salud enfatizando la atención infantil, la planifica-

ción familiar, los problemas médicos agudos y las inmunizaciones. En estos países se puede utilizar esta amplia red de servicios para entregar atención básica de salud mental sin necesidad de crear un sistema separado. El trabajo de la OMS dirigido por Sartorius y colaboradores demostró que con una planificación y una focalización adecuadas se puede lograr este objetivo en forma eficiente (8).

La Organización Mundial de la Salud plantea que: "El problema crucial no es cómo los médicos generales pueden ser integrados en los servicios de salud mental, sino cómo los psiquiatras pueden colaborar más efectivamente con los servicios de atención primaria y reforzar la efectividad de los médicos de atención primaria como miembros de equipo de salud mental" (34).

V. CONCLUSIONES

El hecho de que sólo una pequeña fracción de la población con problemas psicológicos y emocionales llegue a establecer contacto con un psiquiatra, en países que cuentan con mejores recursos y más bien organizados en el área de la salud mental, nos lleva a plantearnos la urgente necesidad de cuestionarnos la práctica actual de los psiquiatras en nuestro país y la orientación de la formación que recibimos durante nuestros estudios.

Estudios cualitativos (35) y cuantitativos (16) efectuados en nuestro país coinciden en señalar el carácter masivo de la demanda en salud mental y las insuficiencias del sistema de atención. Estas insuficiencias no están relacionadas sólo con la falta de recursos humanos y materiales adecuados, sino también con la estructuración de éstos en un sistema integrado de atención en salud mental, que debiera expresarse en un Programa de Salud Mental de cada servicio de salud, que integre y potencie el trabajo en los tres niveles de atención, sumando recursos de los Servicios de Salud, de las universidades, organismos no gubernamentales, municipios y otros actores relevantes.

Actualmente la mayor parte de los Servicios de Salud mantienen Asesores de Salud Mental que coordinan acciones en el área. Sin embargo, el nivel de coordinación de acciones así logrado está aún distante de un programa estructurado en propiedad, necesidad legitimada por la magnitud de la demanda.

RESUMEN

Se recopilan algunos antecedentes sobre la importancia de la salud mental en el uso de los servicios de salud general e intentos por integrar programas de salud física y psíquica.

Se presentan algunos factores que inciden en la pesquisa y manejo de los trastornos emocionales por el médico general.

Finalmente, se discuten algunas acciones posibles de los psiquiatras en la atención primaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Corney R., Murray J. The characteristics of high and low attenders at two general practices. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* (1988); 23: 39-48.
2. González R., Levav I. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. OPS, Washington, 1990.
3. Pemjean A. Elevando el nivel de bienestar psicológico y social de los chilenos. Documento Ministerio de Salud, Santiago, 1990.
4. Gater R. Revisión de las investigaciones. Mental health foundation conference on "Treatment of mental disorder in primary care", Cumberland Lodge, 1991.
5. Goldberg D., Huxley P. Mental illness in the community. Tavistock Publications, London and New York, 1980.
6. Yolles S. La administración práctica en la planificación, financiamiento y la aplicación de programas comunitarios de salud mental. *Publicación Científica N° 210 OPS* (1970); 23-39.
7. Regier D.A., Goldberg L.D., Taube C.A. The de facto mental health services system. *Arch. Gen. Psychiatr.* (1978); 35: 685-693.
8. Beigel A. Cuidado comunitario en salud mental. *Am J. Psychiatry* (1983); 140: 1491-1492.
9. Horwitz J., Naveillán P. Primeras experiencias de psiquiatría en la comunidad en Chile. *Publicación Científica N° 210 OPS* (1970); 74-79.
10. Marconi J., Muñoz L. Chile: visión general de la investigación epidemiológica en salud mental en Chile. En: Mariátegui J., Adis G. Estudio sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina. Fundación Acta, Buenos Aires, 1970.
11. Marconi J. La psiquiatría y la salud pública: un modelo en salud mental. En: Gomberoff M., Jiménez J.P. *Psiquiatría*. Ediciones Medcom, Santiago, 1982.
12. Marconi J. Desarrollo histórico del programa integral de salud mental en Chile. Documento. Departamento de psiquiatría y salud mental, Facultad de Medicina, Div. Sur, Universidad de Chile, 1990.
13. Florenzano R., Feuerhake O. Atención psiquiátrica a través de los programas de salud general. El plan de salud mental en el área oriente de Santiago. *Rev. Psychiatr.* (1987); 7: 191-198.
14. Florenzano R., Feuerhake O. Atención psiquiátrica en programas de salud general. *Bol. Of. Sanit. Panam.* (1981); 90 (3): 200-210.
15. Florenzano R. Salud mental del adulto. II Atención psiquiátrica y programas de salud mental y alcoholis-

- mo en el área hospitalaria oriente de la región metropolitana. *Rev. Méd. Chile* (1980); 108: 743-748.
16. Florenzano R., Acuña J., Fullerton C., López S., Aylwin W., Quinteros M., Marchandon A. Frecuencia, características y manejo de los pacientes con desórdenes emocionales atendidos en el nivel primario. Depto. psiquiatría y salud mental, campus oriente, Facultad de Medicina Universidad de Chile.
 17. Koppmann A., Rojas G., Jara C. Morbilidad psiquiátrica y uso de psicofármacos en un consultorio del área norte. En prensa.
 18. Marks J., Goldberg D., Hillier V. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol. Med.* (1979); 9: 337-353.
 19. Harding T., D'Arrigo E., Climent C., Diop M., El-Hakim A., Giel R., Ibrahim H., Ladrido L., Wig N. The who collaborative study on strategies for extending mental health care, III: evaluative desing and illustrative results. *Am. J. Psychiatry* (1983); 140: 1481-1485.
 20. Bridges K., Goldberg D. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J. Psychosom. Res.* (1985); 29: 563-569.
 21. Bridges K., Goldberg D. Physical symptoms and psychiatric illness in primary care. *The New Psychologist* (1985); 5: 13-16.
 22. Davenport S., Goldberg D., Millar T. How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *The Lancet* (1987); II: 439-441.
 23. Tylee A., Freeling P. The recognition, diagnosis and acknowledgement of depressive disorders by general practitioners. In Paykel E., Herbst K. *Depression: an integrative approach*. Heinemann, London, 1989.
 24. Ascroft G.W., Beuamont G., Bonn J., Brandon S., Brigs A., Clark D. et al. Consensus statement: panic disorders. *Br. J. Psychiatry* (1987); 150: 557-558.
 25. Catalán J., Gath G., Edmonds G., Bond A., Martin P., Ennis J. The effects of non-prescribing of anxiolytics in general practices. *Br. J. Psychiatry* (1984); 144: 593-610.
 26. Horder J. Working with general practitioners. *Br. J. Psychiatry* (1988); 153: 513-520.
 27. Johnstone A., Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. *The Lancet* (1976); 1: 605-608.
 28. Shepherd M., Cooper B., Brown A.C., Kalton G., Clare A. *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press, Oxford, 1981.
 29. Morrel D.C., Evans M.E., Morris R.W., Roland M.O. The five minute consultation: effect of the time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br. Med. J.* (1986); 292: 870-873.
 30. Rojas G., González M.I., Fischer C. El rol del psiquiatra en la comunidad. *Revista de Psiquiatría Clínica* (1991); 28: 178-189.
 31. Sartorius N., Harding T. The who collaborative study on strategies for extending mental health care, I: the genesis of the study. *Am. J. Psychiatry* (1983); 140: 1470-1473.
 32. Srinivasa R., Wig N. The who collaborative study on strategies for extending mental health care, IV: a training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *Am. J. Psychiatry* (1983); 140: 1486-1490.
 33. Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical Publishing Co., London, 1964.
 34. World Health Organization. *Psychiatry and primary medical care*. Who, Copenhagen, 1973.
 35. Bonnefoy J. *Demanda de salud en Conchalí*. Documento, Centro de Estudios del Desarrollo, Santiago 1991.
 36. Pincus H., Strain J., Houpt J., Gise L. Models of mental health training in primary care. *Jama* (1983); 249: 3065-3068.