

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza

J. García-Campayo<sup>a,b,1,\*</sup>, L.M. Claraco<sup>b,2,\*\*\*</sup>, F. Orozco<sup>a,2,\*</sup>, S. Lou<sup>c,2</sup>, F. Borrell<sup>d,2,\*\*</sup>, E. Arévalo<sup>b,2</sup>, A. Seva-Fernández<sup>e,3</sup>, A. Pérez-Poza<sup>b,1</sup>, A. Monreal<sup>f,4</sup> y R. Epstein<sup>g,5</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Zaragoza. <sup>b</sup>Hospital Universitario Miguel Servet. <sup>c</sup>Centro de Salud Utebo (Zaragoza). <sup>d</sup>ABS Gabarra. Cornellà (Barcelona). <sup>e</sup>Centro de Salud Valdefierro. Zaragoza. <sup>f</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Zaragoza.

<sup>g</sup>Universidad de Rochester. Estados Unidos.

## Importancia de la salud mental en atención primaria

Ningún grupo de enfermedades ha experimentado un cambio más importante en su detección y tratamiento como los trastornos de salud mental en la atención primaria de salud. En efecto, los trabajos originales de Shepherd et al, en el Reino Unido, a mediados de los años sesenta del pasado siglo<sup>1</sup> –cuyos hallazgos básicamente continúan siendo válidos– indicaron que más de un 15% de los pacientes que consultan en atención primaria presenta un trastorno psiquiátrico, y que de ellos sólo el 5% se deriva a salud mental.

En los años setenta y ochenta, los estudios confirmaron estos primeros hallazgos, a la vez que se fueron sofisticando desde el punto de vista metodológico. En este sentido, se realizaron diseños en dos fases empleando instrumentos de detección, como el General Health

TABLA 1. Prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos en atención primaria<sup>2,3</sup>

Trastorno mental	Prevalencia
Depresión	10,4%
Ansiedad generalizada	7,9%
Neurastenia	5,4%
Abuso de alcohol	3,3%
Dependencia de alcohol	2,7%
Trastorno de somatización	2,7%
Distimia	2,1%
Trastorno de pánico	1,1%
Agorafobia con pánico	1,0%
Hipocondría	0,8%

Questionnaire, en la primera fase y entrevistas psiquiátricas estructuradas, como el Present State Examination, en la segunda. Este tipo de estudios permitió conocer la prevalencia y características clínicas de la mayoría de los trastornos psiquiátricos en atención primaria<sup>2,3</sup> (tabla 1). En nuestro país, algunos años después, también se realizaron estudios epidemiológicos similares que permitieron obtener datos definitivos en este sentido y que apenas diferían de los estudios internacionales<sup>4</sup>.

En los años noventa se resaltó la investigación de los aspectos diferenciales en la patología psiquiátrica entre los diferentes países, es decir, la psiquiatría transcultural<sup>5</sup>, y se han desarrollado estu-

dios multicéntricos internacionales sobre patología psiquiátrica en atención primaria de gran tamaño (25.916 pacientes en primera fase, 5.438 en segunda fase, involucrando a 15 países) inspirados por la Organización Mundial de la Salud, cuyas principales conclusiones<sup>3</sup> se sintetizan en la tabla 2.

## Psiquiatría en atención primaria: una disciplina independiente

En los últimos años se ha establecido una corriente de opinión que defiende que los trastornos psiquiátricos que se observan en atención primaria presentan unas características semiológicas y de abordaje que configuran

<sup>1</sup>Psiquiatra. <sup>2</sup>Médico de Familia.

<sup>3</sup>MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>4</sup>Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>5</sup>Catedrático de Medicina de Familia.

\*Profesor Asociado Universidad de Zaragoza.

\*\*Universidad de Barcelona.

\*\*\*Responsable del fellowship.

Este trabajo ha sido posible gracias a las becas 98/1017 y 00/0991 del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISss).

(Aten Primaria 2001; 27: 667-672)

**TABLA 2. Conclusiones del Estudio Internacional sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Atención Primaria<sup>3</sup>**

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en todo el mundo se sitúa en una mediana del 24%
Los trastornos psicológicos más frecuentes son: depresión, ansiedad, trastornos relacionados con el alcohol y trastornos somatomorfos
Hasta un 9% de los pacientes en este entorno presenta malestar psicológico «subclínico», es decir, no cumplen criterios de trastorno psiquiátrico según las actuales clasificaciones psiquiátricas, pero presentan síntomas clínicos y alteraciones funcionales tan graves como las de los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico de ansiedad o depresión
La comorbilidad más frecuente es la de trastornos de ansiedad y de depresión

un ámbito de conocimiento propio<sup>2</sup>. La diferencia entre la patología psiquiátrica y el abordaje entre uno y otro entorno consistiría en:

1. La mayoría de los pacientes en atención primaria presentan malestar psicológico en un rango muy cercano a la normalidad, y resulta difícil identificar lo que es un rasgo normal (por ejemplo, ansioso o depresivo) de lo que constituye un trastorno psiquiátrico leve. Establecer el punto de corte en las patologías tradicionalmente denominadas «neuróticas», en donde los síntomas psiquiátricos presentan una distribución normal, sin solución de continuidad entre lo sano y lo patológico, resulta muy difícil. Por el contrario, los enfermos psiquiátricos derivados a salud mental presentan una

patología florida, claramente superior al rango de la normalidad y, por tanto, fácil de diagnosticar.

2. El profesional de atención primaria se encuentra constreñido por importantes limitaciones de tipo relacional y temporal para realizar el diagnóstico y el tratamiento. Por un lado, la relación diacrónica establecida entre el profesional médico y el paciente permite una comprensión biográfica del sufrimiento, lo que a veces conduce a justificar los datos clínicos sin profundizar en los datos semiológicos que debieran orientar al clínico. Por otro parte, visitas de 6 minutos de media son insuficientes para aplicar tests o realizar estrategias de psicoterapia breve, que en general se encuentran poco sistematizadas y presentan escasa evidencia científica.

En un intento por normalizar la asistencia a los trastornos mentales en el primer escalón asistencial, e identificar el campo propio de la psiquiatría en atención primaria, ha surgido una revista científica exclusivamente dedicada a este tema, Primary Care Psychiatry. Además, algunas publicaciones psiquiátricas de prestigio, como General Hospital Psychiatry o International Journal of Psychiatry in Medicine, reservan amplias secciones especiales para el área de la salud mental en atención primaria. Asimismo, han visto la luz diferentes libros tanto en el mercado anglosajón<sup>6,7</sup> como en el español<sup>8</sup> dedicados en exclusiva a la psiquiatría en atención primaria. Pero, seguramente, el espaldarazo definitivo a la identificación de la psiquiatría en atención primaria como una entidad independiente es el hecho de que las dos principales clasificaciones psiquiátricas, el Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su cuarta y décima edición, respectivamente, hayan elaborado criterios diagnósticos específicos para los trastornos mentales en atención primaria<sup>9,10</sup>.

**TABLA 3. Características específicas de los trastornos psiquiátricos en atención primaria**

Nosología. Existen clasificaciones psiquiátricas específicas para atención primaria con criterios diagnósticos diferentes de los utilizados en las clasificaciones psiquiátricas habituales. La base racional para esta línea de trabajo es que la utilización de las clasificaciones psiquiátricas empleadas en psiquiatría dejaría sin diagnosticar un importante porcentaje de pacientes de primaria

Epidemiología. La prevalencia de patología psiquiátrica en atención primaria es tan elevada que sólo deben detectarse y tratarse aquellos casos en los que el coste-beneficio sea adecuado, porque de lo contrario los sistemas sanitarios se colapsarían. La base racional de esta decisión es que un elevado porcentaje de estas patologías remiten espontáneamente<sup>2</sup>

Diagnóstico. La intensidad de los síntomas en los casos psiquiátricos diagnosticados en atención primaria es menor, por lo que el diagnóstico diferencial se complica. Por ejemplo, el diagnóstico diferencial ansiedad/depresión en primaria es mucho más complejo que en las consultas psiquiátricas. Por otra parte, son frecuentes los casos límite con la normalidad. Por todo ello, los diagnósticos deben tener cierto grado de provisionalidad y estar abiertos a constante revisión

Tratamiento. Existe una gran dificultad para establecer si existe o no patología psiquiátrica y si requiere o no tratamiento. Hay pocos datos sobre la efectividad de los tratamientos en este entorno. En consecuencia, se requieren directrices que orienten y sistematicen las decisiones a tomar por el médico de familia

Pronóstico. Viene fundamentalmente determinado por la detección o no de los trastornos por parte del médico de familia, por lo que el uso de instrumentos de detección efectivos es prioritario

Formación. La formación específica para resolver temas de salud mental ha tenido que ser realizada por el propio profesional debido a su motivación. No se oferta sistemáticamente ni en pregrado ni durante la residencia

Limitaciones específicas. La principal en atención primaria es el tiempo de consulta. En nuestro país el tiempo medio de una consulta de demanda se encuentra situado en 5-6 minutos, por lo que es prácticamente imposible realizar una exploración psiquiátrica mínima

Las características específicas que definen los problemas psiquiátricos atendidos en atención primaria son los que se resumen en la tabla 3.

## Formación del médico de familia en salud mental

Tradicionalmente, la formación en psiquiatría para médicos de familia ha estado basada en nociones teóricas sobre la psicopatología de los pacientes vistos en salud mental y administradas por psiquiatras que desconocían el entorno de primaria. Sin embargo, se ha demostrado que la detección de los trastornos psiquiátricos no se correlaciona con los conocimientos teóricos de psicopatología, sino principalmente con la formación en habilidades de comunicación y entrevista<sup>11</sup>. Por otra parte, la capacidad de detección, sin más, si no se acompaña de otras medidas de formación no mejora el manejo terapéutico de los pacientes ni su pronóstico<sup>12</sup>. Por tanto, la formación exclusiva en detección de patología psiquiátrica no resulta útil, sino que debe realizarse en un contexto más amplio, incluyendo habilidades de tratamiento<sup>13</sup>.

El resultado de estos trabajos ha sido, durante la década de los noventa del pasado siglo, el desarrollo de un elevado número de programas de formación dirigidos a atención primaria con diferentes características y orientaciones psicológicas<sup>14-16</sup>. Algunos de estos proyectos formativos se han dedicado a temas específicos como trastornos psiquiátricos somatizados<sup>17</sup>, pacientes difíciles<sup>18</sup>, depresión<sup>19</sup>, trastornos relacionados con el alcohol<sup>20</sup> o suicidio<sup>21</sup>. En otras ocasiones los cursos están centrados en técnicas específicas como la entrevista basada en problemas<sup>22</sup>, la terapia de resolución de problemas<sup>23,24</sup>, terapias breves<sup>25</sup> y de relajación<sup>26,27</sup>.

Aunque la mayoría de estos programas formativos resultan útiles a corto plazo, existen serias dudas respecto a:

– Si se mantiene lo aprendido a lo largo del tiempo<sup>28</sup>.

– Si existen efectos positivos sobre los pacientes. De hecho, estudios metodológicamente intachables<sup>29</sup> demuestran que la formación específica en depresión para médicos de familia no mejora la detección y el pronóstico de estos pacientes. Otro ejemplo, en este caso en relación con la prevención de enfermedades psiquiátricas, lo constituye el clásico estudio sobre prevención de la depresión realizado en la isla de Gotland<sup>30,31</sup>, en el que se comprobó que, tras un aumento de la detección de la depresión y disminución de las tasas de suicidio en el primer año, las cifras de suicidio aumentaron hasta las previas al estudio a los 3 años de seguimiento.

### Características recomendables para una adecuada formación en salud mental para médicos de familia

A partir de la experiencia docente, podemos afirmar que las siguientes características son deseables en los programas formativos:

1. Debe tener objetivos bien definidos y realistas, porque si no la efectividad es escasa, como se demuestra en los cursos sobre salud mental demasiado generales<sup>32</sup>. Por otra parte, se debe tener claro que no se pretende conseguir «casi-psiquiatras», sino profesionales con habilidades específicas en salud mental<sup>33</sup>. La formación no debe ser sobre temas demasiado psiquiátricos sino incluir aspectos de comunicación, de adhesión terapéutica y de trabajo en equipo.

2. Debe ser interactiva y «centrada en el discente»<sup>34</sup>.

3. Debe incorporar habilidades de comunicación y entrevista clínica<sup>12</sup>. En cada país existen peculiaridades específicas que matizan la relación médico-paciente y que deben ser conocidas<sup>35</sup>. En el caso concreto de España, el modelo de

entrevista clínica aceptado por la mayoría de los profesionales es el de Borrell<sup>36,37</sup>.

4. Debe aunar abordajes cognitivos y conductuales de forma que se potencien mutuamente y compensen las limitaciones que presentan ambos<sup>34</sup>, y trabajar estas habilidades a partir de casos y problemas.

5. Resulta clave el uso de las «microenseñanzas», técnicas sencillas y operativamente definidas que son repetidas por los alumnos hasta su aprendizaje<sup>17,19,34</sup>.

6. Los profesionales deben recibir retroalimentación sobre sus actuaciones<sup>17,19</sup>, siendo especialmente recomendable el uso de videograbsaciones<sup>38</sup> y el role-playing<sup>39</sup>. También las estrategias docentes basadas en pacientes simulados se han demostrado efectivas<sup>40</sup>.

7. Debe incluir espacios de autoayuda, tipo grupos de reflexión<sup>41,42</sup> o «micro-Balint»<sup>34</sup>, donde los profesionales puedan ventilar las emociones negativas que les producen los pacientes y adecuar los niveles de expectativas que han desarrollado respecto a la profesión.

8. Debe ser evaluable de forma que permita modificaciones continuas sobre los aspectos no asimilados. Asimismo, aparte de los aspectos cognitivos, es necesario evaluar los aspectos conductuales y emocionales.

9. Es importante que los propios profesionales de atención primaria se involucren en la formación en salud mental de sus propios compañeros, para facilitar que las enseñanzas sean más cercanas y creíbles que si las imparte un profesional de salud mental<sup>34</sup>. Para ello es necesario incluir en el programa aspectos sobre la docencia en habilidades<sup>43,44</sup>.

10. Debe facilitar la posibilidad de comparar/ampliar enseñanzas por medio del intercambio formativos con otros países. Esta opción debe ser doble e incluir, por un lado, países más desarrollados en

este aspecto, para incorporar enseñanzas y modelos docentes/de gestión aplicables a nuestro entorno. Sin embargo, también debiera incorporar la posibilidad de visitar países en vías de desarrollo para permitir entender otras realidades culturales, facilitar la cooperación y desprenderse del «etnocentrismo» que caracteriza a los ciudadanos de los países occidentales<sup>45</sup>.

### **Fellowship sobre salud mental en atención primaria: el modelo Zaragoza**

Desde hace años, hay en nuestra región algunos grupos de profesionales que han trabajado sobre el tema de la comunicación y de la salud mental en atención primaria desde diferentes perspectivas y en distintas instituciones. Hace 3 años, en torno al Grupo Comunicación y Salud, a la Unidad Docente de Medicina de Familia de Zaragoza y a la facultad de medicina de esta ciudad, surgió la necesidad de estructurar un plan formativo específico en estos temas para residentes de medicina de familia. Uno de los primeros pasos fue enviar 2 residentes (LMC, EA) a un programa de gran tradición y prestigio como es el de Medicina Psicosocial de la Universidad de Rochester, dirigido por los Profs. Thomas Campbell, Susan McDaniel y David Seaburn. La adaptación transcultural del programa, la adecuación a los medios formativos y a las necesidades profesionales de los residentes de nuestro país y la selección de los módulos que formarían el programa han exigido un proceso de muchos meses. Posteriormente, el borrador preliminar ha sido evaluado y modificado por asesores externos (FB y RE), hasta conseguir el modelo que proponemos y que resumimos a continuación. El fellowship, que se inicia en el primer trimestre de cada año, tiene una duración de 4 meses que incluye, dentro del programa de

**TABLA 4. Módulos que constituyen el programa formación en comunicación y salud mental para residentes de familia, créditos asignados y principales textos docentes**

Entrevista clínica <sup>36,37</sup>
Psicopatología <sup>6-9</sup>
Tests de detección en salud mental y psicometría <sup>8</sup>
Entrevistas psiquiátricas estandarizadas: EPEP <sup>46</sup>
Psicofarmacología <sup>6-9</sup>
Psiquiatría transcultural y minorías étnicas <sup>4,45</sup>
Psicoterapia de resolución de problemas <sup>24</sup>
Abordaje familiar <sup>47</sup>
Técnicas grupales <sup>48</sup>
Abordajes cognitivo-conductuales básicos <sup>49</sup>
Grupos Balint/grupos de reflexión <sup>34,40,41</sup>
Investigación en salud mental <sup>50</sup>
Prevención en salud mental <sup>51</sup>

formación de MIR de medicina familiar y comunitaria que se sigue en nuestro país, los 2 meses de rotación obligatoria por salud mental y 2 meses de disposición libre a criterio del residente. Los módulos de que consta el programa y los créditos asignados a cada uno se resumen en la tabla 4.

La estructuración horaria diaria incluye 3 horas de formación teórico-práctica y 3 horas de clínica, para aplicar de forma práctica lo aprendido, que se llevan a cabo en las consultas de los centros de salud mental adscritos al Hospital Universitario Miguel Servet. A cada residente se le asigna un tutor personal durante el período formativo y hay tutores específicos para cada módulo.

Se establece un sistema de evaluación pre y posformativo que incluye:

- Aspectos cognitivos como psicopatología, psicofarmacología, psicometría o prevención en salud mental mediante exámenes teóricos tipo test.

- Habilidades de comunicación y entrevista con evaluación y retroalimentación personal y grupal de las videogramaciones.

- Habilidades de psicoterapia familiar, cognitivo-conductual o de resolución de problemas median-

te resolución de casos teóricos y supervisión de casos prácticos. La formación en técnicas grupales se evalúa dirigiendo un grupo educativo de corta duración.

- Actitudes desarrolladas mediante los grupos Balint, que se evalúan mediante cuestionarios de actitudes hacia la enfermedad o hacia aspectos específicos de salud mental.

Además, el programa establece una serie de facilidades optativas para los participantes:

- Diseño y desarrollo de programas de investigación en comunicación o salud mental en atención primaria. Se incluye la posibilidad de realizar la tesis doctoral sobre estos temas.

- Estancia en el extranjero en centros o universidades de prestigio reconocido en el tema. También existen contactos con países latinoamericanos para desarrollar estancias de cooperación y desarrollo de programas preventivos/educativos en salud mental y comunicación.

### **Conclusión**

Este es, según nuestro conocimiento, el primer programa específico de formación en salud men-

tal para médicos de familia que se ha desarrollado en España. No supone un modelo definitivo, sino un punto de partida a modificar y mejorar en función de las evaluaciones y la experiencia docente. No obstante, pensamos que puede servir de referencia para programas similares y convertirse en un lugar de encuentro donde profesionales de salud mental y de atención primaria compartan dificultades y planifiquen alternativas terapéuticas para los pacientes con trastornos psiquiátricos.

## Bibliografía

1. Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kalton GW. Psychiatric illness in general practice. Londres: Oxford University Press, 1966.
2. Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G, Costa, Silva JA, LeCrubier Y et al, editores. Psychological disorders in general medical settings. Toronto: Hogrefe & Huber, 1990.
3. Sartorius N, Ustun TB, Costa S, Goldberg D, LeCrubier Y. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on «Psychological problems in General Health Care». Arch Gen Psychiat 1993; 50: 819-824.
4. Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en atención primaria. Madrid: Flas, 1996.
5. Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. Culture & psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Press, 1995.
6. Knesper DJ, Riba MB, Schwenk TL. Primary care psychiatry. Filadelfia: Saunders, 1997.
7. Pullen I, Wilkinson G, Wright A, Pereira Gray D, editores. Psychiatry and general practice today. Glasgow: Bell & Bain, 1994.
8. Vázquez Barquero JL, editor. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica, 1998.
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades (10.<sup>a</sup> ed.). Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Meditor, 1996.
10. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV Atención Primaria. Barcelona: Masson, 1997.
11. Goldberg D, Jenkins L, Millar T, Faragher B. The ability of general practitioners to identify emotional distress among their patients. Psychol Med 1993; 23: 185-193.
12. Goldberg D, Gask L. Primary care and psychiatric epidemiology: the psychiatrist's perspective. En: Cooper B, Eastwood R, editores. Primary health care and psychiatric epidemiology. Londres: Tavistock/Routledge, 1992; 44-58.
13. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A biosocial model. Londres: Tavistock/Routledge, 1992.
14. Andrews G, Brodaty H. General practitioner as psychotherapist. Med J Australia 1980; 50: 655-659.
15. Gask L, Goldberg D, Lesser A, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. Med Educ 1988; 22: 132-138.
16. Bensing JM, Sluijs EM. Evaluation of an interview training course for general practitioners. Soc Sci Med 1985; 20: 737-744.
17. Gask L, Goldberg D, Porter R, Creed F. The treatment of somatization: evaluation of a teaching package with general practice trainees. J Psychosom Res 1989; 33: 697-703.
18. Corney RH, Strathdee GP, Higg R. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. J Roy Col Gen Pract 1988; 38: 349-352.
19. Gask L, Usherwood T, Thompson H, Williams B. Evaluation of a training package in the assessment and management of depression in primary care. Med Educ 1998; 32: 190-198.
20. Health Educational Board for Scotland. DRAMS Skills for helping problem drinkers. Instructional videotapes and patient booklets. Edimburgo: Hebs, 1990.
21. Appleby L, Morris R, Gask L, Roland M, Perry B, Lewis A et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients. Psychol Med 2000; 30: 805-812.
22. Lesser AL. Problem-based interview in general practice: a model. Med Educ 1985; 19: 299-304.
23. Gath D, Mynor-Wallis L. Brief psychological treatments for emotional disorders in primary care. En: Lihgtmann S, editor. Horizons in Medicine 3. Londres: Royal College of Physicians, 1991.
24. García-Campayo J, Claraco LM, Aseguinolaza L, Tazón P. Terapia de resolución de problemas. Psicoterapia de elección en atención primaria. Aten Primaria 1999; 24: 594-601.
25. Real Pérez M, Rodríguez Arias JL, Cagigas J, Aparicio Sanz MM, Real Pérez MA. Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatomorfos en atención primaria. Aten Primaria 1996; 17: 241-246.
26. Loew TH, Sohn R, Martus P, Tritt K, Rechlin T. Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. Altern Ther Health Med 2000; 6: 70-75.
27. Bernal A, Fuste R, Urbieta R, Montesinos I. Técnicas de relajación en pacientes con trastornos de ansiedad y somatomorfos en atención primaria. Aten Primaria 1995; 15: 499-504.
28. Bowman F, Goldberg D, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the psychiatric skills of general practitioners: is the effect of training maintained? Med Educ 1992; 26: 63-68.
29. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 185-191.
30. Rutz W, Von Knorring L, Walinder J. Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psych Scand 1992; 85: 83-88.
31. Rutz W, Carlsson P, Von Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psych Scand 1992; 85: 457-464.
32. Zabarenko L, Pittenger R, Zabarenko R. Primary medical practice: a psychiatric evaluation. Nueva York: Warren Green Inc, 1968.
33. Gask L, McGrath G, Goldberg D, Millar T. Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of a group teaching. Med Educ 1987; 21: 362-368.
34. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P, Lasaga G. Docencia en técnicas de comunicación y entrevista: necesidad de un modelo integrador. Aten Primaria 1994; 14: 1088-1091.

35. Van dem Brink-Muinen A, Verhaak PF, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patient's perspective. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 115-127.
36. Borrell i Carrió F. La entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
37. Epstein R, Borrell F. Psychiatry and primary care. En: Gelder M, López-Ibor JJ, Andreasen N, editores. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2000.
38. Gask L. Small group interactive techniques utilizing videofeedback. *Int'l J Psychiatry Med* 1998; 28: 97-113.
39. Yardley-Matwiejczuk KM. Role play. Theory and practice. Londres: Sage, 1997.
40. Kinnersley P. Potential of using simulated patients to study the performance of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 297-300.
41. Tizón JL. Los grupos de reflexión en atención primaria. I: su origen. *Aten Primaria* 1993; 11: 309-312.
42. Tizón JL. Grupos de reflexión en atención primaria. II: algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria* 1993; 11: 361-366.
43. Gask L, Goldberg D, Boardman J, Craig T, Goddard C, Jones C et al. Teaching general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation group training. *Med Educ* 1991; 25: 444-451.
44. Gask L, Usherwood T, Standart S. Training teachers how to teach communication skills: a problem-based approach. *Postgrad Educ Gen Pract* 1992; 3: 89-166.
45. Helman CG. Culture, health and illness (3.<sup>a</sup> ed.). Oxford: Butterworth Heinemann, 1994.
46. Lobo A, Campos R, Pérez-Echeverría MJ, Izuzquiza J, García-Campayo J, Saz P et al. A new interview for the multiaxial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychol Med* 1993; 23: 505-510.
47. Perlmutter RA. A family approach to psychiatric disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
48. Vinogradov S, Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós, 1996.
49. France R, Robson M. Cognitive behavioural therapy in primary care. A practical guide. Londres: Jessica Kingsley, 1997.
50. Freeman C, Tyrer P. Research methods in psychiatry. A beginner's guide (2.<sup>a</sup> ed.). Londres: Gaskell, 1995.
51. Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, Fernández C, García-Campayo J, Montón C et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl): 133-192.

## Convocatoria al acto y cena de homenaje a D. José A. Dotú

Que se celebrará en el Palau de Pedralbes, de Barcelona, a las 20.30 horas del próximo 5 de junio de 2001.

Respaldan la convocatoria:

Albert Agustí Vidal, Jesús Acebillo, Ricardo Alonso-Barajas, Enrique Asín, José Luis Balibrea, Carles Ballús, Antoni Bayés de Luna, Luis Bettonica, Miquel Bruguera, Rafael Carmena, Alfonso Castro Beiras, Juan Cosín, Sergi Erill, Josep Esteve, Jorge Gallardo, Evaristo Feliu, Màrius Foz, Xavier Garau, Diego Gracia, Jesús Honorato, Agustí Jausàs, Javier López Iglesias, Amando Martín Zurro, Helios Pardell, Cristóbal Pera, Evelio Pereira, Celestino Rey-Joly, Joan Rodés, José Luis Rodicio, Ciril Rozman, Julián Ruiz Ferrán, Josep Lluís Segú, Josep Terés, Joan Uriach, José Ramón Vázquez y Juan José Zarzanz.

Las invitaciones para asistir al homenaje y cena podrán solicitarse en el teléfono 93 241 91 50. Srtas. Victoria Vidal o Cristina Polo. Precio: 15.000 pesetas.