

*Juan Alejandro Dorado Primo\**, *Carmen Balmón Cruz\*\**,  
*Fernando Sarramea Crespo\*\**, *Magdalena Martínez Rodríguez\*\*\**,  
*M.<sup>a</sup> Dolores Sánchez Martínez\*\*\*\**, *Leopoldo Casas Mata\*\*\*\**,  
*Encarnación Llaveró Fernández\*\*\*\*\**, *Rosario López Díaz\*\*\*\*\**

## Análisis de la demanda en el equipo de salud mental de Andújar: Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura

**RESUMEN:** Se presentan los resultados de un análisis de la evolución de la demanda asistencial en un ESMD para la población general desde su creación en 1981 hasta 2001, analizando variables sociodemográficas, clínicas y psicoterapéuticas de 200 historias clínicas.

**PALABRAS CLAVE:** Salud Mental. Primeros contactos. Evolución demanda.

**ABSTRACT:** We present the results of the analysis of the evolution of the assistance petition in a DGMH for the general population since its creation from 1981 to 2001. For this study, we analyzed the clinical, psychotherapeutic and sociodemographic variables of 200 clinical histories.

**KEY WORDS:** Mental Health. Demand request for the first time. Evolution of the demand.

### *1. Introducción.-*

Si bien un período de 20 años podría parecer que no es demasiado tiempo para evaluar cambios importantes en los patrones de demanda de servicios de salud por parte de los usuarios de un equipo de salud mental ambulatorio, cierto es que en las últimas dos décadas se han producido cambios significativos en la organización y actividad de los servicios psiquiátricos especializados (desaparición de la especialidad unificada de neuropsiquiatría, cierre de los hospitales psiquiátricos, mayor integración de nuestra disciplina en el sistema sanitario general con apertura de unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, creación de

dispositivos intermedios como hospitales de día y comunidades terapéuticas, etc.) de modo que en la actualidad desarrollan sus funciones asistenciales en mayor contacto con la comunidad.

Todos estos elementos creemos influyen en la asistencia y pueden modificar las características de demanda por parte de los usuarios y de los EBAP. Los resultados de estudios epidemiológicos, clínicos y terapéuticos están aportando elementos de reflexión y planificación para gestores y profesionales sanitarios en su tarea de organizar la asistencia a través de una cartera de servicios y una gestión de recursos por procesos con mayor nivel de calidad, para

adecuarse a las demandas y necesidades sociosanitarias de los ciudadanos.

## *2. Material y Métodos.*

El Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD) de Andújar se encuentra ubicado en ésta localidad y atiende la demanda de 8 centros de salud (Andújar A, Andújar B, Marmolejo, Arjona, Arjonilla, La Higuera, Villanueva de la Reina y Escañuela) y la derivada por el hospital comarcal Alto Guadalquivir, empresa pública de gestión de reciente creación, carente de servicio de psiquiatría.

La población atendida por el equipo en este período ha pasado de 59.362 a 63.295 habitantes y la comarca tiene una superficie de 1.602 Km<sup>2</sup> y una economía fundamentalmente agrícola con una buena red de carreteras.

En agosto de 1981 el personal que integraba el equipo, único dispositivo público de salud mental de la comarca, estaba compuesto por 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermero, 1 trabajador social, 1 auxiliar de enfermería y 1 auxiliar administrativo, todos a tiempo total.

En julio de 2001 el personal se ha visto incrementado con otro psiquiatra a tiempo total, pero el trabajador social sólo acude 2 días a la semana.

A continuación se exponen los resultados de una investigación llevada a cabo sobre los primeros contactos de 200 pacientes derivados al ESMD de Andújar.

Se han establecido dos grupos a estudio:

- Grupo 1: integrado por las 100 primeras historias tras la apertura del centro en agosto de 1981.
- Grupo 2: formado por las 100 últimas

historias que completan el período de 20 años, finalizando en julio de 2001.

Se ha diseñado un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo. Se ha realizado una ficha para cada paciente y los datos se han obtenido de las historias clínicas.

Se han estudiado en cada historia un total de 26 variables con 158 categorías.

Dentro de las variables sociodemográficas se han valorado sexo, edad, zona básica de salud, municipio de nacimiento, si se ha producido cambio de residencia en los 6 meses previos a la consulta, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo, situación y sector de actividad laborales.

En cuanto a las variables de demanda hemos analizado solicitante, remitente, motivo de consulta y si es urgente o preferente.

Las variables clínicas incluyen antecedentes psiquiátricos personales y familiares, diagnóstico sindrómico, aparición de síntomas anterior a 6 meses, existencia de intentos de autolisis y tratamientos de tipo psicoterapéutico y psicofarmacológico.

Hemos utilizado el programa Sigma de IBM que nos permite operaciones de estadística descriptiva y analítica para parámetros cuantitativos y cualitativos como distribución de frecuencias, comparación de medias y de porcentajes, chi cuadrado, correlaciones, conversión de variables cuantitativas en cualitativas, etc. Los gráficos se han obtenido con el Power Excel.

El ordenador empleado ha sido un Fujitsu y la impresora Laserjet Plus Hewlett Packard.

### 3. Resultados

El primer dato importante es que las 100 primeras historias tras la apertura del ESMD el 1 de Agosto de 1981 se realizaron a lo largo de 175 días hasta el 22 de Enero de 1982, mientras que las 100 últimas historias revisadas 20 años más tarde, fueron abiertas en 65 días, entre el 28 de Mayo y el 31 de Julio de 2001.

Variables sociodemográficas.

- En cuanto a sexo, (gráficos 1.A y 1.B) en ambos grupos ha sido mayoritaria la presencia de mujeres (63% y 59% respectivamente), aunque sin existir diferencias estadísticamente significativas.

- En relación con la edad, la media del grupo 1 es superior (41,5 años frente a 38.82), sin llegar a ser una diferencia significativa.

Estudiando la edad por franjas, tampoco observamos diferencias significativas entre los dos grupos, si bien observamos que en ambos grupos es mayoritaria la presencia de mujeres en todas, salvo en la edad de 1-16 años, que también en los dos grupos es mayor para varones.

Llama la atención en el grupo 2 el aumento de pacientes en las franjas de edad de 1-16 (del 14% al 20%) y mayores de 64 años (del 16% al 21%) (gráficos 2)

- Zona básica de salud.

Existe una diferencia significativa en los pacientes procedentes de la localidad de Andújar en el Grupo 1 ( $p < 0.05$ ).

- No han existido diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en las variables Municipio de Nacimiento y Cambio de Residencia en los 6 meses previos al contacto.

- Estado civil (gráfico 3).

No existen diferencias significativas, pero si bien en el grupo 1 la mayor categoría era Soltero, en el grupo 2 ha sido Casado.

- Tipo de convivencia.(gráfico 4)

Se observan diferencias significativas en el grupo 1 a favor de pacientes residentes en instituciones ( $p < 0.05$ ).

- Nivel educativo. (gráfico 5)

En el grupo 1 diferencia significativa de pacientes que son analfabetos ( $p < 0.01$ ) y que saben leer y escribir sin haber estado escolarizados ( $p < 0.01$ ), y en el grupo 2 diferencia significativa en pacientes con estudios primarios ( $p < 0.01$ ).

- Situación laboral.

Es indicativo que la categoría mayoritaria en ambos grupos, es la de pacientes que se encuentran en una situación de inactividad laboral (85% y 83% respectivamente) sin existir diferencia significativa entre los dos.

Sí se ha encontrado en el grupo 1 una diferencia significativa a favor de trabajadores autónomos ( $p < 0.05$ ).

Al estudiar específicamente la situación de inactividad, se observa una diferencia significativa de estudiantes ( $p < 0.01$ ) en el grupo 2.

Asimismo, tampoco se ha encontrado diferencias significativas en ambos grupos en el sector de actividad laboral.

Variables de demanda.

- El solicitante mayoritario en ambos grupos ha sido la familia, no existiendo diferencia significativa en ambos grupos.

- Remitente. (gráfico 6)

Existe una diferencia significativa en el grupo 1 favorable a Iniciativa Propia ( $p < 0.001$ ) y a derivados por la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital General "Princesa de España" de Jaén, unidad de hospitalización de referencia ( $p < 0.001$ ).

En el grupo 2 se encuentra una diferencia significativa en los pacientes derivados por el médico de atención primaria ( $p < 0.001$ ) y por el hospital comarcal Alto Guadalquivir de Andújar ( $p < 0.001$ ).

- Motivo de consulta.

No se han encontrado diferencias significativas en las categorías evaluadas, siendo mayoritaria en ambos grupos la de consulta especializada.

- Demanda urgente o preferente.

Existe una diferencia significativa favorable ( $p < 0.001$ ) al grupo 2 en esta variable.

Variables clínicas.

- Antecedentes psiquiátricos.

Existe una diferencia significativa ( $p < 0.001$ ) en antecedentes personales de tipo psiquiátrico en pacientes del grupo 1 (gráficos 7.A y 7.B), y una diferencia significativa en el grupo 2 en antecedentes psiquiátricos familiares ( $p < 0.05$ ).

- Diagnóstico. (gráfico 8).

El diagnóstico más prevalente en el grupo 1 ha sido el de trastornos orgánicos, mientras que en el grupo 2 ha sido el de síndrome depresivo.

En el grupo 1 existen diferencias significativas en trastorno orgánico ( $p < 0.05$ ), retraso mental ( $p < 0.01$ ), trastorno somatomorfo ( $p < 0.01$ ) y trastorno conversivo ( $p < 0.05$ ).

En el grupo 2 existe diferencia

significativa para los diagnósticos de trastorno adaptativo ( $p < 0.001$ ) y trastorno mixto ansiosodepresivo ( $p < 0.05$ ).

- Inicio de síntomas.

Existe una diferencia significativa en el grupo 1 en la presencia de síntomas en los 6 meses previos a la consulta ( $p < 0.01$ ).

- Intentos autolíticos.

Si bien es mayor la presencia de intentos autolíticos en el grupo 2, la diferencia no es significativa.

- Tratamiento.

No requieren tratamiento psicofarmacológico el 21% de los pacientes del grupo 1 y el 31% de los pacientes del grupo 2, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ) favorable a éste.

En el grupo 1 hay una diferencia significativa en el uso de fármacos ansiolíticos ( $p < 0.01$ ), antipsicóticos ( $p < 0.05$ ) y antiparkinsonianos ( $p < 0.05$ ), y en el grupo 2 la diferencia es significativa ( $p < 0.001$ ) para el uso de antidepresivos. (gráfico 9).

En relación con pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico, existe una diferencia significativa en el grupo 2 ( $p < 0.001$ ). (gráficos 10.A y 10.B)

Asociación de variables cualitativas.

Hemos aplicado la prueba del  $\chi^2$  cuadrado a todas las variables sociodemográficas de tipo cualitativo incluida la edad, que si bien es una variable numérica, posteriormente ha sido transformada en cualitativa para poder comparar porcentajes de franjas etarias. A continuación sólo aportamos los resultados que han sido estadísticamente significativos al comparar ambos grupos:

En el grupo 1

En la franja etaria de 0-16 años es mayoritaria la presencia de varones ( $p<0.05$ ).

En estado civil es mayor ( $p<0.05$ ) la presencia de mujeres casadas/en pareja que hombres casados/en pareja.

En actividad laboral, favorable a mujer inactiva en relación con activa laboral.

En diagnóstico, el de trastorno psicótico en mujeres ( $p<0.05$ )

En la localidad de Andújar, las mujeres que saben leer y escribir, en relación al resto de la comarca ( $p<0.05$ )

En relación con el estado civil, resulta significativo los solteros con estudios primarios ( $p<0.05$ ) y los casados que solicitan directamente la demanda ( $p<0.01$ ), son remitidos a iniciativa propia ( $p<0.05$ ) y reciben tratamiento psicofarmacológico con Antidepresivos ( $p<0.01$ ).

Existe relación entre demanda urgente/preferente y el diagnóstico de Trastorno Psicótico ( $p<0.05$ )

En el grupo 2

Al igual que ocurre en el grupo 1, en el tramo de edad de 0-16 es mayor el grupo de varones ( $p<0.01$ )

Cuando el paciente es varón, el solicitante de la consulta es un familiar ( $p<0.05$ ).

Existe una relación entre el sexo mujer y el diagnóstico trastorno depresivo ( $p<0.05$ ).

Los solicitantes de consulta de los Centros de Salud de localidades periféricas a Andújar son los familiares de los pacientes ( $p<0.05$ )

En relación con el estado civil, los casados son solicitantes de la demanda ( $p<0.001$ ) y reciben tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos ( $p<0.01$ ) y los solteros tienen antecedentes personales psiquiátricos ( $p<0.01$ ).

#### 4. *Discusión.*

El grupo 1 ha sido completado en 175 días, mientras que el grupo 2 sólo ha necesitado de 65 días para configurarlo.

Es conocido que la creación de un dispositivo sanitario incrementa la demanda en un primer período de tiempo. Aplicando esta consideración se podría inferir que el incremento de la demanda parece que se ha triplicado en estos 20 años, aunque probablemente el aumento haya sido mayor, ya que la demanda inicial real estaría sobreestimada.

En relación al sexo, la mayoritaria presencia de mujeres, es un dato ya contrastado por numerosas investigaciones. (1) (2) (3)

La franja etaria de 0-16 años en cambio es la única en que es mayor el número de varones, aunque estos datos no concuerdan con otros estudios (4).

La comparación de la edad media en ambos grupos no es significativa (41.5 y 38.82 años respectivamente)

Se ha producido un incremento de demanda en el grupo 2 en pacientes menores de 30 años (5) y mayores de 65, descendiendo el número de pacientes entre 30 y 64 años, no concordante con otras evaluaciones. (6) (7)

Podría decirse que el tipo de demanda que en relación con la edad tiene este ESM en la actualidad resulta peculiar, ya que el tramo de edad de 0-16 años supone el 20%, el tramo de 17-64 años

el 59% y el superior a 64 años, el 21%, lo que supone un incremento importante (duplicación) de la demanda en los mayores de 64 años en relación con una investigación en nuestro ESM hace 10 años (8) y una diferencia importante con otros dispositivos, (9) (10) y que sin duda, requeriría un análisis más detenido.

La zona básica de procedencia en el grupo 1 era mayoritaria para la localidad donde está ubicado el ESMD, lo que corrobora que una buena accesibilidad favorece la demanda. (11) (12) (13) (14). En cambio en el grupo 2, la diferencia ya deja de ser significativa y existe una mayor participación de otras zona periféricas, por el mejor conocimiento de la existencia del dispositivo por parte del usuario.

El tipo de convivencia institucional que resulta significativo en el grupo 1 nos indica la tendencia actual de abandono de un perfil de cierta estigmatización de los usuarios de Salud Mental.

En cuanto al nivel educativo, se observa que los pacientes en el grupo 2 presentan mayor nivel cultural. Esto podría hablar al margen de una mejora objetiva de la formación en la población, que las personas a medida que crece su bagaje formativo, son capaces de expresar mejor sus propias necesidades.

Aproximadamente el 75% de la población demandante está inactiva en el terreno laboral en ambos grupos, siendo significativa la diferencia de estudiantes en el grupo 2, lo que coincide con la mejoría del nivel educativo ya comentado.

En el grupo 1 es relevante el remitente Iniciativa Propia y la Unidad de Salud Mental Hospitalaria, es decir, eran enviados para seguimiento tras alta hospitalaria. Mientras que en el grupo 2

la remisión es significativa a través del médico de familia (15) y del hospital comarcal, lo que evidencia claramente un cambio en relación con la mayor integración de salud mental en el sistema sanitario general. (16) (17) (18)

En el grupo 2 ha habido un incremento de las demandas urgentes o preferentes, especialmente cuando el diagnóstico es trastorno psicótico, lo que quedaría justificado por la gravedad de la enfermedad y por su curso de presentación en brotes. En cambio, no hay que olvidar que en este grupo 2 ha aumentado la demanda urgente y ha disminuído el diagnóstico de Trastorno psicótico, lo que necesitaría un análisis en el que habría que incluir necesariamente, elementos diferentes a la psicopatología propiamente dicha, como el mayor uso de los servicios sanitarios con carácter de urgencias por los ciudadanos en los últimos años, entre otros.

En el grupo 1 predominan los antecedentes psiquiátricos personales y en el grupo 2, los familiares. Esto indica que los pacientes del primer grupo que acuden al ESMD ya han sido diagnosticados, mientras que en el segundo, es el ESMD el que suele realizar el diagnóstico por primera vez.

En cuanto al diagnóstico en el grupo 1 ha habido diferencias significativas con respecto a trastornos orgánicos, retraso mental, trastorno conversivo y trastorno somatomorfo, mientras que en el grupo 2 la diferencia ha estado en trastorno adaptativo y trastorno ansiosodepresivo (19). Esto probablemente está en relación con el cambio de imagen que la salud mental ha tenido desde que existen los ESMD y la visión más integrada en la sanidad general. Asimismo ha contribuido

## INFORMES

la delimitación y mayor clarificación de la especialidad, en la que hace 20 años estaba más próxima la disciplina unificada de Neuropsiquiatría.

En cuanto al tratamiento, se observa que en el grupo 2 existe una diferencia significativa de pacientes que tras el primer contacto no han recibido tratamiento psicofarmacológico, lo que indicaría principalmente la realización de intervenciones psicoterapéuticas en pacientes de edad infanto-juvenil y adultos jóvenes y, también, una derivación inadecuada en los casos en los que no han recibido ningún tipo de tratamiento por el equipo de salud mental.

Entre los que han recibido tratamiento psicofarmacológico en el grupo 1 se han utilizado más antipsicóticos, antiparkinsonianos y ansiolíticos debido a un mayor número de pacientes con trastornos psicóticos, y en el grupo 2 se ha usado mayor número de antidepresivos, en concordancia con la evolución diagnóstica de los últimos años. (20) (21)

El tratamiento psicoterapéutico ha sido significativo en el grupo 2, lo que indicaría el aumento de demanda de este tipo de terapia al equipo y, por tanto, una evolución cualitativa durante el período de estudio.

## PERFIL DE DEMANDA EN CADA GRUPO.

Destacamos la categoría con mayor porcentaje en cada variables, señalando al mismo tiempo aquéllas en las que ha existido diferencias estadísticamente significativas con respecto al otro grupo (\*).

VARIABLES	GRUPO 1	GRUPO 2
Tº HISTORIAS	175 DÍAS	65 DÍAS
SEXO	MUJER	MUJER
MEDIA EDAD	41.5	38.82
EBAP	ANDÚJAR	ANDÚJAR
CAMBIO RESIDENCIA	NO	NO
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO
CONVIVENCIA	FAMILIA PROPIA *INSTITUCIÓN	FAMILIA PROPIA
NIVEL EDUCATIVO	NO ESCOLARIZADO	ESTUD. PRIMARIOS
SITUACIÓN LABORAL	INACTIVO *AUTÓNOMOS	INACTIVO
SIT.LAB.INACTIVA	AMA DE CASA *ESTUDIANTE	AMA DE CASA
SOLICITANTE	FAMILIAR	FAMILIAR
REMITENTE	MÉDICO FAMILIA *INICIAT. PROPIA *U. HOSPITALARIA	MÉDICO FAMILIA *MÉDICO FAMILIA *H. COMARCAL
DEMANDA URGENTE	NO	NO *SI

ANTECED. PSIQ.  
DIAGNÓSTICO

PERSONALES  
T. ORGÁNICO  
\*T. ORGÁNICO  
\*RETRASO MENTAL  
\*T. SOMATOMORFO

FAMILIARES  
T. DEPRESIVO  
\*T. ANSIOSODEPRESIVO  
\*T. ADAPTATIVO  
\*T. CONVERSIVO

SÍNTOMAS PREVIOS  
PSICOFÁRMACOS

SI  
ANSIOLÍTICOS  
\*ANSIOLÍTICOS  
\*ANTIPSICÓTICOS  
\*ANTIPARKINSONIANOS

SI  
ANTIDEPRESIVOS  
\*ANTIDEPRESIVOS

PSICOTERAPIA

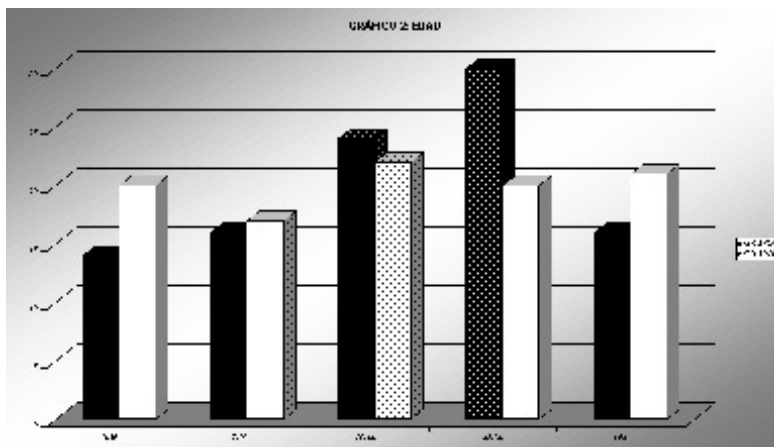
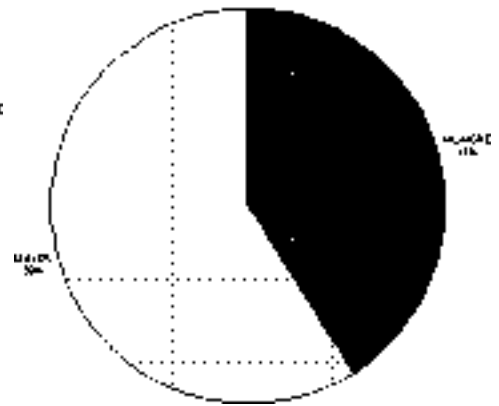
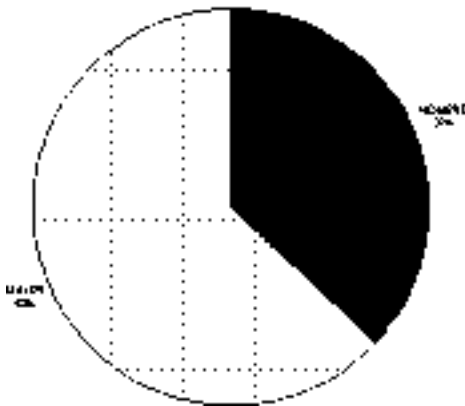
NO

NO

\*SI

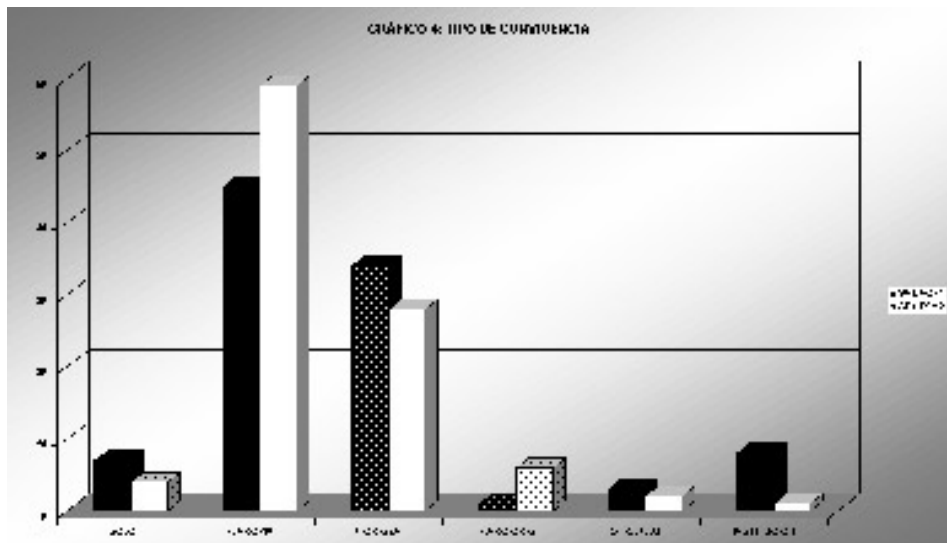
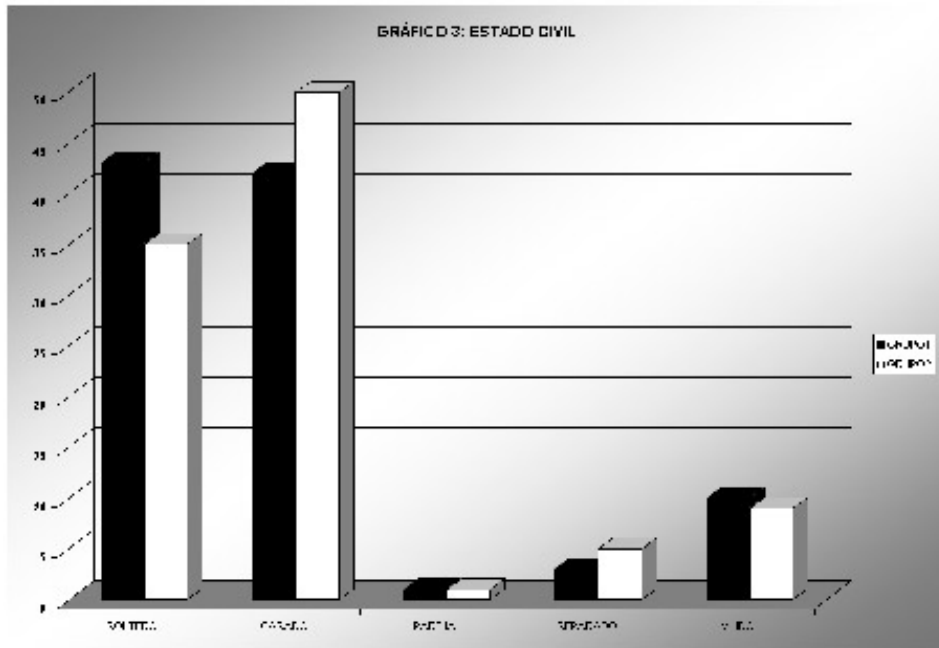
GRÁFICO 1.A: SEXO GRUPO 1

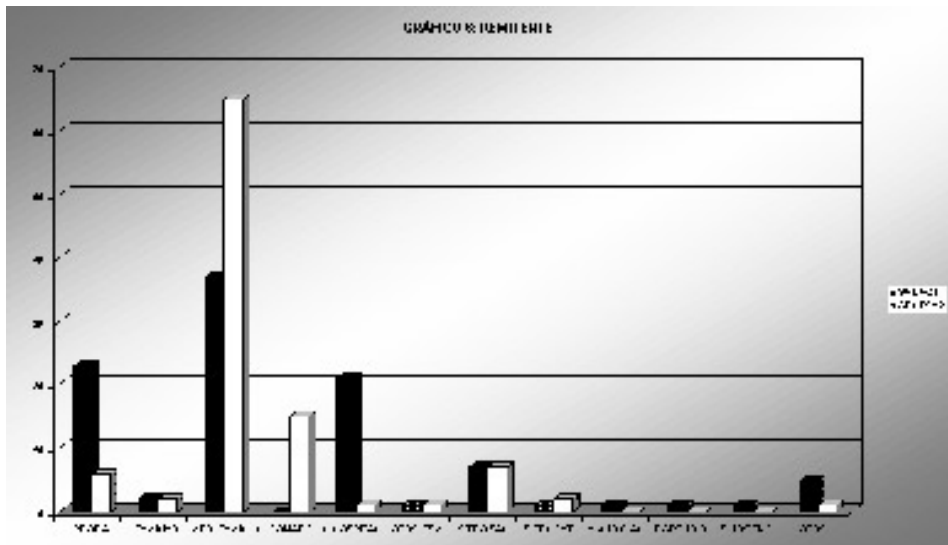
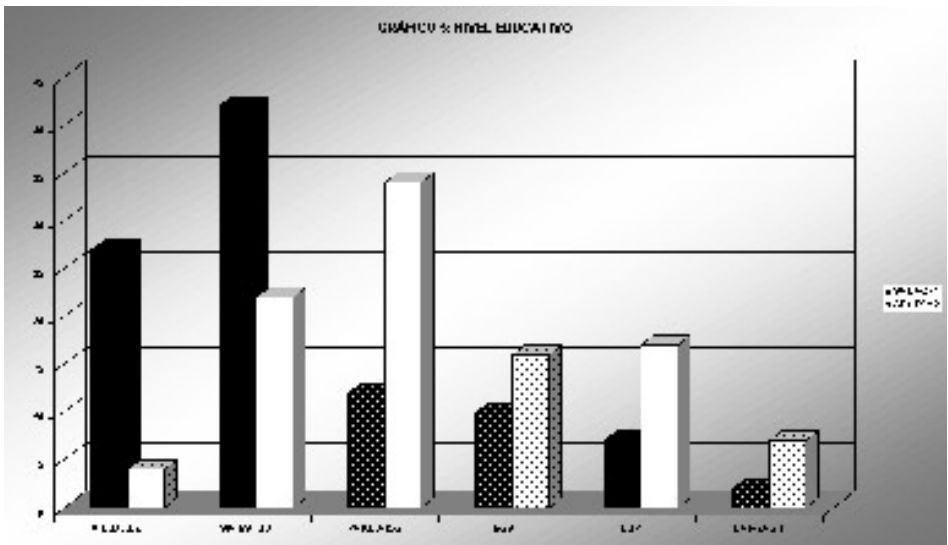
GRÁFICO 1.B: SEXO GRUPO 2





INFORMES





INFORMES

GRÁFICO 7.A: ANTEC. PSIQ. PERSONALES GRUPO 1

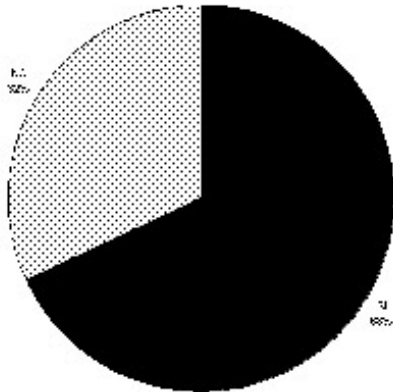
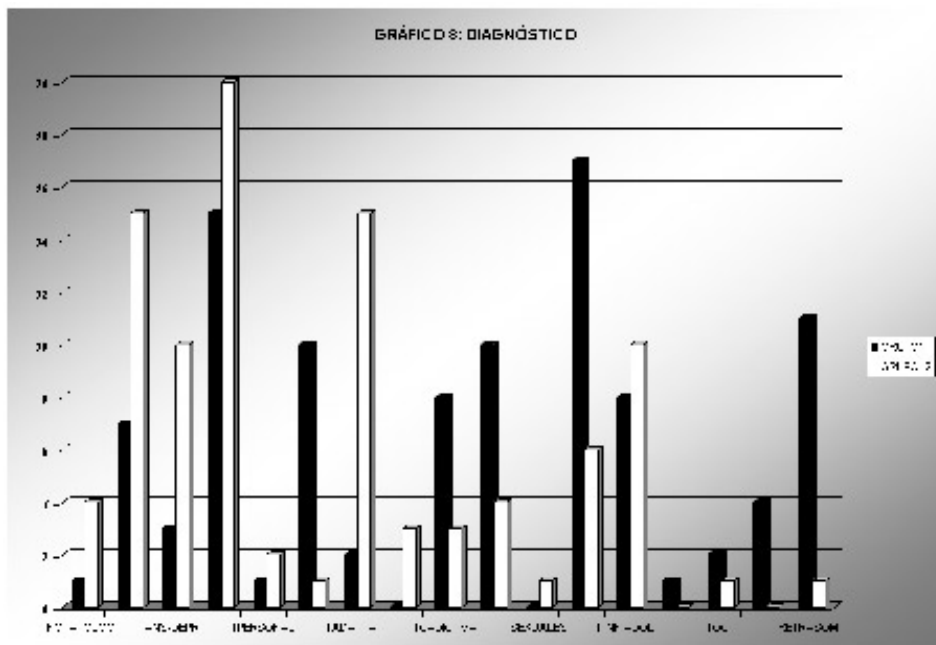
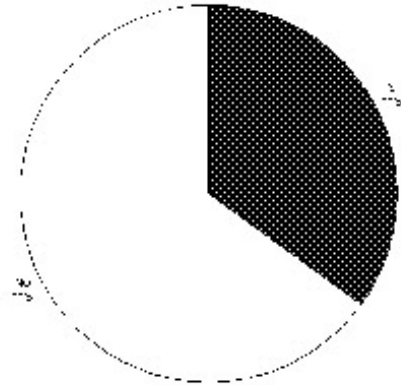


GRÁFICO 7.B: ANTEC. PSIQ. PERSONALES GRUPO 2



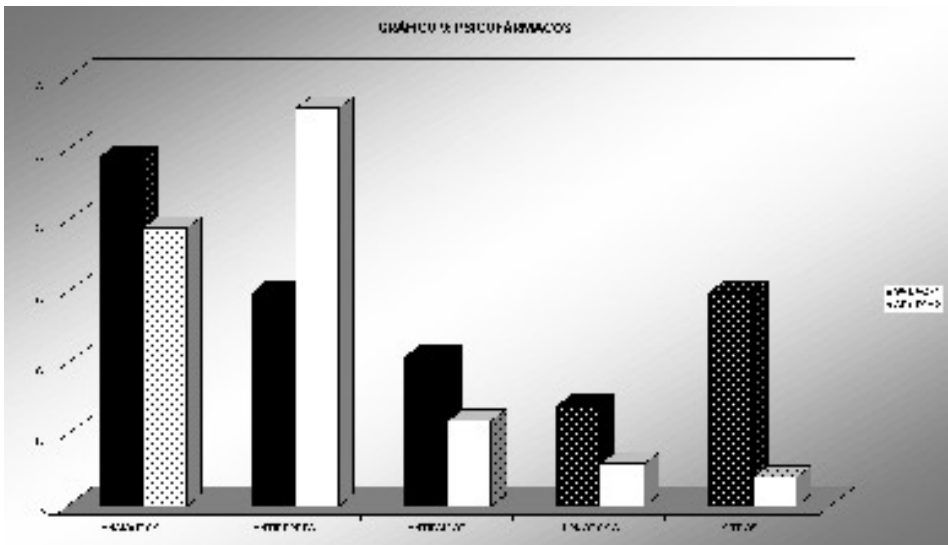


GRÁFICO 10.A: PSICOTERAPIA GRUPO 1

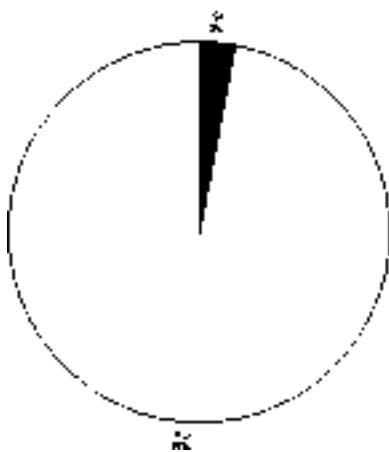
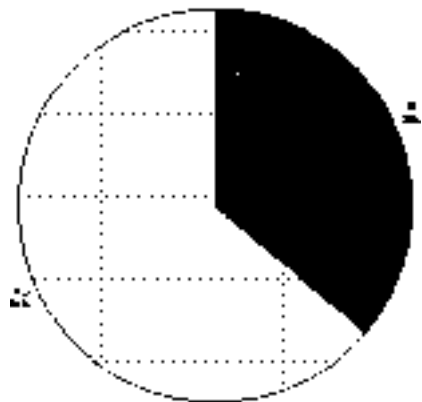


GRÁFICO 10.B: PSICOTERAPIA GRUPO 2



## BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Balmón Cruz, C.; Dorado Primo, J.A.: "Primeros ingresos en el hospital psiquiátrico y unidades de hospitales generales". *Psiquis*. 1995 16,7:41-53
- 2 Rodríguez, M.; Almeida, A.; Vale, M.: "Indicadores de morbilidad asistida en la Unidad de Salud Mental de Santa Cruz de la Palma en 1988-89". *Rev. A. Psiquiatría* 1992;8,1:15-20
- 3 Castaño, C. y otros.: Utilización de los servicios de salud mental de Alcalá de Henares. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1991;39:289-97.
- 4 Martínez Azumendi, O. y otros.: "Primeras consultas en salud mental I". *Rev. A.E.N.* 1997;XVII,61:37-60
- 5 Ten Horn, G.;Pedreira, J.L.:Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juvenil. *Rev. A.E.N.* 1988,26
- 6 Seva, A.: *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios*. Zaragoza: INFRESA, 1993:25-77.
- 7 Ocio León, S. y otros. "Abordaje de los trastornos afectivos en atención primaria". *Psiquis* 2001. Vol22,6:5-12.
- 8 Sama Naharro, J.; Castro Luna, J.: "Morbilidad diagnosticada en el Equipo de Salud Mental de Distrito de Andújar". *Maristán* 1985; IV, 8:4-13.
- 9 Ruiz Sicilia, L.M. y otros. "Análisis de la demanda en un ESMD". En: *I Congreso de Neuropsiquiatría y Salud Mental de Castilla-La Mancha*. Madrid: Ela, 1993:232-40.
- 10 Sánchez, P. T. y otros. "Análisis de la demanda de recursos intermedios de salud mental en una área sanitaria de Valencia". *Psiquiatría Pública* 1997; 9(2):112-6.
- 11 Llobera, J.: "La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada". *Gaceta sanitaria* 1988;2:271-5
- 12 Pritchard, P.: *Manual de atención primaria de salud. Su naturaleza y organización*. Barcelona: Díaz de Santos 1986:39-41.
- 13 Cohen, P.;Hasselbart, C.: "Demographics factors in teh use of mental healts services". *American Journal of Public Health* 1993;83,1:49-52
- 14 Meichembaum, D.; Turk, D.C.: *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica de los profesionales de la salud*. Ed. DDB. Bilbao,1991.
- 15 Martínez Azumendi, O.: "Primeras consultas en Salud Mental II". *Rev. A.E.N.* 1997, XVII,62:203-2222
- 16 Rodríguez Agulló, J.L.: "Reflexiones sobre el proceso de cambio en la organización del SNS". En: *I Congreso de Neuropsiquiatría y Salud Mental de Castilla-La Mancha*. Madrid:Ela, 1993:73-6
- 17 Gaité, L. y otros. "Estudio de la satisfacción con los servicios de salud mental en pacientes psiquiátricos ambulatorio". *Arch. Neurobiol* 1998;61(2):153-68.

- 18 Retolaza Balsategui, A.: *Salud mental y atención primaria. Una guía para la investigación*. Madrid :AG Rupem, 1996.
- 19 García-Testal, A. y otros. "Estudio de las derivaciones de AP a salud mental. Atención Primaria 1998;22(4):233-8.
- 20 Ruiz Doblado, S.; Pérez Cano, A. "Utilización de antidepresivos, benzodicepinas e hipnóticos en AP (I)". *An. Psiquiatría* 1997;13(10):426-31.
- 21 De Dios Perrino, C. y otros. "Estudio transversal de morbilidad en una consulta de psiquiatría en el norte de Madrid". *Arch. Neurobiol* 1997;60(4):333-48.

\* Coordinador E.S.M. Andújar. Psiquiatra.

\*\*Psiquiatra.

\*\*\*Psicóloga.

\*\*\*\*A.T.S.

\*\*\*\*\*T.S.

\*\*\*\*\*Aux. Clínica

\*\*\*\*\*Aux. Admvo.

Correspondencia: Dr. Juan Alejandro Dorado Primo. Equipo Salud Mental Andújar.  
Plaza Santo Domingo s/n - 23740 Andújar (Jaén).

Recibido: 02-09-02