

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**Salud mental en la isla de Tenerife:
un estudio epidemiológico**

Autor: Díaz Cruz, Francisco

**Directores: Wenceslao Pénate Castro
y Juan Manuel Bethencourt Pérez**

Departamento de Personalidad, Evolución y Tratamientos Psicológicos

Esta Tesis forma parte del proyecto subvencionado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud.

FUNCIS

Nº de Expediente: PI 4/99

Mi más sincero agradecimiento:

Al Dr. D. Juan M. Bethencourt y al Dr. D. Wenceslao Peñate, por permitirme compartir con ellos este estudio. Pero fundamentalmente, por su amistad, su apoyo incondicional, su disponibilidad y su infinita paciencia.

A Elena y Fernando a los que, pese a no estar con ellos, he tenido siempre a mi lado. Sin ellos, no hubiera podido seguir adelante.

A Elena, Sofía, Elena M., Rosario, Sergio, Cristina, Charo, Lucía, Germán, Carolina e Isabel. El mejor equipo de trabajo con el que se puede contar.

A la Dra. Dña. Concepción Ramos Pérez por su amistad, consejos, ayuda y apoyo en esos momentos en los que lo necesitaba.

Al Dr. Pablo García por haber compartido conmigo sus conocimientos.

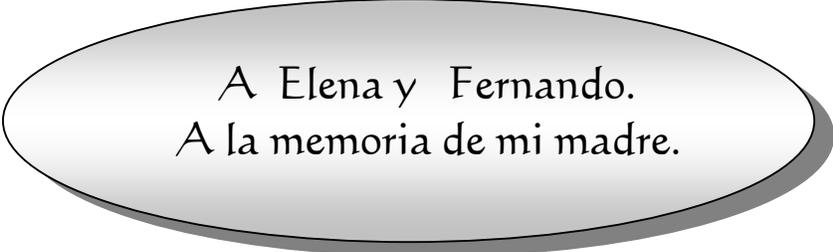
A mis compañeros y amigos Ruth Dorta, Manolo González y Milagros Hernández, que me han ayudado cuando más lo he necesitado, dedicándome su tiempo aún cuando no lo tenían.

A Pilar Hernández por su paciencia infinita y por su colaboración, más allá de sus obligaciones, donde la burocracia lo requería.

A mis compañeros de Departamento que me han apoyado y alentado en todo momento.

A mi padre y hermanos por “estar ahí” todo este tiempo.

Y por supuesto, a las personas que han hecho posible este trabajo. A todos ellos, gracias.



A Elena y Fernando.
A la memoria de mi madre.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
2. HISTORIA DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL	7
2.1. Introducción.....	7
2.2. La conducta anormal hasta el siglo XX.....	7
2.3. El siglo XX. El nacimiento de la psicología clínica y la segunda revolución en salud mental	12
2.4. Las guerras mundiales y la tercera revolución en salud mental	15
2.5. La cuarta revolución en salud mental. ¿Una nueva perspectiva?	24
3. HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA ANORMAL	29
3.1. Criterios de clasificación de la conducta anormal	31
3.1.1. <i>El criterio estadístico.....</i>	31
3.1.2. <i>El criterio social</i>	32
3.1.3. <i>El criterio subjetivo</i>	32
3.1.4. <i>El criterio biológico</i>	33
3.2. Definición multifactorial de anormalidad.....	33
3.3. Modelos en psicopatología.....	35
3.3.1. <i>El modelo biológico.....</i>	37

3.3.1.1. Críticas al modelo biológico	38
3.3.2. <i>El modelo conductual</i>	39
3.3.2.1. Críticas a la perspectiva conductual.....	41
3.3.3. <i>El modelo cognitivo</i>	43
3.3.3.1. Críticas al modelo cognitivo	45
3.3.4. <i>El modelo cognitivo–conductual</i>	45
3.4. Modelos teóricos y práctica clínica.....	46
3.5. Conducta anormal y enfermedad mental	48
4. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	55
4.1. Enfermedad y diagnóstico	55
4.1.1. <i>Objetivos de los sistemas clasificatorios</i>	56
4.1.2. <i>Clasificaciones categoriales vs. dimensionales</i>	57
4.1.3. <i>Desarrollo de las clasificaciones modernas en psicopatología</i>	59
4.1.3.1. Las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades (CIE).....	60
4.1.3.2. Las versiones DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)	62
4.1.3.2.1. <u>La corriente Neo-Kraepeliana</u>	63
4.1.3.2.2. <u>Las versiones DSM-III</u>	64
4.1.3.2.3. <u>La versión DSM-IV</u>	70

4.1.4. Críticas a las clasificaciones en salud mental.....	73
5. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA. LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA.....	79
5.1. Clasificación de la investigación epidemiológica. Epidemiología descriptiva, analítica y experimental	81
5.2. Técnicas en la investigación epidemiológica	86
5.2.1. Diseños de muestreo de casos-control.....	86
5.2.2. Diseños de cohorte.....	86
5.2.3. Estudios de corte.....	87
5.2.4. Estudios transversales en dos fases.....	88
6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EPIDEMIOLOGÍA: CUESTIONARIOS Y ENTREVISTAS.....	93
6.1. Cuestionarios.....	93
6.1.1. Symptom Check List (SCL-90-R).....	93
6.1.2. Mini-Mental State(MMS)	94
6.1.3. Global Assessment Scale (GAS)	94
6.1.4. Comprehensive Psychopatological Rating Scale (CPRS)	95
6.1.5. General Health Questionnaire (GHQ)	95
6.2. Entrevistas	96
6.2.1. Clinical Interview Schedule (CIS).....	97

6.2.2. <i>Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID)</i>	98
6.2.3. <i>Present State Examination (PSE)</i>	98
6.2.4. <i>Diagnostic Interview Schedule (DIS)</i>	99
6.2.5. <i>Composite International Diagnostic Interview (CIDI)</i>	100
7. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN SALUD MENTAL	107
8. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	117
9. MÉTODO	121
9.1. Características de la población y de la muestra estudiada	121
9.2. Diseño	129
9.3. Instrumentos utilizados	131
9.3.1. <i>Protocolo de variables socio-demográficas</i>	131
9.3.2. <i>Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), versión española de Lobo y cols. (1983)</i>	133
9.3.3. <i>Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versión 2.1)</i>	136
9.3.3.1. Aplicación	137
9.3.3.2. Especificaciones de cada una de las secciones	137
9.3.3.2.1. <u>Datos demográficos (Sección A)</u>	137

9.3.3.2.2.	<u>Trastornos por consumo de nicotina (Sección B)</u>	140
9.3.3.2.3.	<u>Trastornos somatomorfos y trastornos disociativos (Sección C)</u>	140
9.3.3.2.4.	<u>Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad (Sección D)</u>	141
9.3.3.2.5.	<u>Trastorno depresivo y trastorno distímico (Sección E)</u>	144
9.3.3.2.6.	<u>Trastornos afectivos maniaco y bipolar (Sección F)</u>	145
9.3.3.2.7.	<u>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Sección G)</u>	145
9.3.3.2.8.	<u>Trastornos de la conducta alimentaria (Sección H)</u>	146
9.3.3.2.9.	<u>Trastorno por consumo de alcohol (Sección J)</u>	146
9.3.3.2.10.	<u>Trastorno obsesivo - compulsivo y trastorno por estrés post - traumático (Sección K)</u>	147
9.3.3.2.11.	<u>Trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotropas (Sección L)</u>	148
9.3.3.2.12.	<u>Demencia, amnesia y otras alteraciones cognitivas (Sección M)</u>	149

9.3.3.3. Base lógica, estructura y formato de la CIDI 2.1	149
9.4. Procedimiento y muestreo	153
9.4.1. <i>Fase de recopilación y selección de cuestionarios</i>	<i>153</i>
9.4.2. <i>Fase de entrenamiento en el uso de la CIDI</i>	<i>154</i>
9.4.3. <i>El estudio piloto</i>	<i>155</i>
9.4.4. <i>Fase de administración del cuestionario y recogida de datos</i>	<i>156</i>
9.5. Justificación y descripción de los análisis utilizados	157
9.5.1. <i>Descripción de los trastornos.....</i>	<i>157</i>
9.5.1.1. Frecuencia de trastornos agrupados en grandes síndromes.....	157
9.5.2. <i>Relación entre trastornos mentales y variables socio-demográficas.....</i>	<i>158</i>
10. RESULTADOS.....	163
10.1. Proporción de respondientes. Rechazos y sustituciones.....	163
10.1.1. <i>Distribución de las puntuaciones del GHQ-28.</i>	<i>163</i>
10.2. Proporción de prevalencia	165
10.2.1. <i>Niveles de GHQ-28 y presencia de trastorno por géneros, según la CIDI.....</i>	<i>165</i>
10.3. Una nota respecto a los falsos positivos y falsos negativos	168

10.3.1. Falsos negativos.....	168
10.3.2. Falsos positivos.....	168
10.4. Prevalencia estimada expresada en porcentajes	169
10.5. Distribución de la psicopatología por características diagnósticas	170
10.6. Distribución de la psicopatología por género (prevalencia estimada).....	172
10.7. Distribución de los diagnósticos según la clasificación del DSM-IV	175
10.7.1. <i>Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos de ansiedad.....</i>	175
10.7.2. <i>Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos del estado de ánimo</i>	177
10.7.3. <i>Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos relacionados con el uso de sustancias.....</i>	179
10.7.4. <i>Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos somatomorfos.....</i>	181
10.7.5. <i>Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos de la conducta alimentaria</i>	182
10.7.6. <i>Distribución de los diagnósticos referidos a la esquizofrenia y trastornos psicóticos</i>	182
10.8. Relaciones entre los trastornos mentales y las variables socio-demográficas y de salud.....	184

11. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	193
11.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados	193
11.2. Prevalencia de los trastornos mentales	194
11.3. Relaciones entre psicopatología y variables sociodemográficas	196
11.3.1. <i>Lugar de residencia</i>	196
11.3.2. <i>Género</i>	198
11.3.3. <i>Edad</i>	200
11.3.4. <i>Estado civil</i>	202
11.3.5. <i>Nivel cultural</i>	203
11.3.6. <i>Nivel ocupacional</i>	204
11.3.7. <i>Nivel económico</i>	205
11.3.8. <i>Enfermedad o lesión (Eje III)</i>	206
11.3.9. <i>Toma de medicación</i>	207
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	213

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Un importante número de personas con trastornos mentales pasa desapercibida en nuestra población, debido entre otras causas, a la identificación incorrecta de la sintomatología de estos trastornos, a la resistencia a acudir en busca de ayuda psicológica o la falta de información respecto a estos servicios.

Se hace necesario pues, recurrir a los estudios epidemiológicos para intentar determinar las cifras concretas de prevalencia de estos trastornos, así como las patologías más comunes en el ámbito de la salud mental (Gaja, 1993).

Los estudios sobre epidemiología psiquiátrica tienen ya una amplia tradición en el mundo occidental (Gersten, Beals y Kallgren, 1991; Páez, 1986; Vázquez-Barquero y cols., 1987), sirviendo como un instrumento imprescindible para la planificación de servicios en salud mental; al tiempo que también han servido para movilizar las conciencias sociales sobre los graves problemas que existen en esta área y que, desafortunadamente, no tienen la misma repercusión que otro tipo de problemas sociales.

En España, entre otros, destacan los trabajos realizados en Navarra (Muñoz, 1979), en Cantabria (Vázquez Barquero y cols., 1987), el llevado a cabo en Aragón (Seva-Díaz, 1982), el del Valle de Llobregat (Herrera y cols., 1987), el realizado en la ciudad de Zaragoza (Magallón, 1988), el llevado a cabo por Gili y cols. (2000) en la isla de Fomentera y el de Ortega y cols. (1995) en la Rioja.

En la comunidad canaria, los estudios sobre epidemiología psiquiátrica han sido escasos y no siempre realizados con la profundidad requerida. El trabajo de Vicente (1995), aporta datos de carácter general de la Comunidad Autónoma de Canarias. Sin embargo, y a pesar de la importancia del trabajo, éste no profundiza en la descripción de la sintomatología concreta. Otros trabajos que sí lo hacen (p. e., de la Fuente, 1992) son estudios parciales sobre algún cuadro psicopatológico concreto. Villaverde (1991), por su parte, lleva a cabo un estudio so-

bre morbilidad psiquiátrica, pero limitado a una población urbana de Tenerife (La Laguna).

Ante esta situación, el escaso material disponible hace referencia a datos incidentales sobre la demanda de los servicios de ayuda (personas que acuden a centros de salud con sintomatología diversa y que no son evaluados por personal especializado) o a datos basados en el análisis cualitativo de expertos. Esto significa que no tenemos el nivel de prevalencia real de los problemas psicológicos y que no conocemos la necesidad de ayuda existente que para esos problemas tienen las personas.

El propósito de este trabajo es aportar datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife y estudiar la relación de determinadas variables sociodemográficas y salud mental, de manera que puedan servir de apoyo a sucesivas investigaciones y de base a futuras planificaciones de recursos en salud mental.

2. HISTORIA DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

2.1. Introducción

Sin pretender llevar a cabo un estudio exhaustivo de la historia de la enfermedad mental, nos parece conveniente realizar una breve revisión de cómo ha evolucionado este concepto. La preocupación por la conducta anormal ha sido una constante histórica en todas las civilizaciones, entendiéndose desde el pensamiento imperante en cada época. Sólo es a finales del siglo XIX cuando aparece una disciplina que aborda el estudio científico de los comportamientos anormales.

Hasta el surgir del pensamiento científico (e incluso después), ha primado la concepción demonológica de la locura que ha estado salpicada por el pensamiento de figuras relevantes que buscaban alternativas racionales a la irracionalidad de la demonología.

Intentaremos sintetizar, en las líneas que siguen, aquellos eventos y pensamientos más destacados de cada época en relación a la enfermedad mental.

2.2. La conducta anormal hasta el siglo XX

En *la antigüedad clásica* ya había quien no creía en la existencia de la posesión diabólica como causa del comportamiento anómalo. En la Grecia y Roma clásica, hacia el siglo IV a. C., muchos médicos y filósofos griegos y romanos rechazaban las explicaciones esotéricas e intentaban justificar la aparición de las enfermedades físicas y/o mentales basándose en una concepción naturalista.

El médico griego Hipócrates (460-377 a. C.) es el referente histórico más importante de esta época, siendo su aportación más relevante el considerar a la medicina como un verdadero conocimiento inductivo (Coto, Gómez-Fontanil y Belloch, 1995). Hipócrates fue uno de los pioneros en dar una explicación naturalista proponiendo la teoría humoral. Esta supone que un desajuste entre los cuatro humores circulantes por el cuerpo huma-

humano (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema) provocaban la enfermedad.

Para este autor, las enfermedades mentales son similares a las enfermedades físicas, ya que ambas, tienen su origen en una alteración anatómica (fundamentalmente cerebral) o fisiológica.

En *la Edad Media* coexisten tres marcos culturales: el bizantino, el árabe y el cristiano. La cultura bizantina actúa como puente en la transmisión del conocimiento helénico al mundo árabe. La medicina bizantina sigue fielmente los principios humorales. Estos mismos principios rigen la medicina árabe, a la que se debe el surgimiento de los primeros hospitales o centros para el cuidado de enfermos mentales¹.

Sin embargo, es en el cristianismo donde se producen los cambios más significativos. El *carácter dual*, en palabras de Rosen (1974) de la iglesia católica hace que se den situaciones paradójicas. Mientras las instituciones religiosas cristianas acogen a los enfermos mentales proporcionándoles alimento y cuidados (Dieckhöffer, 1984); en el seno de la iglesia, surge la Inquisición como un medio para controlar a los “disidentes” (herejes y posesos). Esta función de control va a quedar perfectamente plasmada con la publicación de los dominicos H. Krämer y S. Sprenger en 1487 del ***Malleus Maleficarum*** o ***Martillo de Brujas***; donde se identificaba brujería y enfermedad mental. Este texto manifiesta claramente el resurgimiento de la concepción mítica o demonológica de las alteraciones mentales, se trata de un auténtico manual de la caza de brujas (Torrey, 1980).

El modelo filosófico naturalista vuelve a resurgir en el siglo XVI, a medida que el modelo demonológico dominante vuelve a entrar en crisis y es sustituido por un movimiento más humanista y con valores de culto a la razón: ***el Renacimiento***, donde se sentarían las bases de la moderna ciencia empírico-natural.

¹ Desde el siglo VIII se crean asilos en Bagdad, Damasco, Fez, El Cairo, etc.

Un representante de este periodo es J. Meyer (1515-1588). Meyer publicó un libro considerado como el origen de la psiquiatría moderna titulado *De Praestigiis Daemonum o La decepción de los demonios*. En este se consideraba a las brujas como enfermas mentales y realizaba algunas descripciones clínicas de las conductas anómalas, sugiriéndose algunos tratamientos para estos problemas.

El acontecimiento más importante de esta época es la aparición de hospitales o centros de tratamiento para locos y desposeídos de los centros de tratamiento (Vázquez, 1990).

Las nuevas concepciones sobre el origen de la enfermedad mental, influidas por otro tipo de pensamiento racionalista y humanista pondrán las bases de la denominada Primera Revolución en Salud Mental que culminará en el siglo XIX (Pelechano, 1980; Zilboorg y Henry, 1941).

Los siglos XVII y XVIII suponen la consolidación de la *Primera Revolución en Salud Mental*. Esta época marca el comienzo de la medicina moderna y, con ella, el intento de dar explicaciones menos axiomáticas sobre el origen de los trastornos mentales. Sin embargo, la práctica médica seguía consistiendo en aplicar técnicas como: purgas, sangrías, alquimia, etc.

Durante este periodo, el número de personas que presentaba conducta anormal no sólo no disminuyó, sino que se incrementó, lo que hizo que esos pacientes fueran institucionalizados. Este incremento trajo consigo un aumento del número de asilos y centros religiosos donde custodiar a aquellas personas con una conducta desviada; y que, de alguna manera, generaban algún tipo de problema social.

Pero la construcción masiva de hospitales no trajo consigo la mejora de los enfermos allí internados. Se observó que, aparte de que éstos no se curaban, el trato recibido era deplorable, lo que propició un movimiento reivindicativo de mejoras en los

mismos, centrado en un tratamiento más humanitario que se denominó *tratamiento moral*.

Los grandes alienistas franceses, fundamentalmente, Philippe Pinel (1745-1826) y Jean Esquirol (1772-1840) representan este movimiento, propugnando un trato más humano a los enfermos mentales.

Sin embargo, el ímpetu inicial se va difuminando rápidamente. Varios elementos contribuyen a este declive. Por un lado, existía una falta de sistematización de los principios terapéuticos; éstos no se apoyaban en conocimientos ni conceptos filosóficos firmes. Por otro, la superpoblación de los propios centros, junto al comienzo de un auge biológico, acaba con el vigor del tratamiento moral.

En el **siglo XIX**, uno de los principales logros es el de un mayor refinamiento de conceptos y mayor claridad conceptual en Psicopatología (Berrios, 1985). Asimismo, desde el trabajo de Pinel hay un creciente interés por sistematizar y ordenar las clasificaciones conforme a criterios empíricos.

A partir de 1860, la psicología comienza una etapa de vinculación con las universidades y centros de investigación, saliendo de su reclusión en la asistencia asilar (Ackerknecht, 1962, tomado de Vázquez, 1990).

Un apoyo importante a la hipótesis orgánica de las enfermedades mentales y uno de los logros más importantes de la medicina, fue el descubrimiento de los trastornos neurológicos responsables de la *parálisis general*, que en su última fase presentaba síntomas característicos de enfermedad mental, tales como deterioro intelectual, distorsiones cognitivas y delirios de grandeza.

El organicismo imperante encontraba su apoyo en el espíritu de la época. Una gran cantidad de descubrimientos fisiológicos y anatomopatológicos comienza a inundar la medicina. La obra de Jackson (1834-1911) sobre la jerarquización de las funcio-

nes cerebrales, de Korsakoff (1854-1900) sobre las alteraciones mnésicas debido a la destrucción de zonas subcorticales específicas, o de Wernicke (1848-1905) sobre el funcionamiento psicológico y neurofisiológico, influyen decisivamente en la orientación de la psicología. Por primera vez, existían datos anatomopatológicos que guardaban relación con algunas alteraciones en el funcionamiento psicológico.

La gran figura de finales del siglo XIX, y piedra angular de la psiquiatría moderna es Emil Kraepelin (1855-1926). Discípulo de Griesinger, elaboró un sistema de clasificación de las alteraciones mentales en el que se basan los sistemas centrales de clasificación elaborados por la American Psychiatric Association (APA), tales como los diferentes *Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales*, por ejemplo, DSM-IV (APA, 1994). Sin embargo, debido a las vías muertas a que estaba llegando el positivismo que habían defendido autores como Wernicke, Kraepelin propone la creación de sistemas clasificatorios basados en las manifestaciones clínicas de las alteraciones y no en sus supuestas causas o en sus hipotéticas lesiones o anormalidades cerebrales. Siguiendo este criterio, efectúa una clasificación con criterios pragmáticos, pues era consciente de la imposibilidad de realizar una clasificación taxonómica sistemática según los tradicionales criterios de la Medicina (síntomas, curso, etiología).

A finales de este siglo, esa falta de sistematización de los principios terapéuticos, que decíamos se daba en la época anterior, se acrecienta y de ahí surge el fermento para la aparición de las teorías psicológicas alternativas.

Por un lado, Jean Martin-Charcot (1825-1893), eminente neurólogo francés y director médico de una sección de la Salpêtrière, manifiesta gran interés por los fenómenos histéricos. Charcot cree que la histeria tiene etiología orgánica hasta el día que sus estudiantes, sin saberlo, hipnotizan a una paciente creando en ella algunos síntomas histéricos (Davison y Neale, 1980). Josef Breuer (1842-1925), médico vienés, tras su

estancia con Charcot, observa que durante trances hipnóticos el recuerdo de experiencias traumáticas previas puede aliviar los síntomas. Otro discípulo de Charcot, el también vienés Sigmund Freud (1856-1939) publica con Breuer *Estudios sobre la Histeria* (1895), donde ponen de manifiesto el origen y terapia psicológica de la histeria.

Los tratamientos de la histeria evolucionaron desde las psicoterapias pre-analíticas, tales como la hipnosis, la catarsis, la sugestión, la interpretación de los sueños y la asociación libre; hasta la teoría psicoanalítica propuesta por Freud, donde se inició una concepción psicológica de los trastornos del comportamiento, frente a la tradición Kraepeliana. Esto conformaría el modelo psicológico o intrapsíquico del trastorno mental. Comienza entonces a gestarse la que sería la *Segunda Revolución en Salud Mental*, donde se postula que el origen de los problemas no era de carácter orgánico-biológico, sino psicológico-funcional. En esta perspectiva, que surge a comienzos del siglo XX, vamos a detenernos de forma más pormenorizada en el siguiente punto.

2.3. El siglo XX. El nacimiento de la psicología clínica y la segunda revolución en Salud Mental

A finales del siglo XIX se dieron las condiciones para que la psicología clínica fuera una disciplina independiente, pues ya lo psicólogos aplicaban métodos científicos al estudio de las diferencias individuales.

Bernstein y Nietzel (1982) consideran a Witmer el primer psicólogo clínico, siendo este el primero en acuñar el nombre de psicología clínica. En 1896, en la convención de la Asociación Americana de Psicología, Witmer comunicó a sus colegas que había descubierto un nuevo tipo de psicología. La escena fue descrita por Joseph Collins, amigo suyo allí presente, de la siguiente manera (tomado de Bernstein y Nietzel, 1982; p. 44):

“Witmer dijo que la Psicología era el resultado de examinar muchos seres humanos, uno tras otro; que el método analítico de discernir las capacidades y defectos mentales desarrolla una clasificación ordenada de la conducta observada mediante generalizaciones post-analíticas. También dijo que la clínica psicológica es una institución de servicio social y público, útil para hacer investigaciones y enseñar a los estudiantes la ortogénesis psicológica, que incluye orientación vocacional, educativa, correctiva, de higiene, laboral y social. La única reacción de los asistentes fue que algunos miembros de mayor edad arquearon las cejas.”

Esta es la contribución más significativa de Witmer, el inicio de la psicología clínica, ya que, en ese momento, se imponía un nuevo modelo en Europa: el modelo psicodinámico.

Partiendo de presupuestos neurológicos y fisiológicos de la época, Freud desarrolla una teoría innovadora sobre el origen de la patología. Desde esta orientación, la conducta desviada se entiende no desde la patología biológica, sino desde la *historia del individuo*. Así pues, una de las principales aportaciones de Freud reside en otorgar énfasis no a la historia de la enfermedad (es decir, la tradicional anamnesis) sino a la historia del enfermo.

Con Freud, el foco de atención de la Psicopatología pasa a ser el propio individuo y sus circunstancias (más o menos mediatas) más que la alteración en sí misma, ahistórica y descontextualizada. En este sentido, el psicoanálisis va tener un efecto beneficioso sobre la Psicología al proponer al individuo, y no la enfermedad, como el objeto de atención (Claridge, 1985).

Quizás el mayor problema epistemológico del psicoanálisis no esté tanto en la imposibilidad de someter a prueba sus presupuestos (falsabilidad), sino en el problema de la enorme abstracción de los datos que maneja y las rocambolescas explicaciones que ofrece para los mismos (Wolpe y Rachman, 1960).

En todo caso, desde principios del siglo XX hasta los años veinte, las teorías de Freud consolidan el modelo psicoanalítico, en palabras de Pelechano (1980, p. 6):

“La segunda revolución en salud mental la representa básicamente el esfuerzo freudiano por construir una Psicopatología científica al margen, fundamentalmente, de la biología.”

Sin embargo, no es el psicoanálisis el único modelo que influye en esta *Segunda Revolución* ya que:

“... habría que decir que no solamente la obra de Freud y la psicodinámica sino la de otras escuelas de Psicopatología, como la tradición positivista de Kraepelin y Kretschmer, o la del pensamiento psicopatológico incidió definitivamente en el intento por crear no solamente un cuadro clasificatorio de la Psicopatología humana, sino también, en la gestación de una serie de técnicas para el tratamiento de esa Psicopatología.” (Pelechano, 1980, p. 7).

Escalas como la Binet-Simon en Francia, que más tarde sería revisada por Terman (Escala Terman-Merrill) en Estados Unidos, contribuyen también a la génesis de la psicología clínica. Tal fue su influencia, que el primer cuarto del siglo XX se caracterizó por la evaluación psicométrica. Se trataba de una época ésta, sobre todo en lo que se refiere a la inteligencia: *“... en la que un C.I. era sagrado y pocos osaban cuestionar su omnipotencia.”* Scheerenberger (1984, p. 262; tomado de Ramos, 1995).

Durante este periodo se diseñan, además, otras pruebas centradas en el estudio de la personalidad, con marcado influjo psicoanalítico. Entre las más conocidas tenemos el test de Asociación Libre Kent-Rosanoff (1910) y el test de Rorschach (1921).

Otro acontecimiento importante en la génesis de la psicología clínica lo constituye la fundación (en 1917) de la Asociación

Americana de Psicólogos Clínicos (A.A.C.P.), que en 1919 se integra en la A.P.A. como sección clínica.

En este continuo devenir de eventos se gesta, en los primeros años del siglo XX, otro paradigma: el conductismo. El estudio experimental de la conducta será otra aportación de la 3ª Revolución en Salud Mental (Pelechano, 1986). La obra de Watson (influida por la escuela rusa) pone el énfasis en los reflejos condicionados como clave para explicar la conducta. Las obras de Watson “La Psicología desde el punto de vista de un conductista” (1912) y “La Psicología según el conductismo” (1928) sientan las bases de un modelo que representará toda una tradición científica en psicología; que va a suponer una de las más brillantes contribuciones al estudio y tratamiento de la conducta desviada, y que aportará una nueva visión de la intervención psicológica, apartándose de los postulados freudianos.

El surgimiento de ideas y las innovaciones que materializan la consolidación de la psicología clínica en el ámbito social hacen que Scheerenberger (1984) denomine el periodo entre 1900 y 1919: **La era del progreso.**

2.4. Las guerras mundiales y la Tercera Revolución en Salud Mental

La aportación más importante de la 1ª Guerra Mundial a la psicología clínica fue la focalización de la atención en el diagnóstico de adultos no hospitalizados. Se elaboraron, con este fin, nuevas y variadas pruebas, fruto de la necesidad de clasificar a un amplio número de adultos, atendiendo a su nivel intelectual y a su estabilidad emocional. Para ello, la APA entra en contacto con el ejército, designando ésta a un grupo² de psicólogos experimentales para el desarrollo de los instrumentos de evaluación necesarios para este fin.

² En este grupo, presidido por Robert Yerkes (presidente entonces de la APA), estaban Henry Goddard del Vineland School, Guy M. Whipple, editor del Manual of Mental and Physical Tests de 1910, y Lewis Terman, padre de las Escalas Stanford-Binet (tomado de Bernstein y Nietzel, 1982).

Psicólogos de todas las corrientes fueron habilitados por el ejército para pasar estas pruebas, ya fuera de forma individual o colectiva. En 1918, ya se había evaluado a dos millones de adultos (Bernstein y Nietzel, 1982).

La aplicación de este material comienza a ser un negocio y, así, en 1921, Cattell creó la Psychological Corporation que, además de vender pruebas, se dedicó a dar asesoría a negocios e industrias. Sin embargo, no todo se redujo al negocio, por esta época los psicólogos clínicos y otros psicólogos comenzaron a investigar y a generar teorías, tan relevantes para la psicología clínica, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia humana (herencia o medio ambiente), etiología de los desórdenes comportamentales, la naturaleza y posibles aplicaciones de la hipnosis, y las relaciones entre aprendizaje y desviaciones (Bernstein y Nietzel, 1982).

Junto a las funciones tradicionales de investigación, diagnóstico y entrenamiento, se va consolidando, poco a poco, la aplicación de tratamientos. Pese a que se multiplican los medios de trabajo, los clientes y los desempeños del psicólogo clínico; en la década de los treinta, la psicología clínica todavía no es reconocida como profesión.

En 1937, surge la American Association of Applied Psychology (AAAP), fruto del descontento de los psicólogos clínicos que deciden separarse de la APA al no sentirse apoyados ni reconocidos por ésta. Posiblemente, fruto de esta escisión, a finales de los treinta ya se trabajaba en todos los campos de la psicología clínica (evaluación, tratamiento, investigación, asesoría y administración). Se trabajaba con niños y adultos, y se hacía fuera de hospitales, prisiones y otros lugares en los que esta disciplina parecía haber sido confinada.

La AAAP duró 8 años antes de unirse de nuevo a la APA, probablemente, porque el reconocimiento y el apoyo que necesitaban tanto de la Psicología como de la sociedad llegan con la 2ª Guerra Mundial.

Al igual que ocurriera en la Primera Guerra, en la Segunda Guerra Mundial fue necesario llevar a cabo una selección del personal para el ejército. Sin embargo, la labor del psicólogo clínico fue mucho más importante en esta última confrontación bélica, ya que no sólo aplicaba pruebas, sino, además, hacía entrevistas, escribía informes y, como consecuencia del gran número de “bajas” psicológicas, aplicaba terapias. Su “buen hacer” fue reconocido por las fuerzas armadas (ocupando el psicólogo clínico el escalafón de oficiales, al igual que los médicos).

Sin embargo, la explosión de la psicología clínica está por venir. Son las consecuencias de la Segunda Guerra (40.000 personas hospitalizadas en unidades de neuropsiquiatría de la Asociación de Veteranos) las que exigen una acción clara e inmediata de los psicólogos clínicos.

En una circular de la Asociación de Veteranos 1946 se definía al psicólogo clínico como el profesional que se dedicaba al diagnóstico, al tratamiento y a la investigación de los trastornos del comportamiento de los adultos y a los psicólogos clínicos como Ph. D. (Philosophical Doctors). Esta misma asociación declaraba necesitar 4700 psicólogos para otros tantos puestos bien pagados y de gran prestigio, manifestándose dispuesta a prestar ayuda económica para su formación (Bernstein y Nietzel, 1982).

En 1951, La Asociación de Veteranos era la institución que ocupaba más psicólogos en Estados Unidos.

“No fue la ciencia ni la profesión de la psicología en sí misma, sino la Segunda Guerra Mundial, con su secuela de recursos humanos, lo que revolucionó la formación y el trabajo de la psicología clínica” (Garfield, 1974, p.8).

Partiendo de esta afirmación de Garfield, es fácil entender el porqué se agudiza el conflicto entre “ciencia y profesión” (presente ya desde 1896). Por un lado, estaban los psicólogos que habían ejercido como clínicos, y que consideraban el apoyo

gubernamental como una bendición. Por otro, los puristas de la psicología científica consideraban esta formación orientada a la profesionalización, una intrusión, consecuencia de las subvenciones del Gobierno (primero, a través de la Asociación de veteranos, VA; y luego, a través del United States Public Health Service, USPHS). Shakow (1965) denominó a esta situación como la pugna entre “vírgenes” y “prostitutas”.

Pese a esta rivalidad, la VA y la USPHS siguieron adelante con el programa de subvenciones, al tiempo que solicitaron asesoramiento por parte de la APA para que les indicara el tipo de programa universitario al que apoyar con fondos de la Federación. Así, el comité de formación de psicología clínica de David Shakow, designado por la APA, presentó un informe extenso en el que: 1) recomendaba qué contenido debían tener los programas, 2) determinaba las características que debía tener la formación universitaria y en los internados, y 3) un informe de los programas existentes.

Este informe sentó las bases para las posteriores discusiones acerca del tipo de formación que debía tener el psicólogo clínico. Las recomendaciones más importantes, que aún siguen teniendo vigencia, son (APA, 1947):

- a. Los psicólogos clínicos deben recibir primero una formación como psicólogos (es decir, como científicos) y después como profesionales prácticos.
 - b. La formación de los psicólogos clínicos ha de ser tan rigurosa como la de los no clínicos y, por tanto, debe consistir en estudios de doctorado que abarquen cuatro años, con un año de práctica en un internado supervisado.
 - c. La formación clínica debe centrarse fundamentalmente en la “trinidad” (diagnóstico, investigación, tratamiento) con cursos suplementarios de psicología general, psicodinámica, técnicas de diagnóstico, y métodos de investigación y de terapia).
-

Dos años después de la aparición de este informe, se llevó a cabo la convención nacional de formación en psicología clínica, en Colorado, en la que se aceptan estas recomendaciones.

La formación recomendada por el informe de Shakow y adoptada por la convención de Boulder en 1949, se llegó a conocer como el “modelo de Boulder” e impuso su patrón de formación en este campo durante los veinticinco años siguientes.

El apoyo del Gobierno a la formación provoca la explosión de la psicología clínica. Se consolida la función terapéutica del psicólogo clínico, centrándose ésta, fundamentalmente en adultos. Comienza, en esta época, a ser habitual la práctica privada.

Paralelamente, creció el reconocimiento legal de la Psicología como profesión y la APA publicó un código deontológico haciendo hincapié en los profesionales de la clínica.

Durante todo este tiempo, las funciones, lugares de trabajo y clientes del psicólogo clínico sufren una profunda transformación. Comienza la preocupación por los tratamientos preventivos y de curación, partiendo de perspectivas teóricas amplias y un conjunto de técnicas prácticas para diagnosticar y modificar comportamientos.

Se empieza a insistir en los determinantes psicosociales de la enfermedad mental y en la intervención comunitaria como una forma de prevenirla, desembocando, a comienzos de los años sesenta, en la tercera revolución en salud mental (Hobbs, 1964). Los profesionales se centran, ahora, en la salud pública, no sólo previniendo la enfermedad sino, además, generando ambientes saludables.

Hay tres aspectos que definen este movimiento (Pelechano, 1980, p. 9):

“ 1) la relación entre clase social y tratamiento, lo que repercutiría en el diagnóstico y permanencia de los enfer-

mos mentales en centros asistenciales. Y por lo tanto, la necesidad por diseñar modos de pensamiento y acción nuevos y libres... de estos sesgos preceptuales y prácticos; 2) la necesidad de incluir en los currícula profesionales formación científico-naturalista y humanista; 3) la comunidad es la responsable de la salud mental de sus individuos.”

Y como dice Pelechano (1980, p. 10):

“De este modo se reorienta la actuación de los profesionales de la salud mental hacia la planificación y mejora de los contextos (settings) sociales que habitan los miembros de la comunidad.”

La potenciación de la psicología clínica, el cuestionamiento de la efectividad de las psicoterapias y el auge de la modificación de conducta hacen posible la intervención comunitaria. Lo que supone un nuevo punto de vista en la determinación de la salud mental, que lleva a....

“... una inflexión importante en el tipo de categorías que se utilizan para enjuiciar la problemática de la salud mental que pasan de ser biológicas a psicosociales.” (Pelechano, 1986; p. 493).

De acuerdo con esta nueva concepción, la intervención se dirige a la creación de centros de salud mental y a la prevención, acentuando los determinantes socio-ambientales que llevan a los tratamientos (tradicionalmente individualizados) a adoptar un enfoque comunitario.

Sin embargo, el auge en la creación de centros de salud, en esta época, parece no tener el efecto esperado; entre otras razones porque no se desarrollan programas innovadores, ni se fomentan estrategias preventivas que posibiliten llevar a la práctica los supuestos teóricos de la prevención.

En el periodo comprendido entre 1960-1980 las innovaciones científicas y tecnológicas conectan con corrientes sociales avanzadas, a la vez que distintos organismos nacionales e internacionales apoyan y participan en la consecución de dichos cambios (Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, UNESCO....).

A partir de los años setenta y, fundamentalmente a raíz de la Conferencia de la OMS "Sanidad para todos en el año 2000" (celebrada en Alma Ata en 1977), la conceptualización de los determinantes psicosociales de la conducta se amplía, retomando el aspecto biológico que había sido relegado por la **revolución comunitaria y preventiva** de los años sesenta. Se entiende al hombre como a un ser bio-psico-social y, por tanto, su conducta está plurideterminada (Belloch e Ibáñez, 1991; Pellechano, 1986). Para estos autores, este aspecto conduce a un pluralismo conceptual y técnico característico de los años ochenta, aunque no privativo de la psicología clínica, pero que en esta disciplina adquiere un carácter especial por su propio objeto de estudio. Las dos últimas décadas transcurren al amparo de la tercera revolución en salud mental, pero de manera intensificada: intervención comunitaria, prevención y desinstitutionalización.

Antes, en 1971, la ONU había aprobado la Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales y la Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas.

En España, hay que destacar la creación del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválías (SEREM) en 1970, aunque la fecha de creación real del Servicio debe fijarse en la Conferencia Minusval del 74. Esta conferencia tiene como consecuencia inmediata la "fusión" de los Servicios de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos y de Asistencia a los Subnormales, aprobado en el Consejo de Ministros del 9 de febrero. Nació el SEREM.

Este organismo rechazó el paternalismo y se apartó de la beneficencia desde los inicios de su actividad, inculcando los

derechos del minusválido frente al proteccionismo. Se plantea como objetivo genérico la integración plena del minusválido en la sociedad, lo que se traduce en la asistencia, empleo, formación y orientación al minusválido.

En 1978 el SEREM se convierte en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).

Para Fierro (1984) la creación de este servicio repercute en la recuperación del medio siglo de retraso que nuestro país tenía en comparación con Europa y América respecto al trato a los deficientes y en la atención a la salud mental.

La Psicología clínica de los años noventa en España se ve afectada por el reto de Europeo, que busca en todos los terrenos un mejor acercamiento y adecuación a los países más avanzados de Europa. Así:

....“La formación de psicólogos clínicos se debate actualmente entre varias opciones:

- a) La formación de especialistas en el contexto universitario, bajo la figura de títulos de especialidad de tercer ciclo, masters o programas de doctorado.*
- b) La formación de psicólogos en programas de psicólogos internos residentes, desarrollados en la red sanitaria pública.*
- c) La formación de psicólogos en programas a cargo de instituciones privadas, sin que tal formación genere acreditación reconocida oficialmente”. (Ávila, 1990; p. 34).*

La primera de las opciones es competencia de las propias universidades, y de forma particular de los departamentos de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, responsables de la gestación de dichos programas de especialización; los cuales vienen ofertando hace más de una década.

En el segundo caso, la lucha de años del Colegio Oficial de Psicólogos, la presión de los profesionales, algunos departamentos de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la universidad española y la sensibilización lenta de algunos políticos, ha derivado en la convocatoria estatal de plazas de psicólogos internos residentes en formación, dentro de la red sanitaria pública. Aunque escasas, abren nuevas expectativas para la profesión; observándose un campo de expansión y consolidación, a pesar de la grave crisis del estado de bienestar por la que atravesamos (Ramos, 1995).

En este sentido, la Conferencia "Sanidad para todos en el año 2000" de 1977, reúne las metas trazadas, para que todos los ciudadanos del mundo puedan conseguir una vida social y económicamente productiva y de bienestar. Este programa, que está suscrito por 32 países europeos (incluida España) desde 1984, abarca unos objetivos concretos, que impulsan a la revisión de las políticas nacionales sobre la salud:

- a) *Desarrollando el potencial de salud, a través de los servicios de asistencia sanitaria que solucionen las necesidades en salud mental.*
 - b) *Oferta de oportunidades para los incapacitados, a partir del desarrollo de actividades hacia la incapacidad y de programas de ayuda, con el fin de desarrollar sus capacidades y conseguir una vida saludable.*
 - c) *Prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud, a través de los planes y políticas concretos que fomenten el desarrollo de servicios comunitarios.*
 - d) *Promoción de conductas positivas y disminución de conductas dañinas para la salud, que incluye programas para el control del consumo de drogas (legales e ilegales) y métodos activos de manejo del estrés, especialmente para aquellos grupos vulnerables que se enfrentan con presiones psicosociales estresantes*
-

de carácter acumulativo. (Sampaio-Faria, 1990; p. 22).

La psicología clínica y de la salud se entiende y define actualmente, no tanto a partir de la enfermedad y de la anormalidad, como si de la salud y el bienestar; estos elementos se consideran de forma integral y no limitados, única y exclusivamente a la psicología. El dualismo cartesiano mente-cuerpo se ha visto superado por una concepción integradora del hombre como ser bio-psico-social. Y en este sentido, la intervención psicológica no sólo se dirige a los aspectos individuales, sino que se orienta de manera creciente a programas de salud comunitarios, estrategias preventivas y de promoción de la salud.

2.5. ¿La cuarta revolución en salud mental una nueva perspectiva?

Un intento de resolver y superar los modelos precedentes va a dar como resultado el desarrollo, a finales de los 50 y principios de los 60, de una nueva perspectiva, denominada por Pelechano (1980), *ecológica conductual*. Esta surge como reacción a los enfoques teóricos y de tratamiento no validados. Se deseaba fomentar de esta forma, una estrategia nueva en salud mental, en un intento riguroso de resolver el caos existente hasta este momento en este campo. Para ello, se vincularon, aún más, el campo clínico aplicado y los campos de investigación de la psicología científica, con el propósito de establecer un marco teórico experimental donde las técnicas de tratamiento pudieran desarrollarse, evaluarse y mejorar. Exigir a la psicología ser una disciplina científica representa la fuerza central del futuro movimiento conductual, lo que se ha llegado a denominar la *cuarta revolución en salud mental* (Levis, 1990).

El surgimiento de una nueva alternativa teórica casi siempre supone la existencia de deficiencias e insatisfacciones, tanto teóricas como prácticas, en relación a determinados problemas (Vallejo, 1987). En este sentido, y especialmente a partir de los años 70 se comenzó a valorar la eficacia diferencial de los pro-

gramas comunitarios en salud mental. De estos análisis sobresalen algunas críticas que ayudaron a la aparición de esta perspectiva:

- a. Los tipos de intervención eran muy diversos y su validez había sido cuestionada desde hace mucho tiempo. Las intervenciones iban desde counseling, psicodinámicas, hasta tratamientos conductuales. Evidentemente la dudosa eficacia de algunos acercamientos, así como el desconocimiento de la eficacia diferencial entre algunos de ellos no facilitaban, en modo alguno, el éxito y consolidación de los programas.
- b. El tipo de evaluación era muy disperso. Mientras unos medían eficacia por el informe de consejeros, otros valoraban autoinformes o la percepción de otras personas claves o significativos. Tal disparidad de criterios no pueden homologarse, por tanto, no se puede conocer la eficacia real y diferencial de muchos programas.
- c. En tercer lugar, los tipos de intervención suponían que no había personas inadecuadas sino ambientes inadecuados; o que era la interacción ambiente-persona la que provocaba la inadecuación. De todas formas, existían modos de funcionamiento personal imposibles de adscribirse a un ambiente determinado. Por lo tanto, era factible la intervención personal directa cuando el individuo es el propio responsable de su conducta.
- d. En último lugar, el modo de actuación psicológica ofrece una idea de psicólogo como experto conocedor de todas las causas de los desórdenes psicológicos y por lo tanto este profesional puede actuar siempre desde un punto de vista preventivo. Parece poco probable que esto sea cierto ya que queda mucho por descubrir en psicología.

Como respuesta a estas críticas se sostiene desde la perspectiva ecológico-conductual que el diseño de programas de acción comunitaria debe basarse en los conocimientos científicos que tengamos hasta ahora.

Es el modelo conductual el que ha ofrecido un mayor progreso científico, por lo que deben ser los programas conductuales los que se pongan en práctica en la intervención comunitaria. Además, el estricto control que este paradigma ofrece sobre la eficacia de los programas implantados favorece la elaboración de una clara evaluación y valoración sobre los resultados. Por otra parte, es el modelo conductual el que ha demostrado mayor eficacia dentro de los distintos programas de intervención que se han diseñado hasta ahora (Bethencourt y Fernández-Valdés, 1997; Costa y López, 1986).

Esta perspectiva, más restrictiva en su plano de actuación que las anteriores, no desdeña la intervención institucional o la organizacional, sino que restringe esas intervenciones a los niveles del progreso científico actual, sosteniendo que estas intervenciones deben estar avaladas por la investigación previa y no por conjeturas sociologistas o ideológicas.

Su insistencia en las variables ambientales, el uso de diseños experimentales, la evaluación sistemática de los resultados, la colaboración interdisciplinar y la utilización de paraprofesionales (Pelechano, 1980) está convirtiendo a este modelo en uno de los más requeridos.

Hasta aquí, se ha tratado la génesis, causas, etiología o determinantes de la salud mental y del trastorno mental. Intencionadamente hemos evitado, polemizar sobre qué se entiende por enfermedad mental; y más exactamente, por conducta anormal. En el siguiente apartado se intentarán perfilar estos conceptos que van servir de base a nuestro trabajo.

3. HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA ANORMAL

Parece que existe consenso en que el objeto de la psicopatología es la conducta anormal. Lo que ya no está tan claro es a qué nos referimos cuando hacemos alusión al concepto de conducta anómala. Se trata sin duda de un concepto genérico que engloba múltiples manifestaciones.

La definición que hace referencia a la conducta anormal como lo diferente, raro o desviado es excesivamente simple y a todas luces insuficiente, cuando se aplica al comportamiento. Parece claro que en síndromes tales como la depresión, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia, existen manifestaciones conductuales sobre las que se necesita intervenir, pero ¿qué es lo que nos permite calificar estas manifestaciones como anómalas?

Posiblemente, partiendo de la definición de normalidad podríamos definir los criterios de anormalidad, pero nos encontraríamos ante un problema similar al anterior, ya que las dificultades para definir lo anormal derivan de la dificultad a la hora de establecer los límites de la normalidad (Vázquez, 1990).

Las conductas o comportamientos tratan de ejercer una función cultural y biológicamente esperada respecto a otros comportamientos. Dicha función puede o no ser satisfecha, lo que puede llegar a generar malestar, desestructuración o desconexión respecto a lo que consideramos normal.

Martin (1985) propone que el núcleo fundamental de esta expresión es que la conducta parece contradecir las normas culturales referentes a la corrección y propiedad. El individuo realiza acciones que la gente estima extravagantes, raras o incoherentes. Así, determinar si una conducta es considerada rara o no, depende del contexto en el que se dé. De esta forma, partimos de que la conducta anormal está en función de los valores y tradiciones culturales. Como dicen Belloch e Ibáñez (1991, p. 2):

“Las imágenes del hombre, que una sociedad o grupo posean, van a ser determinantes a la hora de construir las imágenes de lo psicopatológico.”

Sin embargo, y como ya apuntaban antropólogos como Kiev (1969) y Murphy (1964), ¿no sería reduccionista intentar explicar la conducta anormal partiendo de la relatividad cultural?. ¿Podemos definir la anormalidad exclusivamente en función de la inadecuación cultural?.

Podríamos considerar enfermos mentales a los disidentes políticos o con aquellas personas que en un momento de su vida mostraran comportamientos extravagantes. ¿Podríamos decir que son conductas anormales?. ¿Podríamos diagnosticarlos de enfermos mentales?.

No son estos los únicos problemas que nos surgirían partiendo de esta definición basada en la cultura. ¿Qué ocurriría con aquellas personas que “se someten” a las normas sociales a pesar de que esto les genera inhibición, ansiedad, infelicidad, ...?. En el otro extremo, ¿cómo consideramos a aquellas personas que sistemáticamente violan las leyes, pero que se comportan de forma adaptada en su vida familiar, con los amigos, padres, en el trabajo?.

Parece evidente, que la inadecuación cultural, está presente en la definición de la conducta anormal. Pero es igualmente obvio que resulta insuficiente cuando utilizamos ésta como único criterio definitorio.

Las *imágenes* a las que hacían alusión Belloch e Ibáñez (1991) se traducen en “criterios y modelos” de Psicopatología que se tornan puentes entre nuestras creencias de lo que es anormal y las aportaciones de la ciencia. La transición de un modelo a otro es fruto del descubrimiento de nuevos hechos científicos, pero también, influyen en este cambio el momento social, político, económico y cultural. Así, Belloch e Ibáñez (1991) comentan que éstos se caracterizan por su relatividad,

tanto histórica como cultural, lo cual dificulta, cuando no imposibilita, la universalidad del concepto de Psicopatología.

A continuación abordaremos las diferentes *creencias* que dominan las distintas concepciones sobre la enfermedad mental, y cómo éstas se han transformado en criterios, más o menos coherentes, de clasificación de la conducta anormal.

3.1. Criterios de clasificación de la conducta anormal

En este apartado nos vamos a centrar en cuatro de los criterios que se utilizan o se han utilizado para definir, comprender y explicar la conducta anormal. Estos cuatro criterios son: el criterio estadístico, el criterio social o interpersonal, el criterio subjetivo o intrapsíquico y el criterio biológico.

3.1.1. El criterio estadístico

El criterio estadístico de normalidad considera como comportamientos normales aquellos que se encuentran dentro de una zona promedio (media) más-menos una desviación típica. Así, y en contraposición, La conducta anormal será aquella que se encuentre fuera de esta franja.

Este criterio ha recibido tres críticas importantes (Hampson, 1982):

- a. No discrimina entre valores supranormales e infranormales. Así, tanto los comportamientos muy adaptados como los poco adaptados quedan fuera de la normalidad.
 - b. No aporta conocimientos acerca de la naturaleza de lo patológico ni de lo normal.
 - c. Es válido únicamente para la población de la que se obtuvo la muestra, entre otros factores por el relativismo cultural.
-

3.1.2. El criterio social

Se basa en el consenso del grupo social de referencia que percibe los comportamientos patológicos y/o anormales.

Muy relacionado con este criterio se encuentra el punto de vista forense, que tiene en cuenta la imputabilidad y responsabilidad de los individuos, que manifiestan actos transgresores de la normativa legal vigente, en un grupo social determinado. En tal caso, el criterio de desviación lo marca, en última instancia, la sociedad. Es un criterio de mayorías.

Cabe destacar como crítica importante a este criterio, además de la relatividad cultural, que el grupo social que marca los límites de lo normal-anormal, puede exhibir comportamientos patológicos como es el caso de los grupos marginales (Belloch e Ibáñez, 1991).

3.1.3. El criterio subjetivo

Desde este criterio la Psicopatología se define haciendo referencia al sufrimiento propio o ajeno, es por tanto, un criterio subjetivo de la patología psicológica. Canguilhem (1982) hace notar que el término "pathos" implica un sentimiento de sufrimiento. Concluyendo este autor, en un análisis conjunto con los criterios anteriores, que no todo lo anómalo es patológico, pero todo lo patológico es anómalo.

El problema de la utilización de este criterio se hace ver en patologías donde la conciencia de anormalidad no se hace patente, por ejemplo en la psicosis esquizofrénica paranoide, oligofrenia profunda y en estados de pérdida de conciencia (p.e. delirium tremens).

3.1.4. El criterio biológico

La enfermedad mental desde esta óptica es vista como el resultado de una alteración de la estructura o el proceso fisiológico y/o biológico del organismo humano.

Este acercamiento ha propiciado un importante avance en el conocimiento de la anormalidad comportamental. Tuvo una influencia definitiva en el tratamiento de la Psicopatología como un hecho susceptible de estudio científico, relegándose la concepción místico-religiosa y/o espiritualista.

Al igual que Belloch e Ibáñez (1991), pensamos que reducir la Psicopatología a lo biológico daría lugar a un dualismo psico-físico anacrónico. Por el contrario, aún en el supuesto de lograr aislar una base etiológica orgánica en todas y cada una de las Psicopatologías, ello no llevaría implícito el descartar los factores sociales y psicológicos como determinantes, al menos en parte, y/o moduladores de la etiología del trastorno respectivo. Así como el papel que estos aspectos pueden jugar tanto en el mantenimiento del comportamiento anómalo como en las consecuencias para ese organismo y su evolución.

Con todo lo expuesto, concluimos que ninguno de los criterios expuestos se puede erigir como absoluto. Intentar acotar los límites de la anormalidad atendiendo a un solo criterio es cuando menos difícil y pensamos que sólo desde un enfoque multifactorial es posible llegar a determinar lo que es normal frente a lo patológico.

3.2. Definición multifactorial de la anormalidad

Hasta aquí hemos resumido los elementos definitorios más usuales de la conducta anormal. La Psicopatología se ocupa de una gran variedad de problemas, y por lo que hemos dicho hasta ahora, no hay ninguna definición que abarque la conducta desviada en toda su complejidad porque, como señala Vázquez (1990):

- a. *No existe ningún elemento aislado que se requiera para definir la conducta anormal.*
 - b. *No existe ningún elemento suficiente para definir la conducta anormal.* En este sentido, Rosenhan y Seligman (1984) señalan que el cumplimiento de un criterio aislado (por ejemplo: falta de adaptación al entorno) no nos asegura que estemos frente a un trastorno mental; de hecho, esos criterios son condiciones que también pueden estar presentes en circunstancias normales de la vida.
 - c. *La anormalidad de una conducta ha de venir siempre dada por la combinación de varios criterios.* Este principio es consecuencia de los dos anteriores. Para la caracterización de una conducta como “anormal”, habitualmente hay que tener en cuenta la intervención de diversos elementos simultáneos. Coles (1982) propone una concepción tridimensional de la anormalidad al atender al criterio biológico, social y subjetivo. Así, en toda conducta anómala siempre están presentes varios criterios, aunque el valor y relevancia que se le dé a cada uno podrá variar para los distintos trastornos.
 - d. *Ninguna conducta es por sí misma anormal.* Lo que debe calificarse como normal o anormal no es la conducta sino el binomio “contexto-conducta” (Mahoney, 1980). Como afirman Butcher y Bemis (1984, p. 114), dada la ausencia en Psicopatología de:

“... pruebas psicológicas o bioquímicas definitivas para detectar la presencia de trastornos psicológicos, la anormalidad debe definirse en términos sociales y conductuales y, por lo tanto, una buena parte de su sentido deriva del contexto en que ocurre”.
 - e. *La conducta humana es dimensional.* Para Vázquez (1990) este quinto principio implica, en primer lugar, que la gente *comparte* la mayor parte de los atributos; pero, en segundo lugar, *varía* en el grado en que se manifies-
-

tan los mismos. La anormalidad, asumiendo esta perspectiva, dimensional, ha de considerarse en términos de frecuencia, intensidad o duración, y no en términos estrictamente categoriales, es decir, presente/ausente.

3.3. Modelos en Psicopatología

Hemos hablado en anteriores apartados de la diversidad de criterios o “creencias” acerca de lo que se considera normal o patológico. Estos criterios han derivado en sistemas más o menos coherentes que han ofrecido diferentes enfoques sobre el objeto de estudio de la Psicopatología, proporcionando diferentes formas de evaluarlo y distintos tipos de tratamientos. Estos enfoques o **modelos** han intentado abordar la conducta anormal en su totalidad, pero ninguno de ellos lo ha conseguido; generando tantas perspectivas y modelos diferentes como variaciones en la concepción de lo que es la anormalidad comportamental. Así, autores como Belloch, Sandín y Ramos (1995, p. 58) comentan al respecto:

“... tal proliferación de modelos o perspectivas refleja una realidad más ficticia que real, ya que alguno de ellos, más que constituir un sistema original y propio sobre la concepción de lo normal y anormal, se limitan a destacar algunos aspectos de los fenómenos psicológicos”.

Así las cosas, no creemos conveniente centrarnos en todos y cada uno de los modelos vigentes, sino que nos centraremos en aquellos cuyas aportaciones consideramos relevantes. No obstante, resumimos en la tabla 1 aquellos modelos teóricos más importantes en Psicopatología.

Tabla 1. Características de los principales modelos teóricos de la psicopatología (tomado de Belloch y cols, 1995).

Modelos	Causas (Etiología)	Diagnóstico (Clasificación)	Comienzo	Continuidad-Discontinuidad	Constructor teóricos	Tratamiento	Concepto del hombre
Enfermedad	Somáticas (localizadas o sistemáticas); los síntomas mentales son epifenómenos.	Importancia de la clasificación en categorías nosológicas (enfermedades).	Un punto definido en cualquier momento de la vida. Extrínseco a la evolución de la personalidad.	Discontinuidad de la enfermedad y salud mental.	Enfermedad (morbus). Proceso de enfermedad.	Somático: principalmente drogas pero también TC y neurocirugía.	El hombre es una compleja máquina físico-química en la que algunos componentes pueden tornarse defectuosos ("estropearse").
Constitucional (Discrasia)	Somático-Organísmico (la totalidad de la constitución biológica).	Diagnóstico de somatotipo y temperamento.	Innato: intrínseco a la evolución de la personalidad.	Continuidad de la salud y enfermedad mental (aunque se puede establecer un punto de corte).	Temperamento y biotipos.	Custodial y sintomático.	El hombre es un organismo bio-psicológico en el que las funciones son un todo.
Psicodinámico	Conflictos psicológicos inconscientes.	Diagnóstico de fuerzas psicodinámicas inconscientes (biográficas).	Experiencias tempranas causan conflictos inconscientes.	Continuidad: alteraciones emocionales leves son continuos neurosis-psicosis.	Aparatos y mecanismos psicológicos: yo, superyo, etc.	Psicoterapia (insight).	El hombre está motivado por fuerzas irracionales en conflicto con otros y con las normas sociales.
Evolucionista (Ontogénico)	Detención del proceso de maduración o regresión a una etapa temprana más primitiva.	Diagnóstico del nivel de evolución ontogenética.	La evolución se para en una determinada etapa o hay una regresión hacia una anterior primitiva.	Continuidad de salud y enfermedad mental, aunque puede haber discontinuidad entre las etapas de desarrollo o evolución.	Construcciones ontogénicas tales como diferenciación, integración.	Educación reparadora.	El hombre es un organismo en desarrollo, pasando de un nivel elemental a uno complejo.
Conductista	Condicionamiento. Aprendizaje de hábitos inadecuados.	Diagnóstico preciso de los hábitos inadecuados.	En cualquier momento de la vida. Lo que hace el sujeto es lo importante, y no su historia.	Continuidad de salud y enfermedad mental. No hay diferencias intrínsecas entre hábitos correctos e incorrectos.	Condicionamiento clásico, condicionamiento operante.	Terapia de conducta.	El hombre es una unidad de hábitos y reflejos.
Cognitivo	Representación inadecuada del mundo y estrategias de conductas inadecuadas.	Diagnóstico de la representación cognitiva del mundo.	En cualquier momento de la vida, aunque preferentemente en épocas tempranas de la vida.	Continuidad de salud y enfermedad mental. Estructuras cognitivas anómalas son continuas con las normales.	Construcciones tales como creencia, expectación, estructura congruente y cognitiva. Modelado.	Terapia racional. Terapia cognitiva.	El hombre es un sistema de procesamiento de información racional.
Macro-social	Desintegración social o conflicto social.	Diagnóstico de la estructura social en la que participan los individuos.	En cualquier momento, pero los procesos de socialización tempranos son importantes	Continuidad de salud enfermedad mental. Enfermedad mental continua con desviación social.	Construcciones tales como estructura social, rol, institución, alineación.	Ingeniería social.	El hombre es un eslabón de lo social y refleja relaciones sociales, estructuras, valores e instituciones.
Micro-social	Relaciones interpersonales y comunicación alterada en los grupos pequeños.	Diagnóstico de los procesos de interacción en grupos pequeños en los que participan los individuos.	En cualquier momento, pero las relaciones familiares tempranas son importantes.	Continuidad de salud y enfermedad mental. Los pequeños grupos anómalos son continuos con los normales.	Construcciones tales como roles, diadas y canales de comunicación.	Psicoterapia de grupos.	El hombre es un eslabón en procesos dinámicos de grupo, tales como las relaciones familiares.

3.3.1. El modelo biológico

Desde este modelo, tal y como se comentó anteriormente cuando hablábamos de los criterios, se asume que el trastorno mental es una enfermedad al igual que cualquier enfermedad física. Desde esta perspectiva, la enfermedad mental es el resultado de una alteración biológica, ya sea de origen neurológico, fisiológico, genético, bioquímico, etc. Así, el tratamiento se centraría en la rehabilitación de las alteraciones orgánicas.

El planteamiento general de esta perspectiva se basa en que para comprender, evaluar y tratar la Psicopatología se han de estudiar las alteraciones somáticas que, probablemente las producen (Ramos, 1995). Se supone que una alteración del cerebro ya sea estructural o funcional, es la causa primaria de la conducta normal (Rosen, 1991; Rosenzweig y Leiman, 1989). Sin embargo, aunque hay evidencia de que determinadas enfermedades infecciosas, sistémicas y traumáticas son el origen de lesiones cerebrales con efecto directo en el funcionamiento psicológico (Craighead, Kazdin y Mahoney, 1981), existen otros muchos trastornos que no pueden ser explicados desde esta perspectiva.

Dentro del marco de lo biológico, surgen otras aportaciones como son los modelos genético y constitucional, que contribuyen a paliar estas deficiencias.

El modelo genético propone que si un determinado trastorno aparece con determinada frecuencia en una familia, respecto al resto de la población, se podría hablar de una *predisposición genética* a padecerlo. Por su parte el constitucional explica la conducta anormal en función de las *características temperamentales* que nos van a definir un estilo de conducta. Es decir, se entiende el temperamento como “el estilo conductual o reactividad emocional manifestada por la persona cuando ésta interactúa con su ambiente” (Willis y Walker, 1992).

Con todo, el modelo médico no puede explicar la etiopatogenia de muchos comportamientos, por lo que se ha optado por clasificarlos atendiendo a su origen en: trastornos mentales orgánicos y trastornos mentales funcionales.

Los trastornos mentales orgánicos tienen causas físicas claras; por el contrario, los trastornos mentales funcionales son patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas (Belloch y cols., 1995).

3.3.1.1. Críticas al modelo biológico.

Se podría decir que la mayor aportación de este modelo radica en las bases científicas del conocimiento, evaluación y tratamiento de la Psicopatología; ocupándose especialmente de la definición y clasificación (Rosenhan y Seligman, 1995). De entre las virtudes de este modelo, Belloch y cols. (1995) destacan que:

- a. Sirve para recordarnos que los problemas psicológicos, aunque complejos y específicos, pueden tener causas o concomitantes biológicos dignos de evaluación y estudio.
 - b. Gracias al desarrollo de sofisticadas técnicas biomédicas, la investigación sobre los aspectos neurofisiológicos de la conducta anormal a menudo progresa con rapidez, produciendo nueva y valiosa información en periodos de tiempo relativamente cortos.
 - c. Los tratamientos biológicos (sobre todo los psicofarmacológicos) han proporcionado aportaciones significativas en la terapia de los trastornos mentales.
 - d. Una de sus aportaciones más importantes son las clasificaciones de los trastornos mentales [DSM III-R, (APA, 1987) y DSM- IV, (APA, 1994)].
-

Sin embargo, este modelo adolece de diversos problemas, entre ellos:

- a. Postula que todo trastorno mental puede explicarse en términos biológicos, cayendo en un reduccionismo que ignora la influencia de variables psicológicas y sociales.
- b. Muchas veces, ha fracasado a la hora de encontrar una causa biológica a los trastornos psicológicos. Siendo muy improbable como en el caso de las fobias, que exista ésta (Rosenhan y Seligman, 1984).

3.3.2. *El modelo conductual*

Frente a las limitaciones del modelo médico surge como alternativa el paradigma conductual, que se perfila más explicativo y útil que el enfoque biológico. El supuesto básico de este modelo es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en el contexto social.

Del enfoque conductista inicial surgen diferentes formulaciones. Así, autores como Kazdin (1983, 1991) distinguen tres enfoques u orientaciones conceptuales dentro del modelo conductual: *el análisis conductual aplicado, el enfoque E-R neoconductista y el enfoque cognitivo conductual*. Sin embargo, otros autores engloban orientaciones basadas en el *aprendizaje social* (Carrobes, 1985; Cruzado, Labrador y Muñoz, 1993; Mayor y Labrador, 1984; Olivares Méndez y Maciá, 1997; Wilson y Franks, 1982), al considerar que esta última orientación presenta unas características propias que permiten individualizarla y presentarla como una variable en sí misma y, por tanto, no subsumible dentro de la modificación de conducta cognitiva. Estos cuatro enfoques se pueden agrupar entre sí atendiendo: 1) al tipo de proceso de aprendizaje resaltado (clásico u operante); 2) a la importancia asignada a las variables cognitivas, y 3) a la consideración del organismo como agente causal o pa-

sivo (Carrobles, 1985; Echeburúa, 1993; Olivares y cols., 1997).

Según se adhieran a las tres características anteriores, Pelechano (1981) habla de un continuo que nos ayudaría a ordenar más adecuadamente estos enfoques. Teniendo en cuenta ese continuo, existiría una alternativa *continuista* y otra *rupturista*. La primera alternativa englobaría dos enfoques: a) aquellos que seguirían los principios skinnerianos, denominados por Pelechano *continuismos radicales* o *modelo no mediacional* según Mahoney (1974); b) una serie de enfoques en la que se admiten variables no observables directamente y que podrían regirse por los principios del aprendizaje. Estos constituirían los *enfoques continuistas mediacionales*, según Pelechano, o el *condicionamiento encubierto*, según Mahoney. En este último se distinguen tres desarrollos atendiendo a que sigan el modelo pavloviano, el operante o uno mixto entre los dos anteriores. Los dos enfoques que se englobarían en esa alternativa continuista serían el *análisis conductual aplicado* y el *enfoque neoconductista*.

Las características más destacadas de ese tránsito del continuismo radical al continuismo mediacional son: 1) Su inicio se sitúa en la psicología animal o de laboratorio; 2) los procesos de cambio de conducta se entienden como procesos de aprendizaje centrados tanto en el modelo pavloviano como operante, aunque se observa un dominio del modelo skinneriano en cuanto a las técnicas de aplicación se refiere.

En el otro extremo del continuo del que venimos hablando se encuentra la alternativa *rupturista*, que estaría fundamentada en una tradición de la psicología humana experimental, aunque con escasa o nulas relaciones con el conductismo. Además, esta alternativa se caracteriza por una menor homogeneidad, vertebración teórica y evidencia experimental. En esta alternativa se entremezclan el *modelo de aprendizaje social* y el *cognitivo conductual*. En cuadro 2, podemos observar una síntesis

de los diferentes enfoques y técnicas, tanto del continuismo como de la alternativa rupturista.

3.3.2.1. Críticas a la perspectiva conductual

Pese a la incuestionable contribución del modelo conductual a la hora de explicar científicamente el desarrollo de la conducta anormal y de contribuir de modo efectivo a solucionarla, ésta presenta algunas lagunas.

La premisa de que el ambiente es determinante del comportamiento anómalo choca de lleno con la evidencia de que en algunos trastornos juega un papel importante la herencia (es el caso de la esquizofrenia).

Otro de los puntos débiles de este modelo es la tendencia a hipersimplificar los comportamientos. Así, cuando se trata de explicar conductas complejas donde se presume que intervienen *variables mediadoras* (cogniciones) este enfoque fracasa.

Por último, en el terreno de lo aplicado, la modificación de conducta fracasa a la hora de explicar qué procesos están implicados en la generalización de respuestas a las distintas situaciones, tampoco parece aclarar qué procesos están implicados en el mantenimiento de los logros alcanzados.

Compartimos la idea de Belloch y cols. (1995), que aún asumiendo la existencia de planteamientos tan distantes como el análisis funcional de conducta de Skinner (1938) y el modelo mediacional de Eysenck (1964), Rachman (1963) y Wolpe (1958), la principal fuente de desestabilización del modelo conductual es la necesidad de incluir los procesos cognitivos como elementos esenciales del modelo; idea ésta ya apuntada por Breger y McGaugh (1965).

Tabla 2.- Adscripciones teóricas y procedimientos ilustrativos del modelo conductual (modificado de Pelechano, 1981, p.59).

		ENFOQUE	TÉCNICAS
	Radical	Análisis Aplicado de la Conducta	Reforzamiento positivo, manejo de contingencias, reforzamiento negativo. Moldeamiento, encadenamiento, economía de fichas.
CONTI- NUISMO			
		Modelo Pavloviano	Desensibilización sistemática; imágenes emotivas.
	Mediacional	Modelos mixtos	Recondicionamiento orgásmico, cambio de foco atencional.
		Modelo operante	Control de operantes encubiertos, detención del pensamiento, sensibilización encubierta, reforzamiento encubierto, extinción encubierta.
		Modelos de autocontrol y procedimientos de autodirección.	Técnicas de Autocontrol.
	Conservador	Uso sistemático del aprendizaje observacional.	Procedimientos de modelado, entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales.
RUPTU- RISMO			
	Rupturismo progresivo y radical	Impacto de la psicología del pensamiento.	Solución de problemas, reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, coping skills.
		Apertura hacia los modelos de la psicología social: teoría de la reactancia, teoría de la disonancia, teoría de la atribución.	
		Modelos constructivistas/construccionistas.	

3.3.3. *El modelo cognitivo*

Al hablar del modelo cognitivo hacemos referencia a un modelo centrado en la actividad humana y sus productos (el conocimiento). Como ya dijimos en el apartado anterior, desde esta perspectiva el hombre pasa a ser autoconsciente, activo y responsable.

La psicología cognitiva recurre a la utilización de informes introspectivos, registros psicofisiológicos, datos comportamentales, etc., para establecer inferencias sobre los procesos de conocimiento.

En un primer momento puede afirmarse que el objetivo básico de la psicología cognitiva es el análisis de las estructuras y los procesos de conocimiento que controlan la aparición de comportamientos y las experiencias extrañas y anómalas, y no tanto las conductas anormales en y por sí mismas (Ibáñez, 1982).

Como explica Belloch (1987), esta perspectiva critica concepciones reflejas, automáticas y predeterminadas que subyacen en otros modelos y perspectivas, tales como el conductista, el biomédico o el psicodinámico, sobre la base de argumentos tipo (Giora, 1975): el sistema nervioso central es, fundamentalmente, un sistema que procesa información, esto es, que la recibe, la selecciona, la transforma, la almacena y la recupera.

En cuanto a la metodología, pugna por la utilización preferente de las técnicas y modos propios de la psicología cognitiva (tanto de la experimental como de la social y de la personalidad), cuyos hallazgos, teorías y conclusiones se van a tomar como punto de partida y como referente último de las anomalías. En este sentido, la psicopatología se configura como un área de investigación básica, cuyo objetivo es estudiar primero cómo funcionan los procesos cognitivos anómalos; o, si se prefiere, las anomalías que se producen en los procesos de cono-

cimiento de las personas. Y segundo, cuáles son los contenidos de esos procesos anómalos, qué información manejan.

A modo de resumen, para Belloch (1987) los principales postulados del modelo cognitivo en el contexto de la Psicopatología serían los siguientes:

- a. En lugar de hablar de conductas anormales o de enfermedades mentales, se prefieren términos más amplios, como los de “experiencias inusuales o anómalas” (Reed, 1988), o “disconformidad” (Hampson, 1982), conceptualizados como actividades mentales (y sus concomitantes físicos y o comportamentales), que no son los que experimentan y/o exhiben la mayoría de las personas en iguales o similares situaciones y/o circunstancias.
 - b. Para poder afirmar que una persona tiene una forma inusual de experimentar un hecho o una situación, es necesario hacer una referencia a los fenómenos subjetivos, cuyo conocimiento depende de la introspección y de los subsiguientes informes verbales que nos proporcione esa persona. En consecuencia interesa tanto *el cómo* se elabora la información (forma), como *el qué* se elabora (contenido).
 - c. El objetivo de la investigación psicopatológica es el estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalos, ya sea en situaciones naturales o artificiales (de laboratorio). Los procesos cognitivos incluyen no sólo los típicamente considerados como tales por la psicología experimental (atención, percepción, memoria, pensamiento, etc.), sino también los motivos, afectos y sentimientos, ya que todos ellos forman parte por igual de la estructura del conocimiento y participan en su adquisición y transformación.
 - d. La salud mental se puede definir sobre la base de tres parámetros (Giora, 1975) que deben estar en constante correlación y cooperación, estos son: a) habilidad para
-

adaptarse a las demandas externas y/o internas; b) que debe estar contrabalanceada por las tendencias de actualización, es decir, por la búsqueda constante de novedades y renovación; y c) sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación, ya que “vivir es tomar decisiones”.

3.3.3.1. Críticas al modelo cognitivo

Pese a lo expuesto, sería absurdo pensar que existe un planteamiento unitario sobre los postulados que acabamos de describir. Entre otras cosas porque, como se comentó antes, tampoco existen planteamientos unitarios sobre la psicología cognitiva. Para Ibáñez (1980, 1982) es realmente difícil, y puede que hasta equívoco, hablar de la existencia de un *modelo cognitivo* de la Psicopatología. Lo que hasta ahora tenemos son modelos cognitivos sobre determinados trastornos o grupos de trastornos (depresión, ansiedad, esquizofrenia), sobre experiencias anómalas específicas (alucinaciones, delirios), sobre anomalías en algunos de los procesos de conocimiento (atención, percepción, memoria), o en sus contenidos (atribuciones, categorías), y/o en las estructuras superiores de control (conciencia, sí mismo). Esos modelos se basan en datos, obtenidos mediante procedimientos experimentales y de observación de muy variada naturaleza y validez. Para este autor, quizás sea pronto para hablar de un modelo cognitivo de la psicopatología. Quizás fuera más razonable hablar de una psicopatología cognitiva.

3.3.4. *Modelo cognitivo-conductual*

El avance de la terapia de conducta ha estado promovido por la inclusión de los procesos cognitivos a partir de los años setenta (Kazdin, 1978). El individuo, desde este enfoque, pasa a tener un papel más activo, ya que incluye otros procesos internos (percepción, interpretación y comprensión del ambiente) como elementos decisivos en el desarrollo de comportamientos anómalos. Así, tiene lugar una interacción entre el comporta-

miento, procesos cognitivos (en los que se incluyen creencias, normas y expectativas) y el ambiente. Desde esta perspectiva, todos y cada uno de los factores han de tenerse en cuenta para llegar a comprender y abordar la conducta anormal.

Para Rachman (1991) el condicionamiento es un proceso altamente flexible y funcional. Para Belloch y cols. (1995) éste se ha ido acercando cada vez más a la psicología cognitiva, hasta el punto que ya no se centra en la asociación entre estímulos, sino que hace hincapié en las relaciones de información (p.e., aprendizaje de relaciones entre sucesos).

3.4. Modelos teóricos y práctica clínica

A lo largo de la historia de la psicopatología han sido muchas las perspectivas teóricas sobre la conducta anormal que han dado origen a igual número de modelos (médico, humanista, existenciales, sociales, culturales, cognitivos, conductuales, etc,...). Esta multiplicidad de enfoques ha servido más, para crear confusión, que para formar una idea coherente sobre el concepto de esta disciplina. Algunos autores, no obstante opinan que la conducta psicopatológica es algo tan complejo que difícilmente puede ser explicado con un solo modelo, sea éste cual sea (Belloch y cols., 1995).

Esto es quizá el resultado del desajuste entre los planteamientos teóricos y la realidad clínica. Así Lazarus (1981) definía esta situación como ***ecléctismo técnico*** (citado por Franks, 1991); este autor mantenía que *si bien un científico no debe ser ecléctico, un clínico no debe permitirse el lujo de no serlo*.

Así parece que, en lo que se refiere a los trastornos mentales, la propuesta más razonable es la del acercamiento multidisciplinar. En este sentido, Willerman y Cohen (1990) afirman que cada modelo teórico de la psicopatología en realidad es un conjunto de enunciados que explican algunos, pero no todos los aspectos de la anormalidad.

Con todo, se hace necesario al menos un acercamiento metodológico. Así, en la actualidad, tanto los psicopatólogos conductuales como los cognitivos emplean frecuentemente en investigación el sistema categorial vigente de clasificación y diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría³(APA). Este sistema ha recibido profundas modificaciones respecto de las primeras ediciones (en su elaboración participan psicólogos conductuales, los criterios de diagnóstico se establecen fundamentalmente sobre la base de conductas observables directa o indirectamente, es estrictamente descriptivo y no implica asunciones teóricas). Sin embargo y aún así, no podemos olvidar que nace en el seno del modelo médico y esto parece ser una barrera a la hora de acercar posiciones.

En este sentido, la APA ofrece una visión más realista y adecuada del objeto de la psicología y ciencias afines en su última clasificación de los trastornos mentales DSM-IV (APA, 1994). En esta versión aparece la definición de amplio espectro de dichos trastornos, sin apelar al concepto muchos más restrictivo y de difícil apoyo de “enfermedad” (Vázquez, 1990). Los trastornos mentales son definidos como:

“... un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativos que aparece en una persona y que se asocia con un malestar (un síntoma doloroso) o discapacidad presente (deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento) o con un riesgo significativamente mayor de muerte, dolor, discapacidad, o una pérdida importante de libertad. Además, este síndrome, o patrón, no debe ser meramente una respuesta esperable ante un suceso particular como, por ejemplo, la muerte de un ser amado. Cualquiera que sea su causa original, debe ser actualmente considerado como una disfunción conductual, psicológica o biológica de la persona. Ni la conducta desviada (por ejemplo, política, religión o sexo), ni los conflictos que se sitúen básicamente en el individuo y la sociedad, son alteraciones

³ Nos estamos refiriendo a las últimas versiones del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-III, (APA, 1980); DSM-III-R, (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994)].

son alteraciones mentales a menos que la desviación o el conflicto sean un síntoma de una disfunción de la persona, en el sentido indicado más arriba.” (APA, 1994; p. 12).

Esta parece ser la definición más completa de lo que hasta ahora hemos denominado conducta anormal. Se ha conseguido a través de ella aproximar posturas entre autores de diferentes corrientes y es la que en estos momentos más se utiliza. Nosotros, a lo largo de nuestro trabajo, nos referiremos a esta definición cuando hagamos alusión al comportamiento anormal, trastorno mental o trastorno psíquico.

3.5. Conducta anormal y enfermedad mental

Una última consideración en este intento de conceptualizar la conducta anormal hace referencia a la diferencia entre anormalidad y salud mental. La OMS, ya en 1946, señala que la salud no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades sino, además, bienestar psíquico, físico y social (Muñoz, 1980). Así, la Federación Mundial para la Salud Mental en 1962 define ésta como un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo de la persona en la medida que no perturbe el desarrollo de sus semejantes. Pero es en la Conferencia de la OMS de Alma Ata (1977) donde se define de manera oficial la salud como *“un estado de bienestar físico, mental y social, y no consistente sólo en la ausencia de enfermedad”*. Para Peñate (1997), esta definición contiene una serie de elementos que conviene subrayar:

- a. La salud no se define negativamente como “ausencia de enfermedad”, sino positivamente como un estado de bienestar personal y social, como un estado en el que el individuo pueda desarrollarse e integrarse en las mejores condiciones de normalización.
 - b. El añadir a los aspectos biológicos los componentes psicológicos y sociales hace que la salud no sea parcela exclusiva del sistema sanitario, sino que debe incluirse co-
-

mo uno de los objetivos de política social de un país, ampliando los criterios definitorios de estados de salud.

- c. La determinación social y psicológica de la salud hace que no se pueda establecer un patrón único de salud biomédicamente determinado, sino que se deben tener en cuenta la inserción del individuo en distintas culturas y contextos y la propia disposición subjetiva de cada uno.
- d. El que no se pueda disponer de un patrón único no debe ser un obstáculo ni una disculpa para plantearse objetivos de salud. La propia OMS sostiene una estrategia incrementalista de carácter genérico, pero muy explícita:
 - Añadir más años a la vida (disminuir la mortalidad prematura y aumentar, por consiguiente, la esperanza de vida).
 - Añadir más salud a la vida (desarrollar programas de prevención de accidentes, reducir el riesgo de enfermedades, reducir las probabilidades de padecer minusvalías y discapacidades).
 - Añadir más vida a los años (programas de desarrollo integral del ser humano, atendiendo al desarrollo de sus capacidades, la mejora de su entorno personal y social, con especial atención al laboral).

Según este autor, para los dos primeros criterios, los sistemas de salud de los distintos países no parecen tener grandes problemas para evaluar los progresos conseguidos. Sin embargo, sí aparecen problemas para el tercero. Así por ejemplo, ¿cómo se valora el progreso de *dar más vida a los años?*, ¿coincide con los criterios de calidad de vida?. Esto es realmente importante en él se fundamenta el nuevo concepto de salud elaborado por el organismo internacional.

Para Peñate (1997), ese tercer objetivo de salud permite que se pueda entender la salud como algo distinto de la sanidad, del sistema sanitario. Así, señala cinco ámbitos en relación con la salud, gran parte de ellos desarrollados por Lalonde (1974):

- a. La biología humana.** Se trata de los condicionantes y determinantes provenientes estrictamente de la constitución orgánica del individuo. Este era el acercamiento tradicional: cuando el sistema biológico se alteraba y descompensaba había que tratar de compensarlo.
 - b. El medio ambiente.** En este caso se trata de los condicionantes debido a situaciones o cambios en el medio físico.
 - c. El contexto socio-laboral.** Se trataría de identificar las fuentes de estrés y de las condiciones laborales, familiares y comunitarias que tienen que ver con la igualdad de oportunidades y la disponibilidad y accesibilidad de una serie de recursos sociales en el medio en el que se desenvuelve. El que se disponga de trabajo o no, que se tenga un cierto nivel de ingresos necesarios para llevar a cabo una vida digna, el disponer de escuelas, posibilidades de actualización, etc., son condiciones que afectan a los estados de salud.
 - d. Las características personales y los estilos de vida.** Este ámbito hace referencia a la existencia de determinadas características y modos de afrontar la vida que tienen que ver con el nivel de vulnerabilidad para padecer una crisis de salud.
 - e. La sanidad.** Por último, el ámbito tradicional para la salud es el sistema sanitario. Con carácter general, la existencia de dispositivos de salud, humanos y de infraestructura, su dimensionalización, la idoneidad de los mismos, su calidad y su accesibilidad tienen que ver con el nivel de salud de una población.
-

La existencia de esos cinco ámbitos hace que, entre otras razones, se piense en una visión interdisciplinar de la salud, donde a las disciplinas tradicionales (la medicina y la biología), se les une la ecología, la sociología, la economía o la psicología. Es en este sentido, especialmente para los aspectos recogidos en el contexto socio-laboral y en las características personales y los estilos de vida, donde la psicología entra a formar parte de los campos de salud, en contextos alejados de la salud mental en sentido estricto (Peñate, 1997).

Así, para Vázquez (1990) la tendencia futura de la psicología clínica y la psiquiatría se centrará cada vez más en ocuparse del “*vivir óptimo*” (Rosenhan y Seligman, 1984) que de lo patológico. Los objetivos, pues, de estas disciplinas pasarán de centrarse en lo patológico a cubrir de modo progresivo el campo de la salud (es decir, la mejora de hábitos de vida, la optimización de recursos personales, la prevención de trastornos, etc.). Esta tendencia se sustentará en un mayor compromiso social y político, abandonando la estrategia actual consistente en *esperar* la aparición de la patología para intentar reducirla terapéuticamente.

4. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

4.1. Enfermedad y diagnóstico

La *nosología* tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades (en nuestro caso los trastornos mentales). La clasificación se plantea para facilitar el diagnóstico, que es básico en el trabajo del psicólogo clínico. A la afirmación de que sin diagnóstico no hay clasificación posible, parece también lógico señalar, que sin clasificación, el diagnóstico estaría sujeto, cuando menos, a cierta ambigüedad que, sin duda, dificultaría los objetivos del mismo. Recordemos que, en este sentido, Cooper (1983) y Nurcombe y Gallagher (1986) definían el diagnóstico como el proceso (y los procedimientos anejos a él) que, tomando como base la cuidadosa observación de las características clínicas de un enfermo; y en la recogida de una serie de informaciones relevantes procedentes de diversas fuentes, permite *etiquetar* la condición clínica (poner nombre a la enfermedad) y formular hipótesis en torno a su etiología y patogenia, orientando así al profesional a la adopción de un tratamiento adecuado y, en su caso, posibilitando una estimación pronóstica bien informada.

Parece claro pues que el clínico necesita de un sistema taxonómico en el que basar su trabajo. Pero es que, además, de los beneficios de un diagnóstico correcto, la clasificación responde a ineludibles necesidades administrativas y financieras (Alarcón, 1991), a las que nosotros añadimos las de la planificación.

En psicología, el esfuerzo por clasificar los trastornos mentales responde a la evaluación de parámetros relativamente inconexos, tales como el curso clínico, historia familiar, respuesta al tratamiento o resultados de tests psicológicos (Garfield, 1986). Las unidades de observación (síntomas y signos) son insuficientes si se aplican estrictos parámetros taxonómicos (Sokal y Sneath, 1963).

Estas unidades básicas, para llevar a cabo el diagnóstico, podrían estar basadas en tres tipos de observaciones: subjetivi-

vas del paciente (síntomas), subjetivas del que examina (signo) u objetivas (pruebas clínicas).

Definir pues una enfermedad mental implica llevar a cabo un examen del individuo en busca de síntomas y signos o realizando pruebas complementarias y comparando posteriormente estas observaciones con criterios diagnósticos. Así, las características de un trastorno mental (definidas por los signos, síntomas y resultados de pruebas objetivas) constituyen los criterios diagnósticos, que nos van a permitir determinar si una persona puede ser clasificada o no como enferma.

4.1.1. Objetivos de los sistemas clasificatorios

A raíz de lo dicho anteriormente parece desprenderse que los **objetivos básicos** de las categorías en cualquier sistema clasificatorio son:

- a. La estructuración de los datos.
- b. Suministrar la máxima información con el mínimo esfuerzo.

Partiendo de estos objetivos de las clasificaciones psicopatológicas se derivan una serie de ventajas entre las que Blashfield (1986) destaca: 1) la aportación de una nomenclatura y terminología común que facilite la comunicación y favorezca la fiabilidad. 2) Servir de base acumulativa de documentación e información sobre cada categoría clínica. 3) Suministrar información descriptiva de cada una de las entidades clínicas básicas. 4) Permitir hacer predicciones desde una perspectiva longitudinal. 5) Suministrar los conceptos básicos para hacer formulaciones teóricas.

Hersen (1988), además, añade que las clasificaciones psicopatológicas deben responder a diversos propósitos de naturaleza científica y también política, como son: 1) La organización de comportamientos y síntomas. 2) La comunicación entre investigadores y clínicos. 3) La determinación del tratamiento o

procedimiento terapéutico aplicable a cada categoría diagnóstica. 4) La determinación del estatus legal del paciente en base al funcionamiento y competencia. 5) La determinación del reembolso económico a profesionales que prestan servicios por parte de los seguros sanitarios o agencias externas.

4.1.2. Clasificaciones categoriales versus dimensionales

Al planificar este trabajo, nos planteamos qué método debíamos emplear en la clasificación de la conducta anormal, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto. En este sentido, recordemos que Skinner (1981), señala la posibilidad de seguir tres modelos básicos de clasificación: categorial, dimensional e híbrido.

El **modelo categorial** asume que el comportamiento anormal es cualitativamente diferente al normal. Se basa fundamentalmente en variaciones estructurales.

Para Lorr (1986) las principales ventajas de los modelos categoriales radican fundamentalmente en que facilitan la comunicación, responden mejor a las exigencias organizativas de instituciones asistenciales, así como a las exigencias en la planificación de servicios y la realización de estudios epidemiológicos.

Para Lemos (1995) contribuyen a definir el perfil psicológico de una persona al integrar diversos elementos en una única configuración, además de constituir un estándar de referencia establecido entre clínicos.

Sin embargo, según los autores antes mencionados los inconvenientes de este tipo de modelo radican en que pueden llevar a pensar que los procesos psicopatológicos son entidades discretas. Por otro lado, se corre el riesgo de incluir en una categoría un trastorno que no responde exactamente a esa etiqueta. Relacionado con esto, la necesidad de que las conduc-

tas respondan a las características preestablecidas hace que se pierda información.

Se generan categorías mixtas o “cajones de sastre”, a raíz de la imposibilidad de incluir a los sujetos en una categoría, por no poder cumplir con todos los criterios. Esto pone de relieve que el número y diversidad de categorías suele ser muy inferior al de las diferencias interindividuales apreciadas en la práctica clínica.

El ***modelo dimensional***, por otro lado, estima que la diferencia entre conducta anormal y normal viene representada por los polos opuestos de un continuo, la diferencia entre ambos es de grado y el límite difuso (Báguena y Belloch, 1985).

Los modelos dimensionales nos permiten combinar diversos atributos a través de una representación multifactorial y esto hace que la pérdida de información sea mínima. Asimismo, facilitan la asignación de casos atípicos. Favorecen la interpretación de la psicopatología y la normalidad como extremos de un continuo. Permiten apreciar con mayor fiabilidad los cambios experimentados por los individuos, ya sean espontáneos o como consecuencia del tratamiento.

En su contra podemos comentar la dificultad en la decisión y el acuerdo respecto a cuál debe ser el número de dimensiones necesarias para representar los problemas psicológicos. Este tipo de modelo, además, utiliza gran cantidad de dimensiones que dan lugar a esquemas complicados que requieren una representación geométrica o algebraica de las mismas (Lemos, 1995).

La distinción categorial (cualitativo) y dimensional (cuantitativo) pueden combinarse dependiendo del trastorno que se quiera estudiar, dando lugar a los *modelos híbridos*. En estos modelos normalmente se parte de una primera formulación categorial en la que se recogen rasgos y atributos del fenómeno que se pretende clasificar y, en segundo lugar, se lleva a cabo una diferenciación cuantitativa de estos rasgos con el objetivo

de establecer los diferentes grados de relevancia clínica. Skinner (1981) denomina a estos **modelos clase-cuantitativos**.

Teniendo en cuenta las características de nuestro trabajo (un estudio epidemiológico descriptivo) hemos optado por utilizar los sistemas clasificatorios vigentes en psicopatología como referentes diagnósticos. Estos sistemas se derivan de modelos categoriales que han ido evolucionando con el paso del tiempo. En el siguiente apartado haremos un breve repaso a esta evolución, que nos ayudará a justificar nuestra elección.

4.1.3. *Desarrollo de las clasificaciones modernas en psicopatología*

Los antecedentes próximos de las clasificaciones psiquiátricas actuales habría que buscarlos en Alemania. Griesinger (1818-1868), Westphal (1833-1890) y Kalhbaum (1828-1899) son los ejes por los que pasa la construcción de la nosología moderna antes de aparecer la obra de Kraepelin (1855-1926). Griesinger cerró el capítulo de la especulación sobre la naturaleza y origen de los trastornos nerviosos dando lugar a la llamada *revolución somatista*, de la que derivarían dos tendencias: una incidiría directamente en la vertiente anatomopatológica; y otra que, ante las insuficiencias del modelo, optará por una interpretación eminentemente clínica de las manifestaciones observables en los enfermos, prescindiendo de criterios etiológicos. Westphal es el representante de la primera corriente que derivó hacia la actual neurología y neuropsicología, y Kalhbaum representa a la vertiente clínica, siendo antecesor directo de Kraepelin. Las seis ediciones del *Compendio de Psiquiatría* de Kraepelin, publicadas entre los años 1883 y 1899, encarnan un proceso de evolución hacia un modelo en el que se distingue entre alteraciones constitucionales y adquiridas, y en el que particularmente se sientan las bases de los grandes síndromes psicóticos funcionales que aún hoy se manejan. Kraepelin define las alteraciones en términos de “complejos sintomáticos” y no de enfermedades (Lemos, 1995).

4.1.3.1. Las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades (CIE)

Los antecedentes de la clasificación oficial de la OMS hay que encontrarlos en la obra de Jacques Bertillon, director del servicio de estadística de París, quien en 1893 presentó al Congreso del Instituto Internacional de Estadística celebrado en Chicago una nueva Nomenclatura de Enfermedades que era el resultado de una refundición de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza. El propio autor coordinó las revisiones realizadas en los años 1900, 1910 y 1920; y fue la OMS el organismo que se hizo cargo de las revisiones posteriores de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de 1929 (4^º revisión o CIE-4) y de 1938 (5^º revisión o CIE-5), manteniendo la estructura anterior e incluyendo solamente las enfermedades que eran consideradas causa de defunción e invalidez.

En la 6^a revisión o CIE-6 (OMS, 1948) se incorporó por primera vez un capítulo específico para las enfermedades mentales (capítulo V), que se mantuvo hasta la 9^a revisión, organizado en tres secciones: a) psicosis, b) trastornos psiconeuróticos, y c) trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia. La CIE-6 apenas fue utilizada en los EEUU debido a la ausencia de alteraciones como la demencia, trastornos de la adaptación y muchos trastornos de la personalidad.

La 7^a revisión o CIE-7 (OMS, 1955) apenas introdujo variaciones respecto a la edición anterior. La aceptación internacional de dichas versiones del sistema CIE fue, sin embargo, escasa. De hecho, hacia 1959 solamente cinco países miembros de la OMS (Finlandia, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Perú y Tailandia) habían adoptado el sistema CIE, siendo necesario llegar al CIE-8 (OMS, 1967) para lograr cierto consenso. En esta edición, por primera vez se incorporó un glosario para definir cada una de las principales categorías clínicas, cuyo propósito fue el desarrollar un lenguaje común y lograr una mayor fiabilidad diagnóstica. Las alteraciones quedaron organizadas en: a)

psicosis, b) neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos, y c) oligofrenia (Lemos, 1995).

La décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992) contiene 21 capítulos. En el capítulo F se clasifican los trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los trastornos del desarrollo psicológico. En 1989 fue aprobado el texto básico por la mayoría de los ministros de sanidad, de los más de 140 países miembros de la OMS; y en 1990 la Asamblea Mundial de la Salud acordó su introducción en los estados miembros a partir del 1 de enero de 1993.

Para la elaboración del capítulo F, cuyo primer borrador salió a la luz en 1986, fue necesario llevar a cabo diversos estudios de campo, realizados en 37 países con la participación de numerosos clínicos y en varios idiomas simultáneamente. En dicho capítulo se acordó desarrollar los siguientes documentos: 1) un *glosario breve* o texto básico en el que se contienen los códigos numéricos, los títulos y una escueta descripción de las categorías, y con el que deberían hacerse compatibles todos los glosarios nacionales, para su inclusión en los volúmenes generales CIE-10, con el fin de servir de guía a los administradores y codificadores sin entrenamiento clínico; 2) una *guía diagnóstica clínica* (libro azul), diseñada para el uso diario de los especialistas, con la descripción de las características clínicas que sirven de base para el diagnóstico de cada trastorno; 3) los *criterios diagnósticos para la investigación (RDC-10)* (libro verde), derivados del documento anterior y formulados de forma más precisa y descriptiva; 4) *versiones abreviadas* para su utilización en la atención primaria y medicina general; y 5) un *sistema multiaxial*, con ejes principales de carácter físico, psiquiátrico y de personalidad, además de otros complementarios.

En general, apenas existen diferencias entre el capítulo V de la CIE-9 y el capítulo F de la CIE-10, siendo éste una ampliación y subdivisión de la estructura anterior. Mientras la CIE-9

describía los trastornos mentales en 30 categorías (290-319), la CIE-10 incluye un centenar. Se abandona, sin embargo, la diferencia entre psicosis y neurosis como principio organizador, y se utiliza ampliamente el término *trastorno*.

La CIE sigue siendo una clasificación descriptiva y no etiológica, al igual que las versiones precedentes o los sistemas DSM, aunque implícitamente la etiología forme parte de la organización de una manera muy básica, en términos de origen orgánico, relacionado con sustancias o relacionados con estrés.

4.1.3.2. Las versiones DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Con objeto de resolver la caótica situación en la que estaba inmersa la psicopatología, y para generar una alternativa a la 6ª Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-6), la American Psychiatric Association (por aquella época Comité on Statistics of the American Medico-Psychological Association) dio forma al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) (APA, 1952), cuyas categorías diagnósticas se organizaron en torno al concepto de *reacción* de Adolf Meyer (1866-1950). Este autor concebía los trastornos mentales como reacciones a los problemas de la vida y a las dificultades que afectan al individuo. Meyer se había situado inicialmente en la órbita de la psiquiatría alemana del siglo XIX que representaba Griesinger (1818-1868), de orientación claramente biologista en cuanto a las explicaciones sobre el origen cerebral de estos trastornos.

La edición DSM-II (APA,1968) también fue el resultado de la insatisfacción existente con el sistema CIE, especialmente debido al desacuerdo con algunas distinciones y omisiones de los problemas clínicos, así como el uso de términos no aceptados en la psiquiatría americana. El DSM-II abandonó la noción de *reacción*, dando lugar a las críticas formuladas por Karl Menninger, quien concebía los trastornos como niveles diferentes

de organización psicológica que podrían ser ordenados en una sola dimensión continua de organización *versus* desorganización psicológica, en sintonía con los puntos de vista defendidos por su padre William Menninger (Menniger, Mayman y Pruyser, 1963). El sistema DSM-II recibió críticas de muchos autores por la falta de un principio organizador general y por la vaguedad en la definición de las categorías. Tras la publicación del DSM-II comienza el interés en la psiquiatría americana por la validación empírica de los diagnósticos.

4.1.3.2.1. La corriente Neo-Kraepeliana

En la década de los años setenta se experimenta en EEUU un renacer del interés por la obra de Kraepelin, por la observación, la investigación biológica y la clasificación científica de los trastornos mentales, siguiendo los pasos del médico alemán. El movimiento, calificado de *neo-kraepeliano* por Klerman (1986), se articuló en torno a los conceptos expresados por el influyente manual de Mayer-Gross, Slater y Roth (1954), muy críticos con las escuelas psicodinámica, interpersonal y social.

Una de las primeras y principales aportaciones de este movimiento fue la publicación de los Criterios Feighner (Feighner Criteria), realizada por varios autores del grupo de St. Louis (Feighner y cols., 1972), prototipo de un sistema taxonómico basado en las definiciones de las categorías diagnósticas más frecuentes. Intentando mejorar la fiabilidad y validez de varios trastornos, los autores describieron detalladamente los criterios de inclusión y exclusión necesarios para diagnosticar las 16 alteraciones siguientes: esquizofrenia, depresión, manía, trastornos afectivos secundarios, neurosis de ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis fóbica, histeria, trastorno de la personalidad antisocial, alcoholismo, dependencia de drogas, retraso mental, síndrome orgánico cerebral, homosexualidad, transexualismo y anorexia nerviosa. Los Criterios Feighner no pueden entenderse como operacionales, por cuanto no especifican las operaciones a realizar para formar juicios clínicos. Los criterios Feighner fueron objeto de diversos análisis comparati-

vos con las clasificaciones DSM anteriores para determinar el nivel de fiabilidad, demostrando una importante mejora en este sentido, aunque a expensas de una menor amplitud, que daba lugar a que una buena parte de los pacientes diagnosticados, mediante las categoría DSM-II, no se ajustaran a los criterios de las categorías correspondientes a los criterios Feighner (Lemos, 1995).

La segunda aportación fue el desarrollo de los Criterios Diagnósticos de Investigación (Research Diagnostic Criteria, RDC) (Spitzer, Endicott y Robins, 1975,1982), éstos incluyen la definición de 25 categorías o trastornos clínicos. Los RDC se mueven en el terreno descriptivo, evitando entrar en explicaciones etiológicas, y básicamente delimitan una sintomatología fundamental, una sintomatología asociada y unos criterios de exclusión para todas y cada una de las entidades diagnósticas recogidas. Los criterios específicos hacen referencia tanto a síntomas como a duración, curso de la enfermedad, nivel de gravedad o afectación. Para algunos diagnósticos, un patrón de síntomas sólo tiene significación clínica si persiste más allá de un tiempo determinado. Los RDC rompen, hasta cierto punto, con la terminología tradicional al prescindir de los conceptos de neurosis o psicosis, desapareciendo la referencia a “enfermedades” para hablar de “trastornos”.

4.1.3.2.2. Las versiones DSM-III

La tercera edición de la clasificación oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-III (APA, 1980), no fue más que la extensión de los principios adoptados en los Criterios Feighner y RDC a un número más amplio de entidades diagnósticas. La edición del DSM-III, que fue precedida de diversos estudios financiados por el Instituto Nacional de Salud Mental norteamericano (National Institute of Mental Health, NIMH), supuso un importante cambio con respecto a las dos versiones anteriores. Uno de los más importantes fue la supresión de términos antes frecuentes bajo la justificación de dar lugar a un sistema atóxico y descriptivo.

Otro importante cambio, ya ensayado en los criterios Feighner y RDC, fue la definición de todas las categorías diagnósticas mediante criterios explícitos, tanto de inclusión como de exclusión. En el DSM-III se establecen criterio de exclusión en el 60% de los trastornos, cuya utilidad no fue empíricamente bien documentada (Boyd y cols., 1987).

El uso de criterios diagnósticos operativos responde al deseo de hacer más objetiva la clasificación clínica, de facilitar la cuantificación de los fenómenos tanto observables como inferidos, así como la investigación farmacológica, mediante técnicas experimentales o cuasi-experimentales. Con excepción de la categoría de trastornos orgánicos, cuya etiología está relacionada con alteraciones en el sistema nervioso central, los criterios generalmente se basan exclusivamente en signos, síntomas y rasgos observables o inferidos y no en explicaciones o modelos etiológicos. Los creadores del sistema declaran, no obstante, que las definiciones basadas en datos fenomenológicos no expresan la renuncia al ideal de una clasificación basada en factores causales, sino que se trata de una decisión heurística provisional, en tanto no sea posible establecer bases etiológicas claras (Lemos, 1995).

Un tercer cambio fue la introducción de un sistema diagnóstico multiaxial con el propósito de organizar la información relativa a diversas facetas de cada trastorno. La utilización de varios ejes proporciona una descripción de pacientes en un determinado número de parámetros. El DSM-III incluye tres ejes categoriales o tipológicos (los ejes I, II y III, en donde se engloban los trastornos mentales, los trastornos del desarrollo y los problemas físicos) y dos ejes dimensionales o cuantitativos (los ejes IV y V, utilizados para registrar la influencia de estresores psicosociales y el nivel de adaptación funcional del sujeto en su entorno).

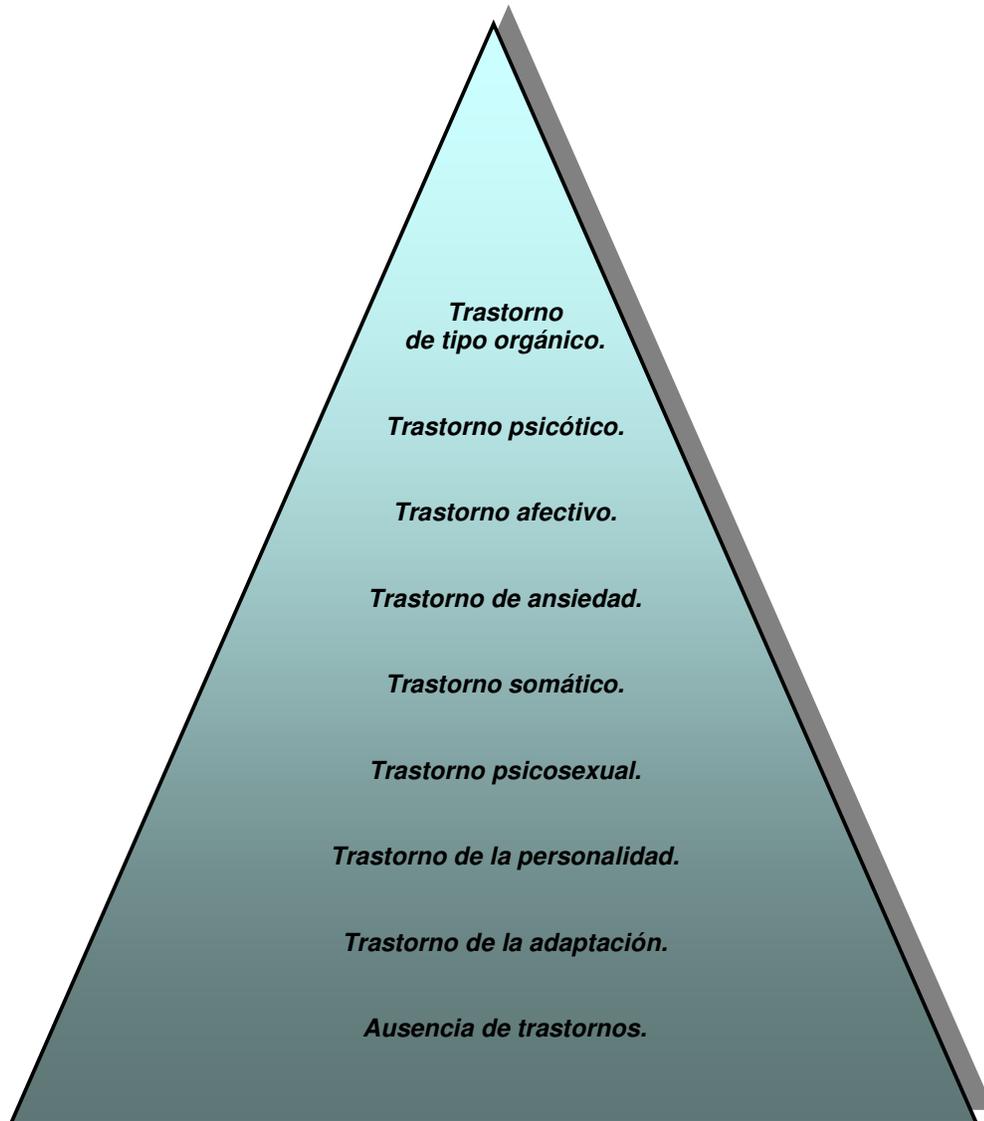
Finalmente, se combina la organización multiaxial con una estructura jerárquica. La jerarquía diagnóstica permite evitar el dar más de un diagnóstico a un único paciente. Los principios

de parsimonia y jerarquía inspiran la organización taxonómica. El principio de parsimonia se refiere a la conveniencia de buscar un único diagnóstico que sea el más simple, económico y eficiente, que pueda explicar todos los datos disponibles. En el caso de que el uso de un solo diagnóstico fuera insuficiente para abarcar la realidad clínica de un paciente, debería buscarse el número más reducido de diagnósticos a aplicar. El principio de jerarquía expresa la existencia de un árbol sindrómico en el que los trastornos tienden a disminuir en gravedad desde arriba hacia abajo (ver tabla 3). La presencia de cualquier trastorno de esta jerarquía excluiría un diagnóstico de nivel inferior. Aunque esta jerarquía fue implícita a la tradición kraepeliana, se articuló por primera vez de forma explícita por Jaspers (1962), si bien el autor no afirmó que fuera tanto un fenómeno natural, cuanto una convención adoptada para favorecer un único diagnóstico.

En la práctica, la investigación de Boyd y cols. (1987) demuestra que no siempre existe una verdadera independencia entre síndromes, tal como presupone el DSM-III. Es más, los datos manejados por estos autores sobre muestras de la población general del proyecto Epidemiological Catchment Area (ECA), (Regier y cols. , 1984) demuestran que el manifestar un trastorno aumenta la probabilidad de presentar dos, tres o incluso más, existiendo cierta tendencia a la co-ocurrencia de trastornos. Lo que a primera vista parece una jerarquía, también podría interpretarse como una manifestación de la tendencia a la co-ocurrencia de los trastornos (Sturt, 1981).

Otra peculiaridad del DSM-III fue el proporcionar una descripción amplia de cada trastorno, destacando en muchos casos las características esenciales y correlacionales: edad de comienzo, curso, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, tasas por género, patrones familiares y criterios para un diagnóstico diferencial.

Tabla 3. Árbol Sindrómico (Jasper, 1962).



Además de los referidos cambios introducidos en el DSM-III, Haynes y O'Brien (1988) reconocen mejoras en los siguientes aspectos:

- a. Mayor fiabilidad interjueces y estabilidad temporal de las medidas.
- b. Mayor homogeneidad intracategorías y heterogeneidad interclases.
- c. Mayor precisión en las definiciones operacionales y en el proceso de toma de decisión diagnóstica.
- d. Mejores estudios de campo para su validación.
- e. Mayor aproximación hacia puntos de vista conductuales, especialmente en los problemas de la infancia.

Criticán, sin embargo, que el DSM-III mantenga un modelo de enfermedad como supuesto básico categorial, que los métodos utilizados para el establecimiento de las categorías y criterios diagnósticos no se hayan basado en hallazgos empíricos, sino en el consenso entre especialistas o en decisiones democráticas, y que los principios que sustentan la clasificación no se mantengan estables en todas las categorías, mostrando poca consistencia interna.

El DSM-III fue objeto de revisión (DSM-III-R) (APA, 1987), manteniendo el mismo formato y sin cambios sustantivos. Las principales modificaciones aparecen reflejadas en la tabla 4.

Tabla 4. Principales modificaciones del DSM-III al DSM-III-R.

EJE	TRASTORNOS	MODIFICACIÓN	DESAPARECE	APARECE
Eje I.	Trastorno del abuso de sustancias.		La diferenciación entre trastorno por <i>Abuso de sustancias</i> y <i>Dependencia de sustancias</i> .	
	Trastornos sexuales.		<i>Homosexualidad egodistónica</i> .	La categoría anterior dentro de los <i>Trastornos sexuales no especificados</i> .
	Trastornos de conducta.		Diferenciación entre <i>TDA</i> con y sin <i>Hiperactividad</i> .	
	Trastornos del estado de ánimo.	Se produce una reordenación de los Trastornos del estado de ánimo.		
Eje IV (Estrés psicosocial).		Se distingue entre <i>sucesos estresantes agudos</i> (divorcio) y <i>circunstancias estresantes duraderas</i> (enfermedad crónica).		
Eje V.			<i>Nivel máximo de adaptación en el último año</i> .	<i>Escala de Evaluación Global De Funcionamiento (GAF)</i> .

4.1.3.2.3. La versión DSM-IV

Además de pretender una coordinación con la CIE-10, el principal objetivo del DSM-IV (APA, 1994) es, en opinión de algunos participantes directos en el proyecto, dar prioridad al resultado de las investigaciones sobre cualesquiera otros criterios de decisión en la elaboración de la nueva taxonomía (Widigers y cols. 1991). En especial, los autores manifestaban la decisión de que los datos empíricos deberán tener mayor peso que el consenso entre expertos.

Los trece grupos de trabajo que desde 1988 han elaborado la nueva versión han tomado información empírica de tres fuentes de datos: *revisiones de la literatura científica, múltiples análisis de datos y estudios de campo.*

Las revisiones de la literatura en las que se basaron la modificación, nueva introducción o eliminación de una categoría diagnóstica han seguido la metodología del metaanálisis, según epígrafes sistemáticos de descripción explícita del tema en cuestión, relevancia para la investigación y uso clínico, método seguido en la revisión (con especial énfasis en las fuentes empleadas y la valoración de su carácter sistemático, objetivo y ámbito).

Los análisis múltiples de datos se consideraron útiles, tanto para evaluar la adecuación de los actuales conjuntos de criterios diagnósticos y algoritmos, como para fundamentar la propuesta de nuevos criterios.

Los estudios de campo valoraron la aceptación de los criterios diagnósticos y algoritmos, su comprensibilidad, la adecuación de la amplitud del sistema a la casuística clínica habitual, la generalización del sistema a diversos contextos y situaciones clínicas, y la validez de constructo o estimación de si los datos obtenidos con los conjuntos de criterios concuerdan con las expectativas clínicas y teóricas. Para los estudios de campo se siguieron tres procedimientos metodológicos: encuestas de opinión de expertos clínicos, estudios de fiabilidad sobre gra-

baciones de vídeo y estudios de validación internos y externos con diversas poblaciones clínicas.

Se conserva el sistema multiaxial ya conocido: *eje I*: síndromes clínicos y otras alteraciones que pueden ser foco de atención clínica; *eje II*: trastornos de la personalidad; *eje III*: alteraciones médicas generales (según apartados de la CIE-10, excepto el capítulo V); *eje IV*: problemas psicosociales y ambientales; y *eje V*: valoración global del funcionamiento. En el eje IV se amplían las circunstancias vitales potencialmente generadoras de estrés respecto a la versión DSM-III-r, siendo posible detallar diversos tipos de problemas relativos al grupo de apoyo primario, al ambiente social, educativos, laborales, de alojamiento, económicos, de acceso a los sistemas de salud, relacionados con el sistema legal o criminal, y otros. Para el eje V se mantiene el uso de la *Global Assessment Functioning (GAF) Scale*, y se aconseja también la utilización de otras escalas: *Social and Occupational Functioning Assessment Scales (SO-FAS)*, *Global Assessment of Relational Functioning (GARF)* y *Defensive Styles Rating Scale*.

Como ya comentamos, los trastornos se organizan en 16 categorías diagnósticas principales y un apartado para *Otras alteraciones que pueden ser foco de atención clínica*. De manera sistemática, el DSM-IV describe cada trastorno en los siguientes epígrafes:

- a. Características diagnósticas.
 - b. Características y trastornos asociados.
 - c. Características relacionadas con una determinada edad, cultura o género.
 - d. Prevalencia, incidencia y riesgo.
 - e. Evolución.
 - f. Complicaciones.
 - g. Factores predisponentes.
 - h. Patrón familiar.
 - i. Diagnóstico diferencial.
-

El principio organizador general de las secciones se basa en las características fenomenológicas compartidas, con excepción de los trastornos adaptativos, que se basa en su etiología común.

Entre los cambios más relevantes, figuran la desaparición de los trastornos mentales orgánicos y la inclusión de las categorías de delirio, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos. En cuanto a los *trastornos del estado de ánimo*, se mantiene la diferenciación entre trastornos depresivos, con las categorías de episodio depresivo mayor y trastorno distímico, y trastornos bipolares. Se añaden, en cambio, categorías para trastornos del estado de ánimo debido a una alteración médica general y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos bipolares se reorganizan en una complicada catalogación que distingue entre trastorno bipolar I, subdividido en una categoría que corresponde a un episodio único y otras varias según qué episodio más reciente haya sido hipomaniaco, maniaco, mixto, depresivo o inespecífico, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico. En la evolución clínica de los trastornos del estado de ánimo se distingue entre la presentación bipolar de ciclo rápido, un patrón estacional o un comienzo en el posparto.

Los *trastornos de ansiedad* mantienen una organización similar a la ya conocida, prosperando la diferenciación establecida en el DSM-III-R entre trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno de pánico con agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico; lo que se contrapone con la mayor simplicidad de la CIE-10. Se opta por llamar fobia específica a la fobia simple, y se subsume el trastorno de evitación de la infancia del DSM-III-R en la fobia social. Se clarifica la distinción entre obsesiones y compulsiones, en cuanto que las obsesiones originan gran ansiedad, mientras las compulsiones la reducen. Por otra parte, asumiendo que el convencimiento subjetivo sobre la superficialidad de las obsesiones y compulsiones responde a características dimensionales, se puede especificar si el trastorno pertenece al tipo de pobre *insight*. Se especifica

con más detalle el criterio relativo al origen y naturaleza de los estresores que determinan un trastorno por estrés postraumático.

En los *trastornos de la personalidad* se reformulan ligeramente los criterios del trastorno de personalidad antisocial, se añade un ítem al trastorno de personalidad límite, que hace referencia a la ideación paranoide transitoria y está relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves y desaparece el trastorno de la personalidad pasivo-agresivo por fundamentarse en un único rasgo y no constituir una alteración coherente.

En la tabla 5, se presentan las categorías diagnósticas de la CIE-10 comparadas con las del DSM-IV.

4.1.4. *Críticas a las clasificaciones en Salud Mental*

El desarrollo de las clasificaciones ha llevado consigo diferentes posicionamientos, a menudo opuestos, sobre todo en lo que se refiere a la validez de los resultados.

Así, desde la misma psiquiatría, surge la corriente antipsiquiátrica que niega la existencia de los trastornos mentales y los califican de “mitos psiquiátricos”. Otros, como los teóricos del movimiento del etiquetado social o *labeling theory*, ven en las enfermedades mentales etiquetas debidas a la desviación social y defienden que estas enfermedades mentales son fenómenos naturales y universales. Desde la perspectiva psicológica surgen posicionamientos como los del enfoque conductual en el que el objetivo es la conducta en sí misma y no los constructos. Desde este mismo enfoque, se critica a las categorías diagnósticas por ser en sí mismas, heterogéneas y fuente importante de sesgos (Person, 1986).

Tabla 5. Principales categorías diagnósticas de los sistemas DSM-IV y CIE-10 (Tomado de Lemos, 1995).

DSM-IV	CIE-10
1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez y la adolescencia.	F0. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.	F1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general, no clasificados en otros apartados.	F3. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
4. Trastornos relacionados con sustancias.	F4. Trastornos del humor (afectivos).
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	F5. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
6. Trastornos del estado de ánimo.	F6. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
7. Trastornos de ansiedad.	F7. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto.
8. Trastornos somatomorfos.	F8. Retraso mental.
9. Trastornos facticios.	F9. Trastorno del desarrollo psicológico.
10. Trastornos disociativos.	F10. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
11. Trastornos sexuales y de identidad de género.	
12. Trastornos de la alimentación.	
13. Trastornos del sueño.	
14. Trastornos del control de impulsos, no clasificados en otros apartados.	
15. Trastornos adaptativos.	
16. Trastornos de la personalidad.	
17. Otras alteraciones que pueden ser foco de atención clínica.	

Desde un punto de vista riguroso, la categorización diagnóstica requiere que los criterios clasificatorios sean diáfanos, con consistencia interna absoluta e igualdad de representatividad de todos los criterios (Vega de, 1984). Se hace cuando menos improbable encontrar una categoría en psicopatología, que cumpla con todos los requisitos que se han expuesto y no es nuestra intención hacer uso de las clasificaciones diagnósticas en este sentido.

Sin embargo, desde una perspectiva politética, donde se exige que los elementos (personas con un diagnóstico determinado) tengan un número significativo de criterios clasificatorios (síntomas y/o signos), a su vez, estos criterios clasificatorios han de tener un número significativo de elementos (Lemos, 1991). Si a esto unimos que en lo que se refiere a la clasificación diagnóstica unos síntomas y/o signos tienen mayor peso que otros a la hora de definir el trastorno, entonces muchas de las críticas antes comentadas pierden fuerza.

Por otro lado y como ya ha quedado reflejado a lo largo de este punto, la clasificación diagnóstica se plantea como principal objetivo "describir". Así, compartimos con Pogue-Geile y Harrow (1984) los argumentos sobre la utilidad y justificación del estudio descriptivo en psicopatología, a saber:

- a. La clasificación diagnóstica tiene una utilización parcial como guía correctora, ya que el estado actual de los conocimientos psicopatológicos no son ideales.
 - b. Dado el desconocimiento etiológico de la mayoría de los trastornos psicopatológicos, la descripción sigue siendo un método válido para su clasificación.
 - c. La descripción, en sí misma, es uno de los objetivos de la investigación psicopatológica.
 - d. La descripción puede aportar conocimientos que ayuden en la búsqueda explicativa del/los trastorno/s.
-

La creación de un sistema clasificatorio de las características descritas por de Vega (1980) pasa, desde nuestro punto de vista, por convertir a la psicología en una ciencia exacta y esto está muy lejos de ocurrir.

Compartimos con Lemos (1995) la existencia de paralelismo entre los conceptos psiquiátricos y los utilizados en psicología (desde un punto de vista conductual). Así, en un primer nivel de análisis estaría el concepto de síntoma, equivalente a una determinada conducta, afecto, cognición o percepción, cuyo carácter debe ser objetivo. En un segundo nivel, el concepto psiquiátrico de síndrome o conjunto de síntomas de presencia simultánea sería equivalente, en términos conductuales, a la covariación de respuestas. De acuerdo con esta organización conductual, las clasificaciones en Salud Mental se centran en los síndromes y los trastornos (Kazdin, 1983). Blashfield (1986) también refiere en otro sentido, paralelismos estructurales entre los conceptos clasificatorios utilizados en psiquiatría y los tests utilizados en psicología. Así, podrían entenderse los criterios diagnósticos como items de una determinada escala, las categorías clínicas como escalas o subescalas psicológicas, y el sistema clasificatorio como un conjunto de varias escalas.

Sin embargo, no es el problema de las taxonomías el único que encontramos. Otro dilema latente en salud mental hace referencia a los problemas metodológicos asociados a las comparaciones transculturales. Así, autores como Rubio-Stipec, Bravo y Canino (1991) ven la necesidad de desarrollar técnicas que permitan este tipo de comparación, sin olvidar los aspectos culturales que pudieran influir en la manifestación de síntomas psicopatológicos. En este sentido, abordamos a continuación otro aspecto no menos importante que es el de la metodología en la investigación psicológica.

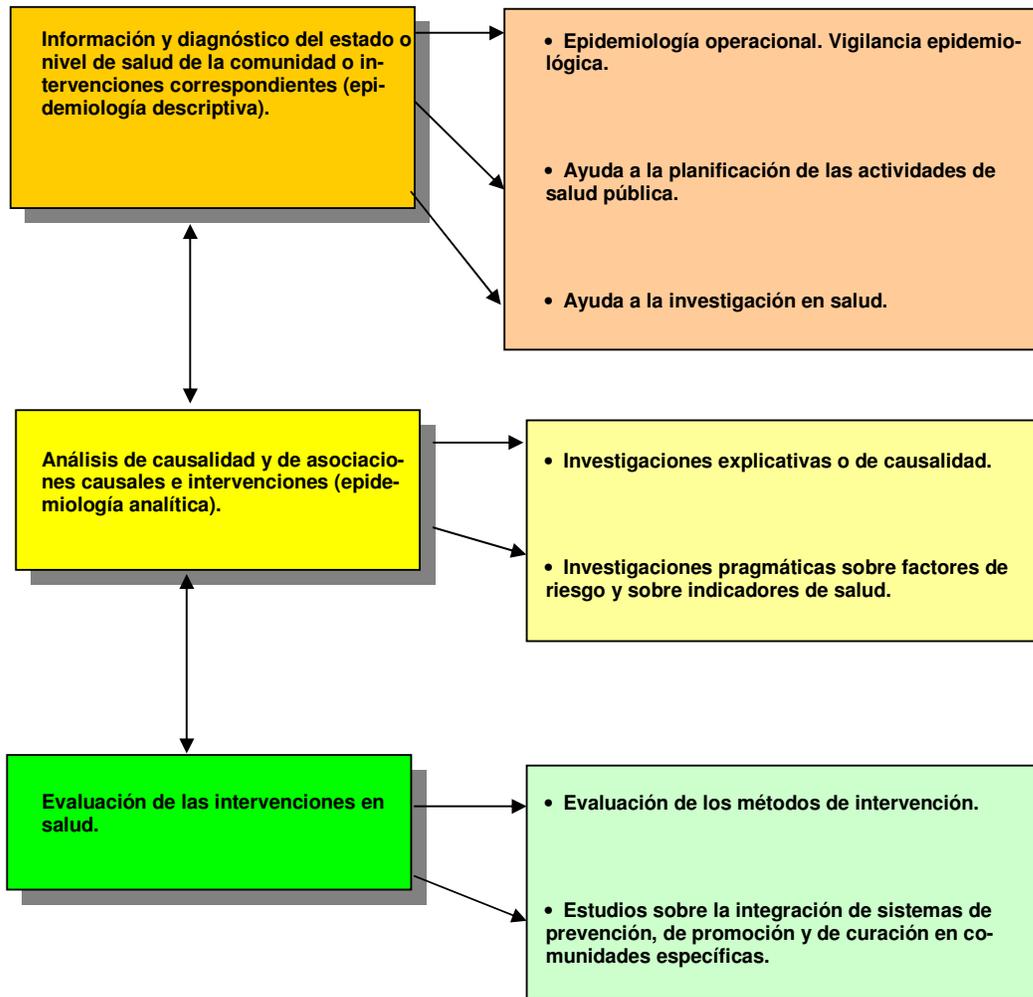
**5. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA:
LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

La Asociación Internacional de Epidemiología (AIE) definió la especialidad en 1974 como “el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en poblaciones humanas”.

Surgen a partir de este momento nuevas definiciones en las que se especifica que, además, esta disciplina debe dilucidar los problemas de salud y enfermedad. Así por ejemplo, Rey-Calero (1980) se refiere a la epidemiología como la ciencia encargada del estudio de las condiciones ecológicas que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en los grupos humanos, a fin de establecer las causas, mecanismos y procedimientos tendentes a promover y mejorar la salud. San Martín, Martín y Carrasco (1986), la definían como la disciplina fundada en la ecología, en la estadística y en el método científico de análisis (hipotético-deductivo), cuyo objetivo es el estudio descriptivo y analítico de la salud-enfermedad, como fenómeno no solamente biológico sino también social; al actuar así, la epidemiología describe las características del fenómeno, su distribución en las sociedades humanas y sus tendencias en el tiempo, analizando su causalidad a través de su mecanismo ecológico-biológico individual y de su origen y distribución social. Para Gálvez (1993) es un método científico aplicado al estudio de los fenómenos de salud y enfermedad en las poblaciones y las condiciones, causas y circunstancias por las que se distribuyen y producen en los distintos grupos sociales.

Tal y como puede desprenderse de estas definiciones, los objetivos de la investigación epidemiológica, según San Martín y cols. (1986) podrían resumirse en (ver tabla 6): 1) Evaluar la incidencia, prevalencia, letalidad y mortalidad de las enfermedades mentales en la población para servir de base al tratamiento y prevención. 2) Describir las relaciones entre las características de la población y del ambiente para tratar de identificar su origen. 3) Verificar las hipótesis sobre la etiología de las

Tabla 6. Objetivos de la Epidemiología y métodos utilizados (San Martín y cols., 1986).



enfermedades mentales originadas en la clínica, en el laboratorio y en la epidemiología descriptiva. (4) Identificar los individuos y los grupos de población expuestos al riesgo de enfermedad mental. (5) Evaluar la frecuencia de las curaciones espontáneas en relación a la eficacia de los tratamientos y de la prevención.

Para Arévalo y Vizcarro (1990) una investigación de este tipo implicaría un proceso amplio y complejo. Este proceso exigiría, por un lado, delimitar la enfermedad objeto de estudio, llevando a cabo una definición operativa de lo que consideramos caso.

Este primer paso posibilitaría la descripción de la población con la que vamos a trabajar, así como la determinación de los factores que podrían subyacer, supuestamente, a la aparición del trastorno. Por último, habría que establecer el período de tiempo transcurrido entre la exposición a la causa y la observación del efecto.

5.1. Clasificación de la investigación epidemiológica. Epidemiología descriptiva, analítica y experimental

Como ya hemos comentado en el punto anterior, la epidemiología centra su interés en el estudio de las poblaciones. A un nivel básico o descriptivo, la epidemiología tiene como objetivo conocer el estado de salud de las poblaciones expresándolo en términos de prevalencia e incidencia. Para Rey-Calero (1980) la denominada **epidemiología descriptiva**, se centra fundamentalmente en tres aspectos, estos son: las personas (*quién*), el lugar (*dónde*) y el tiempo (*cuándo*). Con respecto a las personas interesa estudiar aspectos como: la edad, género, etnia, clase social, ocupación, etc. En cuanto al tiempo, interesa estudiar aspectos como: la época del año, transcurso temporal del trastorno, etc. Las variables de lugar más relevantes son la zona geográfica, lugar de residencia, clima, etc.

La unidad básica de medida en la epidemiología descriptiva es la *tasa*, es decir, la proporción de casos durante un periodo

de tiempo específico en una población definida. Los dos índices fundamentales de la epidemiología descriptiva son las tasas de *incidencia* y *prevalencia*. La primera se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad que ocurren en una población definida, durante un periodo de tiempo determinado, siendo usualmente de un año. La tasa de prevalencia indica el número total de casos de un trastorno existentes en una población que se han acumulado a lo largo de un intervalo de tiempo concreto (Chorot, Pérez-Llantada, y Sandín, 1995).

En función del intervalo de tiempo empleado podemos distinguir tres tipos de prevalencia: la ***prevalencia concreta*** (correspondiente al momento en se que realiza el estudio). La ***prevalencia de período*** (referida a un intervalo de un año o de seis meses). La ***prevalencia vital*** (incluye el número de individuos de una población que han tenido un episodio del trastorno en algún momento de su vida).

Las tasa de incidencia y prevalencia suelen ser importantes para examinar las hipótesis etiológicas sobre el origen de la enfermedad (pueden poseer o no significación causal); los datos de la epidemiología descriptiva son importantes para establecer hipótesis que son posteriormente probadas a través de otros procedimientos metodológicos (Bromet, 1984). Según expresa este autor, la estimación precisa de las tasas de incidencia o de prevalencia requiere una exacta definición acerca de la población de riesgo, el trastorno en cuestión y el momento de enfermar (destacándose este último elemento únicamente en el caso de la incidencia).

Un nivel más avanzado supondría el estudio de la causalidad, es decir, el estudio de los factores etiológicos de las enfermedades y/o factores de riesgo (factores asociados a la posibilidad de ocurrencia de una enfermedad). Estaríamos hablando en este último caso de ***epidemiología analítica***.

El desarrollo de la epidemiología analítica presupone una epidemiología descriptiva previa suficientemente avanzada, pues será mediante diseños a partir de los que se realice un

tratamiento matemático comparativo de las distintas frecuencias de enfermedad observadas en poblaciones sometidas a distintos factores de riesgo, de las que puedan inferirse explicaciones causales; en otras palabras, un diseño de epidemiología analítica comporta la medición de variaciones sistemáticas en la cuantía (o en la presencia/ausencia) de determinado factor de riesgo, en grupos diferenciables de personas en los que se pueden demostrar variaciones sistemáticas en la prevalencia o en la incidencia de determinada enfermedad (Chorot y cols., 1995).

La epidemiología analítica tiene por objeto establecer las causas asociadas a las tasas aportadas por la epidemiología descriptiva (por qué una tasa de incidencia es elevada en un grupo determinado de población y no en otro, por qué ocurre esto con respecto a un trastorno y no con respecto a otro, etc., son preguntas características que se hace la epidemiología analítica).

Estas *causas o factores de riesgo* hacen referencia a las condiciones que aumentan la probabilidad de que un individuo padezca un trastorno determinado. Existen tres tipos de factores de riesgo: *Los concomitantes sociales* o demográficos que se corresponderían con los aspectos relacionados con clase social, tipo de relaciones sociales que ya comentamos. Los factores *predisponentes* están ligados al concepto de vulnerabilidad, entendido éste en términos estrictos de vulnerabilidad del organismo. Los factores *precipitantes* se han entendido como aquellos que ocurren en momentos antes de desencadenarse el trastorno en cuestión.

El conocimiento de los factores de riesgo permite establecer nuevos índices, además de los de incidencia y prevalencia, esto es, la expectativa de riesgo y el índice de morbilidad (Ibáñez y Belloch, 1982). La *expectativa de riesgo* es la probabilidad de un individuo de presentar un trastorno determinado, siempre que esté expuesto al mismo durante el período de riesgo en que suelen aparecer dichas alteraciones. La combinación de

los diferentes índices (incidencia, prevalencia y expectativa de riesgo, frecuencia proporcional, etc.) pueden ser utilizados para medir *morbilidad* de las poblaciones, es decir, su capacidad de presentar una determinada alteración o trastorno. Esto permite establecer tasas de aparición de nuevos casos o de nuevas formas patológicas y relacionarlas con las condiciones en que viven las poblaciones (ecología), así como para determinar la influencia que tienen los cambios sociales sobre los trastornos psicopatológicos (Ibáñez y Belloch, 1982).

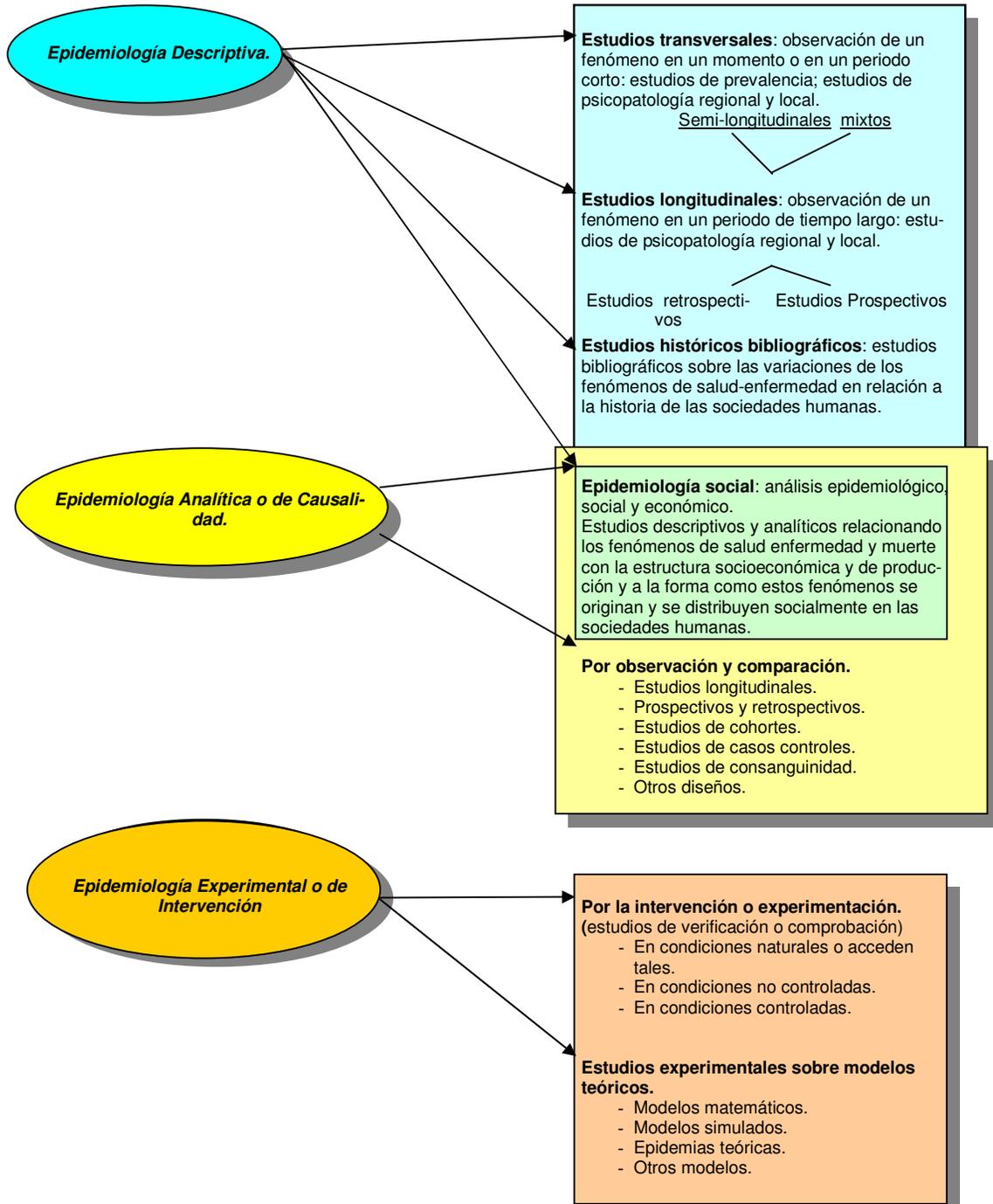
El tercer tipo de investigación epidemiológica es el que se conoce como ***epidemiología experimental***. Aunque algunos autores ven la epidemiología experimental únicamente como una modalidad analítica (p. e., Rey-Calero, 1980), generalmente se entiende que aquella implica la manipulación de la muestra de sujetos asignando al azar grupos de tratamiento (Bromet, 1984). Normalmente, la epidemiología experimental se vale en sus procedimientos metodológicos del denominado *experimento natural*, donde muestras de sujetos expuestas a un agente ambiental determinado se comparan con sujetos no expuestos a dicho agente.

Una nueva aplicación de la epidemiología experimental ha sido referida recientemente por Garrido (1993), cuyo principal objetivo se focaliza en averiguar las causas de las enfermedades (investigación etiológica) y en evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas y de los programas de salud (investigación evaluativa).

En la tabla 7 se expone un resumen de los métodos y técnicas en epidemiología.

En este apartado, comentaremos brevemente alguno de los diseños más utilizados en epidemiología en salud mental, haciendo hincapié, en que existen otras muchas técnicas utilizadas en epidemiología.

Tabla 7. Métodos y técnicas de investigación epidemiológica (San Martín y cols., 1986).



5.2. Técnicas en la investigación epidemiológica

En este apartado comentaremos brevemente alguno de los diseños más utilizados en epidemiología en Salud Mental. Dejando claro que, como queda reflejado en la tabla 7 existen otras técnicas en epidemiología.

5.2.1. Diseños de muestreo de caso-control

La característica definitoria de estos diseños consiste en que el grupo de casos, constituido por sujetos que comparten algún tipo de diagnóstico psicopatológico (p. e., un grupo con trastornos de ansiedad), se compara con un grupo de control (ya sea un grupo de sujetos clínicos o normales) respecto a alguna variable de interés. La designación de *caso* y de *control* respectivamente se decide según tengan o no la enfermedad objeto de estudio, aunque en principio los controles podrían ser personas sanas o enfermos de cualquier otra patología. En consecuencia, un aspecto sumamente importante que surge en relación con este tipo de diseños tiene que ver con el proceso de selección de ambos grupos, *casos* y *controles*.

5.2.2. Diseños de cohorte

Los diseños de cohorte se componen de un grupo cohorte definido en función de alguna característica común diferente al diagnóstico, más un grupo de control. Normalmente, la cohorte se selecciona en base a su exposición o no a algún factor de riesgo. De forma más precisa es posible apuntar que los diseños de cohortes se basan en el estudio de dos grupos de sujetos; todos ellos carentes de la patología que intentamos analizar, que difieren en grado de *exposición* (expuestos o cohortes *versus* no expuestos o controles) a un factor de riesgo determinado, que son seguidos en el tiempo para comparar la incidencia de ellos de ciertas conductas psicopatológicas. Es por esto que la finalidad general de estos diseños consiste en asociar el

factor de riesgo con la aparición y desarrollo de la enfermedad (Bromet, 1984). Estos diseños se han empleado para inferir relaciones causales del trastorno.

5.2.3. Estudios de corte

Se trata de un procedimiento observacional transversal, realizado sobre una colectividad o una muestra representativa de ésta, mediante el que se pretende identificar en el mismo momento la enfermedad y la exposición, o para valorar en el pasado los factores de riesgo de interés.

Para Rodríguez (1993) este tipo de estudios se puede establecer con una de las siguientes finalidades: 1) estudiar uno o varios factores de riesgo y efectos para su descripción en un momento dado, sin tratar de establecer asociación entre ellos. 2) Estudiar dos o más sucesos, relacionándolos entre sí, en la búsqueda de una hipótesis de causalidad.

Al tratarse de un estudio transversal, la medida de la muestra se toma en un solo momento, por lo que únicamente se estudia la prevalencia del trastorno.

Uno de los aspectos más importantes, si no el más importante, de este tipo de diseño es el que la muestra ha de ser representativa, por lo que hemos de llevar a cabo un muestreo aleatorio. Además, hemos de tener en cuenta el tipo de sesgos y factores de confusión de manera que garanticemos la comparabilidad de los resultados.

Así, debemos tener en cuenta, por un lado, **los sesgos de selección** dependientes del nivel de exposición y de que éste influya en la probabilidad de selección. Este tipo de sesgo se da también cuando el factor de exposición se ve influido por el estado de salud, o cuando éste (nivel de exposición) actúa como un factor pronóstico de la enfermedad. Los no respondientes contribuyen de igual forma a la aparición de este sesgo. Los **sesgos de información**, dependiente de la sensibilidad y es-

pecificidad de las pruebas utilizadas en el diagnóstico, se dan cuando hay un error sistemático en la clasificación de los sujetos respecto al trastorno. Por último, debemos tener en cuenta los **sesgos de confusión**, provocado por un factor de riesgo que se asocia al de riesgo estudiado, sin que sea una variable intermedia en la cadena causal del factor de riesgo en estudio.

5.2.4. Estudios transversales en dos fases

Las grandes muestras de población, unido a la dificultad de los análisis son los principales inconvenientes que plantea el realizar un estudio epidemiológico. Esto lleva consigo la utilización de gran cantidad de recursos que irremediablemente repercuten en los costos de la investigación. Una forma de solventar estos problemas es aplicar un diseño de doble fase.

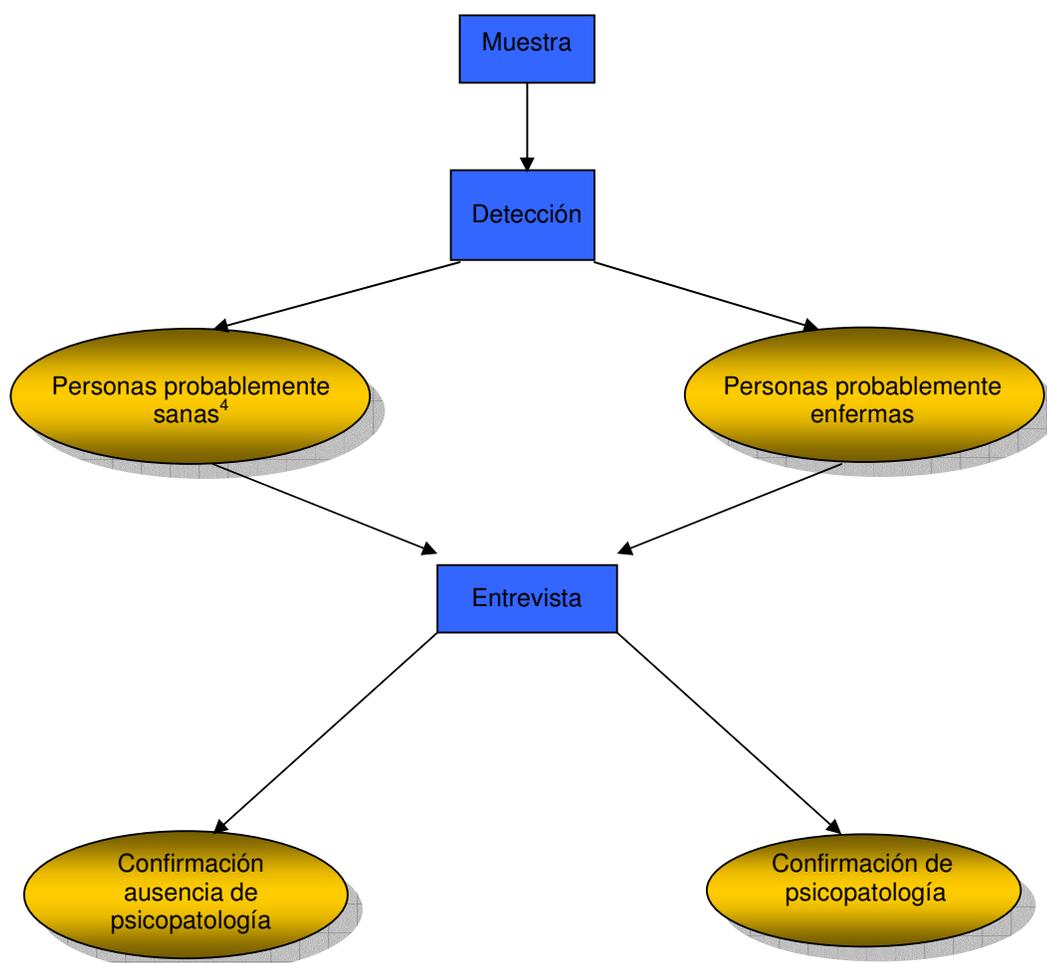
En el diseño de doble fase se utiliza un cuestionario o prueba rápida y económica denominada “screening”, de “criba” o de “filtrado”, que tiene como objetivo separar los sujetos sanos y los casos probables con trastornos mentales por determinar. Una vez detectados los sujetos, supuestamente, enfermos; en una segunda fase, se clasificarán utilizando un instrumento discriminador. El proceso queda resumido en la tabla 8.

Este tipo de diseño presenta una serie de ventajas como es su economía, ya que requiere poco tiempo de aplicación. Por otro lado, permite en su primera fase, que el instrumento de criba pueda ser aplicado por personal con poca experiencia, lo que redundaría en su economía. Asimismo, puede aplicarse, en principio, sobre una gran muestra (representativa), que quedará reducida en la segunda fase a una pequeña muestra (de enfermos). El reducir la muestra a enfermos, permite que sea estudiada por expertos a través de un instrumento discriminador, lo que asegura los resultados.

Sin embargo, tiene como inconveniente, además de los comentados en los estudios de corte, el que los sujetos que pa-

san a una segunda fase depende del “punto de corte” fijado en el screening.

Tabla 8. Desarrollo del estudio transversal en dos fases.



⁴ Seleccionamos un grupo de personas probablemente sanas, de igual tamaño que el de probablemente enfermos, a las que pasaremos la entrevista en la segunda fase.

Esto da lugar a una selección sesgada ya que puede suceder que sujetos que están realmente enfermos no entren en la segunda fase del estudio. Además, el instrumento de criba es un instrumento de detección en el momento actual, por lo que los sujetos estudiados en segunda fase sólo servirán para estimar prevalencia puntual o prevalencia en períodos de tiempo muy cortos (mensual).

Nos hemos centrado en este punto en las diferentes metodologías existentes a la hora de abordar un estudio epidemiológico y también hemos descrito los diseños que suelen ser utilizados en estas investigaciones; todo ello, en el marco de la problemática metodológica que supone la comparación de estudios.

En este sentido, Kramer (1988) plantea que con criterios y procedimientos válidos, la investigación epidemiológica en salud mental se convierte en un instrumento de sumo interés. Se hace necesario, para ello, diseñar, construir y utilizar escalas o cuestionarios de medida sintomática o sindrómica, como parte de métodos más sistematizados, que, a diferencia del método clínico, garantice el orden y la formulación de las mismas preguntas en la recogida de información tanto subjetiva como objetiva. Es por ello, por lo que consideramos necesario abordar en este punto el repaso de los instrumentos más utilizados en epidemiología.

6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EPIDEMIOLOGÍA: CUESTIONARIOS Y ENTREVISTAS

No pretendemos aquí, hacer una recopilación exhaustiva de todos los instrumentos utilizados en epidemiología en salud mental. Sin embargo, creemos necesario hacer un breve repaso de aquellos cuestionarios y entrevistas más representativos en los últimos años, para ello tomaremos como referencia el trabajo de Rodríguez-Pulido y Montes de Oca (1993).

6.1. Cuestionarios

Comenzaremos describiendo las características de los cuestionarios que tradicionalmente se han utilizado en la detección de casos en epidemiología. Entre los más utilizados tenemos:

6.1.1. Symptom Check List 90-R (SCL-90-R)

El SCL-90-R es un cuestionario autoadministrado desarrollado y revisado por Derogatis (1983). Este cuestionario valora en el sujeto la existencia y la intensidad de 90 síntomas psicopatológicos y psicosomáticos comunes, agrupados en 9 factores. Estos factores (somatización, obsesionabilidad, hipersensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoidismo y psicoticismo) constituyen una forma de agrupar los síntomas presentes y dan una medida de la intensidad de la psicopatología en cada una de estas dimensiones o índices sintomáticos. La suma de los valores totales para cada factor permite calcular el índice Sintomático Global (GSI), cuya intensidad guarda relación con la gravedad de la psicopatología presente (Angst, Dobler-Mikola y Binder, 1984).

Han derivado de este cuestionario versiones reducidas como la SCL-36 (Bernal, Bonilla y Santiago, 1995) y el *Brief Symptoms Inventory* (BSI, Derogatis y Spencer, 1982).

6.1.2. *Mini-Mental State (MMS)*

El instrumento original fue diseñado en Estados Unidos (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) y ha sido estandarizado para España (Lobo y cols., 1979). No evalúa aspectos conductuales, ni emocionales y se emplea para la valoración de la función intelectual. Su duración estimada es de 5-10 min.

Sin embargo, no sólo sirve para detectar déficits intelectuales globales, sino también alteraciones específicas de determinados trastornos médicos: orientación, memoria de fijación y memoria reciente, capacidad de concentración y atención, identificación de objetos, órdenes verbales y escritas, abstracciones, escritura y construcción. Contiene además apartados para recoger el nivel educativo y el nivel de conciencia.

Su interpretación es inmediata, ya que sólo se deben sumar los puntos de cada ítem. El punto de corte está situado en 23/24 para población geriátrica y en 27/28 para el resto de la población, estableciéndose un déficit global cognitivo por debajo de estas puntuaciones en cada caso. Estos puntos de corte, sobre un máximo de 35, deben corregirse en el caso de poblaciones especiales (analfabetos, ciegos, incapacitados de la mano dominante, etc.).

6.1.3. *Global Assessment Scale (GAS)*

Diseñado por Endicott y cols. (1976) es un cuestionario sencillo, rápido y fácil de usar. Evalúa en su totalidad el funcionamiento de un sujeto como un *continuum* que va de la enfermedad a la salud. Se emplea como medida general, pero también como un indicador sensible a la mejoría clínica producida en los trastornos neuróticos, afectivos y esquizofrénicos.

La escala de puntuación se divide en 10 intervalos, de 10 puntos cada uno, los cuales están definidos operativamente. El tiempo explorado por el cuestionario es la semana previa a la administración.

6.1.4. Comprehensive Psychopatological Rating Scale (CPRS)

Desarrollada por Jacobson y cols. (1978) con el objetivo de crear un cuestionario capaz de detectar los cambios producidos en la fase de tratamiento. Su estructura le permite usarse en forma de entrevista. Consta de 65 items, de éstos, 40 se contestan con las respuestas del sujeto y el resto, por la observación del entrevistador.

Existen dos items adicionales: la tasa global de enfermedad y la fiabilidad atribuible de la tasa.

6.1.5. General Health Questionnaire (GHQ)

Es un cuestionario auto-administrado diseñado y validado por Goldberg (1972) como instrumento de *screening* para uso en consultas médicas y en la población general. Su primera versión consta de 60 items, habiéndose desarrollado con posterioridad versiones más reducidas que incluyen 30, 28, 20 y 12 items. Ha demostrado ser un instrumento válido para detectar patología, sobre todo de carácter menor. Se ha utilizado en ambientes tanto médicos como comunitarios, y en distintas culturas. Además de la valoración global, contiene cuatro subescalas para valorar síntomas somáticos de origen psicológico, angustia / ansiedad, disfunción social y depresión.

En nuestro medio, la versión de 60 items fue validada por Muñoz (1979); Muñoz y cols. (1978); Lobo, Pérez Echevarría y Artal (1986) ha demostrado que la versión de 28 items presenta unos índices de validez y un poder discriminativo similares, requiere un tiempo de administración mínimo (3-5 min.) y su punto de corte se establece, dependiendo del proyecto, en una puntuación global de 5-6 o bien de 6-7.

El sujeto entrevistado debe contestar todas las preguntas subrayándolas o redondeándolas con un círculo. La interpretación es sencilla; en cada una de las subescalas se cuentan el

número de respuestas en cualquiera de las dos columnas de la derecha, desechando las dos de la izquierda, y se suman para dar una puntuación total.

6.2. Entrevistas

Existe un gran número de entrevistas diagnósticas estructuradas disponibles para evaluar trastornos mentales (Hasin y Skodol, 1989; Helzer, 1983; Page, 1991; Pull y Wittchen, 1991; Ustün y Wittchen, 1992). Sin embargo, lo que en principio puede parecer una ventaja, hace que muchos clínicos se planteen cuál es la mejor entrevista de todas. No hay una respuesta sencilla a esta pregunta, porque todos los instrumentos han sido desarrollados con unos objetivos específicos de investigación y todos tienen sus *pros* y sus *contras*. Algunas son más apropiadas para investigación en psicopatología (CIDI, SADS); otras, más para práctica clínica (SCID). Algunas proporcionan breves valoraciones de un mayor número de trastornos, otras proporcionan una evaluación más detallada de un limitado número de trastornos. Algunas siguen, más que otras, la estructura de los sistemas diagnósticos disponibles. En este sentido, Page (1991) plantea 10 preguntas que podrían resultar útiles al clínico cuando tenga que decidir el tipo de entrevista diagnóstica que va a utilizar:

- a. ¿Incluye la entrevista los trastornos relevantes? (¿se pueden omitir los trastornos no relevantes?).
 - b. ¿Contiene los sistemas diagnósticos más destacados (por ejemplo: ICD-10, DSM-IV)?
 - c. ¿Cuánto tiempo dura la entrevista?
 - d. ¿Facilita una evaluación suficientemente detallada?
 - e. ¿Es la entrevista suficientemente fiable?
 - f. ¿Quién puede actuar como entrevistador (clínicos, no clínicos).
-

- g. ¿Están disponibles y son aplicables los procedimientos de puntuación (existen ordenadores disponibles y son compatibles)?.
- h. ¿Está generalizado el uso de la entrevista (y los datos comparativos disponibles)?.
- i. ¿Existe ayuda económica disponible?.
- j. ¿Es aplicable a la población a la que se dirige?.

La elección del instrumento apropiado depende, por tanto, de los interrogantes específicos de investigación y de la aceptación que la entrevista tenga para el investigador.

Así, a continuación, pasamos a comentar algunas de las entrevistas diagnósticas más representativas en salud mental, como son:

6.2.1. Clinical Interview Schedule (CIS)

Se trata de una entrevista semiestructurada, diseñada por Goldberg y cols. (1970) para la validación del GHQ en Inglaterra. Estos autores elaboraron una entrevista clínica, enfocada desde el principio para ser utilizada en la comunidad.

La CIS alcanza un alto coeficiente de fiabilidad interjueces (0,92), tanto en su versión inglesa, como en la española. Esta entrevista ha sido validada en España por Lobo (1984).

Consta de dos secciones, una para valorar los síntomas subjetivos y otra para la valoración objetiva. Las puntuaciones de los ítems se mueven en un baremo que va de 0 a 4, según la presencia, la frecuencia y la intensidad de los síntomas, permitiendo clasificar a los entrevistados en diferentes grupos que comprenden desde no enfermo psiquiátrico con enfermedad física o sin ella hasta enfermo psiquiátrico grave con síntomas de intensidad grave.

En nuestra comunidad ha sido utilizada en una investigación epidemiológica por Villaverde (1991).

6.2.2. Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID)

Desarrollada por Spitzer, Williams y Gibbon (1987), el SCID se divide en dos secciones principales (SCID-I y SCID-II) y tres versiones (pacientes, pacientes externos y no pacientes). El SCID-I consiste en sondeos para los trastornos del eje I del DSM-III-R, mientras que el SCID-II fue diseñado para evaluar los trastornos de personalidad del DSM-III-R. En todas las secciones del SCID se establecen claramente las direcciones para hacer los diagnósticos a medida que se procede a través de la entrevista.

Las versiones para pacientes, pacientes externos y no pacientes del SCID se diferencian en sus introducciones y en la cantidad de detalles registrados sobre síntomas y trastornos psicóticos.

6.2.3. Present State Examination (PSE)

Se trata de un procedimiento estructurado, más la técnica de *Cross examination* de evaluación desarrollado en el Reino Unido por Wing, Cooper y Sartorius (1974), que ha sufrido numerosas revisiones hasta alcanzar la 9ª edición con sus 140 ítems. Diseñado originariamente para ser usado en pacientes psiquiátricos, también se ha utilizado en la investigación epidemiológica (Bebbington y cols. 1981; Surtees y cols. 1983) y ha sido empleada por la OMS en todo el mundo. En España, Vázquez-Barquero y cols. (1987) han sido los pioneros en el uso de esta entrevista en los estudios comunitarios de dos fases.

Se centra en la sintomatología y el funcionamiento durante el mes anterior, cubriendo con detalle los trastornos psicóticos y afectivos mayores. Para puntuar los ítems de la PSE sólo se

puede usar la información obtenida durante la entrevista. El tiempo medio de administración es de 1 hora.

La PSE cuenta con un índice de definición (ID) que deriva de las estimaciones obtenidas mediante la entrevista, y se basa en el número, el tipo y la gravedad de los síntomas que aparezcan en este cuestionario. Se ha elaborado con la intención de que permita hallar el punto umbral en el que se cuenta con suficiente información para clasificar los casos dentro de algunas de las neurosis o psicosis funcionales (Wing y cols., 1974). La clasificación de la información recogida se efectúa por ordenador, mediante el programa CATEGO, que posee ocho niveles que están definidos por el número, el tipo y la severidad de los síntomas.

La PSE en su décima edición es el núcleo central del SCAN (Cuestionario de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría), elaborado por Wing y cols. (1990), cuya versión española ha sido desarrollada por Vázquez Barquero y cols. (1993).

6.2.4. *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*

La DIS fue desarrollada en la Universidad de Washington en Saint Louis, Missouri (Robins y cols. 1981).

Esta entrevista contiene datos suficientes para realizar los diagnósticos basándose en tres sistemas: DSM-III, *Research Diagnostic Criteria* (RDC) y los criterios de Feighner. Los criterios diagnósticos correspondientes a los tres sistemas se encuentran incluidos en un programa de ordenador.

El tiempo mínimo de administración es de unos 40 minutos, y en el caso de un paciente con psicopatología en varias áreas puede durar varias horas.

En Canarias, la DIS ha sido utilizada por Bethencourt y cols., (1997) en un estudio epidemiológico sobre ansiedad y estrés con una población de estudiantes universitarios.

6.2.5. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

La CIDI (O.M.S., 1990) es una entrevista diagnóstica estructurada para la evaluación de trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y criterios DSM e ICD. El desarrollo de la CIDI fue posible gracias a la Organización Mundial de la Salud y a la antigua Dirección de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas, que desarrollaron un proyecto conjunto sobre Diagnóstico y Clasificación de Trastornos Mentales en Problemas relacionados con Alcohol y Drogas. Esta entrevista ha sido diseñada para su uso en distintas culturas y entornos, lo que ha posibilitado que la versión original esté disponible en 16 idiomas (Wittchen y cols., 1991). Aunque inicialmente estaba dirigida a estudios epidemiológicos de trastornos mentales, la CIDI también se utiliza para propósitos clínicos y de investigación.

El desarrollo de la CIDI constó de tres fases. La Fase I comenzó en 1981, cuando un grupo de especialistas se reunieron con los autores de la DIS y PSE para desarrollar, más aún, los ítems de la DIS incorporando preguntas adicionales del PSE; con objeto de permitir la implementación de los diagnósticos del ICD-9. De estas reuniones derivaron varios estudios llevados a cabo entre 1982 y 1985, con el fin de examinar la viabilidad, el alcance del diagnóstico y la adecuación de este nuevo instrumento para evaluar diagnósticos del ICD-9 (Robins y cols., 1988). Estos estudios se dieron a conocer como pruebas de campo de la CIDI- Fase I.

Esta versión revisada de la CIDI, que ya incluía criterios DSM-III-R e ICD-10, se usó en la Fase II para explorar la viabilidad y la fiabilidad de la CIDI en diferentes países y entornos. En los estudios de la Fase II se entrevistaron a 575 pacientes, pertenecientes a 19 centros ubicados en diferentes países, la gran mayoría de ellos seleccionados en entornos psiquiátricos, pacientes internos o externos. Cada contexto contribuyó con un número de pacientes que oscilaba entre 25 y 32.

Los resultados del ensayo de campo en la Fase II registraron ambigüedades y diferencias transculturales en la interpretación de las preguntas, algunas de las cuales se cambiaron con posterioridad. Una crítica general fue la longitud de la CIDI, siendo valorada por un 65% de los entrevistadores como demasiado larga. La duración media de la entrevista (con un paciente que tenía al menos un diagnóstico) fue de 103 minutos en el caso de entrevistadores con poca experiencia, frente a los 78 minutos en los entrevistadores expertos. Las secciones con un periodo de administración particularmente extenso fueron (y siguen siendo), las de trastornos somatomorfos, depresión y uso de sustancias. A pesar de esto, la CIDI fue valorada como aceptable (el 49.3% de los entrevistadores como buena, el 41.5% moderada y el 9.2% mala) y apropiada en la mayoría de entornos, especialmente para los pacientes externos y en atención primaria. (Wittchen y cols., 1991).

Todos los estudios test-retest de la CIDI, en esta fase II, partieron de diseños comparables. En ellos participaron dos entrevistadores independientes clínicos y no clínicos, que volvieron a entrevistar al paciente a los 3 días de la primera entrevista. Los coeficientes Kappa resultaron ser buenos para todos los diagnósticos, excepto para el bipolar II .59, distimia .52 y fobia simple .59. Las dificultades previas con el trastorno de pánico, así como, con el de distimia (ambos problemáticos en varios estudios de la DIS) se solucionaron. El trastorno de pánico mostró un valor Kappa de .84 y el trastorno de distimia de .52. Los resultados de acuerdo con el ICD-10 fueron similares.

El estudio de la fiabilidad interjueces en la fase II arrojó unos coeficientes excelentes en casi todas las secciones, excepto para la somatización que obtuvo un valor Kappa de 0.68. Si bien, como razones más frecuentes de discrepancias entre dos entrevistas se dieron: los cambios idiosincráticos de preguntas por un entrevistador, así como los errores en el diagrama de exploraciones. Otras fuentes de diferencias, tales como, el cambio de opinión del entrevistado, o los errores fortuitos (por

falta de atención del entrevistador, mala codificación, etc.) resultaron ser menos importantes (Wittchen y cols., 1991). Se obtuvieron resultados similares para las partes de la entrevista relacionadas con sustancias, que fueron evaluadas independientemente con un módulo ampliado de la CIDI para abuso de sustancias (Cottler y cols., 1990, 1991).

La Fase III de los ensayos de campo incluyeron una serie de reuniones de trabajo en grupo para finalizar revisiones de la CIDI, debido a cambios (que se dieron en este período) en los Criterios Diagnósticos para Investigación de la ICD-10. La versión final resultante de este instrumento fue luego examinada en un tercer estudio piloto multicentro. En este sentido, Wacker y cols. (1992) llevaron a cabo un estudio a largo plazo de la fiabilidad test-retest, en el que 58 sujetos de una muestra de población general fueron evaluados nuevamente, aproximadamente 20 meses después del examen inicial. La fiabilidad en el diagnóstico a lo largo de la vida, del DSM-III-R y del ICD-10 resultó ser de aceptable a buena con coeficientes Kappa / Yule bastante por encima de .5 (depresión mayor .57, trastorno de distimia .52, pánico con agorafobia .80, pánico sin agorafobia .73, agorafobia .65, GAD .86 y fobia social .65). En un análisis posterior de las discrepancias se obtuvo que en los trastornos depresivos y de ansiedad, existían casos que se quedaron justo por debajo del umbral diagnóstico, porque tendían a presentar un número inferior de síntomas en la segunda entrevista. Este efecto de orden también ha sido señalado en anteriores estudios (e.j. Helzer y cols., 1985).

Respecto a la validez de la CIDI, han existido numerosos estudios de validez clínica y de procedimiento con la DIS que apoyan la conclusión de que la DIS (y por tanto la CIDI), en su enfoque completamente estructurado podría ser una estrategia útil para estudios clínicos y epidemiológicos. Sin embargo, ha habido poco énfasis en trabajos de validación clínica con la CIDI. No obstante, los informes de la Fase III en los ensayos de campo realizados por Janca y cols. (1992) para diagnósticos

del DSM-III-R, dieron como resultado una buena correlación diagnóstica entre los juicios clínicos y los diagnósticos CIDI (trastornos depresivos $K=.84$, trastornos de ansiedad y fóbicos $K=.76$, trastorno por uso de sustancias $K=.83$). Con la misma muestra (20 asistentes de atención primaria y pacientes externos), también se confirmó una buena correlación para los diagnósticos ICD-10 con valores Kappa que oscilaron entre .73 y .83. Wittchen y cols. (1993) encontraron índices similares para los diagnósticos ICD-10 en 38 pacientes de una clínica especializada en trastornos psicósomáticos. Estos estudios muestran buenos coeficientes de correlación entre los diagnósticos CIDI frente a diagnósticos clínicos.

La carencia de trabajos de validación a gran escala para la CIDI podría explicarse, al menos en parte, por problemas básicos de diseño en los que han de incluirse estrategias adecuadas de validación (planteándose como principal problema cuál es la estrategia que debe considerarse como la más adecuada).

No obstante, el alcance de la CIDI ha sido tal, que se ha convertido en el instrumento utilizado por la OMS en el estudio de los trastornos mentales a nivel internacional.

Sin embargo, esta utilización generalizada de un mismo instrumento es relativamente reciente. Es por eso, que nos parece apropiado realizar un breve repaso de aquellos estudios, tanto a nivel internacional como nacional, que nos ayuden a justificar la metodología utilizada en nuestro trabajo.

7. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN SALUD MENTAL

Uno de los primeros informes conocidos, que hace referencia a epidemiología de los trastornos mentales es el llevado a cabo por el Dr. Edward Jarvis (1855), en Norte América. A este, le siguen otros estudios pioneros en Salud Mental como son el de Durkheim (1951), Essen-Moller (1956), Helgalson (1964), Lemkau, Títese y Cooper (1941), Mayer-Gross (1948), Srole y cols. (1962) y Stromgren (1950) (tomado de Aderibigbe y Adittyanjee, 1995).

En España, los primeros datos sobre prevalencia de los trastornos mentales habría que situarlos en el II Congreso de Neuropsiquiatría, llevado a cabo en Valencia en 1950. Se presenta aquí un trabajo que lleva por título "Los índices de oligofrenia en Valencia" (Seva-Díaz y Fernández-Doctor, 1991). También en los cincuenta, autores como Viñes Ibarrola en Navarra, Alonso Fernández en la Coruña, Santo domingo en Madrid y Valenciano en Murcia inician trabajos relacionados con el análisis del alcoholismo y las drogas. Así, en el año 1966, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (P.A.N.A.P.) publicaba una monografía sobre los estudios de los tres últimos autores que llevaba por título "Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España". Sin embargo, es en la década de los 80 donde se sitúa el auge de los estudios epidemiológicos comunitarios en Salud Mental (Herrera y cols., 1987; Magallón, 1988; Muñoz, 1979; Seva-Díaz, 1982; Vázquez-Barquero, Muñoz y Madoz, 1982; Vázquez-Barquero y cols., 1987)

Todos estos estudios a los que hacemos referencia, constituyen trabajos en los que se lleva a cabo una estimación de los trastornos mentales en diferentes grupos de población, independientemente de que se plantearan otros objetivos. Estas investigaciones utilizaron diferentes metodologías y diferentes instrumentos de evaluación, no existiendo base para la comparación entre diferentes culturas.

La preocupación por el estudio de la morbilidad psiquiátrica entre culturas comienza aproximadamente a mediados de siglo (Odegaard, 1932). La primera investigación de esta clase en

epidemiología psiquiátrica fue publicada por Lin (1953). Desde entonces, este tipo de estudios se ha visto incrementado. Leighton y cols. (1963) dirigen un estudio epidemiológico con un equipo de la costa este de Canadá y con otros equipos del suroeste de Nigeria. Más recientemente se han llevado a cabo macroproyectos como el Epidemiology Catchment Area (ECA; Regier y cols, 1984), que se ha centrado en el estudio de los trastornos mentales, en cinco estados norteamericanos, entrevistándose a un total de 20291 adultos. Al proyecto ECA le sucede el National Comorbidity Survey (NCS), (Kessler y cols., 1994) también en Estados Unidos, constituido por una muestra de 8098 adultos. Ambas investigaciones persiguen los mismos objetivos, es decir, establecer la prevalencia de trastornos mentales y proporcionar las claves para una correcta planificación de recursos en salud mental.

En Gran Bretaña, en 1993, el Departamento de Salud solicitó al Office of Population Censuses and Surveys (OPCS), (Masson y Wilkinson, 1996) información detallada de la prevalencia de trastornos mentales en adultos. En este estudio colaboraron 10108 personas residentes en Inglaterra, Escocia y Gales (Masson y Wilkinson, 1996).

También, la Organización Mundial de la Salud ha organizado distintos estudios sobre diferentes trastornos mentales y problemas psicológicos, por ejemplo, tenemos el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (Internacional Pilot Study of Schizophrenia, IPSS) (WHO, 1973; WHO, 1979; Leff y cols., 1992). El IPSS abarcó nueve países, involucrando a más de 1200 pacientes.

Destacan las investigaciones desarrolladas por el Epidemiological Catchment Area Study en São Paulo (ECA-SP) entre los años 1994 y 1996; el Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS) en Canadá entre 1990-1991; el Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP) en Alemania en 1995; el Epidemiology of Psychiatric Comorbidity Project (EPM) en México, también en 1995; el Netherlands

Mental Survey and Incidence Study (NEMESIS) en 1996; el Mental Health Profile of Turkey y el USA national Comorbidity Survey (NCS) entre los años 1990 y 1992; y así hasta un total de 18 estudios distribuidos por los cinco continentes. Todos estos trabajos han sido supervisados por el WHO-ICPE y tienen en común el utilizar una metodología similar, empleando la Composite International Diagnostic Interview como instrumento diagnóstico (WHO – ICPE, 2000).

Debido al especial interés que para nosotros tienen estos estudios, nos centraremos en siete de estas investigaciones de las que ya existen resultados.

Se han recopilado en estos trabajos datos sobre prevalencia de trastornos mentales en población general, clasificando estos datos en tres grandes categorías: prevalencia de los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con el uso de sustancias, basándose en los criterios DSM-III-R y DSM-IV para el diagnóstico, en ningún caso se establecieron criterios jerárquicos.

Las características y los resultados de cada uno de estas investigaciones quedan resumidos en la tabla 9. Como puede observarse, las prevalencias estimadas de todos los trastornos mentales, obtenidas en los diferentes estudios, son muy dispares oscilando entre el 40% de prevalencia total estimada de países como Países Bajos y Estados Unidos y el 12% de Turquía.

En cuanto a la prevalencia estimada por trastornos, en cuatro de los siete países, los trastornos de ansiedad se perfilan como los de mayor prevalencia (Canadá, 21,3%; Países bajos, 20,1%; Brasil, 17,4% y Turquía, 7,4%); ocupan el segundo lugar en uno (Estados Unidos, 25%) y el tercer lugar en dos de ellos (Alemania, 9,8% y México, 5,6%).

Tabla 9. Prevalencias total de trastornos mentales obtenidos en el estudio llevado a cabo por el ICPE (WHO - ICPE, 2000).

Pais	Brasil	Canadá	Alemania	Méjico	Holanda	Turquía	Estados Unidos
Investigación	The Epidemiological Catchment Area Study in the city of São Paulo (ECA-SP).	The Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS).	Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP).	Epidemiology of Psychiatric Comorbidity Project (EPM).	Netherlands Mental Survey and Incidence Study (NEMESIS).	Mental Health Profile of Turkey.	USA national Comorbidity Survey (NCS).
Instrumentos.	WHO-CIDI	UM-CIDI	M-CIDI	UM-CIDI	WHO-CIDI	WHO-CIDI	UM-CIDI
Criterios.	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R
Año.	1994-96	1990-1	1995	1995	1996		1990-92
Tamaño muestral.	1464	6261	1626	1734	7076	6095	5388
Prevalencia de trastornos mentales ^(*) .	36,3%	37,5%	38,4%	20,2%	40,9%	12,2%	48,6%
T. de ansiedad.	17,4%	21,3%	9,8%	5,6%	20,1%	7,4%	25,0%
T. del estado de ánimo.	15,5%	10,2%	17,1%	9,2%	18,9%	7,3%	19,4%
T. rel. con sustancias.	16,1%	19,7%	21,5%	9,6%	18,7%	0,0%	28,2%

NOTA(*): Los datos de prevalencia en el estudio del WHO-ICPE hacen referencia a los trastornos padecidos por el entrevistado a lo largo de toda su vida. En nuestro caso los datos hacen referencia a un momento determinado que se corresponde con el pase de la entrevista.

Los trastornos del estado de ánimo se conforman como el segundo grupo de mayor prevalencia en cuatro de los siete países (Países Bajos, 18,9%; Alemania, 17,1%; México 9,2% y Turquía, 7,3%); siendo el grupo de menor prevalencia en el resto (Estados Unidos, 19,4%; Brasil, 15,5% y Canadá, 10,2%).

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias son los más prevalentes tres de los siete países (Estados Unidos, 28,2%; Alemania, 21,5% y México, 9,6%). Ocupan el segundo lugar en dos (Canadá, 19,7% y Brasil, 16,1%); y son los de menor prevalencia en dos (Países bajos, 18,7% y Turquía, 0%).

En España, son muchos los estudios epidemiológicos que hacen referencia a la prevalencia de trastornos mentales en las diferentes Comunidades Autónomas. Sin embargo, y como ya comentamos al comienzo de este punto, no existe una metodología común que pueda sentar las bases para establecer comparaciones entre las diferentes comunidades, de manera que si queremos llevarlas a cabo debemos centrarnos en cuestiones comunes, tales como el diseño o el tipo de instrumentos utilizados. En nuestro caso, no existe ninguna referencia acerca de la utilización de la CIDI en ningún estudio con población general. El único estudio encontrado que ha utilizado este instrumento es el de Vázquez, Muñoz y Sanz (1997), que centra su trabajo en población *sin hogar*. Esto hace que para establecer similitudes con otras investigaciones hayamos tomado como referencia aspectos comunes en el diseño. Entre los más representativos encontramos el realizado por Gili y cols. (2000) en la isla de Formentera, el de Magallón (1988) en Aragón, el de Muñoz (1979) en Navarra, Ortega y cols. (1995) en La Rioja, el de Vázquez-Barquero y cols. (1982) también en Navarra, Vázquez-Barquero y cols. (1987) en Cantabria, el de Villaverde (1991) en Tenerife; todos ellos con el denominador común de utilizar diseños en dos fases y como prueba de criba el GHQ-28 o GHQ-60 (ambos, con similares características psicométricas).

Como queda reflejado en la tabla 10, las prevalencias obtenidas se encuentran dentro de un rango relativamente corto que oscila entre el 23,8%, obtenidos por Vázquez-Barquero, Muñoz y Madoz (1981) en la Comunidad de Navarra y el 11,8% obtenidos por Magallón (1988) en esta misma Comunidad. Destaca, por proximidad geográfica, el realizado por Villaverde (1991) que obtiene en una población urbana de Tenerife (La Laguna) una prevalencia de trastornos del 17,3%.

Tabla 10. Cifras de prevalencia total de trastornos mentales en algunos estudios españoles de doble fase en población general.

Autor	Lugar	Año	Prevalencia en %
Gili y cols.	Baleares	2000	21,8
Magallón.	Navarra	1988	11,8
Muñoz.	Navarra	1979	17,7
Vázquez-Barquero y cols.	Navarra	1981	23,8
Vázquez-Barquero y cols.	Cantabria	1987	14,7
Villaverde.	Canarias	1991	17,3
Ortega y cols.	La Rioja	1995	12,36

La comparación entre categorías diagnósticas de los trastornos queda reflejada en la tabla 11. Para esta comparación hemos tomado los datos obtenidos en los trabajos de Gili y cols. (2000), Ortega y cols. (1995) y Villaverde (1991). Los resultados de estos trabajos muestran un rango, en cuanto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad que oscila entre el 2,65% obtenido por Ortega y el 6,15% de Villaverde. En los trastornos del estado ánimo el rango oscila el 3,4% del trabajo de Gili y el 5,5% obtenido por Villaverde. El rango de los trastornos relacionados con sustancias oscila del 1,01% de Ortega

al 6,1% de Gili, situándose en el estudio de Villaverde en un 2,42%. En ninguno de los trabajos presentados la categoría esquizofrenia y trastornos psicóticos llega a alcanzar una prevalencia del 1%, correspondiendo el porcentaje más alto al estudio llevado a cabo en La Laguna (S/C de Tenerife) con un 0,81%. En cuanto a los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria la prevalencia obtenida por Gili es del 1,9%. En el estudio de Ortega la prevalencia de este grupo de trastornos es del 0,25%. En el trabajo de Ortega la prevalencia de los trastornos somatomorfos es del 0,9%, no disponemos de estos datos en el resto de estudios.

Tabla 11. Comparación de la prevalencia de los distintos trastornos mentales en los estudios epidemiológicos llevados a cabo en España.

Diagnósticos	Gili (2000)	Ortega (1995)	Villaverde (1991)
Trastornos de ansiedad.	5,7(*)	2,65	6,15
Trastornos del estado de ánimo.	3,4	3,91	5,50
Trastornos relacionados con sustancias.	6,1	1,01	2,42
Trastornos somatomorfos.	-	0,88	-
Esquizofrenia y trastornos psicóticos.	0,5	0,13	0,81
T. de la ingestión y conducta alimentaria.	1,9	0,25	-

NOTA (*): La autora incluye en este grupo de trastornos una categoría que denomina trastornos neuróticos y somatomorfos.

Después de este breve repaso de los estudios epidemiológicos comunitarios que consideramos más relevantes para nuestra investigación, parece conveniente comenzar a describir los aspectos relacionados con la metodología en nuestro trabajo.

8. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Nos planteamos como objetivos en este trabajo:

- I. Describir la prevalencia de trastornos psicopatológicos en la isla de Tenerife:
 - a. Determinar la prevalencia de los trastornos agrupados en categorías generales (grandes síndromes).
 - b. Determinar la prevalencia de los trastornos por categorías diagnósticas.
 - c. Determinar si existen diferencias significativas en cuanto a prevalencia de trastornos según el género.
- II. Observar las relaciones que pudieran existir entre trastornos psicopatológicos y las variables sociodemográficas.
- III. Determinar en qué medida estas variables sociodemográficas son capaces de predecir la aparición de trastornos mentales.
- IV. El estudio de las propiedades psicométricas del GHQ-28 como instrumento de criba en epidemiología.

Por otro lado, pretendemos que este trabajo pueda servir de base a estudios posteriores y a la posible planificación de programas de salud mental que pudieran llevarse a cabo en nuestra comunidad.

Dado que el estudio epidemiológico aquí planteado se inserta dentro de la metodología correlacional como un estudio **ex-post-facto**, el planteamiento de hipótesis no obedece a las mismas reglas que los diseños experimentales, donde se plantean predicciones de acuerdo con el control y manipulación de variables. En este trabajo las hipótesis son sustituidas por los objetivos a alcanzar.

9. MÉTODO

9.1. Características de la población y de la muestra estudiada

Según los datos de la encuesta de población en Canarias, realizada en 1996 por el Instituto Canario de Estadística, la población de la isla de Tenerife ascendía a 665.611 habitantes. La ubicación geográfica y el número de habitantes en los municipios estudiados se refleja en la figura 1.

La zona metropolitana está constituida por Santa Cruz de Tenerife, la más habitada con una población que ascendía a 203.787, y La Laguna con 121.769. En la zona norte, se encuentran los Realejos con una población de 32.599 personas y Garachico con 5743 habitantes. En la zona sur, nuestro trabajo se ha centrado en el municipio de Güímar, con una población de 14.014 habitantes.

La distribución por edades aparece resumida en la figura 2.

Como puede observarse, la distribución poblacional y muestral responden al mismo perfil, dándose una mayor diferencia en el intervalo de edad de 60 a 69 años, donde la proporción de la muestra resultante es superior en un 2,9%.

En cuanto a la ocupación de la población, por sectores, predomina el comercio y servicios en los municipios de Santa Cruz y La Laguna. La agricultura, el comercio y construcción/servicios en el municipio de Güímar. La hostelería y agricultura en Los Realejos y; la agricultura, hostelería y construcción en Garachico. Consideramos que las características de estos municipios son representativas del tipo de actividades desarrolladas en las islas, si bien es cierto que en la zona sur predomina el sector de hostelería frente al resto.

Figura 1. Distribución geográfica de los municipios estudiados y número de habitantes.

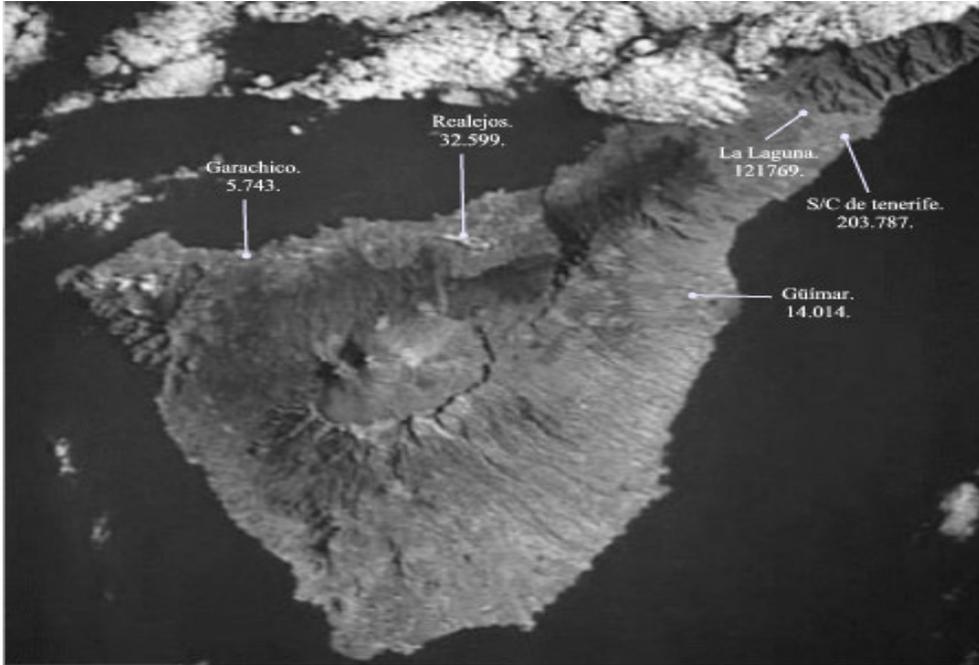
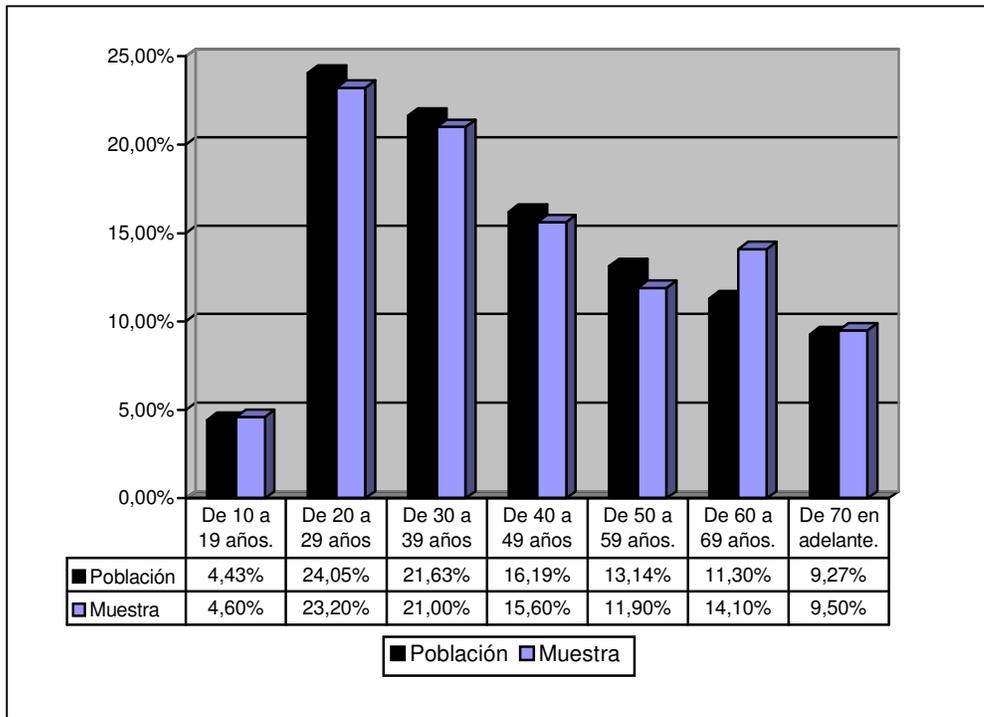


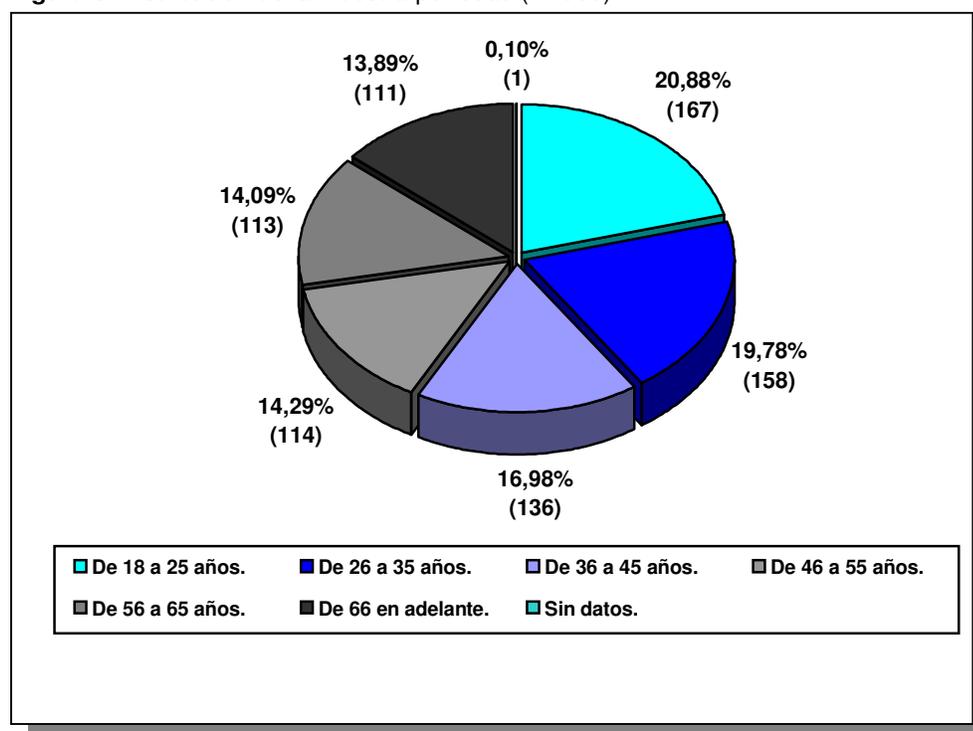
Figura 2. Distribución por edades de la población frente a la muestra objeto de estudio.



En esta investigación han participado 800 personas, todos ciudadanos censados en tres zonas de la isla de Tenerife (metropolitana, norte y sur). Los criterios de selección de estas zonas, así como los criterios de selección de la muestra se explican más adelante. Por género, la muestra se ha distribuido de forma equilibrada (400 mujeres y 400 hombres), para lo cual se han seleccionado 100 personas en cada zona, de las que 50 son hombres y 50 mujeres.

La distribución de la muestra por edad queda resumida en la figura 3, en la que aparecen reflejados además de los intervalos de edad estudiados, los porcentajes y frecuencias (entre paréntesis) de la misma. La media de edad de la muestra estudiada es de 43 años y 2 meses, la desviación típica de 17 años y 5 meses y el rango de edad de los participantes oscila entre los 18 y 87 años.

Figura 3. Distribución de la muestra por edad (N=800).



En la figura 4, se recoge la distribución de los hombres por edad, siendo la media de edad de este grupo de 41 años y 4 meses, con una desviación típica de 17 años y 11 meses. El rango de edad está comprendido entre los 18 y 87 años.

La figura 5, refleja la distribución de la muestra de mujeres por edad. La media de edad en este caso es de 45 y 10 meses y la desviación típica de 16 años y 7 meses. El rango de edad en este caso está comprendido entre los 18 y los 85 años.

Figura 4. Distribución de los hombres por edad (N=400).

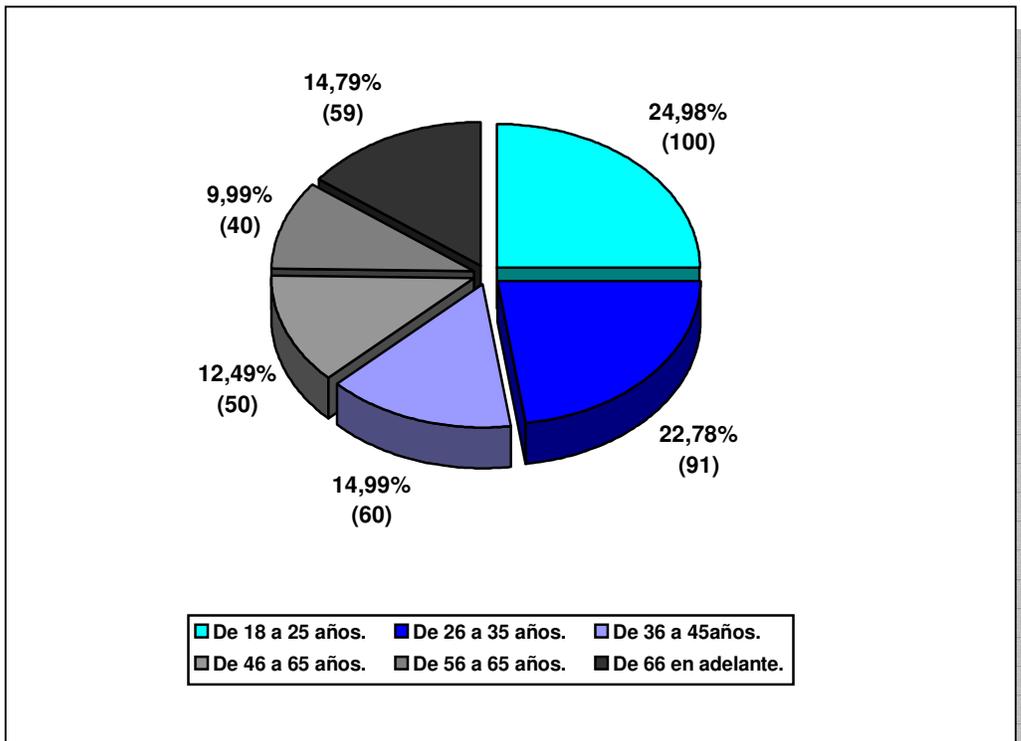
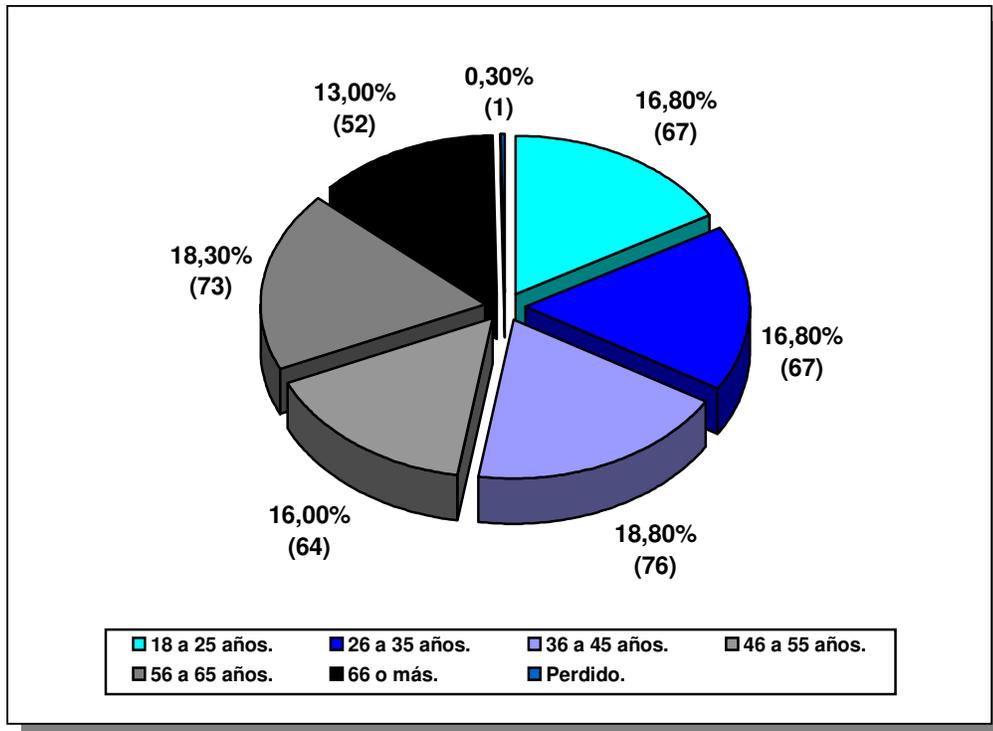
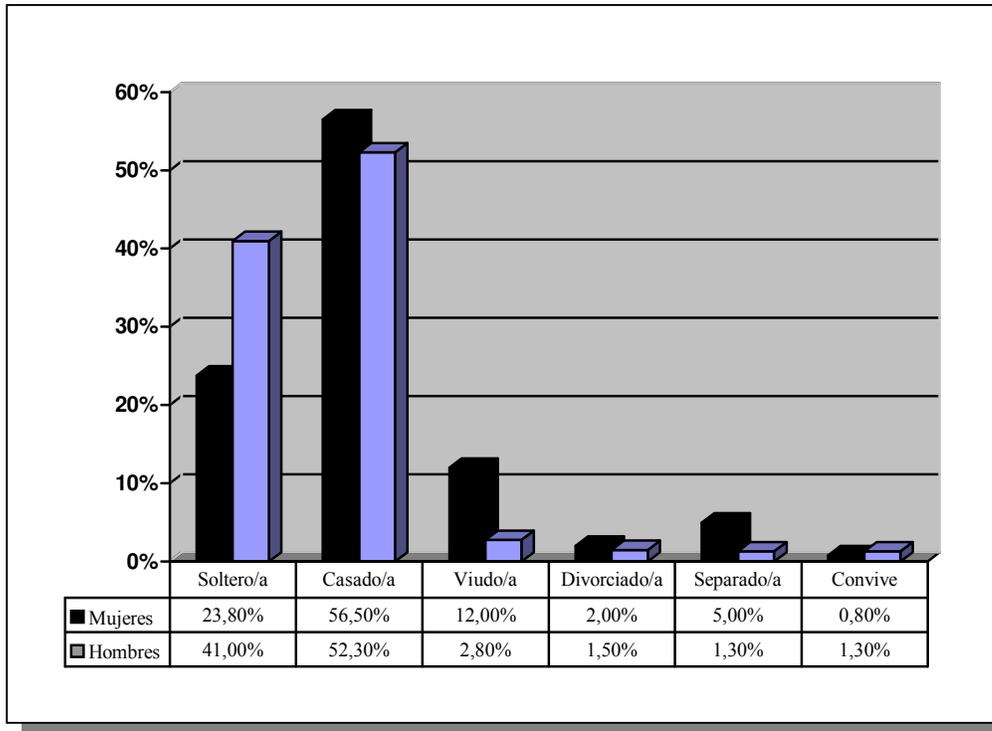


Figura 5. Distribución de las mujeres por edad (N=400).

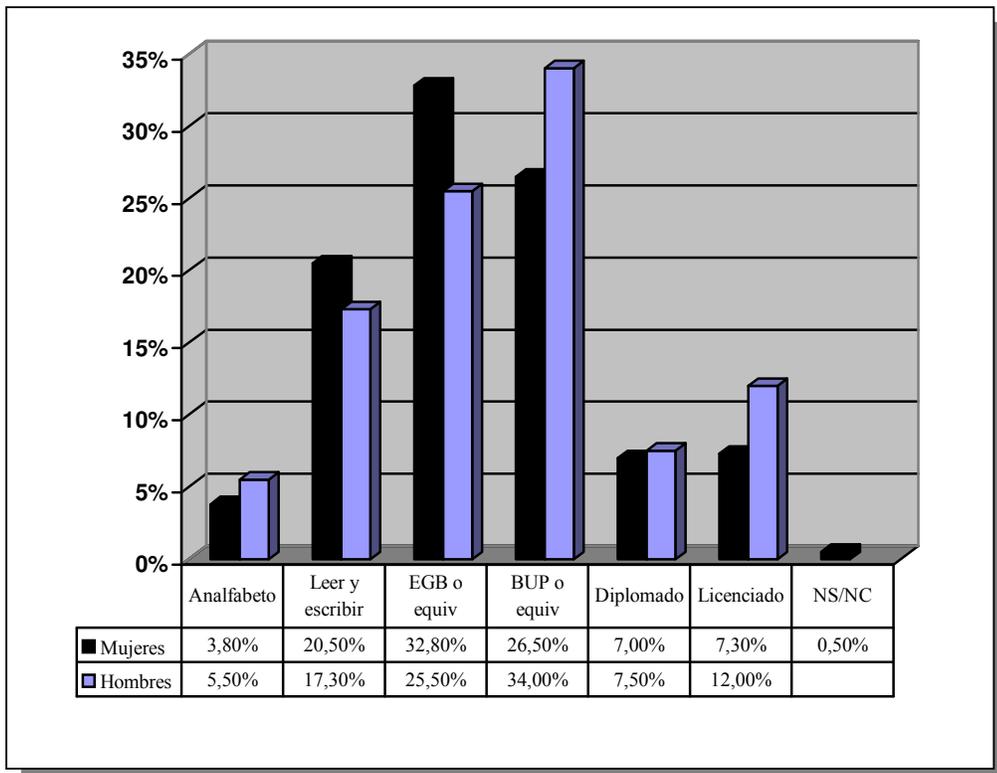
Los datos del siguiente marcador objeto de estudio es el estado civil. Se presentan en la figura 6 los resultados obtenidos en este apartado según el género. Considerando la muestra total, el 32,4% formaba parte del grupo de solteros. El porcentaje de casados se ve incrementado respecto al grupo anterior, siendo éste del 54,4% del total muestral. A la categoría de divorciados pertenecía el 1,8%. El grupo de viudos conformaba el 7,4%. El perteneciente a la categoría de separados estaba constituido por el 3,1% del total, siendo el 1% restante, el formado por parejas de hecho.

Figura 6. Distribución de la muestra según el estado civil (N=800).



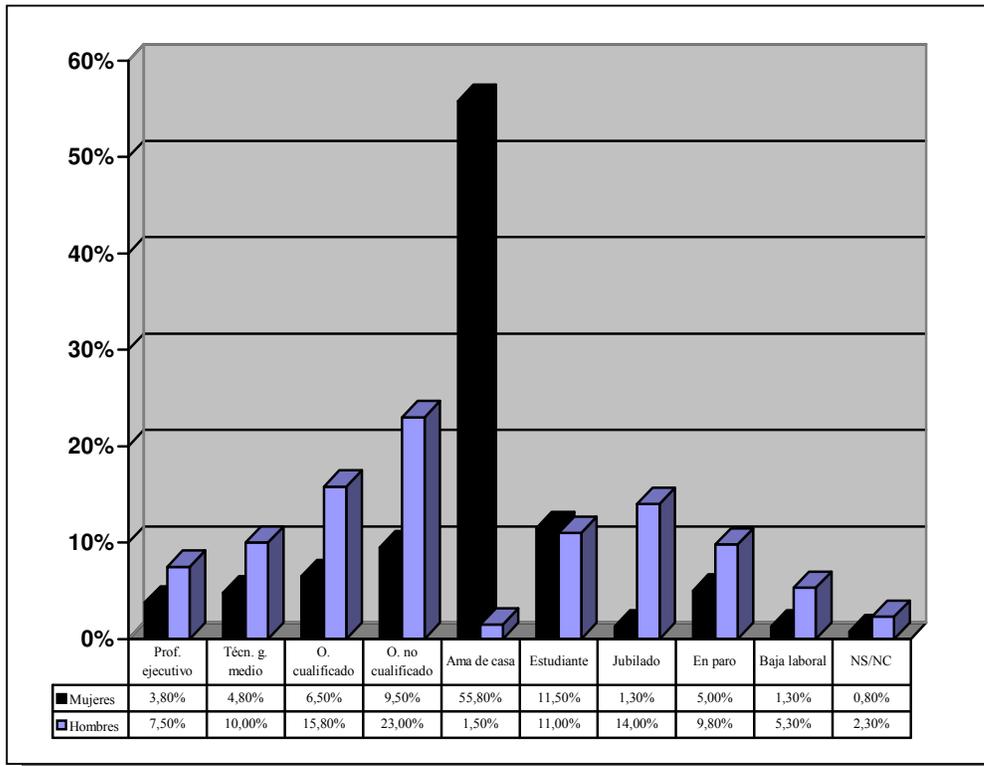
En lo que se refiere al nivel de estudios, la moda de la muestra total se encuentra situada en el nivel correspondiente a BUP o equivalente (30,30%). Cuando llevamos a cabo un análisis por género obtenemos que en el caso de las mujeres, el nivel más frecuente es el correspondiente a estudios de EGB o equivalente (32,80%); siendo la moda en el caso de los hombres la correspondiente a la categoría de BUP o equivalente (34,00%). Los porcentajes por género y nivel educativo quedan resumidos en la figura 7, en la que es de reseñar que un 0,5% del total de la muestra no informan de su nivel de estudios.

Figura 7. Distribución de la muestra en función del nivel de estudios (N=800).



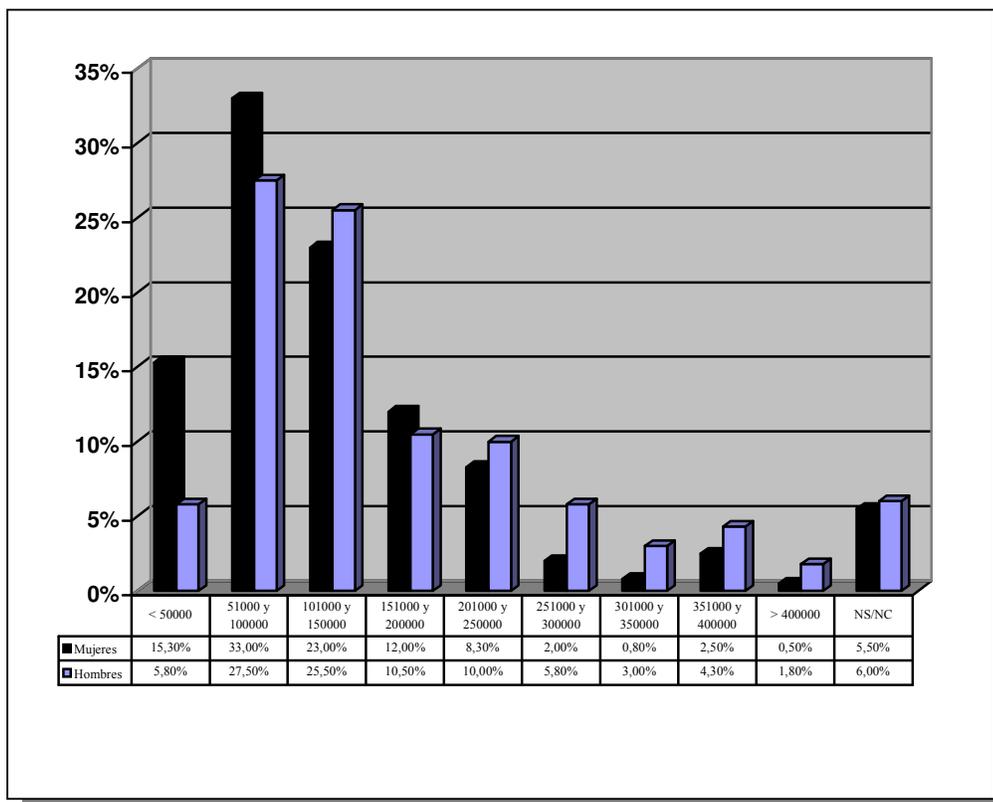
En cuanto a la ocupación laboral, otro de los marcadores estudiados, obtenemos como resultado que el 55,80% de las mujeres son amas de casa; siendo en el caso de los hombres la categoría de obrero no cualificado la más contestada, el 23,00%. Los resultados obtenidos en función del género aparecen resumidos en la figura 8.

Figura 8. Distribución de la muestra en función de la ocupación laboral (N=800).



En la figura 9, se reflejan los resultados obtenidos en el estudio relativo al nivel económico. Hemos considerado aquí, el nivel de ingresos por unidad familiar y no el nivel de ingresos por individuo. El rango medio de ingresos se sitúa entre 101.000 y 150.000 pesetas. Por género, este rango medio pasa a estar comprendido entre las 51.000 y 101.000 pesetas en el caso de las mujeres; manteniéndose en el caso de los hombres entre las 101.000 y 150.000 pesetas.

Figura 9. Distribución de la muestra según el nivel económico (N=800).



9.2. Diseño

Se utilizó un diseño por conglomerados bietápico, pese a los inconvenientes que plantea este tipo de diseño (necesidad de un estudio piloto y muestra final más numerosa), ya que permite prescindir de los censos (en la mayoría de los casos anticuados, con los inconvenientes que eso supone a la hora de localizar a los sujetos seleccionados). En consecuencia, el diseño por conglomerados supone disponer un listado de los conglomerados (barrios) definidos con sus respectivos callejeros, evitando, así, los desplazamientos en busca de personas concretas.

Así, la selección de las personas objeto de estudio se llevó a cabo después de definir cada una de las áreas (conglomerados) siguiendo las fases que se especifican a continuación:

- a. Se recurrió a la encuesta de población de Canarias del 96 para delimitar las diferentes entidades (un total de 303 barrios) pertenecientes a los 31 municipios de la isla de Tenerife.
 - b. Teóricamente, para el desarrollo de las fórmulas de estimación del tamaño muestral es necesario que las entidades o barrios con los que se trabaja sean similares en cuanto al número de habitantes. Obviamente, en la realidad esto no es así, de manera que nos encontramos con entidades como San Cristóbal de La Laguna, perteneciente al municipio de La Laguna, con aproximadamente 30.000 habitantes; frente a Ifonche, en el municipio de Adeje, que contaba con menos de 100 habitantes censados.
 - c. Este problema se resolvió reagrupando y subdividiendo las diferentes entidades adyacentes en función del número de habitantes, de manera que al final, los conglomerados resultantes estuvieran constituidos por, aproximadamente, 2000 habitantes (con un margen de error de ± 500 , ya que en muchos casos la aproximación era imposible). Se procuró llevar a cabo las agrupaciones dentro del municipio; sin embargo, en algunos casos fue necesaria la formación del conglomerado tomando entidades pertenecientes a dos municipios limítrofes (p. e., el barrio de la Cuesta y el de la Salud, ambos de la capital de la isla, Santa Cruz de Tenerife).
 - d. Una vez delimitados los conglomerados, se procedió a la selección aleatoria de 5 de ellos (esta selección se realizó utilizando el subprograma SAMPLE del programa SPSS+). Estos 5 conglomerados se utilizaron en el estudio piloto para aproximar el valor de las varianzas y establecer el tamaño muestral.
-

- e. Una vez fijado el tamaño de la muestra ($n=800$), se procedió a la selección de forma aleatoria de los 8 conglomerados que iban a ser objeto de estudio. Como en el caso anterior, la selección se realizó a través del subprograma SAMPLE. Se estimó, asimismo, que el número de personas a entrevistar por cada conglomerado fuera de 100; seleccionándose éstas a través del método de itinerarios de Ortega (1990).

9.3. Instrumentos utilizados

Para la evaluación hemos utilizado tres instrumentos: un protocolo de variables sociodemográficas (anexo 1), el cuestionario GHQ-28 de Goldberg (anexo 2) y la La Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versión 2.1) (anexo 3). A continuación se describe cada uno de ellos:

9.3.1. Protocolo de variables sociodemográficas

En este trabajo se ha querido describir a la muestra objeto de esta investigación partiendo de las tres variables y que hacen referencia a la persona, lugar y tiempo.

Para ello hemos generado un protocolo inicial que recoge, fundamentalmente, marcadores de riesgo referidos a las personas y que con frecuencia se estudian en epidemiología. Así, junto a la edad y el género, se han explorado otros marcadores como son la familia, el nivel de estudios, la ocupación laboral, el estado civil, el nivel de ingresos y, finalmente, algunos marcadores de salud que hacen referencia a hábitos como fumar, beber y la práctica de deportes. Recordemos, que algunos de estos marcadores ya han sido descritos en el apartado anterior. En la tabla 12 se presentan las categorizaciones y codificaciones de los diferentes marcadores estudiados.

Tabla 12. Categorizaciones y codificaciones de las diferentes variables demográficas.

Variables	Codificación inicial	Código	Remodificación	Código
Población	Rural	1		
	Urbano	2		
Género	Masculino	1		
	Femenino	2		
Edad	18-24	1		
	25-34	2		
	35-44	3		
	45-54	4		
	55-64	5		
	+65	6		
Estado civil	Soltero	1	Soltero	1
	Casado	2	Relación en pareja	2
	Viudo	3	Estados post-maritales	3
	Separado	4		
	Divorciado	5		
	Convive	6		
Nivel cultural	Analfabeto	1	Sin estudios básicos	1
	Leer y escribir	2	Con estudios básicos	2
	Estudios Básicos	2	BUP o equivalente	3
	BUP ó Equivalente	3	Estudios superiores	4
	Diplomado Universitario Licenciado Universitario	4 5		
Nivel profesional	Profesional ejecutivo, director, cuadro superior, empresa por cuenta ajena.	1	Profesional ejecutivo, director, cuadro superior, empresa por cuenta ajena.	1
	Técnico de grado medio, profesiones intermedias y negocios independientes.	2	Técnico de grado medio, profesiones intermedias y negocios independientes	2
	Obrero cualificado (administrativo, electricista, aux. de clínica,...) pequeño propietario del campo.	3	Obrero cualificado (administrativo, electricista, aux. de clínica,...) pequeño propietario del campo.	3
	Obrero no cualificado (peones, mozos de hotel, braceros del campo y de la mar,...).	4	Obrero no cualificado (peones, mozos de hotel, braceros del campo y de la mar,...)	4
	Ama de casa.	5	Ama de casa	5
	Estudiante.	6	Estudiante	6
	Jubilado.	7	Jubilado	7
	En paro.	8	Inactividad laboral temporal	8
	Baja laboral.	9		
Nivel económico	Menos de 50.000.	1	Menos de 100000	1
	Entre 51000 y 100000.	2	Entre 101000 y 250000	2
	Entre 101000 y 150000.	3	Más de 251000	3
	Entre 151000 y 200000.	4		
	Entre 201000 y 250000.	5		
	Entre 251000 y 300000.	6		
	Entre 301000 y 350000.	7		
	Entre 351000 y 400000.	8		
	Entre más de 400.000.	9		
Enfermedad	Sí	1		
	No	0		
Toma medicación	Sí	1		
	No	0		

9.3.2. *El Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) versión española de Lobo y cols. (1983)*

Es un instrumento ampliamente trabajado y utilizado en estudios de epidemiología psiquiátrica y se han realizado muchos trabajos al respecto (p.e., Banks, 1983; Bridges y Goldberg, 1986; Gili y cols., 2000; Gold, Haughey y Baraff, 1985; Goldberg y Bridges, 1987; Lindsay, 1986; Lobo y cols., 1986; Magallón, 1988; Mann y cols. 1983; Medina-Mora y cols., 1983; Rabins y Brooks, 1981; Villaverde, 1991; Vicente, 1995).

El cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ), originalmente fue diseñado para utilizarse en consultas médicas como cuestionario de criba o detección, centrándose en las rupturas de la función normal más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida. Se trata de una medida pura de estado, que refleja hasta qué punto una persona cree que su estado actual es distinto del habitual. En este sentido, no se pregunta al individuo, durante cuánto tiempo ha experimentado cada síntoma, puesto que el GHQ detecta trastornos de menos de dos semanas de duración.

El trabajo experimental en el que está basado el GHQ perseguía descubrir las características que distinguen a los pacientes con trastornos psíquicos, de los individuos de la población general.

El cuestionario está estructurado en cuatro subescalas y deben tenerse en cuenta tres puntos. El primero, es que las subescalas representan dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con un trastorno psicológico. En segundo lugar, las subescalas no son independientes entre sí. Y por último, la utilización del GHQ no implica suponer que la estructura factorial de la muestra sea la misma que la de la muestra con la que se desarrolló el cuestionario. Las cuatro subescalas señaladas anteriormente son:

- a. Síntomas somáticos.
- b. Ansiedad.
- c. Disfunción social.
- d. Depresión severa.

Se han llevado a cabo algunos estudios de validación del cuestionario (tabla 13). En población española destacan los trabajos de Lobo y cols., (1986); Seva-Díaz y cols. (1992) en todos ellos se mostró como un instrumento adecuado en epidemiología en salud mental. En Canarias, se tienen referencias de algunos estudios sobre epidemiología en salud mental en los que se ha aplicado este cuestionario (Vicente, 1995; Villaverde, 1991).

El GHQ-28 presenta unos índices de validez y un poder discriminativo similares a la versión de 60 ítems. El punto de corte se establece, en función de los objetivos que pretenda el proyecto, en una puntuación global de 5-6 o bien de 6-7. La experiencia de estudios previos (Villaverde, 1991) realizados en Canarias, en los que se ha obtenido un alto porcentaje de falsos positivos (35,83% con un punto de corte 5-6), nos ha llevado a elegir el punto de corte 6-7 con objeto de eliminar un porcentaje importante de personas con malestar psicológico, pero que no cumplen los criterios de enfermos mentales. Ejemplos de trabajos que han optado por un punto de corte de 6/7 son los realizados por Lobo y cols. (1986) y Muñoz, Tejerina-Allen y Cañas (1995), los resultados de los coeficientes de validez del cuestionario con este punto de corte aparecen en la tabla 14.

Tabla 13. Estudios de validez del GHQ-28 (modificado de Lobo y Muñoz, 1996).

Autores (año)	País, entorno.	Nº de sujetos.	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Rabins y Brooks (1981)	EE.UU., pacientes de esclerosis múltiple.	25	93	93
Banks (1983)	Inglaterra, adolescentes en des-empleo.	200	100	85
Mann y cols. (1983)	Inglaterra, chicas en edad escolar.	78	44	89
Medina Mora y cols. (1983)	México, pacientes de atención primaria.	352	76	74
Gold y cols. (1985)	EE.UU., Departamentos de accidentes y emergencias.	27	56	88
Bridges y Goldberg (1986)	Inglaterra, pacientes neurológicos ingresados.	70	80	81
Lindsay (1986)	Inglaterra, amputados.	35	100	86
Lobo y cols. (1986)	Pacientes médicos ambulatorios.	100	84	82
Goldberg y Bridges (1987)	Inglaterra, pacientes de atención primaria.	283	87	75
Magallón (1988)	España, población urbana.	117	76	82
Muñoz y cols. (1995)	España, población urbana.	-	72	82
Villaverde (1991)	España, población urbana.	245	90	73

Tabla 14. Estudios sobre la validación del GHQ-28 (tomado de Lobo y Muñoz, 1996).

Autores (año).	Población	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)	Mal clasificados (%)
Lobo y cols. (1986)	Medicina interna	6/7	76,9	90,2	83,3	85,9	15
Muñoz y cols. (1995)	Población urbana	6/7	72	82	-	-	-

El GHQ- 28 requiere un tiempo de administración mínimo (3-5 minutos). El entrevistado debe contestar todas las preguntas subrayándolas. La puntuación más utilizada se obtiene fácilmente, ya que sólo puntuamos las respuestas contestadas en las dos columnas de la derecha, desechando las respuestas codificadas en las dos columnas de la izquierda. Para obtener la puntuación final sumamos el total de items puntuados.

9.3.3. *La Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versión 2.1)*

La CIDI-2.1 se elaboró en 1997 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de una entrevista estructurada capaz de clasificar a las personas enfermas en las categorías de grandes síndromes basados en los criterios de clasificación del DSM-IV y CIE-10. Esta entrevista no recoge todos los trastornos mentales que aparecen estos sistemas clasificatorios, pero sí recorre una proporción importante de los mismos. La entrevista está estructurada de la siguiente forma:

- **Sección A:** Datos demográficos.
 - **Sección B:** Trastornos debidos al consumo de tabaco.
 - **Sección C:** Trastornos somatomorfos y disociativos (de conversión).
 - **Sección D:** Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad.
 - **Sección E:** Trastornos depresivos y trastorno distímico.
 - **Sección F:** Episodio maniaco y trastorno afectivo bipolar.
 - **Sección G:** Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - **Sección H:** Trastornos de la conducta alimentaria.
 - **Sección J:** Trastornos debidos al consumo de alcohol.
 - **Sección K:** Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés post-traumático.
 - **Sección L:** Trastornos debido al consumo de sustancias psicotropas.
 - **Sección M:** Demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos.
 - **Sección P:** Observaciones del entrevistador.
 - **Sección X:** Evaluación del entrevistador.
-

Los diagnósticos que abarca quedan reflejados en la tabla 15.

9.3.3.1. Aplicación

La CIDI está diseñada para adultos (mayores de 18 años), de manera que pueda ser comprendida por personas de diferente nivel educativo. Es bastante simple de responder y sólo requiere de las habilidades en lecto-escritura en los items correspondientes a la valoración cognitiva (Sección M).

En el supuesto de que el entrevistado no responda de forma coherente (por ejemplo: retraso mental, demencia o psicosis aguda), la entrevista permite examinar si existe un deterioro grave de las funciones cognitivas, de manera que si el entrevistador sospecha de la existencia de este deterioro durante el pase de cualquier sección, puede proceder a la administración de la Sección M, con objeto de valorar el deterioro cognitivo del entrevistado.

9.3.3.2. Especificaciones de cada una de las secciones

Como ya hemos mencionado, la CIDI parte de los criterios tanto de la CIE-10 como del DSM-IV, por lo que en este punto pasaremos a describir algunos de los criterios de valoración utilizados en esta entrevista.

9.3.3.2.1. Datos demográficos (Sección A)

Los datos demográficos recogidos en esta sección hacen referencia a la edad, el género, el estado civil y la paternidad, el nivel educativo y la ocupación.

Tabla 15. Diagnósticos de la CIDI de acuerdo con los criterios del DSM-IV y la CIE-10 (en la secuencia en la que aparecen en la entrevista).

DSM-IV

Dependencia de la nicotina.

- Abstinencia de nicotina.

Trastornos somatomorfo.

- Trastorno por somatización.
- Trastorno por dolor.
- Trastorno por conversión.
- Hipocondría.

Trastornos por ansiedad.

- Fobia específica.
- Fobia social.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Trastorno de angustia con y sin agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastornos bipolares.

- Deprimido (subtipo: leve, moderado, severo con síntomas psicóticos).
- Maníaco (subtipo: ídem que en el caso anterior).

Trastornos depresivos.

- Trastorno depresivo mayor, episodio único (subtipos: leve, moderado y grave).
- Trastorno depresivo mayor, recurrente (subtipos: Ídem que en el caso anterior).
- Distimia.

Esquizofrenia.

Trastorno esquizofreniforme.

Trastorno delirante.

Trastorno psicótico breve.

Trastorno esquizoafectivo.

Trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno por estrés post-traumático.

Abuso del alcohol.

Dependencia del alcohol.

Trastornos de la conducta alimentaria.

- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.

Trastorno por uso de sustancias psicoactivas: dependencia o abuso.

- Cannabis.
- Cocaína.
- Alucinógenos.
- Inhalantes.
- Opiáceos.
- Anfetaminas o sustancias de similar acción.
- Sedantes.
- Estimulantes.
- PCP.
- Otros.
- **Síndrome orgánico cerebral.**

(*continuación...*) Diagnósticos de la CIDI de acuerdo con los criterios del DSM-IV y la CIE-10.

CIE-10 (DCR)

Trastornos resultantes del uso del tabaco.

- Síndrome de dependencia (F17.2).
- Uso perjudicial (F17.1).

Trastornos somatomorfos.

- Trastorno por somatización (F45.0).
- Trastorno por dolor persistente (F45.4).
- Trastorno hipocondríaco (F45.2).

Otros trastornos por ansiedad.

- Trastornos pánico (F41.00, F41.01).
- Trastorno por ansiedad generalizada (F41.1).

Trastornos fóbicos.

- Fobias específicas (F40.21, F40.22, F40.23, F40.24).
- Fobia social (F40.1).
- Agorafobia sin trastorno de angustia (F40.00).
- Agorafobia con trastorno de angustia (F40.01).

Episodio depresivo.

- Episodio depresivo leve (F32.00, F32.01).
- Episodio depresivo moderado (F32.10, F32.11).
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

Episodios depresivos recurrentes.

- Episodios depresivos leves (F33.00, F33.01).
- Episodios depresivos moderados (F33.10, F33.11).
- Episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos (F33.2).

Trastornos afectivos persistentes.

- Distimia (F34.1).

Episodio Maniaco.

- Hipomanía (F30.0).
- Manía sin síntomas psicóticos (F30.1).
- Manía con síntomas psicóticos (F30.2).

Trastorno afectivo bipolar (F32).

Esquizofrenia (F20).

- Trastorno delirante (F22.0).
- Trastorno psicótico agudo y transitorio (F23).

Trastornos esquizoafectivos (F25).

Trastornos alimentarios.

- Anorexia nerviosa (F50.0).
- Bulimia nerviosa (F50.2).

Trastornos debidos al alcohol.

- Abuso de (F10.1).
- Síndrome de dependencia (F10.2).

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42, F42.0, F42.1).

Trastorno por estrés post-traumático (F43.1).

Trastornos debido al uso de sustancias psicoactivas...

Abuso y síndrome de dependencia...

- Opiáceos (F11.1, F11.2).
- Cannabis y derivados (F12.1, F12.2).
- Sedantes o hipnóticos (F13.1, F13.2).
- Cocaína (F14.1, F14.2).
- Otros estimulantes (F15.1, F15.2).
- Alucinógenos (F16.1, F16.2).
- Inhalantes (F18.1, F18.2).
- Otras sustancias psicoactivas (F19.1, F19.2).
- **Síndrome orgánico cerebral.**

9.3.3.2.2. Trastorno por consumo de nicotina (Sección B)

Los trastornos por el consumo de nicotina que se evalúan en esta sección incluyen los apartados de:

- Dependencia del tabaco (CIE-10).
- Dependencia de la nicotina (DSM-IV).

La información que se obtiene hace referencia al consumo diario durante un mes de cigarrillos, puros, pipa, número de veces que inhala tabaco y número de veces que mastica tabaco.

9.3.3.2.3. Trastornos somatomorfos y trastornos disociativos (Sección C)

La CIDI evalúa algunos de los trastornos somatomorfos descritos en el DSMIV y la CIE-10, centrándose en:

- Los trastornos por dolor.

Para el diagnóstico de trastorno por dolor, se requiere la existencia de dolor la mayoría de los días durante 6 meses o más. Este dolor no se puede explicar mejor por una enfermedad médica.

- Trastornos por somatización.

Las características fundamentales de este tipo de trastorno son las múltiples y recurrentes manifestaciones de dolor a lo largo de varios años, las cuales no son aparentemente originadas por un trastorno físico. Estas manifestaciones comienzan antes de los 30 años de edad. Las quejas se presentan, a menudo, de forma exagerada, vaga, dramática o como parte de un complicado historial médico en el que se han tenido en cuenta varios diagnósticos médicos. A menudo hay una historia de varias operaciones quirúrgicas. Las quejas frecuentemente incluyen los siguientes síntomas:

- De conversión o pseudoneurológicos.
 - Gastrointestinales (por ejemplo: náuseas, vómitos).
 - Sexuales o relacionados con el aparato reproductor (indiferencia ante el sexo, sangrado excesivo).
 - Dolor (por ejemplo: dolor de espaldas).
 - Cardiovasculares (por ejemplo: ahogo, dolor en el pecho).
- Trastorno disociativo.

El trastorno disociativo se caracteriza por aparecer tras un suceso estresante, problema o necesidad de carácter estresante. Se manifiesta en forma de amnesia, ataques o anestesia para los que no hay una explicación desde el punto de vista médico.

- Trastorno hipocondriaco.

Para el diagnóstico de este trastorno se requiere que el entrevistado crea durante seis meses o más, que sufre una enfermedad física o deformidad seria a pesar de que el diagnóstico médico pruebe de forma razonable que estas creencias son infundadas.

9.3.3.2.4. Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad (Sección D)

Esta sección evalúa fundamentalmente:

- Trastornos fóbicos.

Los trastornos fóbicos se agrupan en fobias específicas, fobia social y agorafobia.

Las fobias específicas se caracterizan por un miedo persistente e irracional a objetos, actividades o situaciones específicas que suelen dar lugar a comportamientos de evitación de éstas situaciones, objetos y actividades. Este miedo es calificado por la persona como exagerado e irracional teniendo en

cuenta el peligro real que el estímulo fóbico supone para ella.

Este miedo irracional puede no tener efectos en la vida cotidiana de la persona que lo padece, en tanto en cuanto, esté expuesta con poca o ninguna frecuencia al estímulo fóbico. Es el caso por ejemplo, de aquella persona que muestra un miedo irracional a las serpientes y que vive en una zona, como es el caso de las Islas Canarias, donde no existe esta especie animal. No obstante, cuando el comportamiento de evitación o el miedo interfiere de forma significativa en la rutina diaria de la persona, en sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo se justifica el diagnóstico de trastorno fóbico.

La fobia social se caracteriza por un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público a las que el sujeto se ve expuesto. En estas situaciones el sujeto teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. La exposición a esta situación provoca invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación. Igual que en las fobias específicas, el individuo reconoce que el miedo es irracional y exagerado. Se puede dar también una respuesta de evitación a esas situaciones o bien se experimenta una ansiedad intensa. Como en el caso anterior, los comportamientos o el malestar que se dan en estas situaciones interfieren en la rutina diaria del individuo, en sus relaciones laborales o sociales, o bien generan un malestar clínicamente significativo.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde (en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia) puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un

conjunto de situaciones características, entre las que se incluye estar sólo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en una guagua, tren o coche. Como en el resto de trastornos fóbicos estas situaciones se tienden a evitar, o se somete a ellas a costa de un malestar significativo por temor a padecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, en muchos casos es necesaria la presencia de un conocido para soportarlas.

La ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por otro trastorno mental (por ejemplo: fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, etc).

- Trastorno de pánico.

Se caracteriza, fundamentalmente, por la aparición de crisis de angustia que ocurre de pronto y de forma inesperada, sin embargo, determinadas situaciones (por ejemplo: conducir un coche) pueden quedar asociadas a crisis de angustia.

Las crisis de pánico se manifiestan por un repentino ataque de aprehensión, miedo o terror, a menudo asociado a sentimientos de indefensión. Los síntomas más comunes experimentados durante una crisis de angustia son: respiración entrecortada, palpitaciones, dolor o malestar en el pecho, vértigo, sensación de irrealidad, hormigueo en manos o piernas, sofocos o escalofríos, sudoración, debilidad, temblores o agitación, sensación de boca seca y miedo a morir, volverse loco o hacer algo que esté fuera de su control durante la crisis. Éstas, normalmente, duran minutos.

- Trastorno de ansiedad generalizada.

La característica esencial de este trastorno es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación excesiva), que se observa durante un periodo superior a 6 meses y que se centra en una amplia gama de situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de preocupación. La ansiedad

se acompaña de los siguientes síntomas: inquietud, tensión motora, dificultades para concentrarse, irritabilidad, inquietud, fatiga precoz y alteraciones del sueño.

9.3.3.2.5. Trastorno depresivo y trastorno distímico (Sección E)

Los trastornos del estado de ánimo están constituidos por la combinación de trastornos, lo que les hace un grupo atípico respecto al resto de síndromes. Los trastornos que constituyen este bloque son la depresión mayor, distimia, bipolar I / manía, bipolar II / hipomanía y trastorno distímico, pudiendo estos contribuir al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Además, existen diferentes subtipos en función de su gravedad (leve, moderado, etc) valorándose en función de los criterios del DSM-IV y la CIE-10.

El episodio depresivo consiste en dos semanas caracterizadas por sentimientos de tristeza o pérdida de interés o placer, junto con otros síntomas tales como: pérdida de apetito, dificultades para dormir, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, disminución de energía y pensamientos de muerte. Tanto en el DSM IV como en la CIE-10, el estado deprimido o la pérdida de interés son criterios necesarios. En la CIE-10, además, se requiere la existencia de sentimientos de tristeza y pérdida de interés, o uno de éstos, más cansancio crónico. Además, la CIE-10 no contempla el episodio depresivo si ha habido un episodio de manía o hipomanía.

La distimia requiere, al menos dos años de duración, en los cuales han existido sentimientos de depresión y algunos síntomas adicionales. Para el diagnóstico de ésta, es necesario que no se hayan dado episodios de manía o hipomanía, y que los episodios depresivos no se den en los dos primeros años (DSM-IV) o sean raros y leves (CIE-10). Además de muchos de los síntomas de un episodio depresivo, la distimia está caracterizada por desesperación, pérdida de la autoestima; y de

acuerdo con la CIE-10, aislamiento social y sentimientos de incapacidad para enfrentarse a la vida diaria.

9.3.3.2.6. Trastornos afectivos maniaco y bipolar (Sección F)

El trastorno bipolar, en ambos sistemas diagnósticos, requiere el tener un episodio maniaco. La característica fundamental de un episodio maniaco es un periodo concreto en el que el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable; y en el que se dan síntomas asociados de sobreactivación, aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesivas en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Entre las personas que padecen este trastorno se pueden dar periodos de normalidad o periodos depresivos. También es posible observar humor depresivo durante un episodio maniaco.

El estado de sobreactivación puede definirse como un estado eufórico, inusualmente bueno; que se reconoce como excesivo o inapropiado por quienes le conocen bien. Aunque la sobreactivación es considerada como prototípica, la alteración del estado de ánimo puede consistir en irritabilidad y verborrea.

La CIE-10 y el DSM-IV requieren que un episodio hipomaniaco dure como mínimo 4 días y el episodio maniaco, al menos, una semana; o que se requiera la hospitalización de esa persona.

9.3.3.2.7. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Sección G)

Los trastornos psicóticos requieren la confirmación de la existencia de síntomas psicóticos (ilusiones o alucinaciones) y

la evaluación de su duración, así como, la determinación de relaciones respecto a otros síndromes.

9.3.3.2.8. Trastornos de la conducta alimentaria (Sección H)

Se valora en este apartado la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

- Anorexia nerviosa.

Este trastorno se caracteriza por una marcada alteración en la conducta alimentaria. Las características esenciales incluyen rechazo a mantener el peso corporal, aún cuando esté por debajo de los límites según peso y talla, un miedo intenso a ganar peso a pesar de un estado de desnutrición manifiesto, imagen corporal distorsionada y, en chicas, interrupción de la menstruación. El esfuerzo por perder el peso incluye, no sólo la reducción de la ingesta de comida, sino que pueden darse sesiones de ejercicios duros y prolongados, inducción del vómito y el uso de diuréticos y laxantes.

- Bulimia nerviosa.

La bulimia es un trastorno caracterizado por atracones de comida recurrentes. A pesar de las grandes cantidades de comidas ingeridas en un periodo corto de tiempo, mantienen un peso normal o por debajo de lo normal, como consecuencia del uso de laxantes y diuréticos o como consecuencia de provocarse el vómito; además, de mantener dietas extremadamente restrictivas entre atracones. Las personas afectadas se sienten culpables por los ataques de voracidad, pero se sienten incapaces de controlarlos.

9.3.3.2.9. Trastornos por consumo de alcohol (Sección J)

La CIDI cubre el abuso, intoxicación y dependencia del alcohol de acuerdo con los criterios del DSM-IV y la CIE-10. Estos criterios difieren en ambos sistemas clasificatorios, las diferencias estriban en que los criterios utilizados en la CIE-10 para la intoxicación por consumo de alcohol también incluyen síntomas como enrojecimiento facial e inyección conjuntival; y los empleados para el síndrome de abstinencia por al alcohol requieren la presencia de tres síntomas de una lista de 10, que incluye dolores de cabeza, y refiere taquicardia y sudoración como dos síntomas separados.

9.3.3.2.10. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés post-traumático (Sección K)

Se distinguen en este apartado:

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

Las obsesiones son ideas recurrentes, persistentes, pensamientos, imágenes o impulsos que el individuo considera intrusas e inapropiadas, y que le provocan ansiedad y malestar significativos, siendo infructuosos los intentos por ignorarlos o suprimirlos.

Las compulsiones son comportamientos o actos mentales repetitivos que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos, si bien estos comportamientos no están conectados de forma realista con aquello que requieren prevenir o resulten claramente excesivos. El individuo, generalmente, reconoce lo irracional del comportamiento y este no le genera ningún tipo

de satisfacción.

- Trastorno por estrés post-traumático.

La característica esencial de este trastorno por estrés post-traumático, es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático. La respuesta del sujeto a esta situación debe incluir temor, desesperanza y horror intensos. El cuadro sintomático secundario incluye la re-experimentación del acontecimiento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados a él y el embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (arousal). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes.

Los acontecimientos que pueden producir este tipo de reacciones son aquellos que representan un peligro real para la vida del individuo o su integridad física, la persona es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien, el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridos graves.

9.3.3.2.11. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotropas (Sección L)

En este apartado la CIDI cubre el abuso y dependencia de drogas de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10. Se incluyen en este punto las siguientes sustancias:

- Anfetaminas o derivados (simpaticomiméticos de acción similar).
 - Cannabis.
 - Alucinógenos.
 - Inhalantes.
-

- Opiáceos.
- PCP.
- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Otras sustancias inespecíficas.

9.3.3.2.12. Demencia, amnesia y otras alteraciones cognitivas (Sección M)

Tal y como se ha señalado la CIDI permite llevar a cabo un screening para detectar la presencia de alteraciones cognitivas, si bien, no nos permite establecer un diagnóstico de trastorno mental orgánico o debido a enfermedad médica, para lo que, la causa del síndrome debería conocerse. Estas alteraciones se evalúan a través del Mini Mental Status Schedule (MMSE) de Folstein y cols. (1975).

9.3.3.3. Base lógica, estructura y formato de la CIDI 2.1

Las dos principales características de la CIDI son la casi exclusiva dependencia del auto-informe de la persona que responde y la estructuración de las preguntas sobre síntomas, preguntas clínicas exploratorias, preguntas relacionadas con el tiempo de primera y última ocurrencia de un síndrome o diagnóstico y el análisis diagnóstico totalmente estructurado. Este alto grado de estructuración tiene varias ventajas. La más importante es que mejora la consistencia en la valoración del síntoma y la fiabilidad de las decisiones diagnósticas. Un gran número de autores (Climent, Plutchik, Estrada, 1975; Grossman y cols., 1971; Helzer, 1983; Kendell, 1975; Spitzer y Fleiss, 1974; Welner, Liss, y Robins, 1974; Wittchen y cols., 1991) han identificado seis fuentes principales que reducen la fiabilidad en un proceso de diagnóstico clínico: 1) las preguntas que se hacen para valorar síntomas psicopatológicos, 2) la información que sobre el síntoma proporciona el que responde al

cuestionario, 3) los criterios temporales utilizados para evaluar la relevancia clínica, 4) la interpretación de la información proporcionada, 5) la interpretación de los criterios diagnósticos que subyacen al sistema diagnóstico respectivo, y 6) errores fortuitos, causados, por ejemplo, por un fallo al escuchar o al realizar la codificación correctamente. La estructuración de la CIDI pretende reducir las cinco primeras fuentes de sesgo, con objeto de aumentar la fiabilidad como prerrequisito esencial de una validez, al menos aceptable.

Sus instrucciones detalladas y preguntas e indagaciones completamente especificadas, hacen que la CIDI pueda ser utilizada con fiabilidad por personas no expertas en clínica, después de haber sido entrenadas en un periodo de tiempo relativamente corto. Por otro lado, las entrevistas estructuradas también mejoran la integridad y la exhaustividad de los datos obtenidos (Climent y cols., 1975), y ayudan a salvaguardar el sesgo del examinador en la recogida e interpretación de la información (Grossman y cols., 1971; Kennedy, 1975; Welner y cols., 1974). En el caso de la CIDI, las decisiones diagnósticas se hacen más objetivas utilizando los programas diagnósticos informatizados. Otra ventaja que procede de la utilización de la entrevista estructurada es la consistencia y la comparación de los datos a través de estudios.

La CIDI se compone de 424 preguntas de las que 392 hacen referencia a síntomas. No todas se preguntan, porque se omiten las no pertinentes. Los tipos de preguntas recogidas en esta entrevista son:

- a. Preguntas cuya respuesta es “sí” o “no” (tabla 15) y en las que hay que redondear con un círculo la opción elegida por el entrevistado.
-

Tabla 16. Ejemplo de pregunta con respuesta Sí/No.

CÓD. DIAG.	CÓD. PREGUNTA	PREGUNTA	CODIF.
SMPN3RA PPICDA	C12	A lo largo de toda su vida, ¿Alguna vez hubo un periodo de seis meses o más durante los cuales la mayor parte del tiempo sintiera gran molestia por (LEA LOS DOLORES CODIFICADOS "SON 5" DE C1-C11)?.	NO.....1 SÍ.....5

- b. Preguntas donde sólo hay que anotar el número de episodios en los que se dio un determinado síntoma (tabla 16).

Tabla 17. Ejemplo de preguntas relacionadas con el número de episodios en los que se ha dado algún problema.

CÓD. DIAG.	CÓD. PREGUNTA	PREGUNTA	CODIF.
DEP10RG1 MDR4A	E29	A lo largo de su vida, ¿Cuántos periodos distintos ha tenido de dos semanas o más en que [se sintió deprimido(a)/perdió interés en las cosas/estuvo sin energía] y tuvo algunos problemas de los que hemos hablado?. SI HAY 96 EPISODIOS O MÁS, ANOTE 96	/_/ # EPISODIOS

- c. Preguntas donde se sondea y explora la primera y última vez que se dio el síntoma (tabla 17). En este tipo de preguntas se anota el tiempo que hace que se dio el primer y el último episodio utilizando los códigos: **1** si se ha dado en las últimas dos semanas, **2** si se ha dado antes de las dos últimas semanas y hace menos de un mes, **3** si hace más de un mes y menos de seis meses, **4** si seis meses o más y menos de un año, **5** si se dio en los últimos 12 meses y **6** si se dio hace más de un 1 año. Se pregunta, además, en este caso por la edad que tenía cuando ocurrió la primera y la última vez el síntoma.

Tabla 18. Ejemplo de pregunta en la que se explora la primera y última vez que tuvo (Sx).

CÓD. DIAG.	CÓD. PREGUNTA	PREGUNTA	CODIF.
	C14	INI /REC:¿Cuándo fue la (primera / última) vez que (este dolor / estos dolores) le molestó / molestaron mucho?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: _/_ REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _/_
SI NO SABE: PREGUNTE ANTES DE CODIFICAR: ¿Fue en los últimos 12 meses?		1= En las últimas dos semanas. 2= 2 semanas y < de un mes. 3= 1 mes y < de seis meses. 4= 6 meses y menos de 1 año. 5= En los últimos 12 meses. 6= Hace más de un 1 año, PREGUNTE EDAD DE INI / REC: ¿Qué edad tenía cuando tuvo (el primer / último) (Sx)?	
SI TODA LA VIDA: Codifique INI=6 EDAD DE INI=02			
Preguntamos además, REC Y EDAD DE REC, no asumiendo que el síntoma está presente.			

- d. Preguntas exploratorias (tabla 18), que se rigen por un “organigrama de preguntas exploratorias” (PRB) o esquema de sondeo específicas de las secciones somatoformes, afectivas y psicóticas. Estas preguntas exploratorias siguen a cada respuesta positiva de preguntas seleccionadas sobre síntomas para valorar la severidad psicosocial y la relevancia psiquiátrica. Este organigrama da instrucciones al entrevistador sobre la pregunta adecuada a formular a continuación, qué registrar, y cuándo hay información suficiente para codificar el síntoma. Un código de PRB 1 indica que el síntoma está ausente; PRB 2 indica que el síntoma, aunque está presente, no fue suficientemente severo como para causar un impedimento o buscar ayuda. Un PRB 3 indica que el síntoma siempre fue causado por tomar medicación, por drogas o alcohol; PRB 4 indica que el síntoma siempre fue causado por una enfermedad física o herida; PRB 5 indica un síntoma psiquiátrico positivo. Otro cambio técnico es el sistema de numeración.

Tabla 19. Pregunta con sondeo (PRB):

CÓD. DIAG.	CÓD. PREGUNTA	PREGUNTA	CODIF.
SOM3RB8 SMPN3RPI PPICD	C2	¿Alguna vez el dolor de espalda le ha causado muchos problemas?.	PRB: 1 2 3 4 5
CÓDIGOS			
<p>PRB1: Ausencia de síntoma. PRB2: Presencia de síntoma, aunque no lo suficientemente severo como para causar impedimento o buscar ayuda. PRB3: Síntoma <i>siempre</i> causado por tomar medicación, por drogas o alcohol. PRB4: Síntoma <i>siempre</i> causado por enfermedad física o lesión. PRB5: Síntoma psicológico positivo.</p>			

Usando los programas para ordenador de la CIDI para la codificación de datos estándar y el análisis diagnóstico, se pueden calcular los diagnósticos DSM-IV e ICD-10 especificados en la tabla 15. Los diagnósticos se imprimen con varias opciones, incluyendo el uso opcional de jerarquías y exclusiones, grados de severidad y subtipos, así como la edad en la que se reúnen los criterios por primera y última vez.

Pasamos a continuación a describir los aspectos relacionados con el procedimiento y muestreo.

9.4. Procedimiento y muestreo

En este apartado se describirá las distintas fases seguidas en esta investigación.

9.4.1. Fase de recopilación y selección de cuestionarios

En base a los objetivos propuestos en este trabajo (estudio de la prevalencia de los trastornos mentales) optamos por seleccionar el GHQ-28 de Goldberg y cols. (versión es-

pañola de Lobo y cols., 1986) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, versión 2.1 (OMS, 1997).

9.4.2. Fase de entrenamiento en el uso de la CIDI

Esta fase duró aproximadamente 2 meses. Durante este tiempo y, durante 8 horas semanales, se procedió al entrenamiento de los entrevistadores (licenciados y alumnos de último curso de psicología) hasta un total de 7.

El entrenamiento constó de varias fases que intentaremos resumir a continuación:

- a. Fase introductoria: en la que se explicaba el origen, contenidos y finalidad de la CIDI-2.1.
 - b. Fase de toma de contacto con la entrevista: ya en esta fase se instruía a los colaboradores en el contenido específico de cada módulo, así como en el manejo del esquema de sondeo de la entrevista.
 - c. Fase de trabajo con la entrevista: aquí se llevaron a cabo sesiones de *role playing*, con objeto de estudiar y solucionar los problemas que pudieran ir surgiendo en los diferentes módulos, así como en los diferentes tipos de respuesta. En esta fase, los colaboradores representaban al menos en siete ocasiones el papel de entrevistador y otras siete el papel de entrevistados.
 - d. Fase de consolidación: en esta última fase se pasaba la entrevista a personas ajenas al grupo de trabajo (familiares, amigos, vecinos). Se pretendía con ello optimizar el rendimiento en situación de entrevista real, analizando los distintos problemas que pudieran surgir a lo largo de la misma.
-

Los criterios para la selección final de los entrevistadores fueron:

- a. El haber pasado un mínimo de 12 entrevistas en las distintas fases del entrenamiento.
- b. La fluidez y “naturalidad” en la situación de entrevista que mostraba el entrevistado.

El cumplimiento de los dos criterios anteriores nos garantizaba que la duración de la entrevista con personas normales (no casos) no superara los 75 minutos. La fluidez y naturalidad nos permitía minimizar el número de abandonos.

9.4.3. El estudio piloto

La necesidad del estudio piloto estaba justificada por dos razones fundamentales:

- a. Establecer la conveniencia de utilizar el GHQ-28, estudiando las dificultades del pase de pruebas.
- b. Aproximar los valores de las varianzas y determinar el tamaño muestral, a través, de los resultados obtenidos con el GHQ-28. Así, la proporción de casos frente a los no casos la establecíamos tomando como punto de corte una puntuación igual o superior a seis.

Para el estudio piloto se llevó a cabo una selección aleatoria de 5 entidades correspondientes a los 31 municipios de la isla. Para este estudio piloto se fijó, arbitrariamente, en 25 el número de personas a entrevistar.

Después de haber establecido el tamaño muestral necesario para que el estudio fuera representativo, se procedió una vez más a seleccionar aleatoriamente (siguiendo los pasos de la fase anterior) los conglomerados en los que se iba a trabajar definitivamente. Estos fueron (tabla 19):

TABLA 20. Conglomerados seleccionados para realizar el estudio epidemiológico.

Municipio	Conglomerado
S/C de Tenerife.	Salamanca
S/C de Tenerife.	Tincer
La Laguna / S/C de Tenerife	Cuesta / Salud
La Laguna	Geneto
La Laguna	La Laguna
Realejos	Realejos
Garachico	Garachico
Güímar	Güímar

9.4.4. Fase de administración del cuestionario y recogida de datos

Fijados los conglomerados objeto de estudio y estimando en 100 el número de persona a estudiar por conglomerado, se procedió a la selección de la muestra.

La franja horaria de cumplimentación de pruebas oscilaba de las 10 de la mañana a las 10 de la noche.

Una vez localizada la persona a entrevistar se procedía a la cumplimentación del GHQ-28, en caso de resultar positivo ($\text{GHQ} \geq 6$), se procedía a fijar una segunda cita en un intervalo de tiempo no superior a las dos semanas. En esta segunda cita se procedía a entrevistar a través de la CIDI 2.1 al “probable caso”.

Se estableció un grupo control que nos permitiera determinar las propiedades psicométricas del GHQ-28, a través de los resultados obtenidos en la CIDI 2.1. Así, en función del número de “casos” se seleccionaban posibles “no casos” procurando que éstos se ajustaran a los marcadores de edad, género y zona de residencia del “caso”.

9.5. Justificación y descripción de los análisis utilizados

En este apartado se describen dos tipos de análisis:

- El análisis descriptivo de los trastornos mentales.
- El estudio de las relaciones entre trastornos mentales y variables sociodemográficas y estado físico.

9.5.1. Descripción de trastornos

Los resultados que presentamos a continuación tienen en cuenta la existencia de diagnósticos asociados (esta es una de las posibilidades que nos proporciona la utilización de la CID-I, basada como ya se ha comentado en los criterios diagnósticos del DSM-IV. De esta forma, a la hora de registrar la existencia de un trastorno hemos seguido los siguientes pasos.

9.5.1.1. Frecuencia de trastornos agrupados en grandes síndromes

Hemos tenido en cuenta la existencia de diferentes trastornos en una misma persona agrupándolos en categorías generales bajo el epígrafe de grandes síndromes que encontramos en la CID-I y que ya hemos detallado en otro apartado. De esta forma, una persona que presenta el siguiente diagnóstico:

- Trastorno depresivo mayor. Leve.
- Fobia específica: Tipo animal.
- Abuso de alcohol.

Se le han codificado las categorías:

- Trastorno del estado de ánimo.
 - Trastorno de ansiedad.
-

- Trastorno por el uso de sustancias.

Se han incluido en una misma categoría general los diagnósticos específicos que hacen referencia a un mismo gran síndrome. Así, en los casos en los que el diagnóstico era por ejemplo:

- Dependencia de nicotina.
- Dependencia de alcohol.

Se ha codificado un solo diagnóstico que hace referencia a:

- Trastorno por uso de sustancias.

Por lo tanto, cuando hablamos de prevalencia de Grandes Síndromes, nos estamos refiriendo a la aparición en una persona de al menos un trastorno específico susceptible de ser incluido en una categoría general.

9.5.2. Relación entre trastornos mentales y variable sociodemográficas

En los últimos años, en el ámbito de las ciencias de la salud, se ha potenciado la utilización de técnicas multivariadas. Los métodos multivariados (frente a los bivariados) constituyen un conjunto de técnicas estadísticas que permiten analizar, simultáneamente, más de dos variables en un conjunto de observaciones. Siguiendo a Ballesteros (1993), se persiguen con esta forma de análisis tres tipos de objetivos: 1) la simplificación estructural, 2) la clasificación homogénea de individuos o variables y 3) el análisis de la dependencia entre un conjunto de variables explicativas y una o varias variables de resultado.

Por otro lado, es frecuente en salud pública encontrar estudios o situaciones en los que se dispone de una variable dicotómica resultante. Un ejemplo de esta situación es nuestro estudio, en el que la variable salud mental se traduce en dos valo-

res que son: salud (sano) vs. enfermedad (enfermo). Nuestro interés se centra en establecer qué factores y/o variables demográficas, estado de salud,...) pueden estar asociados al padecimiento o no de una enfermedad mental.

Tradicionalmente, el estudio de estas relaciones se llevaba a cabo utilizando una distribución ji-cuadrado (χ^2). Esto nos permitía contrastar la hipótesis de independencia de la variable resultado con la predictora. Sin embargo, en esta clase de estudio suele existir más de una variable independiente que puede influir en la variable resultado o dependiente. Una opción a la distribución ji-cuadrado sería la regresión. Sin embargo, analizar este tipo de respuestas dicotómicas requiere un modelo de regresión que sea capaz de predecir la proporción de sujetos con la característica de interés (Altman, 1991). La regresión lineal no es aplicable en este caso, ya que podríamos obtener valores fuera de rango (0-1) o con signo negativo. Además, se vulneraría el supuesto de distribución normal de los residuales (Anderson y cols., 1980). La regresión logística es en estos casos el tipo de análisis que nos permitiría acabar con estos problemas.

Para Visauta (1998) la regresión logística es una variante del modelo discriminante, en el que la variable dependiente tiene exclusivamente dos categorías, a la vez que parte de unos supuestos menos restrictivos y permite introducir como variables independientes en el modelo, variables categóricas. Presentamos en la tabla 20, las principales diferencias entre los tres modelos multivariantes más utilizados en epidemiología.

Así, teniendo en cuenta las características de este trabajo y los objetivos que nos proponemos en él, parece que es la regresión logística la técnica más adecuada para definir qué variables sociodemográficas predicen mejor la aparición de trastornos mentales.

TABLA 21. Principales diferencias entre las técnicas de regresión lineal, regresión logística y el análisis discriminante (Visauta, 1998).

	Regresión Logística	Análisis Discriminante	Regresión Lineal
Descripción	La variable dependiente es una variable categórica (dicotómica).	La variable dependiente es una variable categórica (2 o más categorías).	La variable dependiente es una variable cuantitativa.
	Las variables independientes pueden ser categóricas o no.	Las variables independientes son cuantitativas.	Las variables independientes son cuantitativas.
	Parte de supuestos menos restrictivos que el discriminante y la regresión lineal.	Debe cumplir los supuestos de distribución normal multivariante de las variables independientes y de igualdad de las matrices de varianzas y covarianzas entre grupos.	Debe atender a una distribución normal.
Objetivos	Se trataría con esta técnica de plantear un modelo que permitiera pronosticar la situación o estado de un individuo a partir de una serie de variables independientes, y ver en qué medida cada una de estas variables independientes determina esa situación o estado.	A partir de la información que nos proporcionen las variables independientes numéricas, se calcularía para cada individuo la probabilidad de pertenencia a cada grupo, nivel o categoría definida en la variable dependiente.	Explicaría los valores de la variable dependiente a partir de los valores de una serie de variables independientes.
Particularidades	Nos permite transformar los diferentes valores de las variables predictoras (V.I.) en nuevas variables independientes.		

10. RESULTADOS

En este apartado nos proponemos en primer lugar, describir las características de la muestra objeto de nuestro estudio. En segundo lugar, nos centraremos en las cifras de prevalencia obtenidos. Y por último, nos centraremos en el estudio de las relaciones entre variables sociodemográficas y trastornos mentales.

10.1. Proporción de respondientes. Rechazos y sustituciones

La muestra objeto de estudio estuvo compuesta por 800 personas, entrevistadas entre los meses de octubre de 1998 y marzo de 1999. Del total de la muestra, 177 (22,12%) no respondieron en la primera fase atendiendo a distintas razones, por lo que fueron sustituidas siguiendo las normas del método de itinerarios (Ortega, 1990). En segunda fase, no contestan la CIDI-2.1 14 personas (12,3%) que al cumplir los criterios para considerarles “casos” ($\text{GHQ} \geq 6$) no son sustituidas.

10.1.1. Distribución de las puntuaciones del GHQ-28

Los resultados que hacen referencia a la distribución de las puntuaciones del cuestionario GHQ-28 aparecen reflejados en las figuras 10 y 11.

La figura 10 nos muestra en términos de frecuencia la distribución de las puntuaciones de la muestra total ($n=800$). Observamos como 730 (91,3%) personas obtienen puntuaciones inferiores a 6, encontrándose 70 (8,7%) en el umbral de 6 o por encima de este. Por géneros (figura 11), igualan o superan este umbral, un mayor porcentaje de mujeres 11,5% (46), que de hombres, situándose éstos en un 6% (24) dentro de su grupo de referencia.

Figura 10. Distribución de las puntuaciones del GHQ-28.

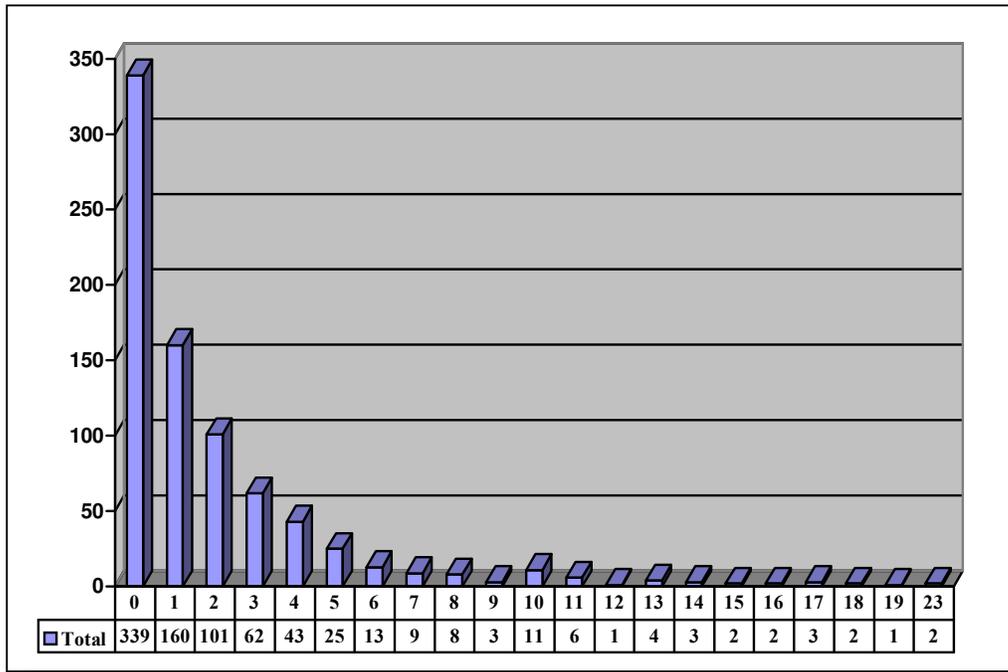
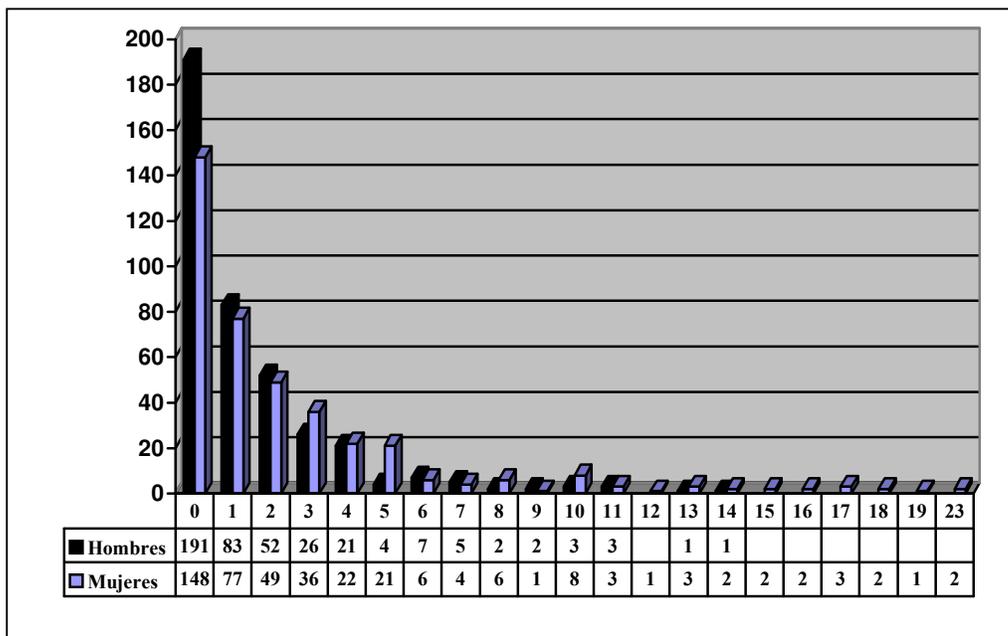


Figura 11. Distribución de las puntuaciones del GHQ-28 según género.



La tabla 22, nos muestra la distribución de las personas por género en la 2º fase, en la que, como podemos ver, sigue siendo mayor la proporción de mujeres que de hombres.

Tabla 22. Distribución de las puntuaciones del GHQ en función del género en ambas fases.

Niveles de GHQ	Primera fase			Segunda fase		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
GHQ (≥ 6)	24	46	70	18	38	56
GHQ (< 6)	377	353	730	19	39	58
TOTAL	400	400	800	37	77	114

10.2. Proporción de prevalencia

A continuación, nos centraremos en la obtención de la prevalencia de trastornos mentales, así como, en el estudio de los coeficientes de validez del cuestionario GHQ-28.

10.2.1. Niveles de GHQ-28 y presencia de trastorno por géneros, según la CIDI

Los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones del GHQ-28 y los datos de la CIDI, arrojan una prevalencia de trastorno en la muestra estudiada del 6,88%. La distribución de casos en función de las puntuaciones en el GHQ-28 y la presencia de trastornos por géneros detectada a través de la CIDI se presentan en la tabla 23.

Tabla 23. La distribución de casos según las puntuaciones en el GHQ-28 y la presencia de trastornos por géneros detectada a través de la CIDI.

	Hom- bres			Muje- res			Muestra		
	GHQ -	GHQ +	Total	GHQ -	GHQ +	Total	GHQ-	GHQ+	Total
No casos	17	3	20	34	5	39	51	8	59
Casos	2	15	17	5	33	38	7	48	55
Total	19	18	37	39	38	77	58	56	114

Nota: GHQ - = Puntuación en el cuestionario GHQ-28 < 6.

GHQ + = Puntuación en el cuestionario GHQ-28 ≥ 6.

No casos = Sin psicopatología según CIDI-2.1.

Casos = Con psicopatología según CIDI-2.1.

Los resultados anteriores, nos han servido de base para calcular los coeficientes de validez del cuestionario GHQ-28, a partir de los datos obtenidos en la CIDI-2.1. Los coeficientes aparecen reflejados en la tabla 24.

Tabla 24. Coeficientes de validez del GHQ-28 en relación a la CIDI.

Coeficientes de validez		
	GHQ-28	CIDI
Puntuación	No caso	Caso
Por encima del umbral (≥ 6).	(a) Falsos positivos	(b) Casos verdaderos correctamente clasificados
Por debajo del umbral (< 6).	(c) Normales verdaderos correctamente clasificados.	(d) Falsos negativos.
Especificidad	Proporción de normales verdaderos correctamente identificados.	$[c / (a+b)] \times 100$
Sensibilidad	Proporción de casos verdaderos correctamente identificados.	$[b / (b+d)] \times 100$
Tasa de Mal Clasificados (T.M.C.)	Proporción de individuos incorrectamente identificados.	$[(a+d) / (a+b+c+d)] \times 100$
Valor Predictivo Positivo (V.P.P.)	Proporción de quienes puntúan alto y son "casos".	$[b / (a+b)] \times 100$
Valor Predictivo negativo (V.P.N.)	Proporción de quienes puntúan bajo y son "no casos".	$[c / (c+d)] \times 100$
GHQ-28 Puntuación	No caso	Caso
Por encima del umbral (≥ 6).	8	48
Por debajo del umbral (< 6).	51	7
Especificidad	$[c / (a+b)] \times 100$	86,44%
Sensibilidad	$[b / (b+d)] \times 100$	87,27%
T.M.C.	$[(a+d) / (a+b+c+d)] \times 100$	13,16%
V.P.P.	$[b / (a+b)] \times 100$	85,71%
V. P.N.	$[c / (c+d)] \times 100$	87,93%

10.3. Una nota respecto a los falsos positivos y falsos negativos

10.3.1. Falsos negativos

Se han registrado un total de siete falsos negativos. Cinco de ellos presentan como diagnósticos principales trastornos de ansiedad, otro de los casos presenta un diagnóstico de trastorno somatomorfo y el caso restante manifiesta un trastorno del estado de ánimo; todos ellos trastornos con más de un año de duración.

Estos resultados coinciden con lo observado por Goldberg y Williams (1988); según los cuales, el método de clasificación de respuestas del GHQ tiende a pasar por alto los trastornos de larga duración, dado que los enfermos tienden a contestar “*Igual que lo habitual*” o “*más que lo habitual*”, justificando así la baja puntuación obtenida en la primera fase.

10.3.2. Falsos positivos

En lo que respecta a los falsos positivos de los ocho casos detectados, tres de los casos padecían enfermedades somáticas⁵. Cuatro padecían algún tipo de presión familiar⁶ o en el trabajo y, en el último caso, pensamos que se ha podido dar un fenómeno de simulación.

El GHQ-28 detecta, como ya hemos comentado, malestar psicológico, de esta manera es posible que este malestar se dé aunque no llegue a cumplir los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental, es lo que autores como Finley, Jones y Murphy (1979) denominan síntomas de malestar psicológico transitorio.

⁵ Dos de ellos estaban pendientes de intervención quirúrgica, lo que podría explicar las altas puntuaciones en el GHQ.

⁶ Como anécdota, uno de ellos fue entrevistado un día antes de su boda, lo que justifica desde nuestro punto de vista la puntuación por encima del umbral.

10.4. Prevalencia estimada expresada en porcentajes

La prevalencia detectada fue del 6,88%. Para el cálculo de la prevalencia estimada se ha tenido en cuenta el tipo de estratificación de la población en 2ª fase, de manera que se ha utilizado la *técnica de pesado* (weighting technique) descrita por Diamond y Lilienfield (1962), Buck y Gart (1966), Rogan y Glanden (1978) y Goldberg (1981), para obtener coeficientes de prevalencia aplicables a la muestra en primera fase.

La técnica tiene en cuenta a quienes puntúan alto en el GHQ (high scores=HS) en la primera fase. Considera la proporción de HS, asumiendo que el muestreo ha sido estratificado en función la puntuación en el GHQ (alta/baja) distribuyéndose al azar dentro de los estratos. Tiene en cuenta, además, el valor predictivo positivo (VPP) o la probabilidad de que quien puntúe alto en el GHQ sea un caso. De esta forma, VPP. PHS es la proporción esperada de la muestra de primera fase de quienes habrían sido verdaderos positivos (HS en el GHQ y casos verdaderos) si todos hubieran sido evaluados con la entrevista criterio de la segunda fase.

Asimismo, considera la probabilidad de que quien puntúa bajo en el GHQ sea un caso (1-VPN), obtenida en la segunda fase. Así, la proporción esperada de quienes habrían sido falsos negativos (puntúan bajo en el GHQ, pero son casos verdaderos) en la muestra de primera fase, si todos ellos hubieran sido evaluados por la entrevista, es (1-VPN).PLS, donde PLS es la proporción de quienes puntúan bajo (low scores= LS).

La prevalencia estimada es la suma de los verdaderos positivos y los falsos negativos, ambos expresados como una proporción de la muestra total).

Una vez aplicada la fórmula obtenemos (tabla 25) que los porcentajes de prevalencia detectada (prevalencia resultante en el estudio) pasan del 6,88% al 18,42% para el total de la muestra; en el caso de las mujeres del 9,5% al 21,15% y en el caso de los hombres del 4,25% al 14,89%. Se ha querido suavizar los efectos del sesgo de no respuesta⁷, para ello hemos incluido en la fórmula el grupo de no respondientes, lo que podría explicar en parte la diferencia entre prevalencia detectada y prevalencia estimada.

Tabla 25. Prevalencia estimada.

	Primera Fase	Segunda Fase	Nº de casos	Prevalencia detectada %	Prevalencia estimada %
Hombres	400	37	17	4,25	14,89
Mujeres	400	77	38	9,50	21,15
TOTAL	800	114	55	6,88	18,42

10.5. Distribución de la psicopatología por características diagnósticas

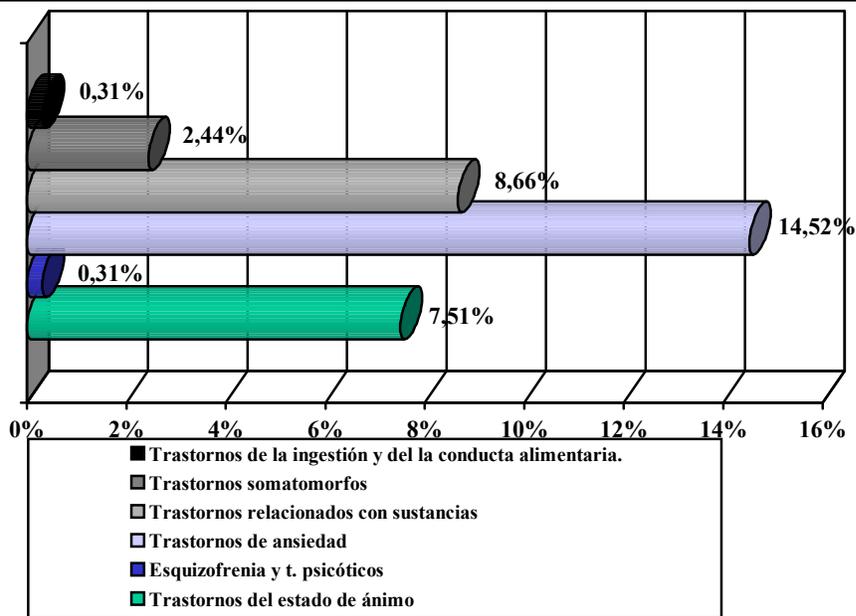
Para la descripción, de la prevalencia estimada, de los diferentes síndromes clínicos (según criterios DSM-IV); se ha tenido en cuenta los criterios de codificación explicados en el apartado 6.5. del método. En la figura 12 aparecen detalladas las prevalencias estimadas obtenidas.

Los resultados nos indican que los Grandes Síndromes que con mayor frecuencia se registran en la población general son: los trastornos de ansiedad (14,52%), trastornos relacionados

⁷ William y McDonald (1986) definieron dos tipos de sesgo en el grupo de no respuesta. Los que se ponen a la defensiva y los debidos a enfermedad (esto es, la noción de que la gente enferma es menos probable que responda) hallando en sus trabajos que los sesgos de enfermedad hacían que la prevalencia se estimara en un 5% más baja que la verdadera prevalencia.

con sustancias (8,66%), trastorno del estado de ánimo (7,51%) y trastornos somatomorfos (2,44%). Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria, la esquizofrenia y trastornos psicóticos obtienen una prevalencia estimada del 0,31%.

Figura 12. Prevalencia estimada de los Grandes Síndromes (N=800).



	GHQ +	GHQ-	TOTAL	% (55)	% (800)	Prevalencia Estimada %.
Trastornos de ansiedad.	27	6	33	60,00	4,12	14,52
Trastornos del estado de ánimo.	22	2	24	43,64	3,00	7,51
Trastornos relacionados con sus- tancias.	18	3	21	38,18	2,63	8,66
Trastornos somatomorfos.	2	1	3	5,45	0,38	2,44
Esquizofrenia y trastornos psicóti- cos.	1	-	1	1,81	0,13	0,31
T. de la ingestión y cond. Ali- mentaria.	1	-	1	1,81	0,13	0,31

10.6. Distribución de la psicopatología por género (prevalencia estimada)

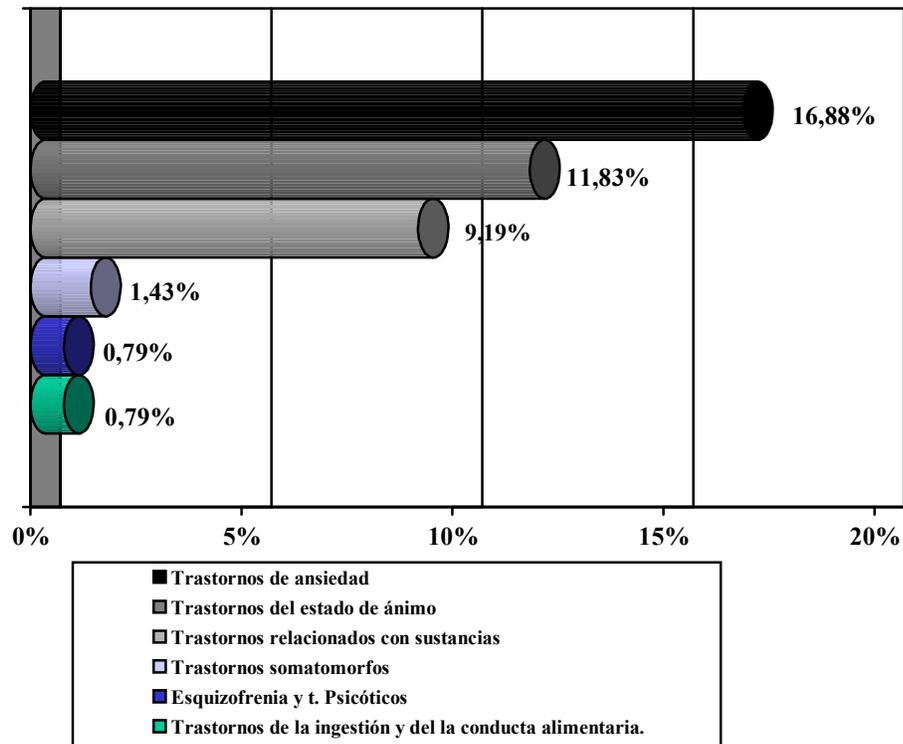
Al agrupar la muestra según el género, obtenemos diferencias en los porcentajes de prevalencia estimada inter-grupos para cada trastorno. En la figura 13 podemos observar como los trastornos de mayor prevalencia en el grupo de mujeres son los trastornos de ansiedad (16,88%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (11,83%) y los trastornos relacionados con sustancias (9,19%). En los varones, figura 14, son más frecuentes los trastornos relacionados con el uso de sustancias (14,84%), los trastornos de ansiedad (14,26%) y los trastornos del estado de ánimo (8,55 %).

En cuanto al grupo correspondiente a la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, así como el grupo de los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria, los resultados reflejan en el caso de las mujeres una prevalencia estimada del 0,79%. No se han detectado casos en el grupo de varones.

No resultan significativas⁸ las diferencias entre hombres y mujeres en el caso de los trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos psicóticos ni en el caso de los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria. Son significativas las diferencias en el caso de los trastornos del estado de ánimo ($t=2$, $p < .05$), de los trastornos por uso de sustancias ($t=3$, $p < .01$) y de los trastornos somatomorfos ($t=3$, $p < .01$).

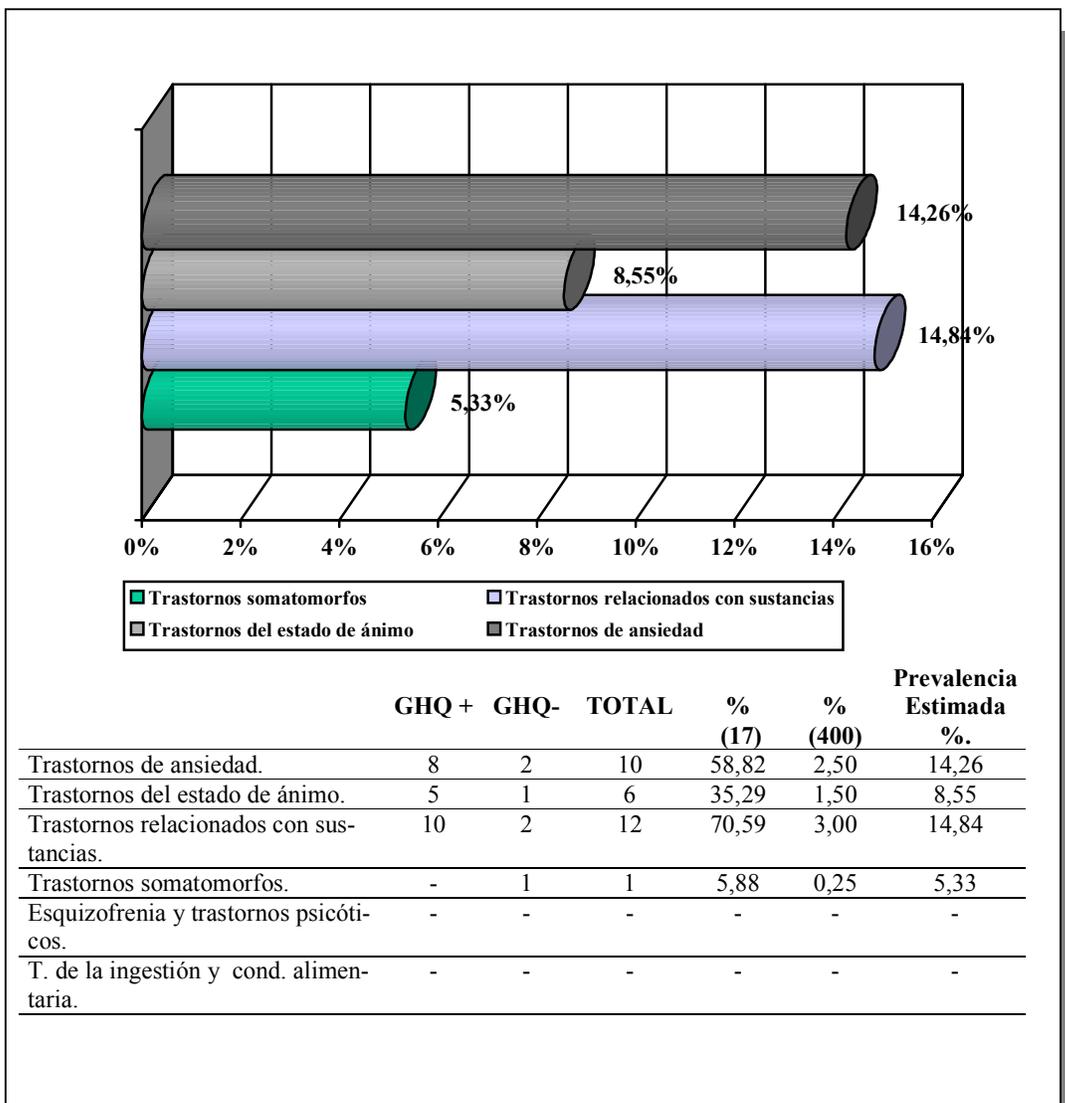
⁸ Se utilizó para llevar a cabo estos contrastes de significación de las diferencias de porcentajes el Nomograma de Lawshe-Baker.

Figura 13. Prevalencia de Trastornos mentales en mujeres (N=400).



	GHQ +	GHQ-	TOTAL	% (38)	% (400)	Prevalencia Estimada %.
Trastornos de ansiedad.	19	4	23	60,53	5,75	16,88
Trastornos del estado de ánimo.	17	1	18	47,37	4,50	11,83
Trastornos relacionados con sustancias.	8	1	9	23,68	2,25	9,19
Trastornos somatomorfos.	2	-	2	5,26	0,50	1,43
Esquizofrenia y trastornos psicóticos.	1	-	1	2,6	0,25	0,79
T. de la ingestión y cond. Alimentaria.	1	-	1	2,6	0,25	0,79

Figura 14. Prevalencia de Trastornos mentales en hombres (N=400).



	GHQ +	GHQ-	TOTAL	% (17)	% (400)	Prevalencia Estimada %.
Trastornos de ansiedad.	8	2	10	58,82	2,50	14,26
Trastornos del estado de ánimo.	5	1	6	35,29	1,50	8,55
Trastornos relacionados con sus- tancias.	10	2	12	70,59	3,00	14,84
Trastornos somatomorfos.	-	1	1	5,88	0,25	5,33
Esquizofrenia y trastornos psicóti- cos.	-	-	-	-	-	-
T. de la ingestión y cond. alimen- taria.	-	-	-	-	-	-

10.7. Distribución de los diagnósticos según la clasificación del DSM-IV

Se presenta a continuación la distribución de los diagnósticos específicos partiendo de las categorías generales descritas anteriormente. Se especifica además de la frecuencia de casos, la prevalencia detectada sobre el total de casos, de la muestra y la prevalencia estimada de cada uno de ellos.

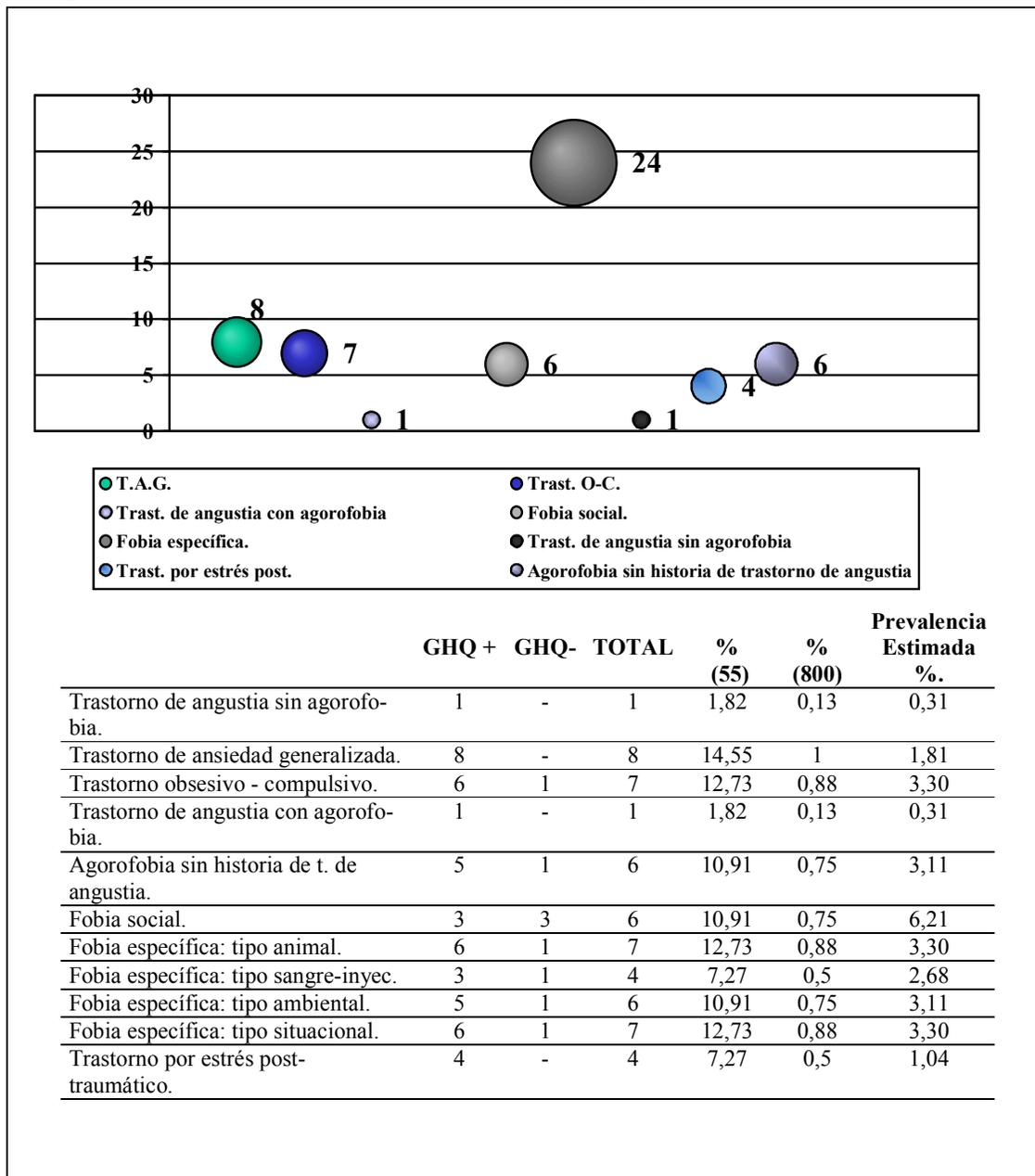
10.7.1. *Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos de ansiedad*

En la figura 15, quedan reflejados los trastornos de ansiedad encontrados en la muestra objeto de estudio.

Como vemos los trastornos de mayor prevalencia estimada son: la fobia social (6,21%), seguida del trastorno obsesivo-compulsivo junto con la fobias específica de tipo animal y la fobia específica de tipo ambiental (3,30%, respectivamente).

Por géneros (ver tabla 28, pág. 183), obtenemos que los trastornos de ansiedad más frecuentes en los hombres son: los trastornos obsesivo-compulsivos estimándose que lo sufre un 7,11% de la población, seguido de las fobias específicas a los animales y a los fenómenos naturales con una prevalencia del 6,38%. En el caso de las mujeres, los trastornos de ansiedad más frecuentes son: la fobia social con un 9,13%, seguida de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia con un 5,14%, y las fobias específicas de tipo sangre-inyecciones-daño con un 4,14%.

Figura 15. Prevalencia de trastornos de ansiedad (N=800).

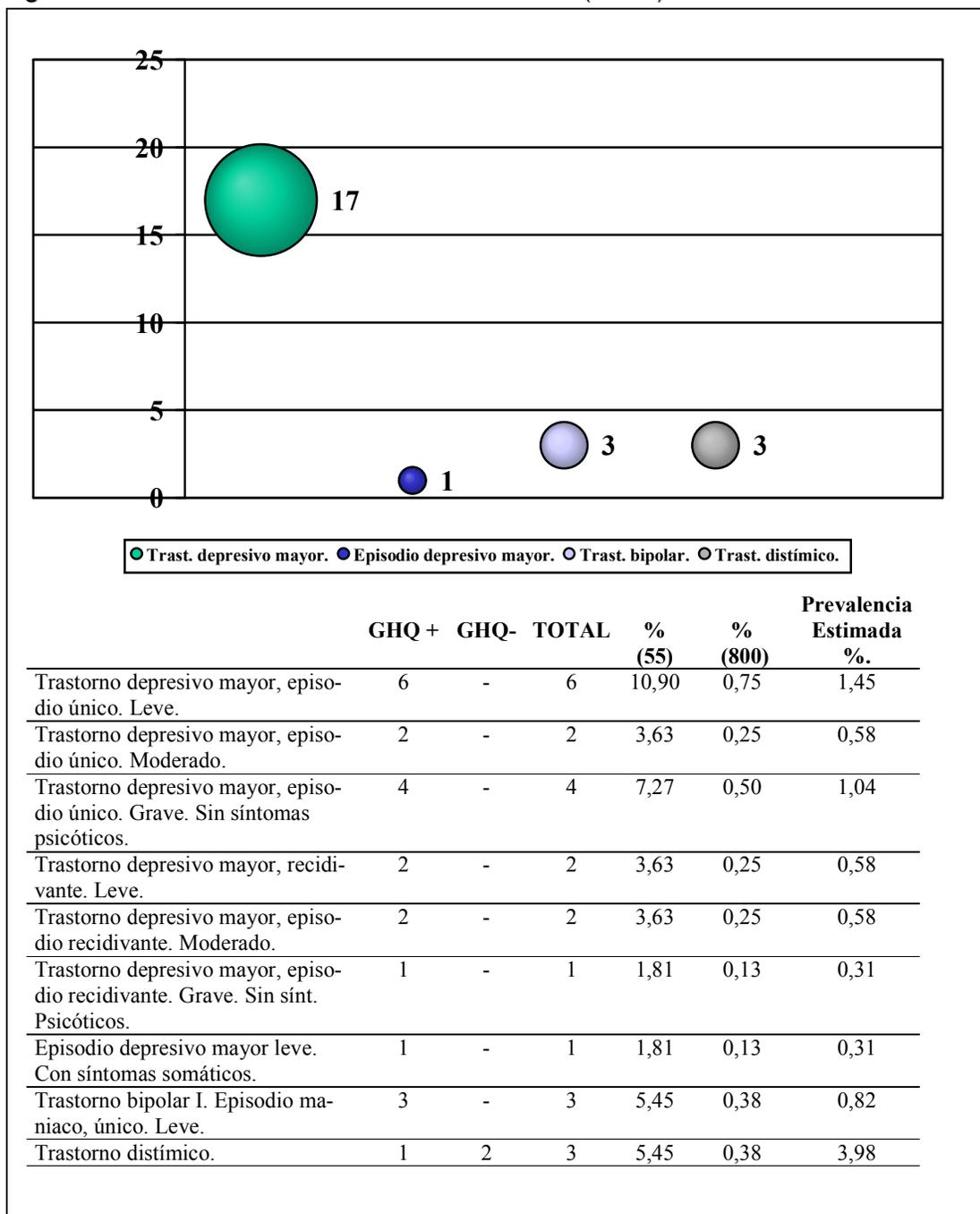


10.7.2. Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos del estado de ánimo

Los resultados (figura 16) apuntan que dentro de este grupo, los trastornos más frecuentes en la población son: el trastorno depresivo mayor (3,23%), el trastorno distímico (2,44%) y el trastorno bipolar (0,82 %). Se presenta en la figura la prevalencia desglosada del trastorno depresivo mayor atendiendo al número de episodios y a la gravedad de los mismos.

Por géneros, destaca, en los hombres, el trastorno distímico con un 5,33%; le sigue el trastorno depresivo mayor episodio único (leve) con una prevalencia estimada del 2,38%; y a continuación, los trastornos depresivos mayores episodio único grave y recurrente leve con un 1,06%. En el caso de las mujeres, es también el trastorno distímico el de mayor prevalencia. En las mujeres, los trastornos: depresivo mayor recurrente grave sin síntomas psicóticos, depresivo mayor episodio único leve y trastorno bipolar I se conforma como el segundo grupo de trastornos de mayor prevalencia con un 1,97%.

Figura 16. Prevalencia de trastornos del estado de ánimo (N=800).

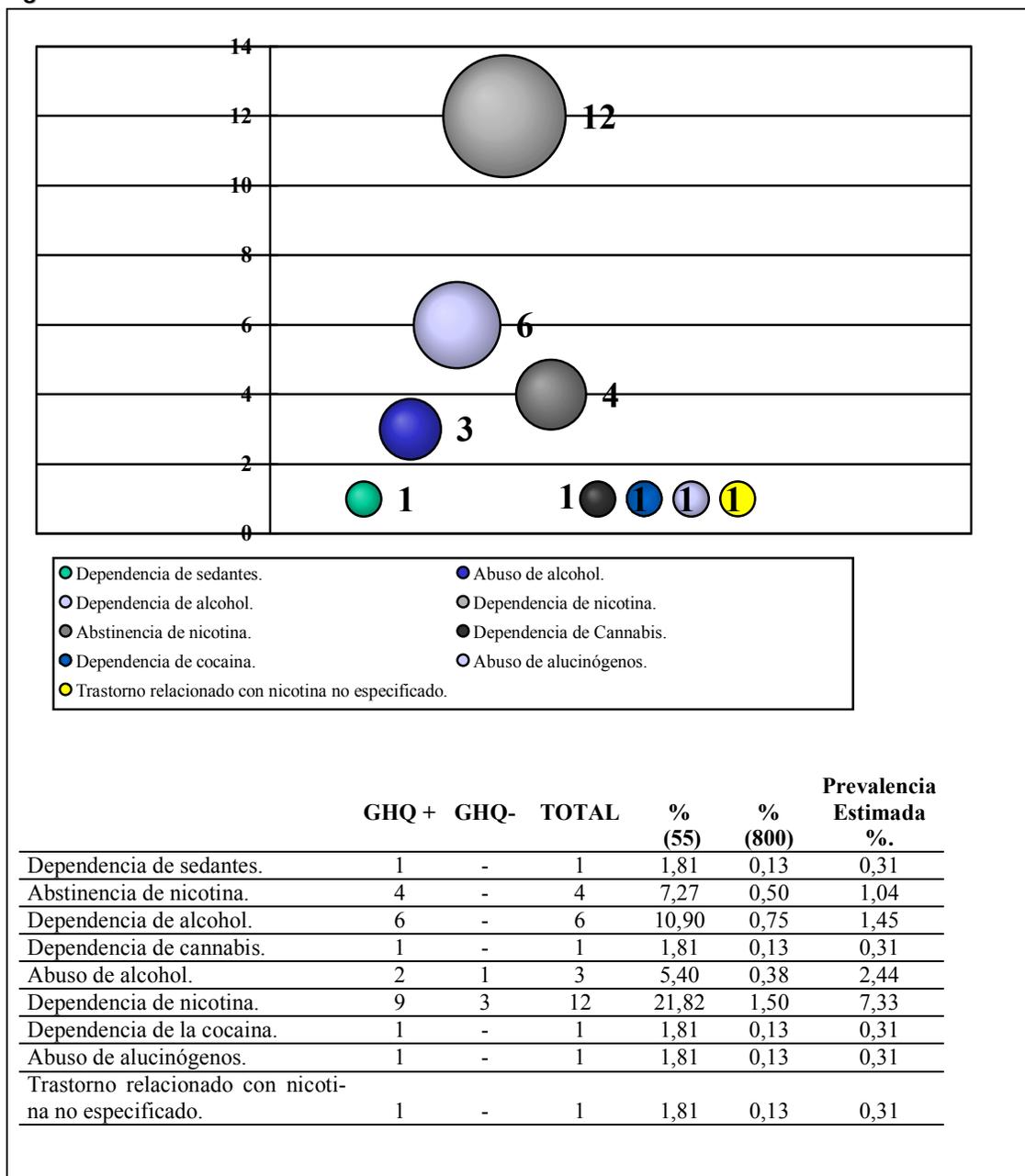


10.7.3. Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos relacionados con el uso de sustancias

En este apartado (figura 17), la dependencia a la nicotina es el trastorno de mayor prevalencia (7,33%), le sigue el abuso del alcohol (2,44%) y la dependencia del alcohol (1,45%).

Por géneros, obtenemos como resultados más destacados la mayor prevalencia de la dependencia de nicotina tanto en hombres (12,86%), como en mujeres (5,57%), siendo el porcentaje en el caso de los hombres sensiblemente superior. Destaca en los hombres el abuso del alcohol con un 7,11%, siendo la dependencia del alcohol (2,86%) el tercer trastorno de mayor prevalencia en este grupo. En el caso de las mujeres son la dependencia de alcohol y la abstinencia de nicotina (ambos con un 1,43%) los de mayor prevalencia después, como ya dijimos de la dependencia del tabaco.

Figura 17. Prevalencia de trastornos relacionados con el uso de sustancias.

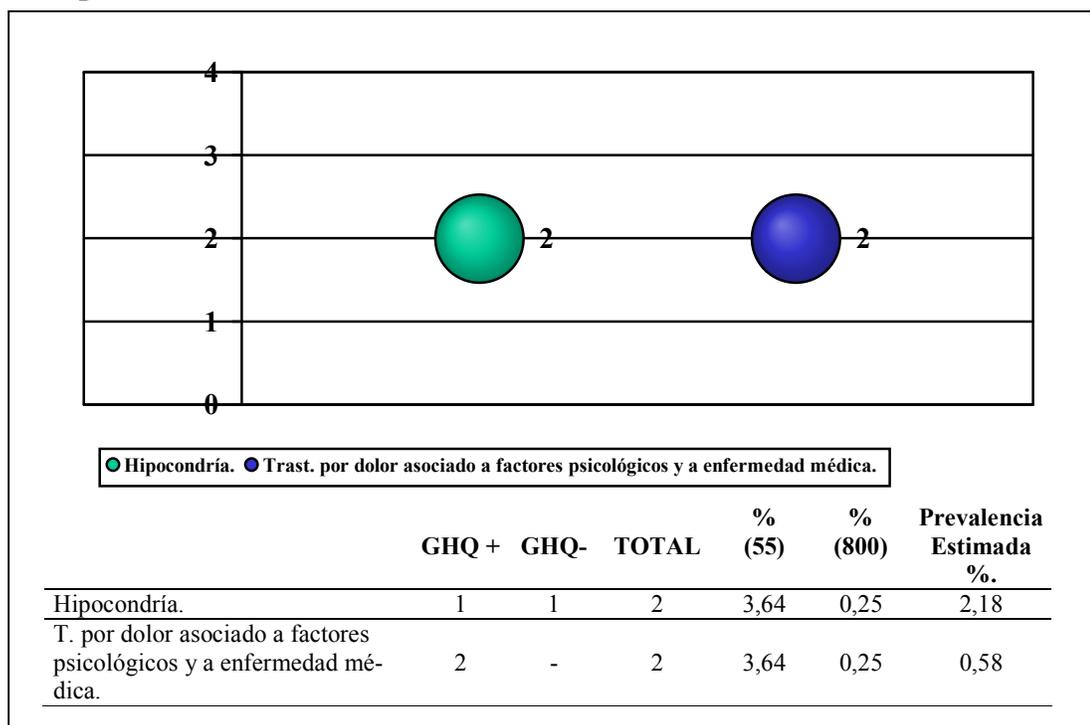


10.7.4. Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos somatomorfos

Es la hipocondría el trastorno somatomorfo más frecuente en este grupo, siendo su prevalencia estimada del 2,18% (figura 18). Los trastornos por dolor asociados a factores psicológicos y a enfermedad física le siguen constituyendo el 0,58% de prevalencia estimada.

Por géneros, en los varones destaca la hipocondriasis como el trastorno más frecuente (5,33%). Son los trastornos por dolor asociados a factores psicológicos los de mayor prevalencia en las mujeres (1,43%), seguido de la hipocondriasis con un 0,79%.

Figura 18. Prevalencia de trastornos somatomorfos.



10.7.5. Distribución de los diagnósticos referidos a los trastornos de la conducta alimentaria

Se estima en este estudio, una prevalencia del 0,31% de la población general (ver tabla 26). El porcentaje de prevalencia aumenta en población femenina pasando a ser de un 0,79% (ver tabla 26). No se detectaron casos en la masculina.

Tabla 26. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

	GHQ +	GHQ-	TOTAL	% (55)	% (800)	Prevalencia Estimada %.
Bulimia nerviosa.	1	-	1	1,81	0,13	0,31

10.7.6. Distribución de los diagnósticos referidos a la esquizofrenia y trastornos psicóticos

Hemos obtenido en este apartado, una prevalencia estimada del 0,31% en población general (tabla 27). No se detectaron casos en población masculina, siendo la prevalencia estimada de este tipo de trastornos en población femenina del 0,79%.

Tabla 27. Prevalencia de esquizofrenia y trastornos psicóticos.

	GHQ +	GHQ-	TOTAL	% (55)	% (800)	Prevalencia Estimada %.
Esquizofrenia.	1	-	1	1,81	0,13	0,31

Tabla 28. Índice de patologías obtenidas en el estudio epidemiológico (criterios DSM-IV).

	Hombres					Mujeres					
	GHQ+	GHQ-	TOTAL	% (400)	Prevalencia Estimada	GHQ+	GHQ-	TOTAL	% (400)	Prevalencia Estimada	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD											
300.01.	Trastorno de angustia sin agorafobia.	-	-	-	-	-	1	-	1	0,25	0,61
300.02.	Trastorno de ansiedad generalizada.	4	-	4	1	2,08	4	-	4	1	2,08
300.3.	Trastorno obsesivo-compulsivo.	2	1	3	0,75	6,11	4	-	4	1	2,08
300.21.	Trastorno de angustia con agorafobia.	-	-	-	-	-	1	-	1	0,25	2,49
300.22.	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.	1	-	1	0,25	0,61	4	1	5	1,25	4,55
300.23.	Fobia social.	1	-	1	0,25	0,61	2	3	5	1,25	8,40
300.29.	Fobia específica: animal.	1	1	2	0,50	5,58	5	-	5	1,25	2,50
300.29.	Fobia específica: sangre-inyecciones-daño.	1	-	1	0,25	0,61	2	1	3	0,75	3,57
300.29.	Fobia específica: fenómenos naturales.	1	1	2	0,50	5,58	4	-	4	1	2,08
300.29.	Fobia específica: situacional.	-	1	1	0,25	4,99	6	-	6	1,50	2,89
309.81.	Trastorno por estrés post-traumático.	-	-	-	-	-	4	-	4	1	2,08
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO											
296.21.	Trastorno depresivo mayor, episodio único. Leve.	3	-	3	0,75	1,64	4	-	4	1	2,08
296.22.	Trastorno depresivo mayor, episodio único. Moderado.	-	-	-	-	-	2	-	2	0,50	1,15
296.23.	T. depresivo mayor, episodio único. Grave. Sin síntomas psicóticos.	1	-	1	0,25	0,61	3	-	3	0,75	1,64
296.31.	Trastorno depresivo mayor, recurrente. Leve.	1	-	1	0,25	0,61	1	-	1	0,25	0,61
296.32.	Trastorno depresivo mayor, recurrente. Moderado.	-	-	-	-	-	2	-	2	0,50	1,15
296.33.	T. depresivo mayor, recurrente. Grave. Sin síntomas psicóticos.	-	-	-	-	-	2	-	2	0,50	1,15
296.41.	Trastorno bipolar I. Episodio maniaco único. Leve.	-	-	-	-	-	2	-	2	0,50	1,15
300.4.	Trastorno distímico.	-	1	1	0,25	4,99	1	1	2	0,50	3,03
TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS											
292.00.	Abstinencia de nicotina.	2	-	2	0,50	1,15	2	-	2	0,50	0,61
303.90.	Dependencia de alcohol.	4	-	4	1	2,08	2	-	2	0,50	1,15
304.10.	Dependencia de sedantes.	-	-	-	-	-	1	-	1	0,25	1,15
304.30.	Dependencia de cannabis.	1	-	1	0,25	0,61	-	-	-	-	-
305.00.	Abuso de alcohol.	2	1	3	0,75	6,11	-	-	-	-	-
	Abuso de alucinógenos.	-	-	-	-	-	1	-	1	0,25	0,61
	Dependencia de la cocaína,	-	-	-	-	-	1	-	1	0,25	0,61
305.10.	Dependencia de nicotina.	4	2	6	1,50	11,95	5	1	6	1,50	4,90
TRASTORNOS SOMATOMORFOS											
300.7.	Hipocondriasis.	-	1	1	0,25	4,99	1	-	1	0,25	0,61
307.8x.	Trast. por dolor asociado a factores psicol. y a enfermedad médica.	-	-	-	-	-	2	-	2	0,50	1,15
ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS											
295.	Esquizofrenia.	-	-	-	-	-	1	-	1	0,25	0,61
TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA											
307.51.	Bulimia nervosa	-	-	-	-	-	1	-	1	0,25	0,61

10.8. Relaciones entre los trastornos mentales y las variables socio-demográficas y de salud

Con objeto de establecer el grado de predicción de las distintas variables, llevamos a cabo una regresión logística por el método *inclusión directa*. Para ello, tomamos como criterio de entrada el logaritmo de verosimilitud (L.R.), con una probabilidad de entrada $p=0,5$.

Se tomó como variable dependiente el diagnóstico obtenido a través de la CIDI (DIAGN), estableciendo los niveles “0 = sano” y “1 = enfermo”. Las variables independientes se seleccionaron utilizando como referentes los estudios realizados en Canarias por Vicente (1995) y Villaverde (1991), siendo éstas: población, género, edad, estado civil, nivel cultural, nivel profesional, nivel económico, enfermedad, toma de medicación.

Para la valoración del ajuste global del modelo seguimos los pasos propuestos Hair y cols. (1999). Los resultados obtenidos se describen a continuación.

Nuestro primer referente de ajuste (tabla 29) fue el $-2LL$ de la verosimilitud. Este indicador muestra un mejor ajuste cuanto menor es su valor a través de los distintos pasos del análisis. En nuestro caso, el valor del $-2LL_{\text{nulo}}$ fue de 137,152, resultando un $-2LL_{\text{modelo}}$ de 56,017. Como vemos, el valor de $-2LL$ decreció 81,135 ($\chi^2_{\text{modelo}}=81,135$, **gl.=23**, **sig.=0,001**) respecto al modelo nulo. Otro de las puntuaciones utilizadas, el índice de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2_{\text{final}}=1,743$, **gl.=8**, **p=0,988**), nos indica que no existe una diferencia significativa entre las clasificaciones observadas y predichas. La combinación de estas dos medidas nos permite corroborar la adecuación del modelo. En la tabla 30 se representan las medidas de la magnitud de la relación entre la V.D. y las V.I. Ésta viene dada por la R^2 Cox y Snell⁹ ($R^2_{\text{Cox y Snell}} = 0,559$),

⁹ Esta medida tiene como principal inconveniente el que no puede alcanzar el valor máximo de 1. Así, Nagelkerke propone una modificación con un rango entre 0 y 1.

Tabla 29. Significación estadística del modelo.

-2log de la verosimilitud _{nulo} : 137,152 -2 log de la verosimilitud _{modelo} : 56,017				
<i>Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo</i>				
		Chi- Cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	81,135	23	0,000
	Bloque	81,135	23	0,000
	Modelo	81,135	23	0,000
<i>Prueba de Hosmer y Lemeshow</i>				
Paso	Chi-cuadrado	GI	Sig.	
1	1,743	8	0,988	

Tabla 30. Medidas de la magnitud de la relación entre variables.

Resumen de los modelos			
Paso	"pseudo" R ²	R ² de Cox y Snell	R ² de Nagelkerke
1	0,591	0,559	0,746

que opera de la misma forma que la R^2 de la regresión múltiple (es decir, mayor valor indica mayor ajuste), la R^2 de Nagelkerke ($R^2_{\text{Nagelkerke}} = 0,746$) y la “pseudo” $R^{2(10)}$ (“pseudo” $R^2 = 0,591$) los resultados obtenidos nos indican una magnitud moderada entre las variables objeto de estudio.

Por último, nos hemos centrados en las medidas de eficacia predictiva del modelo (ver tabla 31). La especificidad o porcentaje de personas sanas correctamente clasificadas por el modelo del total de personas que contestaron estar sanos, es del 88,2%. La sensibilidad o porcentaje de enfermos identificados como tal por el modelo es de un 89,6%. El porcentaje de falsos negativos identificados es del 11,8%; siendo el porcentaje de falsos positivos de 10,4%. El porcentaje de personas correctamente clasificadas es del 88,9%.

Los valores de predicción se sitúan en el 89,6% en el caso del valor predictivo positivo (VPP) y en el 88,2% en el caso del valor predictivo negativo (VPN); esto significa que el modelo clasifica mejor a los enfermos que a los sanos, siendo los porcentajes, en ambos casos, correctos.

Tabla 31. Medidas de eficacia predictiva.

			Pronosticado		
			GRUPOS PARA REGRESIÓN LOGÍSTICA		% correcto
		Observado	SANO	ENFERMO	
Paso 1	GRUPOS PARA REGRESIÓN LOGÍSTICA	SANO	45	6	88,2
		ENFERMO	5	43	89,6
Porcentaje global					88,9
a El valor de corte es ,50.					

¹⁰ Esta medida está basada en la mejora del valor $-2LL$ y se calcula:

$$\text{“pseudo” } R^2 = (2LL_{\text{nulo}} - 2LL_{\text{modelo}}) / 2LL_{\text{nulo}}$$

Tabla 33. Listados por casos^b.

Caso	Estado de selección	Observado	Pronosticado	Grupo pronosticado	Variable temporal	
					Resid	ZResid
		GRUPOS PARA REGRESIÓN LOGÍSTICA				
6	S	E**	,140	S	,860	2,483
9	S	E**	,253	S	,747	1,717
30	S	E**	,170	S	,830	2,211
56	S	S**	,805	E	-,805	-2,029
79	S	S**	,955	E	-,955	-4,615
88	S	S**	,677	E	-,677	-1,446
90	S	S**	,691	E	-,691	-1,497
94	S	S**	,746	E	-,746	-1,715

a S = Seleccionados, N = Casos no seleccionados y ** = Casos mal clasificados.

b Se listan los casos con residuos estudentizados mayores que 2,000.

Los resultados de la regresión logística aparecen reflejados en la tabla 34. Como puede apreciarse resulta significativa la relación género femenino y psicopatología (Wald= 8,833; sig= 0,003), siendo el riesgo de padecer un trastorno mental: Exp (B)= 26,11(95% IC: 3,04; 224,4) mayor en las mujeres que en los hombres. Igualmente resulta significativa la relación entre estados post-maritales (separados, divorciados y viudos) y trastorno mental (Wald= 8,52; sig= 0,014) frente al resto de niveles de la variable estado civil. También resulta significativa la relación entre no tener estudios básicos y psicopatología (Wald= 5,774; sig= 0,016). En este caso se observa una relación negativa (β = -4,288), lo que podemos interpretar como que el no tener una formación básica es un “*factor de protección*” respecto a la enfermedad mental, siendo el riesgo de padecer un trastorno respecto al resto de niveles de la variable nivel cultural: Exp (B)= 0,014 (95% IC: 0,000; 0,454) veces menor. Por último, resulta significativa la relación entre padecer una enfer-

Tabla 34. Variables en la ecuación de la regresión logística.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)		
							Inferior	Superior	
Paso 1	POBL	0,964	0,930	1,076	1	0,300	2,623	0,424	16,225
	SEX	3,262	1,098	8,833	1	0,003	26,107	3,037	224,411
	ED			3,025	5	0,696			
	ED 1	-0,388	2,400	0,026	1	0,872	0,678	0,006	74,894
	ED 2	-0,669	2,135	0,098	1	0,754	0,512	0,008	33,665
	ED 3	2,119	2,350	0,813	1	0,367	8,319	0,083	833,154
	ED 4	1,052	2,238	0,221	1	0,638	2,863	0,036	230,093
	ED 5	1,036	2,233	0,215	1	0,643	2,818	0,035	224,106
	CIV			8,520	2	0,014			
	CIV 1	2,776	1,716	2,618	1	0,106	16,058	0,556	463,663
	CIV 2	-1,344	1,341	1,005	1	0,316	0,261	0,019	3,612
	CULT 1	-4,288	1,784	5,774	1	0,016	0,014	0,000	0,454
	CULT 2	-1,212	1,309	0,857	1	0,355	0,298	0,023	3,873
	CULT 3	-2,264	1,387	2,664	1	0,103	0,104	0,007	1,575
	PROF			7,667	7	0,363			
	PROF 1	-6,771	4,887	1,919	1	0,166	0,001	0,000	16,573
	PROF 2	-4,343	3,098	1,966	1	0,161	0,013	0,000	5,632
	PROF 3	1,826	2,066	0,782	1	0,377	6,210	0,108	355,927
	PROF 4	0,861	2,022	0,182	1	0,670	2,367	0,045	124,494
	PROF 5	0,479	1,918	0,062	1	0,803	1,614	0,038	69,290
	PROF 6	0,039	2,083	0,000	1	0,985	1,040	0,018	61,653
	PROF 7	-1,012	2,762	0,134	1	0,714	0,363	0,002	81,545
	ECO			4,921	2	0,085			
	ECO 1	-2,083	3,817	0,298	1	0,585	0,125	0,000	220,928
	ECO 2	-4,387	3,792	1,338	1	0,247	0,012	0,000	21,022
	ENF	3,312	1,109	8,917	1	0,003	27,453	3,122	241,432
	MED	1,585	0,954	2,761	1	0,097	4,881	0,752	31,661
	Constante	-4,067	5,787	0,494	1	0,482	0,017		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: POBL, SEX, ED1, CIV, CULT, PROF, ECO, ENFER, MED.

NOTA: POBL= Urbana, SEX= mujer, ED= + de 65, ED1= De 18 a 24, ED2= De 25 a 34, ED3= De 35 a 44, ED4= De 45 a 54, ED5= De 55 a 64, CIV= Estados post-maritales, CIV1= Solteros, CIV2= Casados, CULT1= Si estudios básicos, CULT2= Con estudios básicos, CULT3= BUP o equivalente, PROF= Inactividad laboral temporal, PROF1= Profesional ejecutivo, director, cuadro superior de empresa por cuenta ajena, PROF2= Técnico de grado medio, profesiones intermedias y negocios independientes, PROF3= Obrero cualificado, pequeño propietario del campo, PROF4= Obreros no cualificados, PROF5= Amas de casa, PROF6=Estudiantes, PROF7= Jubilados, ECO= Más de 251000 ptas., ECO1= Menos de 100000, ECO 2= Entre 101000 y 250000, ENF= Sano, MED= No toma medicación.

edad física y padecer una enfermedad mental (Wald= 8,917; sig= 0,003), poseyendo un mayor riesgo de padecer un trastorno mental en el caso de las persona que ya padecen una enfermedad física: Exp (B)= 27,453 (95% IC: 3,122; 241,432) veces mayor.

Con todo, parece que la persona de género femenino, separada, divorciada o viuda; que además, tenga una formación media-alta y padezca una enfermedad física, es la candidata con mayor probabilidad de padecer un trastorno mental.

11. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Comentaremos en este apartado las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, así como las tasas de prevalencia de los diferentes trastornos mentales. Valoraremos también aquí, los resultados obtenidos al relacionar las variables sociodemográficas y de salud con los trastornos mentales.

11.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados

No es nuestra intención llevar a cabo un estudio psicométrico del GHQ-28, ni de la CIDI 2.1. Ambos instrumentos se han mostrado válidos y fiables en las diferentes investigaciones que han sido comentadas a lo largo de este trabajo. Sin embargo, sí nos parecía interesante comparar los coeficientes de validez del cuestionario GHQ-28, con los obtenidos en los estudios que hemos tomado como referencia.

En este sentido, nuestros datos se encuentran en el mismo nivel que la mayoría de los trabajos, independientemente del tipo de muestra con la que se ha trabajado. Si lo comparamos con los estudios nacionales Lobo y cols. (1986), Magallón (1988), Muñoz y cols. (1995) y Villaverde (1991) nuestros resultados son aceptables y, al igual, que estos autores, que han utilizado una metodología similar, estimamos que el GHQ-28 se conforma como un buen instrumento de criba en estudios comunitario de morbilidad psíquica en dos fases.

Por otro lado, si comparamos nuestros resultados con los de otros estudios realizados en España (Lobo y cols, 1986; Muñoz y cols. 1995), que han utilizado el mismo punto de corte, es decir, puntuación en GHQ-28 ≥ 6 , comprobamos que seguimos manteniéndonos en la línea de resultados que en el resto de investigaciones.

11.2. Prevalencia de trastornos mentales

Respecto a los patrones epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales, nuestros resultados parecen corresponderse a los obtenidos en el resto de las comunidades autónomas: Baleares (21,8%), Cantabria (14,7%), La Rioja (12,36%), Navarra (11,8%). Nos encontramos, por tanto, dentro del rango de otros estudios que han utilizado un muestreo de doble fase en el que el instrumento de criba ha sido el GHQ, ya fuera en su versión de 28 o 60 ítems. Podemos observar, asimismo, como nuestros resultados son muy similares a los obtenidos por Villaverde (1991) que obtuvo en población urbana de Tenerife una prevalencia del 17,3%, frente al 18,4% obtenido en nuestro estudio.

Si comparamos nuestros datos con los del estudio internacional llevado a cabo por The International Consortium in Psychiatric Epidemiology (WHO-ICPE) (2000), observamos como las tasas de prevalencia en países como Brasil (36,3%), Canadá (37,5%), Alemania (38,4%), Holanda (40,9%) y Estados Unidos (48,6%) son muy superiores a las obtenidas en nuestro estudio, aproximándonos más a las obtenidas en Méjico (20,2%) y Turquía (12,2%).

En cuanto a la prevalencia de los distintos trastornos mentales, la prevalencia de trastornos de ansiedad obtenida en nuestro trabajo (14,52%), casi triplica a la obtenida por Gili y cols. (2000) en la isla de Formentera (5,7%), y es cinco veces mayor que la prevalencia obtenida por Ortega y cols. (1995) en La Rioja (2,65%). Los datos de los trastornos del estado de ánimo mantienen esta misma línea, ya que nuestros resultados (7,51%) duplican a los obtenidos tanto en Formentera (3,4%), como a los obtenidos en la Rioja (3,9%). Más próxima a nuestro resultado (8,66%), es la cifra de prevalencia de los trastornos por el uso de sustancias obtenida en la isla de Formentera (6,1%). Sin embargo, en la Rioja la prevalencia de este tipo de trastorno es, aproximadamente, 8 veces menor (1,01%). También es superior la prevalencia de trastornos somatomorfos,

obtenida en nuestro estudio (2,44%), respecto a la obtenida en la Rioja (0,88%). Los datos de prevalencia en cuanto a trastornos psicóticos y esquizofrenia, y los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria son similares a los de nuestro estudio superando el 1% (excepto en el caso de los trastornos de la alimentación del estudio de Formentera, que alcanza casi un 2%).

Cuando tomamos como referencia el trabajo de Villaverde (1991). Nuestros resultados reflejan unos porcentajes superiores a los obtenidos por esta autora. Resultan llamativas las diferencias en las cifras de prevalencia de los trastornos de ansiedad y trastornos por el uso de sustancias. En el primero de los casos, estas cifras duplican con creces los datos obtenidos por Villaverde (14,52% frente al 6,15%); sin embargo, resulta aún más llamativa la diferencia de porcentajes obtenidos en los trastornos relacionados con el uso de sustancias donde nuestros datos casi cuadruplican a los obtenidos por esta autora (8,66% frente al 2,42%). La excepción la constituye la categoría de esquizofrenia y trastornos psicóticos en la que el porcentaje obtenido en el trabajo de referencia duplica a los obtenidos en nuestro trabajo (0,81 frente 0,31).

Al comparar nuestros resultados con los del WHO-ICPE (2000), nos centramos en las tres grandes categorías recogidas en sus trabajos que son los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

En lo que se refiere a los trastornos de ansiedad, nuestro porcentaje de prevalencia (14,52%) es similar al obtenido en Brasil (17,4%); situándonos por encima de países como Alemania (9,8%), Méjico (5,6%) y Turquía (7,4%). Sin embargo, está muy por debajo de países como Canadá (21,3%), Holanda (20,1%) y Estados Unidos (25,0%).

La prevalencia de trastornos del estado de ánimo sitúa nuestro estudio en niveles similares a países como Canadá (10,2%), Méjico (9,2%) y Turquía (7,3%). Sin embargo, nos superan países como Brasil (15,5%), Alemania (17,1%), Holanda

(18,9%) y Estados Unidos (19,4%) con cifras que duplican y, en algún caso, casi triplican el porcentaje de prevalencia obtenido en nuestro trabajo (7,51%).

En cuanto a los trastornos relacionados con el uso de sustancias, nuestro porcentaje de prevalencia (8,66%) es similar al obtenido en el estudio mejicano (9,6%). Llama la atención el resultado obtenido en Turquía donde no se da este tipo de trastorno (0%). En el resto de países la prevalencia se sitúa muy por encima de la nuestro estudio; así, en el resto de países las prevalencias oscilan entre el 28,2% de Estados Unidos y el 16,1% de Brasil.

11.3. Relaciones entre enfermedad mental y variables sociodemográficas

No pretendemos en este punto hacer una recopilación de todos los estudios realizados hasta el momento en los que se intenta establecer la relación entre variables sociodemográficas y salud mental. Sin embargo, creemos necesario comparar nuestros resultados con los de otros trabajos, que por su relevancia, pueden contribuir a explicar mejor este tipo de relaciones. Comentaremos los trabajos que han abordado el estudio de las relaciones entre psicopatología y las variables: lugar de residencia, género, edad, estado civil, nivel cultural, nivel profesional, nivel económico, salud física y consumo de psicofármacos.

11.3.1. Lugar de residencia

No resulta significativa la zona de residencia como fuente de variabilidad en la prevalencia de trastornos psicopatológicos. Este resultado no concuerda con muchas de las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento. Así, Vicente (1995), trabajando con una muestra canaria, encontró que las personas que residen en medio urbano manifiestan mayor sintomatología psicopatológica.

Los resultados obtenidos por el WHO-ICPE (2000) muestran una débil pero consistente relación, dándose menores tasas de prevalencia en las zonas rurales que en las zonas urbanas en 4 de 5 países (la excepción la marcó Canadá) en los que esta variable se tuvo en cuenta (no se tuvo en cuenta en Brasil y Méjico).

En este sentido, Lee y cols. (1990) comparan una muestra rural de Corea (n=1966) frente a una urbana de Seúl (n=3134), encontrando una mayor prevalencia de trastornos mentales en la muestra rural.

También encuentran diferencias significativas en su estudio George, Hughes y Blazer (1986) al comparar residentes del medio rural frente a los del medio urbano. Estos autores llegan a la conclusión de que el medio rural era un factor protector de los trastornos de ansiedad.

Algunos autores como Herman (1985), Wagenfeld y Buffum (1983) intentan explicar estos resultados en base a la escasez de recursos sanitarios en las zonas rurales.

En resumen, existen datos contradictorios a la hora de señalar el lugar de residencia como fuente de variabilidad de psicopatologías. En cualquier caso, estos resultados parecen estar mediatizados por otras variables que no se han tenido en cuenta como son: índices de pobreza y escasez de recursos (Vicente, 1995).

En nuestro estudio, nos preguntamos si los resultados pueden justificarse por no existir una distinción clara entre zona rural y urbana en las localidades seleccionadas, ya que si bien existe diferencia en cuanto al número de habitantes, no consideramos que estén tan claras esas diferencias cuando nos referimos a estilos de vida y recursos sanitarios.

11.3.2. Género

El género se muestra como una variable significativa a la hora de predecir enfermedades mentales. Estos resultados están en la línea de los obtenidos por Vicente (1995) y Villaverde (1991). Otros trabajos donde se obtienen resultados similares son los realizados por Bebbinton y cols. (1981); Dohrenwend y Dorenwend (1976); Gove y Tudor (1973); Lee y cols. (1990); Mavreas y cols. (1986); Murphy, Leighton y Alexander (1989); Vázquez-Barquero y cols. (1982); Weissman y Klerman (1977) en los que independientemente de la metodología utilizada han demostrado que la morbilidad psiquiátrica en las mujeres es aproximadamente el doble que en los hombres.

La morbilidad detectada, en función del género, se manifiesta fundamentalmente relacionada con los trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en el caso de las mujeres. En el caso de los hombres, se da una mayor prevalencia en los trastornos relacionados con el uso de sustancias. Estos resultados, coinciden en gran medida, con los obtenidos por Dohrenwend y Dorenwend (1976); Gilboa y cols. (1990); Helgason (1964); Kinzie y cols. (1992); Lentz (1991); Myers y cols. (1984), Vázquez-Barquero y cols., (1981), Villaverde (1991); Wells y cols. (1989); sin embargo, en lo que respecta al género masculino, ellos encuentran una mayor prevalencia de los trastornos por el uso de sustancias y trastornos de la personalidad.

El WHO-ICPE (2000) obtuvo resultados dispares respecto a la prevalencia de trastornos en función del género. Así, mientras en Holanda, Turquía y Estados Unidos la prevalencia era mayor en las mujeres que en los hombres; en Brasil, Canadá, Alemania y México las diferencias entre géneros no resultaron significativas. En el caso de los trabajos en los que se obtuvieron diferencias significativas en el género, se pudo observar como también se obtenían diferencias en los tipos de trastornos, de manera que en las mujeres se daba una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; siendo

en los hombres el trastorno por el uso de sustancia el más prevalente.

Parece razonable plantearse cuál es el origen de estas diferencias. En este sentido, autores como Murphy (1986) apuntan a que los cambios producidos en el rol masculino y femenino a lo largo del siglo, influyen en los resultados de los estudios epidemiológicos, en este caso, en la incidencia de psicopatología.

Para Weissman y Klerman (1977) estas diferencias son el resultado de modos sociológicamente equivalentes de responder al sufrimiento psicológico; siendo, en el caso de las mujeres, la ansiedad y la depresión la forma de manifestar ese malestar. En el caso de los hombres se manifiesta ese malestar a través del abuso de sustancias.

En este sentido, Mechanic (1978) justifica estas diferencias diciendo que las mujeres están más preparadas para admitir y expresar sus quejas, así como para buscar ayuda profesional, recibiendo como consecuencia de ello, más diagnósticos de enfermedad (Goldberg y Huxley, 1980; Weissman y Klerman, 1977).

En resumen, parece claro, que la mayoría de las investigaciones realizadas apuntan la existencia de diferencias intergénero respecto a la prevalencia de psicopatología. Estas diferencias reflejan un mayor porcentaje de trastornos en las mujeres, fundamentalmente de índole ansioso y depresivo; mientras en los hombres se da un mayor consumo de sustancias y trastornos de la personalidad. En nuestro trabajo se confirman en parte estos resultados, ya que en el caso de los hombres aparece como segundo trastorno más frecuente el trastorno de ansiedad. A la hora de explicar éstos y otros cambios en la tasas de prevalencia (por ejemplo, el aumento del consumo de sustancias en el género femenino; ver figura 13, pág. 173) quizás tendríamos que recurrir a los cambios en los roles masculinos y femenino, de manera que esta tendencia a igualar las tasas de psicopatología sean consecuencia de la equiparación de roles entre géneros. No obstante, Vázquez-Barquero y cols. (1981)

considera más coherente plantear el fenómeno en base a una teoría multifactorial, en la que las diferencias biológicas y socioculturales se integren de manera armoniosa.

11.3.3. Edad

En nuestro trabajo, ninguno de los grupos de edad se muestra significativo. Estos resultados coinciden con los de trabajos de Brown y Harris (1978), Henderson y cols. (1979, 1981), Mavreas y Bebbington (1987), Orley y Wing (1979), entre otros, no han encontrado diferencias significativas respecto a morbilidad psiquiátrica y la edad.

Sin embargo, no está clara esta ausencia de relación entre edad y trastornos mentales y; por otro lado, en aquellas investigaciones en las que sí se detectan diferencias significativas los resultados son dispares. Así por ejemplo, mientras para algunos autores como Benfari y cols. (1972), Shepherd y Gruenberg (1957) la prevalencia decrece con el incremento de la edad; otros como Leighton y cols. (1963), Phillips (1966), Srole y cols. (1962) informan que la patología aumenta con la edad.

Madianos y cols., (1985) consideran la edad como uno de los factores más importantes de variabilidad psicopatológica. Observan en su trabajo que las personas mayores de 40 años obtienen mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos.

En cuanto a las diferencias inter-género Myers y Weissman (1984) detectaron que tanto en hombres como en mujeres las proporciones de morbilidad más altas se encontraban entre los sujetos menores de 45 años de forma significativa.

Hagnell (1986) encuentra que la mayor tasa de prevalencia de depresión se encuentra alrededor de los 30 años, mientras que en las mujeres ésta aumenta sobre los 40 años.

Los datos obtenidos por Vázquez-Barquero y cols. (1987) y Villaverde (1991) apoyan estos resultados, especialmente en el caso de la población femenina. Estos autores detectan que en

las mujeres existe una edad crítica (45 años), a partir de la cuál la prevalencia aumenta paralelamente a los procesos de envejecimiento; aunque sólo hasta los 65 años, edad a partir de la cuál empieza a disminuir la morbilidad. Mientras, en los hombres, el aumento de la morbilidad aparece a partir de los 30 alcanzándose el nivel máximo en la década de los cuarenta.

Bebbinton y cols. (1981), observaron un ligero aumento de las morbilidad en el grupo de 35-44 años en hombres, aumento no significativo, mientras que en las mujeres observaron dos picos de morbilidad entre los grupos de 25-34 años y 45-54 años. En Atenas, Madianos y cols. (1985) comprobaron que los sujetos de 40 años de edad y mayores exhibían más psicopatología que los grupos jóvenes. Mavreas y cols. (1986) encontraron diferencias significativas entre mujeres de 35 a 64 años y Surtees y cols (1983), en su estudio sobre población femenina detectaron la mayor frecuencia de patologías entre las edades de 35 a 54 años.

Parece confirmarse así el tópico según el cual en los varones la edad de los cuarenta marca el periodo de crisis, quizás relacionado con la autoevaluación del propio proyecto vital, mientras que en las mujeres la época de crisis aparece más tardíamente, coincidiendo con el momento en que los hijos abandonan el núcleo familiar (Bebbington y cols., 1981; Vázquez-Barquero y cols., 1987).

Vicente (1995) obtiene una relación negativa entre edad y sintomatología hipomaniaca / maniaca. En este sentido, parece que los grupos más jóvenes presentan un mayor número y/o intensidad de estos síntomas. Por otro lado, obtienen que las personas con una edad intermedia (26 a 41 años) tienen una mayor tendencia a la dependencia psicológica del consumo de sustancias tóxicas.

Las investigaciones del WHO-ICPE (2000) muestran que los diferentes trastornos tienen edades de comienzo distintas. En este sentido, los resultados parecen indicar que los trastornos de ansiedad aparecen a edades tempranas, con una media de

15 años (el rango se sitúa entre los 12 años en Canadá y los 18 años en Holanda). Por otro lado, la aparición de los trastornos del estado de ánimo es la más tardía, con una edad media de 26 años (el rango se sitúa aquí entre los 23 años en Canadá, México y Estados Unidos, y los 30 años en Brasil). La edad de comienzo de los trastornos por el uso de sustancias es intermedia a las anteriores, siendo la edad media de comienzo de 21 años (el rango se sitúa entre los 18 años en Canadá y Estados Unidos, y los 22 años en México).

11.3.4. Estado civil

Resultó significativo el nivel que hacía referencia a los estados “estados post-maritales” (separados, divorciados y viudos) respecto a enfermedad mental. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos por Bebbington y cols. (1981), Finlay-Jones y Burvill (1979), Gove (1972), Henderson y cols. (1979), Madianos y cols. (1985), Mavreas y cols. (1986), Surtees y cols. (1983), Vicente (1995), Villaverde (1991), Weissman, Myers y Harding (1978), entre otros. Dominian y cols. (1973), en su trabajo sobre la asociación entre divorcio y enfermedades psiquiátricas en adultos, concluye que hay un aumento en el índice de patología psiquiátrica de tipo menor en hombres y mujeres separados y divorciados.

Para Villaverde (1991) este fenómeno podría ser explicado en términos de soledad y/o pérdida de soporte social íntimo como factor que aumenta la vulnerabilidad al estrés. También sugiere que los sujetos enfermos pueden desarrollar alteraciones conductuales que le predispongan a más rupturas emocionales; si esto es así, nos encontraríamos con la cuestión de si considerarlo como causa o efecto, pudiendo entenderse también como consecuencia de mecanismos psicopatológicos de duelo.

En relación al estado de casado, nuestros resultados no concuerdan con los de otros autores, respecto a que en la mujer puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de trastorno mentales (Bebbington y cols. 1981; Brown y Harris, 1978; Cos-

tello, 1982; Gove y Tudor, 1973; Surtees y cols., 1983; Weissman y Klerman, 1977).

Ramsey, Roberts y Stevenson (1982) destaca el efecto negativo del aburrimiento que caracteriza la vida de muchas mujeres casadas. Brown y Harris (1978) han sugerido que podría explicarse en base a factores tales como el cuidado de niños y menor probabilidad de tener un trabajo fuera que la mujer soltera, con las consiguientes menores relaciones sociales.

La evidencia de esto, sin embargo, no ha sido concluyente Cochrane y Stopes-Roe (1980), Comstock y Helsing (1976), Halldin (1985), Henderson y cols. (1979), Mavreas y Bebbington (1987), Radloff (1975), Samuelson (1982), Vázquez-Barquero y cols. (1987), Weissman y cols. (1978).

Las investigaciones llevadas a cabo por el WHO-ICPE (2000) dieron como resultado que las personas casadas presentaban menores niveles de prevalencia que las no casada¹⁴ en todos los países¹⁵ objeto de estudio, sin embargo, esta relación no es significativa en Alemania, México y Turquía.

Pese a lo dispar de los resultados, parece que la generalidad de resultados indica que las personas que se encuentran en situación postmarital son más susceptibles de padecer trastornos psicológicos.

11.3.5. Nivel cultural

Resulta significativa e inversa la relación entre la enfermedad mental y nivel educativo. En nuestro caso, no tener estudios parece estar relacionado con una buena salud mental. Autores como Cochrane y Stopes-Roe (1980), Comstock y Helsing (1976), Madianos y cols. (1985), Mavreas y cols. (1986), Srole y cols. (1962), Vázquez-Barquero y cols. (1987), Weissman y cols. (1978) coinciden con nuestros resultados. En otros

¹⁴ Dentro de la categoría de “no casados” se incluyen a las personas solteras y divorciadas.

¹⁵ Los países objeto de estudio son: Brasil, Canadá, Alemania, México, Holanda, Turquía y Estado Unidos.

trabajos como los Dube (1968), Tarnopolsky (1977), Vázquez Barquero y cols. (1982) detectaron como único hecho significativo una asociación negativa entre nivel educacional y morbilidad histórica.

Frente a lo dicho anteriormente, los resultados obtenidos por el WHO-ICPE (2000) muestran una mayor prevalencia de trastornos en los niveles educativos más bajos. Esta relación se da en 6 de los 7 países estudiados, siendo Alemania la única excepción no encontrándose relaciones significativas en este país.

Vicente (1995) obtiene resultados dispares. Sus resultados muestran que los grupos de menor instrucción tienen un mayor riesgo de padecer sintomatología ansiosa, somática y de paranoidismo. Por el contrario, los de mayor nivel cultural manifiestan una mayor sintomatología hipomaníaca /maníaca, así como un optimismo exagerado.

Sin embargo, Bebbintong y cols. (1981), Henderson y cols. (1979), Mavreas y Bebbintong (1987), Villaverde (1991) no encuentran diferencias significativas al analizar el nivel educativo y la patología psíquica. Ya Dohrenwen y Dohrenwend (1969) en su revisión sobre la literatura existente, constatan la ausencia de significatividad entre morbilidad psiquiátrica y nivel educativo.

11.3.6. Nivel Ocupacional

Los resultados obtenidos no muestran relaciones significativas entre el grupo de “casos” y “no casos” y los diferentes niveles de la variable estatus profesional.

El WHO-ICPE (2000) informa que en 5 de los 6 países el desempleo estaba relacionado con una mayor prevalencia de trastornos (Turquía fue la excepción), en Brasil no responde ninguna persona en paro.

Estos resultados coinciden, en parte, con los obtenidos por Vicente (1995), en su trabajo, las amas de casa y las personas en situación de paro eran las más proclives a padecer trastornos psicológicos. En concreto, trastornos somáticos en el caso de las amas de casa y dependencia física al consumo de sustancias tóxicas en el caso de las personas en situación de paro.

11.3.7. Nivel económico

En nuestro trabajo, no resulta significativa la relación existente entre nivel económico y trastornos psicopatológicos. No obstante, son muchos los autores que han aportado datos sobre la influencia que los cambios económicos tienen en el estado de salud mental (Madianos y Christodonlon, 1989).

En esta línea, Mollica y Milic (1986) señalan que el mejor predictor de hospitalización psiquiátrica es la clase social desfavorecida.

Holzer y cols. (1986) corroboran que las mayores tasas de psicopatología se dan en las clases más desfavorecidas. Pero además, añaden que la relación varía entre los distintos diagnósticos. Así, la relación es fuerte con deterioro cognitivo y esquizofrenia; moderada, con el abuso y/o dependencia al alcohol; y débil, aunque significativa, con depresión mayor.

Bell (1990) confirma esta relación, pero añade, que existe una mayor prevalencia en las mujeres y en grupos minoritarios. En este sentido, Herrman (1990), en su trabajo con personas marginales, encuentra que la marginalidad es un factor de alto riesgo para los trastornos psicopatológicos (70% padece un trastorno a lo largo de su vida; de estos, un 50% es diagnosticado de trastorno psicológico severo).

El estudio internacional del WHO-ICPE (2000) mostró como en tres de los cuatro países se obtuvo una relación inversa entre el nivel de ingresos y la existencia de trastornos mentales. La excepción en este caso fue México, en los que no se en-

controló una relación significativa. No se tuvo en cuenta la variable ingresos en Brasil, Alemania y Turquía.

En este sentido, Dohrenwend (1990) concluye que uno de los resultados más consistentes de la epidemiología anterior a 1980, es la relación inversa entre psicopatología y estatus socio-económico.

11.3.8. Enfermedad o lesión (Eje III)

En nuestro trabajo se da una relación significativa entre el padecimiento de enfermedades o lesiones y el trastorno mental.

Nuestros resultados van en la línea de los obtenidos entre otros por Gili y cols. (2000), Mavreas y cols. (1986), Mavreas y Bebbington (1987), Vázquez-Barquero y cols. (1981, 1987) y Villaverde (1991).

Autores como Gili y cols. (2000) encuentran una elevada presencia entre trastornos psicológicos, especialmente depresivos y ansiosos, en pacientes afectados por enfermedad médica.

Entre los autores que intentan dar una explicación a esta relación encontramos a Lipowski (1988), Magallón (1988) que se refieren a la somatización como expresión y comunicación del estrés psicológico en la forma de síntomas físicos. Así, para Lipowski (1988) los estados disfóricos involucran concomitantes fisiológicos que la persona puede percibir como síntomas y selectivamente fijarse en ellos. Por otra parte, una persona emocionalmente distresada puede selectivamente presentar quejas a su médico en la asunción de que esta es la mejor aproximación para asegurar ayuda a su malestar psicológico.

Autores como Parker y cols. (1984), Prestige y Lake (1987) sugieren que la mayoría de los sujetos deprimidos se quejan más de síntomas somáticos que de estrés psicológico y síntomas psíquicos.

Murphy y Brown (1980) opinan que la asociación es, al menos en parte, causal; y no un artefacto en los modos de auto-percepción de los sujetos del malestar y/o de los modos de demandar cuidados médicos. Para estos autores, las circunstancias estresantes conducen a los trastornos físicos produciendo primero desequilibrios psicológicos y que incluso el inicio de desequilibrios psicológicos sin un evento severo, puede ser suficiente para provocar trastornos orgánicos.

Goldberg y Huxley (1980), Liposwski (1988), Vázquez-Barquero y cols. (1981, 1987) confirman en sus trabajos que la presencia de patología somática es uno de los factores más significativos para el desarrollo de alteraciones psiquiátricas, fundamentalmente de tipo depresivo y ansioso, por lo que sugieren que los trastornos psíquicos podrían ser una reacción a la patología somática.

11.3.9. Toma de medicación

No se obtienen relaciones significativas entre el consumo de psicofármacos y trastorno mental.

En el caso de los analgésicos el consumo en mujeres casi triplica al de los hombres. En este sentido, señala que las razones dadas con más frecuencia para justificar el consumo de analgésicos son: jaquecas, los dolores sin especificar y las dismenorreas. En el caso de los psicofármacos se consumen con más frecuencia para dormir, por nervios, o por depresión.

En el estudio epidemiológico realizado por Vázquez-Barquero y cols. (1987) en la comunidad de Cantabria, obtienen que el $2,6 \pm 1\%$ de los hombres y el $10,7 \pm 2\%$ de las mujeres consumen psicotropos, siendo estas cifras notablemente más altas para los analgésicos (varones $6,5 \pm 2\%$, mujeres $16,4 \pm 3\%$); sus cifras, son más bajas que las obtenidas por Balter, Levine y Manheimer (1974) en su análisis de la población española.

Este autor confirma que la presencia de enfermedad tanto física como psíquica se asocia, de manera significativa, a un aumento del consumo de analgésicos y psicotropos, resultados que también han sido obtenidos por otros autores como Uhlenhuth, Balter y Lipman (1978), Murray y cols. (1981) y Mellinger y cols. (1978).

Vázquez-Barquero y cols. (1987), obtiene una escasa proporción de individuos con psicopatología (medida mediante el sistema PSE-CATEGO-ID) que consumen psicotropos (varones 18,5%; mujeres 34,7%), ni ningún mecanismo compensador. Esto demuestra para el autor que un alto porcentaje de enfermos psiquiátricos, al menos en la comunidad objeto de estudio, no recibe tratamiento farmacológico para sus problemas emocionales.

En resumen, parece que en los últimos tiempos se está dando un incremento en el consumo de psicotropos y analgésicos tanto en la población clínica como en la general. Los resultados apuntan a que en la mujer, el consumo de psicofármacos es superior que en los hombres. En nuestro trabajo, no obtenemos ninguna relación entre padecer una patología psíquica y el consumo de psicofármacos. Esto podría explicarse por el incremento en el consumo en población general (no afectada de patología psíquica); o como apunta Vázquez Barquero (1987) puede deberse a que un porcentaje elevado de personas que padecen un trastorno mental no recibe tratamiento farmacológico.

Por último, y a modo de conclusión, podemos agrupar los resultados que se han venido analizando en dos grandes bloques. El primero de ellos, de tipo descriptivo está centrado en los resultados de prevalencia de los trastornos mentales. El segundo, se centra en las relaciones obtenidas entre las variables de salud mental y sociodemográficas.

En el primer bloque, los datos de *prevalencias* muestran que un 18,42% de la población de la isla de Tenerife padecen algún tipo de trastorno mental. Por géneros, son las mujeres, con un

21,15%, las que muestran una mayor prevalencia de trastornos, frente a los hombres con un 14,89%.

Estos resultados van en la línea de los obtenidos en la casi totalidad de los estudios epidemiológicos, donde se da una relación de 2/1 en la prevalencia de trastornos a favor de las mujeres. En nuestro caso, parece que esta proporción se ve disminuida significativamente.

Respecto al tipo de trastorno, agrupado en categorías generales o grandes síndromes, los más prevalentes son: los trastornos de ansiedad (14,52%), los trastornos relacionados con el uso de sustancias (8,66%) y los trastornos del estado de ánimo (7,51%).

Por géneros, obtenemos que los trastornos más frecuentes en las mujeres son: los trastornos de ansiedad (16,88%), los trastornos del estado de ánimo (11,83%) y los trastornos relacionados con sustancias (9,19%). En los varones, los trastornos más prevalentes son: los trastornos relacionados con el uso de sustancias (14,84%), los trastornos de ansiedad (14,26%) y los trastornos del estado de ánimo (8,55%). Existen diferencias significativas entre sexos, en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y del consumo de sustancias. Sin embargo, no son significativas estas diferencias cuando nos referimos a los trastornos de ansiedad.

Respecto a la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, los resultados obtenidos muestran una inversión de la tendencia mostrada en la mayoría de los estudios epidemiológicos. En nuestro trabajo, la prevalencia de este tipo de trastornos es superior en las mujeres (0,79%), frente a los hombres (0%). No siendo significativa la diferencia entre ambos porcentajes.

En el segundo bloque de conclusiones, las *relaciones entre enfermedad mental y variables socio-demográficas* perfilan el género femenino, las situaciones post-maritales (separados, divorciados y viudos), así como una formación educativa me-

dia-alta y el padecer una enfermedad física como las variables que mejor predicen la aparición de un trastorno mental.

Respecto al nivel educativo, en nuestro trabajo se convierte en un factor de protección en niveles bajos, cuando hasta ahora en la mayoría de las investigaciones un nivel educativo bajo constituía el factor de riesgo.

Por último, comentaremos que, en general, los resultados de nuestro trabajo, en cuanto a prevalencia de trastornos mentales, están en la línea de los obtenidos en otros trabajos realizados en la Comunidad Canaria y en las Comunidades Autónomas del territorio nacional.

Como se indicó al principio de este estudio, esperamos que estos datos puedan servir de apoyo a sucesivas investigaciones, así como de base a futuras planificaciones en salud mental.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- ACKERKNECHT, E.H. (1962). *Breve historia de la Psiquiatría*. Ed. Universitaria, Buenos Aires.
- ADERIBIGBE, Y.A. y ADITYANJEE, S.K. (1995). Psychiatric epidemiology in cross-cultural perspective: A review. *European Archive of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 246, 37-46.
- ALARCÓN, R.D. (1991). Hacia el DSM-IV. Historia reciente, estado actual y opciones futuras. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 37, 105-122.
- ALTMAN, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall, London.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1^a edición (DSM-I). APA, Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^a edición (DSM-IV). APA, Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (1947). Recommended graduate training programs in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION (APA) (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2^a edición (DSM-II). APA, Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3^a edición (DSM-III). APA, Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3^a edición- revisada (DSM-III-R). APA, Washington, D.C.
-

- ANDERSON, S., AUQUIER, A., HAUCK, W.W., OAKES, D., VANDAELE, W. y WEISBERG, H.I. (1980). *Statistical methods for comparative studies, techniques for bias reduction*. John Wiley, New York.
- ANGST, J., DOBLER-MIKOLA, A. y BINDER, J. (1984). The Zurich study: A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. *Archiv fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 234 (1), 13-20.
- ARÉVALO, J. y VIZCARRO, C. (1990). Métodos de investigación en psicología médica y psicopatología. En F. FUENTENEbro y C. VÁZQUEZ (Eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. McGraw-Hill, Madrid.
- ÁVILA, A. (1990). Psicología clínica: una formación para psicólogos en cuanto profesionales de la salud. *Papeles del Psicólogo, Época II*, 43, 43-47.
- BÁGUENA, M.J. y BELLOCH, A. (1985). *Extraversión, Psicotimismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Promolibro, Valencia.
- BALLESTEROS, J. (1993). Análisis estadísticos avanzados en salud mental. La regresión logística. En J. L. GONZÁLEZ DE RIVERA, F. RODRÍGUEZ y A. SIERRA (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental*. Salvat, Barcelona.
- BALTER, M.B. LEVINE, J., MANHEIRMER, D.I. (1974). Cross-national study of the extent of anxiety sedative drug use. *New England Journal of Medicine*, 290 (14), 769-774.
- BANKS, M.H. (1983). Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 13, 349-354.
- BEBBINGTON, P.E., HURRY, J., TENNAT, C., STURT, E. y WING, J.K. (1981). The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-579.
-

- BELL, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45 (3), 385-389.
- BELLOCH, A. (1987). *Proyecto Docente para la Cátedra de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos: Psicopatología*. Mimeo, Valencia.
- BELLOCH, A. e IBÁÑEZ, E. (1991). *Manual de psicopatología. Vol. 1*. Promolibro, Valencia.
- BELLOCH, A., SANDIN, B. y RAMOS, F. (1995). Conceptos y modelos en psicopatología. En A. BELLOCH, B. SANDIN y F. RAMOS (Eds.). *Manual de Psicopatología. Vol 1*. McGraw-Hill, Madrid.
- BENFARI, R.C., BEISER, M., LEIGHTON, A. H. y MERTENS, C. (1972). Some dimensions of psychoneurotic behaviour in an urban sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 155 (2), 77-90.
- BERNAL, G., BONILLA, J. y SANTIAGO, J. (1995). Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: el Inventario de Depresión de Beck y la Lista de Cotejo de Síntomas – 36. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 207-229.
- BERNSTEIN, D. y NIETZEL, M. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. McGraw-Hill, Madrid.
- BERRIOS, G.E. (1985). Obsessional disorders during the nineteenth century: Terminological and classificatory issues. En W. Bynum, W.R. Porter y M. Shepherd (Eds.). *The anatomy of madness. Vol I: People and ideas*. Tavistock, New York.
- BETHENCOURT, J. M. y FERNÁNDEZ-VÁLDES, A. (1997). Investigación e intervención conductual-comunitaria en salud: estructura y planificación de programas. En J.M. BETHENCOURT, P. GARCÍA, W. PEÑATE y P. MATUD (Comp.). *Intervención psicológica en problemas de salud*:
-

aspectos clínicos y comunitarios. Pentium C. B., Islas Canarias.

- BETHENCOURT, J.M., PEÑATE, W., FUMERO, A., y GONZÁLEZ, M. (1997). Trastornos de ansiedad y estrés en estudiantes de la Universidad de La Laguna. *Ansiedad y estrés*, 3 (1), 25-36.
- BLASHFIELD, R.K. (1986). Structural approaches to classification. En T. MILLON y G.L. KLERMAN (Eds.). *Contemporary directions in psychopathology*. Plenum Press, New York.
- BOYD, J.H., BURKE, J.D., GRUENBERG, E., HOLZER, C.E., RAE, D.S., GEORGE, L.K., KARNO, M., STOLZMAN, R., MCEVOY, L. y NESTADT, G. (1987). The exclusion criteria of DSM-III. A study of the co-occurrence of hierarchy-free syndromes. En G.L. TISCHLER (Eds.). *Diagnosis and classification in psychiatry. A critical appraisal of DSM-III*. University Press, Cambridge.
- BREGER, L. y McGAUGH, J.L. (1965). Critique and reformulation of "learning theory" approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin*, 63, 338-358.
- BRIDGES, K.W. y GOLDBERG, D.P. (1986). The validation of the GHQ-28 and the use of the M.M.S.E. in neurological inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 548-553.
- BROMET, E.J. (1984). Epidemiology. En A.S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.). *Research methods in clinical psychology*. Pergamon Press, New York.
- BROWN, G.W. y HARRIS, T.O. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Tavistock, London.
- BUCK, A.A. y GART, J.J. (1966). Comparison of a screening test and a referee test in epidemiologic studies. *American Journal of Epidemiology*, 83, 586-592.
-

- BUTCHER, J.N. y BEMIS, K.M. (1984). Abnormal behaviour in cultural context. En H.E. ADAMS y P.B. SUTKER (Eds.). *Comprehensive handbook of psychopathology*. Plenum, New York.
- CANGUILHEM, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, Madrid.
- CARROBLES, J.A. (1985). El modelo conductual o del aprendizaje social: enfoques y aplicaciones. En J.A. CARROBLES (Ed.). *Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 2*. UNED, Madrid.
- CHOROT, P., PÉREZ-LLANTADA, C. Y SANDÍN, B. (1995). Métodos de investigación en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología Vol. 1*. McGraw-Hill, Madrid
- CLARIDGE, G. (1985). *The origins of mental illness*. Basil Blackwell, Oxford.
- CLIMENT, C.E., PLUTCHIK, R. y ESTRADA, H. (1975). A comparison of traditional and symptom-check-list-based histories. *American Journal of Psychiatry*, 132, 450-453.
- COCHRANE, R. y STOPES-ROE, M. (1980). Factors affecting the distribution of psychological symptoms in urban areas of England. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61 (5), 445-460.
- COLES, E.M. (1982). *Clinical Psychopathology. An introduction*. Routledge y Kegan Paul, London.
- COMSTOCK, G.W. y HELSING, K.J. (1976). Symptoms of depression in two communities. *Psychological Medicine*, 6 (4), 551-563.
- COOPER, J.E. (1983). Diagnosis and the diagnostic process. En M. SHEPHERD y O.L. ZANGWILL (Dir.). *Handbook of psychiatry, Vol. 1. General psychopathology*. Cambridge University Press.
-

- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Martínez Roca, Barcelona.
- COSTELLO, C. G. (1982). Social factors associated with depression: A retrospective community study. *Psychological Medicine*, 12, 329-339.
- COTO, E., GÓMEZ-FONTANIL, Y. y BELLOCH A., (1995). Historia de la Psicopatología. En A. BELLOCH, B., SAN-DÍN y E. RAMOS (Eds.). *Manual de Psicopatología, Vol. 1*. McGraw-Hill, Madrid.
- COTTLER, L. B., ROBINS, L. N., GRANT, B., BLAINE, J., TOWLE, I., WITTCHEN, H. U., SARTORIUS, N., BURKE, J., REGIER, D., HELZER, J. y JANCA, A. (1991). The CIDI-core substance abuse and dependence questions: Cross cultural and nosological issues. *British Journal of Psychiatry*, 159, 653-658.
- COTTLER, L.B., ROBINS, L.N., BABOR, T., HELZER, J., TOWLE, I., GRANT, B., BLAINE, J., WITTCHEN, H.U., SARTORIUS, N., BURKE, J., REGIER, D., TIPP, J., ALTAMURA, A.C., ANDREWS, G., DINGEMANN, R., DROUX, A., ESSAU, C. A. y cols. (1990). Cross-cultural reliability and actability of the CIDI-core substance abuse and dependence questions. En C.N. Stefanis, A.D. Rabavilas y C.R. Soldatos (Eds.). *Psychiatry: A world perspective. Proceedings of the VIII World Congress of Psychiatry, Athens, 12-19 October 1989*, 144-152. Amsterdam. Excerpta Medica, New York.
- CRAIGHEAD, W.E., KAZDIN, A.E. y MAHONEY, M.J. (1981). *Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones*. Omega, Barcelona.
- CRUZADO, J.A., LABRADOR, F.J. y MUÑOZ, M. (1993). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F.J. LABRADOR, J.A. CRUZADO y M. MUÑOZ (Comps.). *Ma-*
-

nual de técnicas y de terapia y modificación de conducta. Pirámide, Barcelona.

DAVISON, C.G. y NEALE, J.M. (1980). *Psicología de la conducta anormal.* Limusa, México.

DEROGATIS, L.R. (1983). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Administration scoring and procedures manual.* Clinical Psychometric Research, Baltimore.

DEROGATIS, L.R. y SPENCER B.S. (1982). *The Brief Symptom Inventory (B.S.I.). Administration, scoring and procedures. Manual I.* Clinical Psychometric Research, Baltimore.

DIAMOND, E.L. y LILIENFIELD, A.M. (1962). Effects of errors in classification and diagnosis in various types of epidemiological studies. *American Journal of Public Health*, 52, 1137-1144.

DIECKHÖFFER, K. (1984). *El desarrollo de la psiquiatría en España. Elementos históricos y culturales.* Gredos, Madrid.

DOHRENWEND B. P. y DOHRENWEND B. S. (1969). *Social status and psychopathological disorders.* Jhon Wiley, New York.

DOHRENWEND B. P. y DOHRENWEND B. S. (1976). Sex difference and psychiatric disorders. *American Journal Sociology*, 81, 1147-1154.

DOHRENWEND, B.P. (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling?. *Social Psychiatric Epidemiology*, 25 (1), 41-47.

DOMINIAN, W., SMITH, J.B. y cols. (1973). Divorce and psychiatric illness. *Archives of General Psychiatry*, 29, 119-125.

DUBE, K.C. (1968). Mental disorder in Agra. *Social Psychiatry*, 3 (4), 139-143.

- DURKHEIM, E. (1951). *Suicide*. Free Press, Glencoe, Illinois.
- ECHEBURÚA, E. (1993). *Modificación de conducta y psicología clínica*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, Bilbao.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R.L., FLEISS, J.L. y COHEN, J. (1976). The global assessment scale, a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- ESSEN-MOLLER, E. (1956). Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiatric Neurological*, 100 (Suppl.).
- EYSENCK, H. J. (1964). *Experiments in behaviour therapy. Readings in modern methods of treating mental disorders derived from learning theory*. McMillan, New York
- FEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, S.B., WOODRUFF, R.A., WINOKUR, G. y MUÑOZ, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- FIERRO, A. (1984). Historia reciente. En SCHEERENBERGER, R.C. *Historia del retraso mental*. S.I.I.S., San Sebastián.
- FINLAY-JONES, R.A. y BURVILL P.W. (1979). The prevalence of minor psychiatric disorders in the community. *Psychological Medicine*, 7, 475-489.
- FINLAY-JONES, R.A. y MURPHY, E. (1979). Severity of psychiatric disorder and the 30-item General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 134, 609-616.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E. y MCHUGH, P.R. (1975). Mini-Mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
-

- FRANKS, C.M. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: Una revisión conceptual. En V. CABALLO (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI, Madrid.
- FUENTE, J.A. de la (1992). *Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas legales en población urbana de la isla de Tenerife*. Tesis doctoral, La Laguna.
- GAJA, R. (1993). Salud mental: beneficios y conveniencia de una atención sanitaria integral. *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses*, XV, 167-177.
- GÁLVEZ, R. (1993). El método epidemiológico aplicado a los problemas de la salud mental. En J.L. GONZÁLEZ DE RIVERA, F. RODRÍGUEZ y A. SIERRA (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental*. Salvat, Barcelona.
- GARFIELD, S. (1974). *Clinical psychology: The study of personality and behaviour*. Aldine, Chicago.
- GARFIELD, S. (1986). Problems in diagnostic classification. En T. MILLON y G.L. KLERMAN (Dir.). *Contemporary directions in psychopathology*. Guilford, New York.
- GARRIDO, P. (1993). Los estudios epidemiológicos de intervención. Su aplicación en salud mental. En J.L. GONZÁLEZ DE RIVERA, F. RODRÍGUEZ y A. SIERRA (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental*. Salvat, Barcelona.
- GEORGE, L.K., HUGHES, D.C. y BLAZER, D.G. (1986). Urban/rural differences in the prevalence of anxiety disorders. Special issue: psychiatric epidemiology. *American Journal of Social Psychiatry*, 6 (4), 249-258.
- GERSTEN, J.C., BEALS, J. y KALLGREN, A. (1991). Epidemiology and preventive interventions: Parental death in childhood as a case example. *American Journal of Community Psychology*, 19 (4), 233-245.
-

- GILBOA, S., LEVAV, I., GILBOA, L. y RUÍZ, F. (1990). The epidemiology of demoralization in a Kibbutz. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82 (1), 60-64.
- GILI, M., FERRER, V., ROCA, M. y BERNARDO, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12 (1), 131-135.
- GIORA, Z. (1975). *Psychopathology. A cognitive view*. Gardner Press, New York.
- GOLD, I., HAUGHEY, L. y BARAFF, L.J. (1985). Psychiatric screening in the emergency department: Validation of the General Health Questionnaire. *American Journal of Emergency Medicine*, 3 (5), 419-422.
- GOLDBERG, D. y HUXLEY, P. (1980). *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock, London.
- GOLDBERG, D. y WILLIAMS, P. (1988). *A User's guide to the General Health Questionnaire*. Wilson, Nefer-Nelson.
- GOLDBERG, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph N^o. 21*. Oxford University Press, Oxford.
- GOLDBERG, D.P. (1981). Estimating the prevalence of a disorder from the results of a screening test. En WING, J. K., BEBBINGTON, P. y ROBINS, L. *What is a Case?*. Grant McIntyre, London.
- GOLDBERG, D.P. y BRIDGES, K.W. (1987). Screening for psychiatric illness in general practice: The general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Preventive Social Medicine*, 24, 18-26.
- GOLDBERG, D.P., COOPER B., EASTWOOD M., KEDWARD H.B. y SHEPHERD M. (1970). A standardized psychiatric
-

interview for use in community surveys. *Br J Prevent Soc Med*, 24, 18-23.

GOVE, W.R. (1972). The relationship between sex roles, marital status and mental illness. *Social Forces*, 51, 34-44.

GOVE, W.R. y TUDOR, J.F. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78, 812-835.

GROSSMAN, J. y cols. (1971). Evaluation of computer-acquired patient histories. *Journal of the American Medical Association*, 215, 1286-1291.

HAGNELL, O. (1986). Mental disorders in the Welfare State Sweden. Special issue: Psychiatric epidemiology. *American Journal of Social Psychiatry*, 64 (4), 230-248.

HAIR, J., ANDERSON, R., TATHAN, R. y BLACK, W. (1999). *Análisis multivariante*. Prentice Hall, Madrid.

HALLDIN, J. (1985). Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class, marital status and immigration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 117-127.

HAMPSON, S.E. (1982). *La Construcción de la Personalidad*. Paidós. Barcelona.

HASIN D.S., y SKOLDO A.E. (1989). Standardized diagnostic interviews for psychiatric research. En Thompson C. (Ed.). *The Instruments of Psychiatry Research*. John Wiley, London.

HAYNES, S.N. y O'BRIEN, W.H. (1988). The gordianknob of DSM-III use: Integrating principles of behaviour classification and complex causal models. *Behavioural Assessment*, 10, 95-105.

- HELGALSON, T. (1964). Epidemiology of Mental disorders in Iceland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 40 (Suppl 173), 80-95.
- HELZER, J.E. (1983). Standardized interviews in psychiatry. *Psychiatric Developments*, 2, 161-178.
- HELZER, J.E., ROBINS, L.N., McEVOY, L.T., SPITZNAGEL, E.L., STOLTZMAN, R.K., FARMER, A. y BROCKINGTON, I.F. (1985). A comparison of clinical diagnostic interview schedule diagnoses. *Archives of General Psychiatry*, 42, 657-666.
- HENDERSON, S., BYRNE D.G. y DUNCAN-JONES, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. Academic Press, London.
- HENDERSON, S., DUNCAN-JONES, P. y cols. (1979). Psychiatric disorders in Canberra: A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60, 355-374.
- HERMAN, W.R. (1985). The Dannevirke study: Implications for mental health. *Community Mental Health in New Zealand*, 1 (2), 15-31.
- HERRERA, R., AUTONELL, J., SPAGNOLO, E., DOMÉNECH, J. y MARTIN, S. (1987). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas*, 107, 12-40.
- HERRMAN, H. (1990). A survey of homeless mentally ill people in Melbourne, Australia. *Hospital and Community Psychiatry*, 4 (12), 1291-1292.
- HERSEN, M. (1988). Behavioral assessment and psychiatric diagnosis. *Behavioural Assessment*, 10, 107-121.
- HOBBS, N. (1964). Mental health's third revolution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, 822-833.
-

- HOLZER, CH.E., SHEA, B.M., SWANSON, J.W. y LEAF, P.J. (1986). The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socio-economic status. Special issues: Psychiatric epidemiology. *American Journal of Social Psychiatry*, 6 (4), 259-271.
- IBÁÑEZ, E. (1980). Conducta anormal y estructuras patológicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 127-137.
- IBÁÑEZ, E. (1982). La psicopatología del procesamiento humano de información. En I. DELCLAUX y J. SEOANE (Eds.). *Psicología cognitiva y procesamiento humano de la información*. Pirámide, Madrid.
- IBÁÑEZ, E. y BELLOCH, A. (1982). *Psicología clínica*. Promolibro, Valencia.
- INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA (ISTAC) (1998). *Encuesta de población de Canarias 1996. Entidades de población. Características principales. Canarias, 1996*. ISTAC, Islas Canarias.
- JACOBSON, L. y cols. (1978). The comprehensive psychopathological rating scale in patients with schizophrenic syndromes. Inter-rater reliability and in relation to Martens' S-scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 227 (Suppl.), 39-44.
- JANCA, A., ROBINS, L.N., COTTLER, L.B. y EARLY, T.S. (1992). Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An analysis of the CIDI field trials-wave II at the St. Louis. *British Journal of Psychiatry*, 160, 815-818.
- JARVIS, E. (1855) *Insanity and idiocy in Massachusetts: Report of the Commission on Lunacy*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1971.
- JASPERS, K. (1962). *General psychopathology (7ª Ed.)*. Manchester University Press, Manchester.
-

- KAZDIN, A.E. (1978). *History of behaviour modification: Experimental foundations of contemporary research*. University Park Press, Baltimore, M.D.
- KAZDIN, A.E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press, New York.
- KAZDIN, A.E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- KAZDIN, A.E. (1991). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la modificación de la conducta. En V. E. CABALLO (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI, Madrid.
- KENDELL, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Blackwell. Oxford.
- KESSLER, R.C., MCGONAGLE, K.A., ZHAO, S., NELSON, C.B., HUGHS, M. ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H. y KENDLER, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of D.S.M.-III-R psychiatric disorders in the United States: Result from National Comorbidity Survey. *Archive General of Psychiatry*, 51, 8-19.
- KIEV, A. (1969). Transcultural psychiatry: Research problems in perspectives. En C.S. PLOG y R.B. EDGERTON (Eds.). *Changing perspectives in mental illness*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- KINZIE, J.D., LENG, P.K., BOEHNLEIN, J. y MATSUNAGA, D. (1992). Psychiatric epidemiology of an Indian village : A 19-year replication study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (1), 33-39.
- KLERMAN, G.L. (1986). Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology. En T. MILLON y G. L. KLERMAN (Eds.). *Contemporary directions in psychopathology*. Guilford Press, New York.
-

- KRAMER, M. (1988). Una discusión de los conceptos de incidencia y prevalencia en relación con los estudios epidemiológicos de los trastornos mentales. En Buck C. y cols. (Eds.). *El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas. Discusión y recopilación*. Organización Panamericana de Salud, México.
- LALONDE, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens*. Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être social. Ottawa.
- LAZARUS, R.S. (1981). The stress and coping paradigm. En C. EISDORFER, D. COHEN, A. KLEINMAN y P. MAXIM (Eds.), *Models for clinical psychopathology*. Spectrum, New York.
- LEE, C.K., KWAK, Y.S., YAMAMOTO J. y RHEE, H. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. Part I. Gender and age differences in Seoul. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 247-252.
- LEFF, J., SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., KORTEN, A. y ERNBERG, G. (1992). The international pilot study of schizophrenia: Five year follow up findings. *Psychological Medicine*, 22, 131-145.
- LEIGHTON, D.C., HARDING, J.S., MACKLIN D.B., MACMILLAN, A.M. y LEIGHTON A.H. (1963). *The character of danger. Psychiatric symptoms in selected communities*. Basic Books, New York.
- LEMKAU, P.V., TIETZE, E. y COOPER, M. (1941). A survey of statistical studies on the prevalence and incidence of mental disorders in simple populations. *Public Health Rep*, 56, 1909.
- LE MOS, S (1995). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. BELLOCH, B. SANDIN, y F. RAMOS (Eds.). *Manual de Psicopatología Vol 1*. McGraw-Hill, Madrid.
-

- LEMOS, S. (1991). Diagnóstico y clasificación. En A. BELLOCH y E. IBÁÑEZ (Eds.). *Manual de Psicopatología*. Promolibro, Valencia.
- LENTZ, M.E. (1991). Sobering decisions: Are there gender differences?. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8 (2), 51-65.
- LEVIS, D.L. (1990). The experimental and theoretical foundations of behaviour modification. En A.S. BELLACK, M. HERSEN y A.E. KAZDIN (Eds.). *International Handbook of behaviour Modification and Therapy (2ª Ed.)*. Plenum Press, New York.
- LIN, T. (1953). A study of the incidence of mental disorder in Chinese and other culture. *Psychiatry*, 16, 313-336.
- LINDSAY, C. (1986). Validity of the General Health Questionnaire in detecting psychiatric disturbance in amputees. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 277-281.
- LIPOWSKI, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- LOBO, A. (1984). Estudio de la entrevista psiquiátrica estructurada CIS en pacientes españoles. *Comunicación Psiquiátrica*, 11, 43-60.
- LOBO, A. y MUÑOZ, P.E. (1996). *Cuestionario de salud general, GHQ (general health questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*. Masson, Barcelona.
- LOBO, A., EZQUERRA, J., ESCOBAR, V. y SEVA-DÍAZ, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 3, 189-202.
-

- LOBO, A., PÉREZ-ECHEVARRÍA, M.J. y ARTAL, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- LORR, M. (1986). Classifying psychotics: Dimensional and categorical approaches. En T. MILLON y G. L. KLERMAN (Eds.). *Contemporary directions in psychopathology*. Guilford Press, New York.
- MADIANOS, M., VLACHONIKOLIS, T., MADIANOS, D. y STEFANIS, C. (1985). Prevalence of psychological disorders in the Athens area. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 479-487.
- MADIANOS, M.G. y CHISTODONLON, G.N. (1989). La psychiatrie grecque en mutation. *Psychiatrie Française*, 20 (1), 24-28.
- MAGALLÓN, M.R. (1988). *Diseño epidemiológico para el estudio de la Salud mental en una comunidad urbana*. Tesis doctoral, Zaragoza.
- MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behaviour modification*. Ballinger, Cambridge.
- MAHONEY, M.J. (1980). *Abnormal Psychology*. Harper & Row, San Francisco.
- MANN, A.H., WAKELING, A., WOOD, K., MONCK, E., DOBBS, R. y SZMUKLER, G. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 13, 573-580.
- MARTIN, B. (1985). *Psicología anormal: enfoques científicos y clínicos (2ª edición)*. Interamericana, México, D.F.
-

- MASSON, P. y WILKINSON, G. (1996). The prevalence of psychiatric morbidity. OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 168, 1-3.
- MAVREAS, V.G. y BEBBINTONG, P.E. (1987). Psychiatric morbidity in London's Greek Cypriot immigrant community. *Social Psychiatry*, 22, 150-159.
- MAVREAS, V.G., BEIS, A., MOYIAS, A., RIGONI, F. y LYKET-SOS G. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in Athens. *Social Psychiatry*, 21, 172-181.
- MAYER-GROSS, W. (1948). Mental health survey in a rural area. *Eisgen Review*, 40, 140.
- MAYER-GROSS, W., SLATER, E. y ROTH, M. (1954). *Clinical psychiatry*. Williams y Wilkins, Baltimore.
- MAYOR, J. y LABRADOR, F.J. (1984). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En J. MAYOR y F.J. LABRADOR (Eds.). *Manual de modificación de conducta*. Alhambra, Madrid.
- MECHANIC, D. (1978). The effect of psychological distress on perceptions of physical health and use of medical and psychiatric facilities. *Journal of Human Stress*, 4, 26-32.
- MEDINA-MORA, M.E., PADILLA, G.P., CAMPILLO-SERRANO, C., MAS, C.C., EZBAN, M., CARAVEO, J. y CORONA, J. (1983). The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine*, 13, 355-362.
- MELLINGER, G.D., GALTER, B.M., MANHEIMER, D.I., CISIN, I.H. y PARRY, H.J. (1978). Psychiatric distress, life crisis, and use of psychotherapeutic medications. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1045-1052.
- MENNINGER, K., MAYMAN, M. y PRUYSER, P. (1963). *The vital balance*. Viking, New York.
-

- MOLLICA, R.F. y MILIC, M. (1986). Social class and psychiatric practice: A review of the Hollingshead and Redlich model. *American Journal of Psychiatry*, 143 (1), 12-17.
- MUÑOZ, P. E. (1979). Adaptación española del GHQ de D. P. Goldberg: Un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad. *Archiv. Neurobiol.*, 42 (2), 139-158.
- MUÑOZ, P.E. (1980). Psiquiatría social. En J.L. DE RIVERA, A. VELA y J. ARANA (Eds.). *Manual de Psiquiatría*. Karpos, Madrid.
- MUÑOZ, P.E., TEJERINA-ALLEN, M. y CAÑAS, F. (1995). *Estudio de la validación predictiva del GHQ en población general urbana*. Beca FIS 93/0905. Sin publicar.
- MUÑOZ, P.E., VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., PASTRANA, E. RODRÍGUEZ, F. y ONECA, C. (1978). Study of the validity of Goldberg's 60-item GHQ in its Spanish version. *Social Psychiatry*, 13, 99-104.
- MURPHY, E. y BROWN, G. W. (1980). Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *British Journal of Psychiatry*, 136, 326-338.
- MURPHY, J. M., LEIGHTON, A. H. y ALEXANDER, H. (1989). Repeated investigations of prevalence: The Stirling Country Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 45-59.
- MURPHY, J.M. (1964). Psychotherapeutic aspect of Shamanism on St. Lawrence Island, Alaska. En A. KIEV (Ed.). *Magic, faith, and healing*. Free Press, McMillan, New York.
- MURPHY, J.M. (1986). Trends in depression and anxiety: Men and women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73 (2), 113-127.
- MURRAY, J., DUNN, G., WILLIAMS, P. y TARNOPOLSKY, A. (1981). Factors affecting the consumption of psychotropic drugs. *Psychological Medicine*, 11, 551-560.
-

- MYERS, J.K., WEISSMAN, M.M., TISCKLER, G.L. y cols. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- NURCOMBE, B. y GALLAGHER, R.M. (1986). *The clinical process in Psychiatry. Diagnosis and management planning*. Cambridge, Cambridge University Press.
- ODEGAARD, O. (1932). Emigration and insanity: A study of mental disease among Norwegian-born population of Minnesota. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 41, 20-26.
- OLIVARES, R.J., MÉNDEZ, C.F. y MACIÁ, A.D. (1997). *Tratamientos Conductuales en la Infancia y Adolescencia*. Pirámide, Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1948). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud. 6.ª edición (CIE-6)*. OMS, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1955). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud. 7.ª edición (CIE-7)*. OMS, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1967). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud. 8.ª edición (CIE-8)*. OMS, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud. 10.ª edición. (CIE-10)*. OMS, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1997). *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, versión 2.1)*. OMS, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1997). *XXX Asamblea. Alma-Ata*. URSS. (Actual Kazastan).
-

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1990). *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, versión 1.0)*. OMS., Ginebra.
- ORLEY, J. y WING, J. K. (1979). Psychiatric disorders in two African villages. *Archives of General Psychiatry*, 36, 513-520.
- ORTEGA, E. (1990). *Manual de Investigación Comercial*. Pirámide, Madrid.
- ORTEGA, M.A., SEVA-DÍAZ, A., PÉREZ-URDANIZ, A., TORRES, J.L., ANTON, J.A., SAENZ, C. y MERINA, C. (1995). Morbilidad psíquica diagnóstica en la población general de La Rioja. *Anales de Psiquiatría*, 11 (9), 320-326.
- PÁEZ, D. (1986). *Salud mental y factores psicosociales*. Fundamentos, Madrid.
- PAGE, A.C. (1991). An assessment of structured diagnostic interviews for adult anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 3, 265-278.
- PARKER, G., ABESHOUESE, B., MOREY, B. y cols. (1984). Depresión in general practice. *Med. J. Aust*, 17, 154-158.
- PELECHANO, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Alfaplús, Valencia.
- PELECHANO, V. (1981). *Apuntes de psicoterapia y modificación de conducta*. Promolibro, Valencia.
- PELECHANO, V. (1986). Salud Mental, prevención e innovación social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12 (34), 485-505.
- PEÑATE, W (1997). Valoración psicológica en los sistemas de salud. En J.M. BETHENCOURT, P. GARCÍA, W. PEÑATE y P. MATUD (Comp.). *Intervención psicológica en proble-*
-

mas de salud: Aspectos clínicos y comunitarios. Pentium C. B., Islas Canarias.

PERSON, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.

PHILLIPS, D. (1966). The "true prevalence" of mental illness in a New England state. *Community Mental Health Journal*, 2 (1), 35-40.

POGUE-GEILE, M.F. y HARROW, M. (1984). Strategies for psychopathology research. En A.S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.). *Research Methods in Clinical Psychology*. Pergamon Press, New York.

PRESTIDGE, B.R. y LAKE, C.R. (1987). Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *Journal of Family Practice*, 25 (1), 67-72.

PULL, C.B. y WITTCHEN, H.U. (1991). CIDI, SCAN, and IPDE: Structured diagnostic interview for ICD-10 and DSM-III-R. *Journal of European Psychiatry*, 6, 277-285.

RABINS P.V. y BROOKS B.R. (1981). Emotional disturbance in multiple sclerosis patients: Validity of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 11, 425-427.

RACHMAN, S. (1963). *Critical essays on psychoanalysis*. McMillan, New York.

RACHMAN, S. (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, 11, 115-175.

RADLOFF, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1, 355-366.

- RAMOS, C. (1995). Memoria del Proyecto Docente. *Psicología Clínica Infantil*. Universidad de La Laguna.
- RAMSEY, R.C., ROBERTS, R.E. y STEVENSON, J.M. (1982). Women, work social support and psychiatric morbidity. *Social Psychiatry*, 17, 167-173.
- REED, G. (1988). *The psychology of anomalous experience*. Prometheus Books, Buffalo, NY.
- REGIER, D.A., MYERS, J.K., KRAMER, M., ROBINS, L.N., BLAZER, D.G., HOUGH, R.L., EATON, W.W. y LOCKE, B.Z. (1984). The NIMH epidemiological catchment area program. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.
- REY-CALERO, J. (1980). Epidemiología y salud mental. En J.L. RIBERA, A. VELA y J. ARANA (Dir.). *Manual de psiquiatría*. Karpos, Madrid.
- ROBINS L.N., HELZER J.E., CROUGHAN, J. y RATCLIFF K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- ROBINS, L.N., WING, J., WITTCHEN, H.U., HELZER, J.E. y cols. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunctions with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- RODRÍGUEZ, R. (1993). Epidemiología descriptiva en salud mental: estudios de corte. En J.L. GONZÁLEZ DE RIVERA, F. RODRÍGUEZ y A. SIERRA (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental*. Salvat, Barcelona.
- RODRÍGUEZ-PULIDO, F. y MONTES DE OCA, D. (1993). Instrumentos para la detección en psiquiatría: cuestionarios y entrevistas. En J.L. GONZÁLEZ DE RIVERA, F. RODRÍGUEZ y A. SIERRA (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental*. Salvat, Barcelona.
-

- ROGAN, W. y GLANDEN, B. (1978). Estimating prevalence from the results of a screening test. *American Journal of Epidemiology*, 107, 71-76.
- ROSEN, G. (1974). *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Alianza, Madrid.
- ROSEN, W.G. (1991). Higher cortical processes. En K. DAVIS, H. KLAR y J.T. COYLE (Eds.). *Foundations of psychiatry*. Saunders, Philadelphia.
- ROSENHAN, D. y SELIGMAN, M.E.P. (1984). *Abnormal psychology*. Norton, New York.
- ROSENZWEIG, M.R. y LEIMAN, A.L. (1989). *Physiological psychology*. Random house, New York.
- RUBIO-STIPEC, M., BRAVO, M. y CANINO, G. (1991). La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI): un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 37, 191-204.
- SAMPAIO-FARIA, J.G. (1990). Europa en el año 2000: hacia un lugar para la salud mental. *Papeles del Psicólogo, Época II*, 53, 22-28.
- SAMUELSON, S. (1982). Life events and mental disorders in an urban female population. *Acta Psiquiatrica Scandinavica, Suppl.*, 229.
- SAN MARTÍN, H., MARTÍN, A. y CARRASCO, J. (1986). *Epidemiología. Teoría, Investigación y Práctica*. Díaz de Santos, Madrid.
- SCHEERERENBERGER, R.C. (1984). *Historia del retraso mental*. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, San Sebastián.
-

- SEVA-DÍAZ, A. (1982). *Aproximación al estudio de la estructura y dinámica psicosociológica en el medio rural aragonés*. Publicación de la Universidad de Zaragoza y Caja de Ahorros de la Inmaculada de Zaragoza.
- SEVA-DÍAZ, A. y FERNÁNDEZ-DOCTOR, A. (1991). Medio siglo de epidemiología y salud mental en España. *Comunicación Psiquiátrica*, XVI, 19-41.
- SEVA-DÍAZ, A., MAGALLÓN, R., SARASOLA, A. y MERINO, J. (1992). GHQ-28 Validation in a Spanish General Urban Population (SAMAR-89 Project). *European Journal of Psychiatry*, 6 (3), 147-153.
- SHAKOW, D. (1965). Seventeen years later: Clinical Psychology in the light of the 1947 CTCP report. *American Psychologist*, 20, 353-362.
- SHEPERD, M. y GRUENBERG, E.M. (1957). The age for neurosis. Milbank Memorial Fund. *Quarterly*, 35, 258-265.
- SKINNER, B.F. (1938). *The behaviour of organisms: An experimental analysis*. Appletton-Century, New York.
- SKINNER, H.A. (1981). Toward the integration of classification theory and methods. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 68-87.
- SOKAL, R.R. y SNEATH, P.H.A. (1963). *Principles of numerical taxonomy*. Freeman, San Francisco.
- SPITZER, R. L., ENDICOTT, J. y ROBINS, E. (1975). *Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. State Psychiatric Institute, New York.
- SPITZER, R.L. y FLEISS J. L. (1974). A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 125, 341-347.
-

- SPITZER, R.L., ENDICOTT, J. y ROBINS, E. (1982). *RDC: criterios diagnósticos de investigación*. Servicio de psiquiatría, Hospital Mutua de Tarrasa, Barcelona.
- SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B. y GIBBON, M. (1987). *Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID)*. N.Y. State Psychiatric Institute, New York.
- SROLE, L., LAGNER, T.S., OPLER, M.K. y RENNIE, T.A. (1962). *Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study, Vol.1*. McGraw Hill, New York.
- SROLE, L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T., OPLER, M.K. y RENNIE, T. A.C. (1962). *Mental Health in the Metropolis. Vol.1. The Midtown Manhattan Study*. McGraw-Hill, New York.
- STROMGREN, E. (1950). *Statistical and genetical population studies within psychiatry: Methods and principal results*. Proc. 1st. International Congress of Psychiatry, Vol. 6. Herman, Paris.
- STURT, E. (1981). Hierarchical patterns in the distribution of psychiatric symptoms. *Psychological Medicine*, 11, 783-794.
- SURTEES P.G., DEAN, C., INGHAM, J.G. y cols. (1983). Psychiatric disorders in women from an Edinburgh community: Association with demographic factors. *British Journal of Psychiatry*, 142, 238-246.
- TARNOPOLSKY, A. (1977). Prevalence of psychiatric morbidity in an industrial suburb of Buenos Aires. *Social Psychiatry*, 12, 75-88.
- TORREY, E.F. (1980). *La muerte de la psiquiatría*. Martínez Roca, Barcelona.
-

- UHLLENHUTH, E.H., BALTER, M.B. y LIPMAN, R.S. (1978). Minor tranquilizers, clinical correlates of use in an urban population. *Archives of General Psychiatry*, 35, 650-655.
- USTÜN, T.B. y WITTCHEN, H.U. (1992). Instruments for the assessment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 412-419.
- VALLEJO, M.A. (1987). *Modificación de conducta: teoría, metodología y aplicación. Consideraciones críticas*. UNED, Madrid.
- VÁZQUEZ, C. (1990). Historia de la psicopatología. En D. FUENTENEbro y VÁZQUEZ, C. (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría, Vol. 1*. Mc Graw-Hill, Madrid.
- VAZQUEZ, C., MUÑOZ, M. y SANZ, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. y cols. (1993). *SCAN: cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (versión española)*. XIX Congreso Sociedad Española Psiquiatría. Bilbao.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., DIEZ MANRIQUE, J.F., PENA, C., ALDAMA, J., SAMANIEGO, C., MENÉNDEZ-ARANGO, J. y MIRAPEIX, C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., MUÑOZ, P.E. y MADOZ, V. (1981). The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *British Journal of Psychiatry*, 139, 328-335.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., MUÑOZ, P.E., y MADOZ, V. (1982). The influence of the process of urbanization on the
-

- prevalence of neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65, 161-170.
- VEGA, M. de (1984). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Alianza Universidad, Madrid.
- VICENTE, I. (1995). *Psicopatología: un análisis de la realidad Canaria*. Tesis doctoral, La Laguna.
- VILLAVERDE, M.L. (1991). *Estudio de morbilidad psiquiátrica en población urbana de Tenerife*. Tesis doctoral, La Laguna.
- VISAUTA, B. (1998). *Análisis estadístico con SPSS para windows, Vol II*. McGraw-Hill, Madrid.
- WACKER, H.R., MÜLLEJANS, R.R. KLEIN, K.H. y BATTEGAY, R. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2 (2), 91-100.
- WAGENFELD, M.O. y BUFFUM, W. E. (1983). Problems in and prospects for rural mental health services in the United States. *International Journal of Mental Health*, 12 (1-2), 89-107.
- WEISSMAN, M. M. y KLERMAN, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- WEISSMAN, M.M., MYERS, J.K. y HARDING, P.S. (1978). Psychiatric disorders in a United States urban community. *American Journal of Psychiatry*, 135, 459-462.
- WELLS, J.E., BUSHNELL, J.A., HORNBLow, A.R. y JOYCE, P.R. (1989). Christchurch psychiatric epidemiology study. Part I. Methodology and lifetime prevalence for specific
-

psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23 (3), 315-326.

WELNER, A., LISS, J.L. y ROBINS, E. (1974). A systematic approach for making psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 193-196.

WHO INTERNATIONAL CONSORTIUM IN PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY (ICPE) (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 413-426.

WIDIGER, T.A., FRANCES, A.J., PINCUS, H.A., DAVIS, W.W. y FIRST, M.B. (1991). Toward an Empirical Psychology for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 280-288.

WILLERMAN, L. y COHEN, D.B. (1990). *Psychopathology*. McGraw-Hill, New York.

WILLIAMS, P. y MCDONALD, A. (1986). The effect of non-response bias on the results of two-stage screening surveys of psychiatric disorder. *Social Psychiatry*, 21, 1-5.

WILLIS, D.J. y WALKER, C.E. (1992). Etiología. En T.H. OLLENDICK y M. HERSEN (Eds.). *Psicopatología infantil*. Martínez Roca, Barcelona.

WILSON, G.T. y FRANKS, C.M. (1982). *Contemporary behaviour therapy: Conceptual and empirical foundations*. Guildford Press, New York.

WING J.K., BABOL T., BRUGHA, T., BURKE, J., COOPER, J.E., GIEL, R., JABLENSKY, A., REGIER, D. y SARTORIUS, N. (1990). SCAN. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.

WING, J.K., COOPER, J.E. y SARTORIUS N. (1974). The measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge University Press, New York.

- WITTCHEN, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-composite international diagnostic interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.
- WITTCHEN, H.U., ESSAU, C.A., RIEF, W. y FICHTER, M.M. (1993). Assessment of somatoform disorders and comorbidity pattern with the CIDI-findings in psychosomatic inpatients. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3 (2), 87-100.
- WITTCHEN, H.U., ROBINS, L.N., COTTLER, L., SARTORIUS, N., BURKE, J., REGIER, D. and participants of the Field Trials (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Results of the multicenter WHO/ADAMHA. Field Trials (wave I). *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, Stanford, CA.
- WOLPE, J. y RACHMAN, S. (1960). Psychoanalytic evidence: A critique based on Freud's case of Little Hans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, 135-148.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1973). *International pilot study of schizophrenia. Vol I*. WHO, Ginebra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. Wiley, New York.
- ZILBOORG, G. y HENRY, G.W. (1941). *A history of medical psychology*. Norton, New York.
-