

Capítulo 13

Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife

M. L. Villaverde, R. Gracia, J. de la Fuente, J. L. González de Rivera y F. Rodríguez-Pulido

INTRODUCCIÓN

La publicación de criterios diagnósticos explícitos y el desarrollo de entrevistas psiquiátricas estandarizadas posibilitan a los investigadores alcanzar un estándar de fiabilidad en las evaluaciones diagnósticas; la epidemiología psiquiátrica proporciona, así, un considerable volumen de información, aportando datos estadísticos no sólo sobre las variables dependientes en psiquiatría, sino también sobre las distintas variables independientes, factores de riesgo biológico, psicosocial, etc.

La inexistencia en nuestro medio de estudios epidemiológicos fiables nos llevó a realizar el presente estudio, con objeto de estimar la prevalencia de patología psiquiátrica en la comunidad, así como su distribución por categorías diagnósticas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Diseño

El diseño seleccionado para la realización de este estudio comunitario de salud mental fue el de un análisis transversal de doble fase, una primera fase de detección y una segunda fase de evaluación psicopatológica, utilizando el *General Health Questionnaire*, GHQ-28 ítems (1) como instrumento de screening, y el *Clinical Interview Schedule* (CIS) (2), como entrevista clínica, en una muestra representativa de una comunidad urbana de la región de Canarias.

Aplicaciones y diseños

Elegimos esta modalidad de diseño por considerar, siguiendo a otros autores (3-8), que resulta especialmente adecuada en estudios comunitarios en los cuales la muestra que hay que investigar es amplia, por la economía de recursos que implica y por la posibilidad de efectuar análisis intensivos.

Descripción del área objeto de estudio

Las islas Canarias no han permanecido ajenas al proceso de progresiva urbanización de los asentamientos humanos, fundamentalmente en las grandes ciudades de las islas de Tenerife y Gran Canaria.

La comunidad estudiada está compuesta por los núcleos urbanos del municipio de La Laguna, situada en el área norte de la isla de Tenerife, con una extensión de 103,1 km². Esta comunidad fue elegida como representativa de la zona urbana de la isla.

Elaboración muestral

Como el trabajo estuvo basado en una estrategia de dos fases, fue necesario realizar una técnica de muestreo específica para cada fase.

Primera fase. La muestra de la primera fase fue aleatoria, representativa y estratificada según sexo y edad de la población con edad superior a 15 años y se elaboró a partir del censo municipal de 1986. Su tamaño se calculó basándose en la población diana, la prevalencia real aproximada en dicha población, estimada mediante la realización de un estudio piloto previo, y aceptando un error máximo del 3%.

La muestra finalmente estudiada fue de 660 personas, 340 mujeres y 320 hombres. La distribución de dicha población muestral por sexos y edades no difiere significativamente de la población censal de origen (tablas 13-1 y 13-2).

Segunda fase. Se realizó considerando las puntuaciones obtenidas en el instrumento de *screening* utilizado en la primera fase del estudio (tabla 13-3). Los criterios de inclusión fueron: a) todos los sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 5 puntos (probables casos) y b) un número similar de individuos con puntuaciones inferiores a 5 puntos (probables no casos). Este segundo grupo se seleccionó al azar y de forma proporcional entre los distintos estratos.

El tamaño total de la muestra en esta fase fue de 249 sujetos, 124 GHQ positivos, 43 hombres y 81 mujeres, y 125 GHQ negativos, 65 hombres y 60 mujeres (tabla 13-4).

Trabajo de campo. Estudio de las muestras

Primera fase. Todos los componentes de la muestra fueron entrevistados en sus domicilios por los equipos de entrevistadores, convenientemente entrenados en el manejo de los instrumentos utilizados en esta fase. El trabajo de campo fue realizado durante el período marzo-mayo de 1990.

El instrumento de *screening* o de identificación de casos utilizado fue la versión española del GHQ-28 ítems.

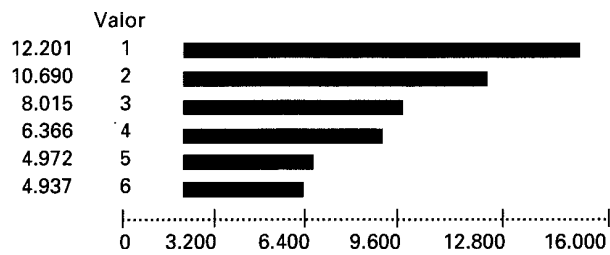
Segunda fase. Los sujetos seleccionados para esta fase del estudio fueron también entrevistados en sus domicilios por un equipo de dos psiquiatras previamente estandarizados en la utilización de la entrevista clínica semiestructurada CIS en su versión española.

El tiempo medio transcurrido entre las dos fases nunca fue superior a 10 días, como sugiere su autor Goldberg (2).

Con el fin de disminuir el posible sesgo de los entrevistadores, éstos desconocían los resultados obtenidos por los sujetos en el instrumento de *screening*, es decir, introdujimos la técnica de doble ciego, siguiendo la recomendación de Rutter (9).

Tabla 13-1. Distribución de la población diana por grupos de edad

Edad (años)	Valor	Frecuencia	Porcentaje
15-24	1	12.201	25,9
25-34	2	10.690	22,7
35-44	3	8.015	17,0
45-54	4	6.366	13,5
55-64	5	4.972	10,5
≥ 65	6	4.937	10,5
Total		47.181	100,0

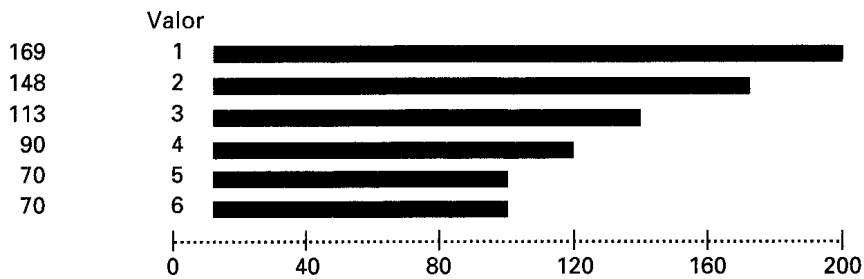


Histograma de frecuencia

Total de casos: 47.181

Tabla 13-2. Distribución de la muestra de la primera fase por edad y sexo

Edad (años)	Valor	Hombres	Mujeres	Frecuencia	Porcentaje
15-24	1	82	87	169	25,6
25-34	2	73	75	148	22,4
35-44	3	56	57	113	17,1
45-54	4	43	47	90	13,6
55-64	5	33	37	70	10,6
≥ 65	6	33	37	70	10,6
Total		320	340	660	100,0



Histograma de frecuencia

Total de casos: 660

Aplicaciones y diseños

Tabla 13-3. Puntuaciones del GHQ en la muestra de la primera fase

Puntuaciones GHQ	Valor	Frecuencia	Porcentaje
GHQ - (< 5): probables no casos	0	536	81,2
GHQ + (> 5): probables casos	1	124	18,8
Total		660	100,0



Histograma de frecuencia

Total de casos: 660

Tabla 13-4. Distribución de la muestra de la segunda fase por edad, sexo y niveles de GHQ

Edad (años)	Hombres		Mujeres		Total	Porcentaje
	GHQ -	GHQ +	GHQ -	GHQ +		
15-24	14	7	12	9	42	16,87
25-34	13	11	12	18	54	21,69
35-44	12	7	10	18	47	18,87
45-54	10	4	10	14	38	15,26
55-64	8	8	8	15	39	15,67
≥65	8	6	8	7	29	11,65
Total	65	43	60	81	249	100,0

Instrumentos de medida y definición de conceptos

General Health Questionnaire (GHQ-28). Este cuestionario fue desarrollado por Goldberg (10) como método de identificación de casos psiquiátricos no psicóticos en la práctica clínica general y en la comunidad. Su primera versión consta de 60 ítems, habiéndose desarrollado con posterioridad versiones más reducidas que incluyen 30, 28 y 12 ítems. Para el estudio inicial de validez interna del GHQ-28 ítems sus autores (1) se apoyaron en la entrevista clínica CIS (2) y en sus evaluaciones clínicas, obteniendo los siguientes resultados de validación:

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Mal clasificados
4/5	88 %	84,2 %	14,5 %
5/6	80 %	88,8 %	14,2 %

En este estudio elegimos la versión de 28 ítems por estar adaptada en España (11, 12) y porque, con similares características de validez y de poder discriminativo que el GHQ-60 ítems en su versión española (13), representa una ventaja por su brevedad.

Seleccionamos el punto de corte 5/6 por considerar, basándonos en los estudios de validación de referencia (1, 12, 14, 16), que ofrece unos buenos resultados globales. Por tanto, el criterio de *probable caso psíquico* estaría definido sobre la base de una puntuación igual o superior a 5 puntos en este cuestionario.

Clinical Interview Schedule (CIS). Esta entrevista psiquiátrica semiestructurada ha sido diseñada por Goldberg et al. (2) y enfocada para ser utilizada en estudios de comunidad y práctica clínica general. El estudio de fiabilidad inicial se efectuó sobre pacientes de atención primaria, con el fin de probar el instrumento desde el más amplio rango posible de fenómenos psicológicos.

La entrevista consta de dos secciones semiestructuradas, 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 los siguientes grupos, según el grado de gravedad clínica:

- 0: no enfermo psiquiátrico.
- 1: no enfermo psiquiátrico.
- 2: enfermo psiquiátrico leve.
- 3: enfermo psiquiátrico moderado.
- 4: enfermo psiquiátrico grave.

Sus autores encuentran útil considerar como «caso psíquico» al sujeto que puntúa 2 o más en cualquier ítem de la sección objetiva.

Los resultados del estudio de fiabilidad de la versión española del CIS en nuestro medio, sobre pacientes médicos no psiquiátricos, revelan que el instrumento presenta unos buenos índices estadísticos en los signos y síntomas investigados (17).

En este estudio, el criterio de *caso psíquico* está definido por una valoración igual o superior a dos puntos tras la aplicación de esta entrevista.

Clasificación diagnóstica DSM-III-R. Los diagnósticos clínicos fueron emitidos siguiendo los criterios de la clasificación DSM-III-R desarrollada y publicada por la Sociedad Americana de Psiquiatría (18).

Elegimos esta clasificación por las siguientes razones:

1. Incluye criterios diagnósticos explícitos para cada categoría diagnóstica, lo cual aumenta la precisión diagnóstica y/o disminuye el criterio de variación entre investigadores.
2. Incorpora un sistema de valoración multiaxial formado por cinco ejes diagnósticos. En este estudio hemos utilizado los ejes I y II, que incluyen todos los trastornos mentales, síndromes clínicos y condiciones no atribuibles a un trastorno mental que son objeto de atención o tratamiento y los trastornos del desarrollo y la personalidad, respectivamente.

Cálculo de prevalencia ponderada

Dada la estratificación elegida para la elaboración muestral en la segunda fase del estudio, el cálculo de prevalencia fue corregido a través de la aplicación de ponderaciones que reproducían las características iniciales de la muestra en la primera fase. Esto se consiguió mediante la aplicación de la siguiente fórmula basada en el cálculo de ponderaciones.

$$\text{Prevalencia} = \frac{1}{N} \sum_i \frac{(e_i \cdot n_i)}{m_i}$$

donde e_i = número de casos detectados (para la variable analizada) en cada uno de los niveles de puntuación en el GHQ (niveles mayor y menor de 5); n_i = número de personas en la primera fase (para la variable analizada) en cada uno de los niveles de puntuación del GHQ; m_i = número de personas en la segunda fase (para la variable analizada) en cada uno de los niveles de pun-

tuación del GHQ; N = número total de personas en la primera fase para la variable analizada.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Proporción de respondientes. Rechazos y sustituciones

Del total de la muestra de la primera fase, una proporción del 15,3 % tuvo que ser reemplazada por diversas razones, de la cual el 7,2 % correspondió a sujetos que rehusaron participar. En relación con la muestra de la segunda fase, la proporción de sujetos que no quisieron participar fue del 4 %, el 1,6 % de los cuales no pudieron ser reemplazados por corresponder a sujetos con puntuaciones positivas en el GHQ, quedando como consecuencia reducida la muestra de esta fase a 245 sujetos (tabla 13-5).

Estos resultados se asemejan a los obtenidos por otros autores en estudios epidemiológicos similares (19-23).

Tabla 13-5. Distribución de los niveles de GHQ en las dos fases de la muestra finalmente estudiada

Niveles GHQ	Primera fase			Segunda fase		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
GHQ (> 5)	43	81	124	41	79	120
GHQ (< 5)	277	259	536	65	60	125
Total	320	340	660	106	139	245

Proporción de prevalencia

La distribución de los niveles de GHQ en las dos fases de la muestra finalmente estudiada se ilustra en tabla 13-5. La presencia de trastornos psiquiátricos, evaluados mediante la entrevista clínica CIS, en los distintos niveles del GHQ para el total de la muestra de la segunda fase y los resultados obtenidos de prevalencia ponderada, expresada en porcentaje, aparecen en las tablas 13-6 y 13-7.

Según estos resultados, las proporciones de prevalencia ponderada son las siguientes:

Prevalencia ponderada total = 17,25 %.

Prevalencia ponderada hombres = 12,18 %.

Prevalencia ponderada mujeres = 22,02 %.

Tabla 13-6. Niveles de GHQ y presencia de trastornos según la entrevista CIS por sexo

	Hombres			Mujeres			Total
	GHQ-	GHQ+	Total	GHQ-	GHQ +	Total	
No casos CIS < 2	62	16	78	55	27	82	160
Casos CIS > 2	3	25	28	5	52	57	85
Total	65	41	106	60	79	139	245

Tabla 13-7. Prevalencia ponderada expresada en porcentaje por sexo

	Primera fase	Segunda fase	N.º casos	Prevalencia ponderada (%)
Hombres	320	106	28	12,18
Mujeres	340	139	57	22,02
Total	660	245	85	17,25

La morbilidad encontrada en este estudio concuerda con la proporción media de morbilidad (18%) encontrada por Dohrenwend y Dohrenwend (24, 25) en su revisión de 33 estudios comunitarios realizados después de 1950. La gran disparidad de los resultados existentes en la literatura en relación con las tasas de prevalencia puede deberse a diferencias metodológicas, lo cual hace que sea necesario comparar los resultados con los de aquellos estudios que presentan una mayor similitud metodológica. En base a lo expuesto comparamos nuestros resultados con los de otros trabajos comunitarios de diseño similar (tabla 13-8).

Observamos que la proporción de prevalencia detectada en este estudio es bastante similar a la de los estudios que utilizan el CIS y el Diagnostic Interview Schedule (DIS) como entrevistas psiquiátricas y algo más alta que la obtenida en los trabajos que emplean el PSE como entrevista psiquiátrica, con la excepción del estudio realizado por Orley y Wing (27); pero también observamos que, al igual que en la mayoría de ellos, la proporción de morbilidad encontrada en mujeres es de aproximadamente el doble que en hombres. Estas diferencias de morbilidad pueden deberse al empleo de entrevistas psiquiátricas que aplican distintos criterios de definición de caso psiquiátrico.

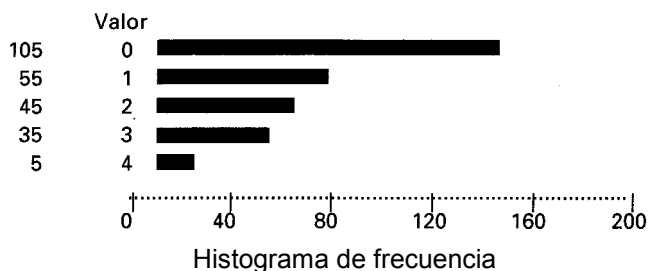
Tabla 13-8. Estudios comunitarios en una o dos fases

Autor y año	Fase	Prevalencia
<i>Estudios en 2 fases</i>		
Henderson et al., 1979 (23) Gamberra, Australia	GHQ-30 PSE	7,1 % H y 11,1 % M 9 %
Bebbington et al., 1981 (2) Camberwell, Reino Unido	PSE-40 PSE	6,1 % H y 14,9 % M 10,9
Vázquez-Barquero, 1982 (26) Navarra, España	GHQ-60 CIS	19,2 % H y 28,3 % M
Vázquez-Barquero, 1987 (19) Cantabria, España	GHQ-60 PSE	8,1 % H y 20,6 % M 14,7
<i>Estudios en 1 fase</i>		
Orley y Wing, 1979 (27) Uganda, África	PSE	23,5 % H y 27 % M 25,3
Dilling y Weyerer, 1984 (28) Bavaria, Alemania	CIS	15,1 % H y 21,3 % M 18,6
Mavreas et al., 1986 (20) Atenas, Grecia	PSE	8,6 % H y 22,6 % M 16%
Mavreas y Bebbington, 1987 (29) Londres, Reino Unido	PSE	8,8 % H y 19,4 % M 14,1
Myers y Weissman, 1984* (30) New Haven, EE.UU.	DIS	9,9 % H y 20,6 % M 15,6%
Baltimore, EE.UU.		13,7 % H y 28,7 % M 22,3
Saint Louis, EE.UU.		9,1 % H y 19,4% M 14,7

* Prevalencia en 6 meses.
H: hombres; M: mujeres.

Tabla 13-9. Puntuaciones obtenidas en el CIS en la muestra de la segunda fase

Resultados del CIS	Valor	Frecuencia	Porcentaje
No caso	0	105	42,9
No caso	1	55	22,4
Caso (leve)	2	45	18,4
Caso (moderado)	3	35	14,3
Caso (grave)	4	5	2,0
Total		245	100,0

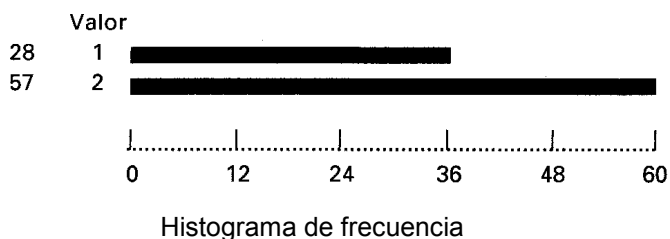


Total de casos: 245

Casos psíquicos	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Caso (leve)	2	45	52,9
Caso (moderado)	3	35	41,2
Caso (grave)	4	5	5,9
Total		85	100,0

Tabla 13-10. Distribución de los casos psíquicos (CIS > 2) por sexo

Sexo	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	1	28	32,9
Mujeres	2	57	67,1
Total		85	100,0



Total de casos: 85

**Distribución de patología por categorías diagnósticas
(proporciones de prevalencia ponderada)**

En las tablas 13-9 a 13-11 se refleja la proporción total de casos psíquicos y los grados de severidad psicopatológica encontrados entre los sujetos evaluados en la segunda fase del estudio

Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife

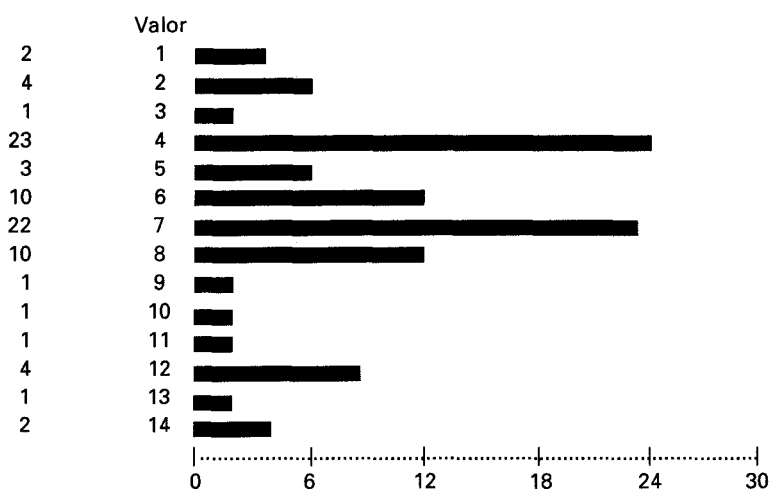
mediante la entrevista clínica CIS. Como podemos observar, el 52,9 % del total de los sujetos considerados casos psíquicos presentó un grado de severidad psicopatológica leve, siendo el 47,1 % restante de una intensidad moderada o grave.

La presentación de los distintos síndromes clínicos, evaluados en el eje I, siguiendo los criterios de la clasificación DSM-III-R, en los 85 casos estudiados y las proporciones de prevalencia ponderada de ellos se muestra en las tablas 13-12 y 13-13. El cálculo de la prevalencia ponderada por sexo en relación con los distintos trastornos estudiados se ha realizado agrupando éstos en categorías diagnósticas (tabla 13-14).

Basándonos en los resultados comprobamos que los trastornos más frecuentes en la población general son los de ansiedad (6,15 %), seguidos de los afectivos (5,50 %), por uso de sustancias (2,42 %), adaptativos (1,56 %), psicóticos (0,81 %) y trastornos mentales orgánicos (0,81 %). En

Tabla 13-11. Distribución de diagnósticos clínicos según la clasificación DSM-III-R (eje I)

Diagnósticos	Valor	Frecuencia	Porcentaje (85)	Porcentaje (660)
Trastornos de angustia	1	2	2,4	0,30
Trastorno fóbico	2	4	4,8	0,61
Trastorno obsesivo	3	1	1,2	0,15
Trastorno de ansiedad	4	23	27,0	3,49
Trastorno somatiforme	5	3	3,5	0,46
Trastorno adaptativo	6	10	11,8	1,52
Distimias	7	22	25,9	3,35
Trastorno depresivo	8	10	11,8	1,51
Esquizofrenia	9	1	1,2	0,15
Otros trastornos psicóticos	10	1	1,2	0,15
Trastornos por uso de sustancias	11	1	1,2	0,15
Dependencia del alcohol	12	4	4,7	0,61
Abuso de alcohol	13	1	1,2	0,15
Demencia	14	2	2,4	0,30
Total		85	100,0	12,90



Histograma de frecuencia

Total de casos: 85

Tabla 13-12. Prevalencia ponderada de los distintos trastornos psiquiátricos

Diagnósticos	Casos		Prevalencia ponderada (%)
	GHQ -	GHQ +	
Trastorno de angustia	-	2	0,31
Trastorno fóbico	1	3	1,12
Trastorno obsesivo	-	1	0,15
Trastorno de ansiedad	1	22	4,10
Trastorno somatoforme	-	3	0,47
Trastorno adaptativo	-	10	1,56
Distimias	-	22	3,45
Depresión mayor	1	9	2,06
Esquizofrenia	1	-	0,65
Otros trastornos psicóticos	-	1	0,15
Trastorno por uso de sustancias	-	1	0,15
Dependencia del alcohol	2	2	1,62
Abuso de alcohol	1	-	0,65
Demencias	1	1	0,81
Total	8	77	17,25

Tabla 13-13. Prevalencia ponderada de los distintos trastornos psiquiátricos por sexo

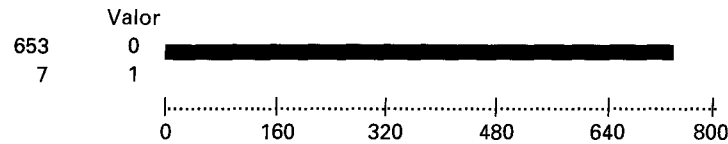
	Hombres			Mujeres			Total de Prevalencia ponderada
	Prevalencia ponderada	GHQ -	GHQ +	Prevalencia ponderada	GHQ -	GHQ +	
Trastornos de ansiedad	-	10	3,27	2	21	8,91	6,15
Trastornos adaptativos	-	4	1,31	-	6	1,80	1,56
Trastornos depresivos	-	8	2,62	1	23	8,22	5,50
Trastornos psicóticos	1	-	1,33	-	1	0,30	0,81
Uso sustancias	2	2	3,33	1	1	1,59	2,42
Demencias	-	1	0,32	1	-	1,20	0,81
Total	3	25	12,18	5	52	22,02	17,25

relación con el sexo, los trastornos por uso de sustancias (3,33 %) y los de ansiedad (3,27 %) son los más frecuentes en la población masculina, mientras que en la femenina son los de ansiedad (8,86 %) y los depresivos (8,21 %).

Respecto a los trastornos de personalidad, evaluados en el eje II de la clasificación mencionada con anterioridad, la frecuencia hallada entre los 85 sujetos considerados como casos psíquicos y la proporción de prevalencia ponderada total y por sexo se refleja en las tablas 13-14 y, 13-15. Como podemos observar, los trastornos de personalidad presentan una prevalencia ponderada total del 2,08 y aparecen con mayor frecuencia entre los hombres (2,46 %) que entre las mujeres (1,56 %).

Tabla 13-14. Frecuencia de trastornos de personalidad (eje 11 del DSM-111-R)

Trastornos de personalidad	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Sin trastorno	0	653	98,9
Con trastorno	1	7	1,1
Total		660	100,0



Histograma de frecuencia

casos: 660

Tabla 13-15. Proporciones de prevalencia ponderada de los trastornos de personalidad según sexo

Sexo	GHQ-	GHQ +	Prevalencia ponderada
Hombres	1	4	2,64
Mujeres	1	1	1,56
Total	2	5	2,08

Nuestros resultados de prevalencia en relación con los distintos trastornos psiquiátricos se asemejan a los de otros estudios de referencia (19, 20, 22, 30), en los que los trastornos más frecuentes en la población general son los de ansiedad, seguidos de los afectivos, con excepción del estudio de Camberwell (23), en el que se detectó un ligero predominio de los trastornos depresivos sobre los de ansiedad.

CONCLUSIONES

1. La proporción de prevalencia ponderada total hallada en este estudio fue del 17,25 %.
2. La proporción de prevalencia ponderada en las mujeres es aproximadamente del doble que en hombres: 22,02 y 12,18 %, respectivamente.
3. Los trastornos más frecuentes en esta comunidad fueron los de ansiedad, seguidos de los depresivos.
4. La mayor prevalencia entre las mujeres se produce fundamentalmente a expensas de los trastornos de ansiedad y depresivos, ya que la proporción de trastornos psicóticos, por uso de sustancias y de personalidad es más alta entre los hombres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9:139-145.
2. Goldberg DP; Cooper B et al. A standardized psychiatric interview for use in the community

Aplicaciones y diseños

- surveys. *Br J Prevent Soc Med* 1970; 24:18-23.
3. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in a suburban general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J* 1970; 2:439-443.
 4. Eastwood MR. Screening for psychiatric disorders. *Psychol Med* 1971; 1:197-208.
 5. Duncan Jones P, Henderson S. The use of a two phase design in a population survey. *Soc Psychiatry* 1978; 13:231-237.
 6. Dohrenwend BP, Shrout PE. Toward the development of a two stage procedure for case identification and classification in psychiatric epidemiology. *Res Commun Ment Health* 1982; 2:295-323.
 7. Vázquez Barbero JL. Metodología de la investigación epidemiológica psiquiátrica: Los estudios transversales en dos fases en la comunidad. *Rev Psiquiatr Psicol Med* 1980; 14:162.
 8. Vázquez-Barbero JL; Díez Manrique JF et al. Two stage design in a community survey. *Br J Psychiatry* 1986; 149:88-97.
 9. Rutter ML. Surveys to answers questions. Some methodological considerations. *Acta Psiquiatr Scand* 1982; suppl 296; 65:64-76.
 10. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
 11. Lobo A, Pérez Echevarría MJ et al. Aportaciones para el uso en España de la versión en escalas del GHQ. XIV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría, Valladolid, 1981. Resumen. *Comunicación Psiquiátrica*, 1981.
 12. Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986; 16:135-140.
 13. Muñoz PE, Vázquez-Barbero JL et al. Study of the validity of Goldberg's 60-items GHQ in its Spanish version. *Soc Psychiatry* 1978; 13:99-104.
 14. Rabins PB, Brooks BR. Emotional disturbance in multiple sclerosis patients: validity of the General Health Questionnaire (GHQ). *Psychol Med* 1981; 11:425-427.
 15. Banks MH. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychol Med* 1983; 13:349-353.
 16. Medina Mora ME, Padilla GE et al. The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Med* 1983; 13:355-361.
 17. Lobo A. Estudio de la entrevista psiquiátrica estructurada CIS en pacientes españoles. *Corn Psiquiatr* 1984; XI:43-60.
 18. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1989.
 19. Vázquez-Barbero JL, Díez Manrique JF et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17:227-241.
 20. Mavreas VG, Beis A et al. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. *Soc Psychiatry* 1986; 21:172-181.
 21. Madianos M, Vlachonikolis I et al. Prevalence of psychological disorders in the Athens area. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71:479-487.
 22. Bebbington PE, Hurry J et al. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med* 1981; 11:561-579.
 23. Henderson S, Duncan-Jones P et al. Psychiatric disorders in Camberwell: A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60:355-374.
 24. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP. Social and cultural influence on psychopathology. *Ann Rev Psychol* 1974; 25:417.
 25. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Sex differences and psychiatric disorders. *Am J Sociol* 1976; 81:1147-1154.
 26. Vázquez-Barbero JL. Psicopatología rural y urbana a partir de los estudios comunitarios. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1982; 10, 3:119-126.
 27. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry* 1979;

- 36:513-520.
28. Dilling H, Weyerer S. Prevalence of mental disorders in the small town-rural region of Traunstein (Upper Bavaria). *Acta Psychiatr Scand* 1984; 69:60-79.
 29. Mavreas VG; Bebbington PE. Psychiatric morbidity in London's Greek Cypriot immigrant community. *Soc Psychiatry* 1987; 22:150-159.
 30. Myers JK, Weissman MM et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:959-967.