

Capítulo 14

Estudio de la morbilidad psiquiátrica menor

J. L. González de Rivera, C. de las Cuevas, R. Gracia,
A. L. Monterrey y F. Rodríguez-Pulido

INTRODUCCIÓN

Es innegable que la investigación en epidemiología psiquiátrica ha conocido en nuestro país un notable desarrollo en los últimos años. El conocimiento, cada vez mejor estructurado, sobre la distribución y la prevalencia de los principales cuadros psiquiátricos se ve facilitado por la adaptación y la puesta a punto de instrumentos adecuados para la detección (*screening*) y el diagnóstico, así como por la aplicación sistemática de metodología de alto nivel en los estudios de campo (1-3). Sin embargo, como también ocurre en otros países (4), el esfuerzo investigador se centra con preferencia en las disfunciones psiquiátricas más severas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores y los síndromes cerebrales orgánicos, con escasas excepciones (5).

DIFERENCIAS TRANSCULTURALES DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Estos estudios, necesarios para la comprensión de la historia natural de las principales entidades psiquiátricas y para la correcta planificación de la asistencia, aportan poca información sobre toda una serie de problemas psicológicos y psicosomáticos leves, en general vagos y difusos, que son difíciles de encajar en las clasificaciones psiquiátricas al uso y que, sin embargo, constituyen una proporción importante de la morbilidad psiquiátrica general (6). Probablemente a causa del reconocimiento progresivo de este fenómeno, en los últimos años se ha generado un interés creciente por el estudio de lo que se ha dado en llamar *trastornos psiquiátricos menores* (4) o *morbilidad psiquiátrica menor* (6). El esfuerzo es particularmente intenso en el campo de la psiquiatría transcultural, donde la diferenciación entre ambos tipos de trastorno está aportando nueva luz al dilema «emicetic», o conflicto entre dos posibilidades extremas de orientar las

investigaciones epidemiológicas. El enfoque «emic» considera las manifestaciones psicopatológicas íntimamente ligadas a la cultura específica de cada población, y sostiene que todo estudio, encuesta o clasificación ha de ser diseñado desde el interior de esa cultura y que sólo tiene sentido para ella. En su posición más extremista, ni siquiera sería posible aceptar la aplicación de criterios diagnósticos desarrollados en culturas diferentes (7, 8).

El enfoque «etic», por el contrario, parte del principio de que los fenómenos psicopatológicos esenciales tienen carácter universal. Las diferencias interculturales son secundarias a la distinta intensidad de factores presentes en todas las culturas y, en resumen, las influencias de tipo socio-cultural son meramente de retoque patoplástico (9, 10).

Como ocurre con frecuencia cuando dos posturas contradictorias persisten a través del paso del tiempo, el desarrollo progresivo del conocimiento acaba por descubrir que ambas son parcialmente acertadas y, a veces, incluso complementarias. Las pretensiones del enfoque «etic» —una vez que se unifican los criterios diagnósticos— son coherentes con la mínima variación transcultural en los índices epidemiológicos de los trastornos psiquiátricos severos, así como con la escasa influencia patoplástica que en ellos tiene el modelaje cultural (11, 12). En cambio, a la luz de los datos disponibles hasta el momento, los estudios sobre morbilidad psiquiátrica menor muestran notables diferencias transculturales en las variables epidemiológicas, junto con un destacado efecto patoplástico del contexto sociocultural en sus manifestaciones clínicas (6-9, 11-14).

Dejando aparte las hipótesis de que el papel de los factores socioculturales es más importante para la génesis de los trastornos menores que de los mayores, que ciertamente merece consideración en otro lugar, proponemos que, al menos en parte, las razones de las diferencias transculturales están más relacionadas con los hábitos diagnósticos y las conductas de enfermedad propias de cada cultura que con fenómenos intrínsecos del proceso patológico. En este contexto, y antes de proseguir nuestro argumento, es conveniente definir y establecer las distinciones precisas entre los cuatro factores que condicionan la susceptibilidad de que un proceso morboso sea reconocido por los dispositivos sanitarios. Éstos son el diagnóstico, el malestar subjetivo, la queja principal y la conducta de enfermedad (15).

El *diagnóstico* representa la decisión final del médico respecto a la relevancia patológica de una determinada agrupación de signos, síntomas y conductas. La intensa comunicación entre profesionales de la salud mental, la similitud de programas de formación a través de los distintos países y los continuos intentos de llegar a criterios universalmente estandarizados aseguran una relativa constancia del factor «diagnóstico», en particular en lo que se refiere a los trastornos más intensos y mejor definidos. El *malestar subjetivo* es el sufrimiento, descontento o sensación desagradable que un individuo experimenta en un momento determinado, independientemente de cómo lo exprese. La *queja principal* aparece en ocasión de una consulta con los profesionales de la salud y representa una decisión del paciente sobre los motivos apropiados para solicitar asistencia clínica. Finalmente, la *conducta de enfermedad* (16) es la manera personal en que el individuo interpreta su malestar subjetivo y reacciona frente a él. La variabilidad intercultural característica en la expresión de los trastornos psiquiátricos menores puede estar muy relacionada con la gran sensibilidad de estos tres últimos factores a las actitudes y costumbres de la población a la que pertenece el sujeto. En primer lugar, no todo lo que se considera patológico en un lugar recibe la misma consideración en otro, ni las expresiones externas de sufrimiento psíquico son iguales en todas las culturas. La queja principal puede reflejar con claridad el malestar subjetivo o, por el contrario, ocultarlo o deformarlo sutilmente. La conducta de enfermedad puede incluir o no la búsqueda de atención y la consulta con profesionales especializados. Como regla general, podemos argumentar que a medida que aumenta la severidad de un trastorno, éste es más universalmente reconocido como patológico, y la necesidad de atención profesional resulta cada vez más obvia tanto para el que lo padece como para su entorno. Los trastornos menores, por el contrario, pueden pasar inadvertidos, ser aceptados como «cosas de la vida» —después de todo, los estados de perfecta salud psicológica son relativamente raros— o considerarse como extraños al interés de los médicos u otros profesionales de la salud mental. El dintel que separa el sufrimiento

psíquico «normal» del levemente patológico y del que ya necesita atención psiquiátrica inmediata es variable en cada cultura y, con seguridad, incluso en cada comunidad. Sin embargo, las probabilidades de variación en el grado de tolerancia cultural al sufrimiento psíquico son mayores en el polo de menor severidad, tendiéndose por el contrario a interpretaciones y reacciones más homogéneas a medida que se progresa hacia el polo de mayor gravedad. Por otra parte, considerando la situación desde el punto de vista de la libertad individual para la expresión del síntoma, está claro que cuanto más aumenta la intensidad de éste, menor es la capacidad del sujeto para ocultarlo o modularlo, con lo cual podemos concluir que la influencia de factores personales — culturales, de personalidad, educativos, etc.— ha de ser tanto mayor cuanto menor sea el grado de sufrimiento sintomático.

MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA MENOR EN TENERIFE

La determinación de las características, las frecuencias y los perfiles de las molestias subjetivas de tipo psiquiátrico y psicósomático en la población de Canarias es uno de los objetivos del Programa de Estudios Epidemiológicos del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna. Como quiera que los sujetos que solicitan atención sanitaria, ya sea por su iniciativa o por la de un familiar, demuestran una particular conducta de enfermedad y son sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos que pueden modificar la expresividad de sus síntomas, hemos optado por seleccionar los sujetos de este estudio entre aquellos de la población general que no son objeto de tratamiento específico, con el fin, además, de obviar los sesgos inevitables en los estudios psicopatológicos de poblaciones clínicas (17, 18). El instrumento de medida elegido para desarrollar esta valoración sintomática en la población general ha sido el Symptom Check List (SCL-90), descrito más adelante, que se adapta de manera sencilla y eficaz a los propósitos de nuestro estudio. En este primer trabajo describimos nuestros resultados en relación con variables demográficas básicas, que desde los muy convincentes estudios de Gove (19, 20) deben incluir no sólo la edad y el sexo, sino también el estado civil.

MÉTODO

Selección de sujetos

Tenerife es la mayor de las islas Canarias, con una extensión de 2.057 km² y una población de 638.000 habitantes, según datos del censo de población de 1981. Con objeto de obtener una muestra representativa de la población general, procedimos en primer lugar a establecer los estratos característicos por edad, sexo y municipio de residencia. Como segunda limitación, establecimos que todos nuestros sujetos fueran ciudadanos españoles mayores de 17 años residentes permanentes en la isla de Tenerife. Se seleccionaron de forma aleatoria 638 personas, el 0,1 % de la población general, manteniendo los criterios de selección fijados en los estratos (19). Cuando alguno de los individuos seleccionados no estuvo disponible, se negó a ser entrevistado, resultó estar en tratamiento psiquiátrico activo o no pudo completar la entrevista por cualquier otra razón, se intentó sustituirlo por otro de características similares, aunque ello no fue posible en todos los casos. En total, 570 de los individuos entrevistados completaron satisfactoriamente el cuestionario y constituyen la muestra sobre la que se basa el presente estudio. De ellos, 271 (47,5 %) son hombres y 299 (52,5 %) mujeres. La edad media de la muestra fue de 38,6 años, con un rango de 18 a 74 años.

Instrumentos

El SCL-90 es un cuestionario autoadministrado desarrollado y reformado por Leonard Dero-

gatis (21-23). La versión castellana del instrumento fue realizada por nuestro grupo en colaboración directa con el autor original (Derogatis, LR), según la metodología descrita en otro lugar (24). El SCL-90 pregunta al individuo acerca de la existencia y la intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicósomáticos comunes, agrupados en 9 dimensiones o complejos sintomáticos. Cada uno de los síntomas puede graduarse a lo largo de una escala que va desde 0 (no existente) hasta 4 (máxima intensidad), reflejando así el número y la intensidad de los síntomas presentes. Los complejos sintomáticos (somatización, obsesionalidad, hipersensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoidismo y psicoticismo) constituyen una manera conveniente y conceptualmente coherente de agrupar los síntomas presentes y dan una medida de la intensidad de la psicopatología en cada una de esas dimensiones o *índices sintomáticos*. Aunque el SCL-90 no pretende ser una prueba diagnóstica ni se establecen puntos de corte discriminatorios entre estados normales y patológicos, se ha puesto de manifiesto la existencia de perfiles característicos para diversas entidades nosológicas (25). La suma de los valores totales para cada dimensión sintomática permite calcular el *Índice Sintomático Global (GSI)*, cuya intensidad guarda relación con la gravedad de la psicopatología presente (26).

Procedimiento

Todas las entrevistas fueron realizadas de manera estandarizada por estudiantes posgraduados directamente entrenados y supervisados por los investigadores principales. Cada sujeto recibió la misma información sobre los propósitos del estudio y la técnica de respuesta. Esto es particularmente importante a la vista de estudios previos que muestran que pequeñas variaciones en la presentación de un cuestionario pueden modificar de manera importante su fiabilidad (27). Las preguntas del SCL-90 fueron leídas al sujeto, rellenando el entrevistador los formularios con sus respuestas. Aunque el cuestionario es, en principio, autoadministrado, nuestro procedimiento facilita su administración, estandariza las condiciones de respuesta y mantiene el principio básico de los cuestionarios autoadministrados, a saber, la responsabilidad del sujeto en la decisión de las respuestas y la no interferencia de la subjetividad del entrevistador (28). Una vez recogidos los datos, se procedió a su análisis estadístico mediante el programa Sigma (29) para PC-XT.

Resultados

La baremación de los cuestionarios de 90 síntomas se realizó de acuerdo con el procedimiento habitual (21). Las puntuaciones obtenidas por nuestros sujetos en el índice Global de patología y en los índices sintomáticos del SCL-90 se presentan en las tablas 14-1 y 14-2. Como se ilustra en la figura 14-1, el área sintomática más significativamente presente en nuestra población es la depresión (D), seguida a cierta distancia por la obsesionalidad (O) y la somatización (S). La ansiedad no destaca de manera llamativa sobre el resto de las dimensiones sintomáticas. Al considerar estos datos por sexo (tabla 14-2) persiste en ambos el predominio de la depresión, aunque se invierte la relación obsesionalidad-somatización, con una tendencia al predominio de la somatización en las mujeres (0,67 frente a 0,62, no significativo) y de la obsesionalidad en los hombres (0,54 frente a 0,38, $p < 0,01$). En la comparación intersexos (fig. 14-2) se observa que las mujeres presentan valores significativamente superiores ($t = 3,95$; $p < 0,01$) en el GSI, lo cual parece concordar con observaciones clásicas sobre la mayor incidencia de psicopatología en el sexo femenino (30, 31). Sin embargo, al analizar estas diferencias por dimensiones sintomáticas, la significatividad sólo se mantiene para somatización ($t = 6,77$; $p < 0,01$), obsesionalidad ($t = 1,92$; $p < 0,05$), depresión ($t = 5,37$; $p < 0,01$), ansiedad ($t = 3,97$; $p < 0,01$) y fobias ($t = 3,98$; $p < 0,01$).

La ausencia de diferencias apreciables en las dimensiones de hipersensibilidad, hostilidad, paranoidia y psicoticismo parece indicar que las diferencias entre sexos se limitan a áreas, de sufri-

Tabla 14-1. Síntomas en la población general de Tenerife (N.º = 570)

	Media	Desviación estándar
Somatización	0,54	0,54
Obsesionalidad	0,58	0,50
Hipersensibilidad	0,43	0,42
Depresión	0,70	0,54
Ansiedad	0,49	0,51
Hostilidad	0,43	0,51
Fobias	0,24	0,34
Paranoidia	0,44	0,48
Psicoticismo	0,21	0,29
índice global	0,45	0,33

Tabla 14-2. Distribución de síntomas por sexo

	Hombres (N.º= 271)		Mujeres (N.º= 299)		t	Significatividad
	Media	DE	Media	DE		
Somatización	0,38	0,42	0,67	0,60	6,77	**
Obsesión-compulsión	0,54	0,45	0,62	0,54	1,92	*
Hipersensibilidad	0,39	0,38	0,46	0,45	1,75	No
Depresión	0,58	0,44	0,81	0,59	5,37	**
Ansiedad	0,42	0,38	0,57	0,53	3,79	**
Hostilidad	0,40	0,47	0,45	0,54	1,23	No
Fobia	0,18	0,25	0,29	0,40	3,98	**
Paranoidia	0,45	0,47	0,44	0,49	0,25	No
Psicoticismo	0,20	0,27	0,22	0,31	0,91	No
GSI	0,39	0,28	0,50	0,36	3,95	**

* $p < 0,05$.

** $p < 0,001$.

GSI: índice sintomático global; DE: desviación estándar.

Tabla 14-3. Correlación de síntomas con la edad

	Coefficiente de correlación	Significatividad
Somatización	0,1785	*
Obsesión-compulsión	-0,0118	No
Hipersensibilidad	-0,1268	*
Depresión	0,1603	*
Ansiedad	0,0098	No
Hostilidad	-0,1701	*
Fobias	0,0831	No
Paranoidia	-0,1192	*
Psicoticismo	-0,1104	*
GSI	-0,0084	No

* $p < 0,05$.

GSI: índice sintomático global.

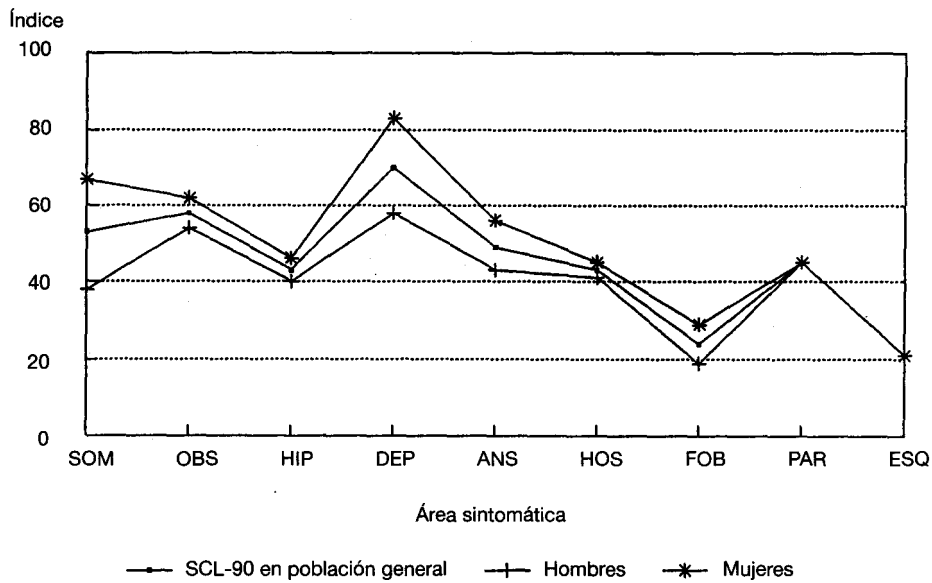


Fig. 14-1. SCL-90 en la población general. SOM: somatización; OBS: obsesionalidad; HIP: hipersensibilidad; DEP: depresión; ANS: ansiedad; HOS: hostilidad; FOB: fobia; PAR: paranoia, y ESQ: esquizofrenia.

miento subjetivo, probablemente dependientes de trastornos de tipo neurótico o psicósomático y, en cambio, no se manifiestan en los complejos sintomáticos indicadores de trastornos en relaciones interpersonales, probablemente relacionados con trastornos psicóticos o de la personalidad.

Con objeto de estudiar la relación entre la edad y los índices de psicopatología, hemos establecido la varianza común de la edad con cada uno de los índices, mediante el cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson, que se presentan en la tabla 14-3. Aunque no hay variación del

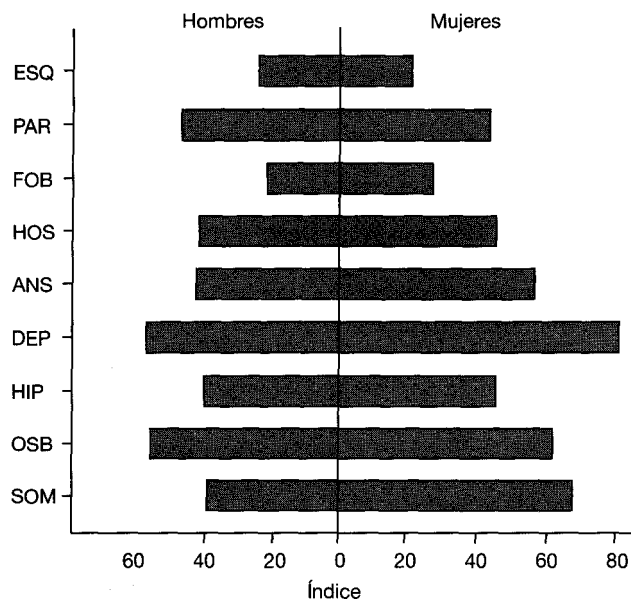


Fig. 14-2. SCL-90: comparación intersexos (siglas en fig. 14-1).

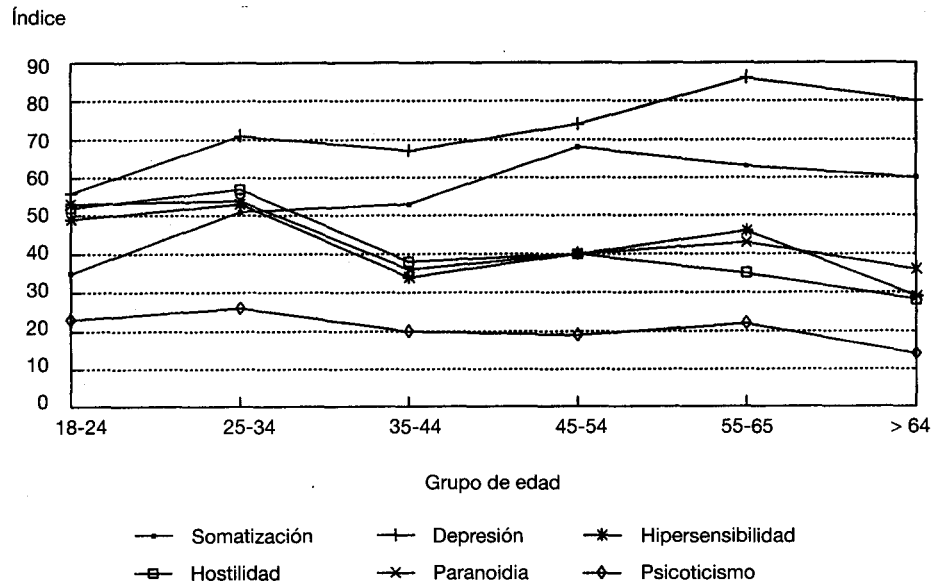


Fig. 14-3. SCL-90: variación con la edad.

índice global de psicopatología respecto a la edad, varios de los índices sintomáticos muestran una correlación significativa, unos positiva y otros negativa. Tanto el complejo sintomático de somatización como el de depresión aumentan con la edad, mientras que los de hipersensibilidad, hostilidad, paranoia y psicoticismo disminuyen. La representación gráfica de estas relaciones se presenta en la figura 14-3. La intensidad de los síntomas de obsesionalidad, ansiedad y fobias no demuestran estar influidos por la edad. La ausencia de relación entre la edad y el GSI se entiende bien a la luz de la existencia de correlaciones de signo opuesto, que se compensan unas a otras.

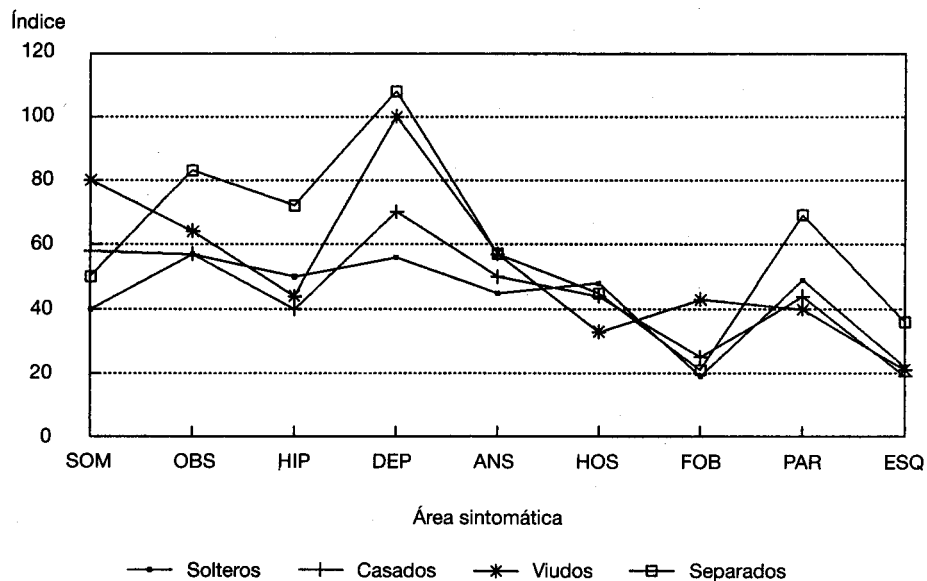


Fig. 14-4. SCL-90: psicopatología y estado civil (siglas en fig. 14-1).

Tabla 14-4. Psicopatología y estado civil

	Solteros (N.º = 154)		Casados (N.º = 349)		Viudos (N.º = 52)		Separados (N.º = 15)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	Media
Somatización	0,38	0,46	0,57	0,54	0,80	0,69	0,49	0,58
Obsesión-compulsión	0,57	0,52	0,57	0,48	0,63	0,55	0,84	0,52
Hipersensibilidad	0,49	0,44	0,39	0,40	0,42	0,42	0,72	0,51
Depresión	0,57	0,53	0,70	0,51	1,00	0,57	1,07	0,61
Ansiedad	0,45	0,42	0,50	0,48	0,56	0,51	0,56	0,49
Hostilidad	0,49	0,53	0,42	0,50	0,31	0,46	0,46	0,57
Fobias	0,18	0,28	0,24	0,35	0,41	0,44	0,21	0,18
Paranoidia	0,47	0,49	0,43	0,47	0,39	0,54	0,69	0,45
Psicoticismo	0,24	0,32	0,18	0,27	0,21	0,27	0,32	0,33
GSI	0,43	0,33	0,44	0,33	0,52	0,37	0,59	0,29

GSI: índice sintomático global; DE: desviación estándar.

Particularmente son las diferencias en psicopatología halladas en relación con el estado civil las que corroborarán en líneas generales los estudios de Gove (19, 20) (tabla 14-4 y fig. 14-4). Los índices globales de sintomatología de viudos y separados son muy parecidos y significativamente más elevados que los correspondientes a solteros y casados, también muy próximos entre sí. Esto parece indicar mayores niveles de sufrimiento o malestar subjetivo en viudos y separados, con independencia de su edad y sexo. Viudos y separados alcanzan también con diferencia los más altos niveles de depresión, y los viudos, además, de somatización. Es interesante que los niveles de depresión y somatización son también más altos en los casados que en los solteros ($p < 0,05$). Sin embargo, al tener en cuenta el efecto edad, desaparecen las diferencias entre solteros (edad media, 28,6 años) y casados (edad media, 42,9). Ello no ocurre respecto a los separados (edad media, 47,3), cuya edad media es muy parecida a la de los casados. Los viudos, con una edad media de 62,5 años, siguen teniendo, después de aplicar la corrección por edad, niveles de depresión y somatización significativamente superiores a los de solteros-casados. Otra característica distintiva del grupo de viudos es la presencia de niveles significativamente inferiores a todos los otros en hostilidad y superiores en fobias, sin que las puntuaciones en ansiedad libre sean particularmente diferentes. Un grupo de especial interés es el compuesto por los sujetos separados. Para empezar, el bajo número de individuos con este estado civil ($N.º = 15$) en nuestra muestra puede explicarse por la combinación de dos factores: la tendencia de los separados o divorciados de nuestra población a formar nuevas parejas con relativa rapidez, y la definición de «casados» por parte del equipo investigador como «pareja de distinto sexo viviendo juntos de manera estable», independientemente de que esta situación de facto tenga o no sanción legal. Por lo tanto, «separado» en nuestra muestra realmente significa «incapaz o contrario a la formación de una nueva pareja», lo cual puede explicar los elevados índices de paranoidismo e hipersensibilidad interpersonal en este grupo. Las muy elevadas puntuaciones que alcanzan respecto a los otros grupos en obsesionalidad no tienen fácil interpretación, a menos que consideremos que los síntomas que componen esta dimensión introducen factores que dificultan la convivencia. La media de preguntas respondidas afirmativamente en el SCL-90, equivalente al número medio de síntomas presentes en la población general, fue de 25 en la muestra total. Las mujeres presentan mayor número de síntomas que los hombres (29 frente a 21) y, además, tienden a experimentar sus síntomas con mayor intensidad. El estudio detallado de la frecuencia y de las pautas de presentación de cada uno de los 90 síntomas en la población general se presenta en otro trabajo.

Discusión

Nuestra versión del cuestionario SCL-90 se administra fácilmente y es bien comprendido y respondido por la población general. Al igual que ocurrió en nuestro estudio normativo original en comparación con sujetos norteamericanos (32), los GSI son ligeramente más elevados que los hallados en otras poblaciones, como en Israel (33) o en Getxo (34). Hay que tener presente que «población general» no es lo mismo que «sujetos normales», a pesar de la precaución de excluir de nuestro estudio a individuos claramente enfermos y/o en tratamiento psiquiátrico. Debemos recordar que la prevalencia de neurosis en la población general europea oscila entre 6,2 y 16,6 %, según los lugares y las metodologías aplicadas, y que en España es del orden del 11,5 %, según datos obtenidos en una zona rural de Navarra (5). Por el momento, no podemos precisar si los datos obtenidos en nuestra población reflejan una prevalencia relativamente alta de patología neurótica o bien la presencia de características culturales peculiares en la identificación y valoración del malestar subjetivo. En relación con este último aspecto, hemos de tener en cuenta que algunos rasgos de personalidad, tendencia a la extraversión y emocionalidad favorecen la tendencia a establecer mayores puntuaciones en cualquier tipo de escala (28, 35). Por otra parte, uno de nuestros estudios previos sobre el estrés ha demostrado una clara tendencia de la población general de Tenerife a valorar el potencial estresante de diversos acontecimientos vitales de manera netamente superior a la hallada en otras poblaciones (27), lo cual permite sospechar que idénticas tendencias puedan mantenerse en la valoración subjetiva de la intensidad de los 90 síntomas. La superior puntuación de las mujeres en el índice global y en varios índices específicos está abierta a la misma discusión. Aunque Binder (4), que ha utilizado una metodología muy similar en Suiza, parece apoyar la hipótesis de una mayor psicopatología real entre las mujeres, el hecho de que en nuestro estudio las diferencias estén precisamente en las áreas más susceptibles de sesgo por interferencia emocional permite mantener una duda razonable. Por otra parte, las diferencias relacionadas con el sexo se mantienen en todos los niveles de edad y estados civiles. El incremento de los síntomas depresivos y de somatización con la edad se corresponde con estudios clínicos que demuestran una edad media superior en sujetos con síndromes depresivos y que revelan, además, un efecto modificador de la edad sobre la expresividad de esos síntomas, favoreciendo las manifestaciones de tipo somático (36, 37).

El matrimonio parece tener un mínimo efecto protector, que se pone un poco más de manifiesto al realizar los correspondientes ajustes para eliminar la parte de la varianza atribuible a la edad. Sin embargo, cuando esta relación se rompe, como ocurre con los viudos y los separados, se observa un incremento espectacular de los índices de sufrimiento subjetivos, aun efectuando las pertinentes correcciones por las diferencias de edad entre grupos. Los separados, además del aumento en índices de depresión, igual que en los viudos, muestran también un exceso de rasgos potencialmente distorsionadores de la convivencia, como paranoidismo, psicoticismo e hipersensibilidad. La evidencia de bidireccionalidad causal que presentan algunos índices del SCL-90 induce a sospechar que, al menos en parte, el cuestionario mide no sólo síntomas, sino también rasgos de personalidad (28, 38). Aparte de su utilidad evidente para el estudio de la varianza, pautas y frecuencias de malestar psíquico tanto en la población general como en poblaciones específicas, el SCL-90 se ha aplicado de manera satisfactoria en numerosos estudios de correlación entre psicopatología y las variables más diversas, como factores de estrés (39) o actitudes frente a la enfermedad mental (40). Su buena sensibilidad al cambio lo hace también idóneo para la valoración de la eficacia de los enfoques terapéuticos más dispares, desde la psicoterapia de grupo a la farmacoterapia antidepresiva (41, 42). Los aparentemente elevados índices psicopatológicos puestos de manifiesto en nuestro estudio requieren comparación con otras poblaciones, preservando la misma metodología y utilizando los mismos instrumentos. Son necesarios estudios adicionales para determinar con exactitud la relación entre el malestar subjetivo, el diagnóstico psiquiátrico y las actitudes culturales frente a la salud y la enfermedad.

Conclusión

La investigación en epidemiología transcultural ha introducido en los últimos años la diferenciación entre morbilidad psiquiátrica mayor y menor, según la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad y disfunción social que los acompaña. Mientras que las características y las frecuencias de la morbilidad psiquiátrica mayor tienden a ser más uniformes a través de las culturas, los rasgos propios de la patología menor parecen ser más específicos de cada cultura. Uno de los instrumentos más adecuados para el estudio de la morbilidad psiquiátrica menor es el SCL-90-R, que los autores han adaptado al castellano. La versión española del SCL-90-R se administró a 570 sujetos de la población general de Tenerife, Canarias, observándose como perfiles característicos la tendencia a una alta valoración del malestar inducido por cada síntoma, sin que el número de síntomas presentado por cada sujeto fuera notablemente diferente a otras poblaciones europeas y norteamericanas, lo cual se traduce en índices psicopatológicos superiores a los hallados en esas poblaciones. El índice mayor corresponde a la depresión, seguido por la somatización en las mujeres y la obsesionalidad en los hombres. Las mujeres presentan puntuaciones mayores que los hombres en las variables indicativas de sufrimiento subjetivo (somatización, depresión, ansiedad, obsesionalidad y fobias) y no se diferencian en las indicativas de dificultades interpersonales (hipersensibilidad, hostilidad, paranoia y psicoticismo). Los índices sintomáticos de depresión y somatización aumentan con la edad, y los de hipersensibilidad, hostilidad, paranoia y psicoticismo disminuyen. Obsesionalidad, ansiedad y fobias no muestran relación con la edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Quintanal RG, Labrador M. Two stage desing in a comunity survey. *Br J Psychiat* 1986; 149:88-97.
2. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menendes J, Mirapeix C. A comunity health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17:227-241.
3. Seva A. Epidemiología psiquiátrica. Zaragoza: Servicio de Publicaciones Univ Zaragoza 1984.
4. Binder J, Dobler-Mikola A, Angst J. An epidemiological study of minor psychiatric disturbances. *Soc Psychiatry* 1981; 16:31-41.
5. Vázquez-Barquero JL. Sociología de la neurosis. *Psiquis* 1981; 2:126-135.
6. Cheng TA. Symptomatology of minor psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1989; 19:697-708.
7. Kleinman A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in crosscultural research on illness. *Br J Psychiat* 1987; 151:447-454.
8. King LM. Social and cultural influences in psychopathology. *Ann Rev Psychol* 1978; 29:405-433.
9. Murphy HBM. *Comparative Psychiatry*. Berlín: Springer 1982.
10. Berry JW. On cross cultural comparability. *Int J Psychol* 1969; 4:119-128.
11. Draguns J. *Psychological disorders of clinical severity*. Boston: Allwyn-Bacon 1980.
12. Mezzich JE, Rabb ES. Depressive symptomatology across the Americas. *Arch Gen Psychiat* 1980; 37:818-823.
13. González de Rivera JL. Transcultural psychiatry in Peru. *Transcult Psychiatr Res Rev* 1973; 10:167-168.
14. Warnes H, Wittkower E. *Psychosomatic transculturelle: approche epidemiologique*. Ingelheim am Thein: Boehringer Shon 1975.
15. González de Rivera JL. Principios de nosología y clasificación en psiquiatría. En: González de Rivera JL, Vela A, Arana J, eds. *Manual de psiquiatría*. Madrid: Karpos 1980.
16. Mechanic D. Sex, illnes, illnes behaviour and the use of health services. *Soc Sci Med* 1978; 12:207-214.
17. Morera AL, Gracia-Marco R, González de Rivera JL. La depresión en la consulta externa de un

- Hospital General. *Psiquis* 1984; 5:201-205.
18. García-Estrada A, González de Rivera JL, Morera A. Evolución en cinco años de pacientes alcohólicos tratados en un hospital psiquiátrico. Implicaciones pronósticas. *Psiquis* 1984; 5:229-235.
 19. Gove W. Sex roles, marital roles and mental illness. *Soc Forces* 1972; 51:34-44.
 20. Gove W, Fudoz J. Adult sex roles and mental illness. *Am J Sociol* 1973; 78:812-835.
 21. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. A preliminary report. *Psychopharm Bull* 1973; 9:13-27.
 22. Derogatis LR. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research 1975.
 23. Derogatis LR. SCL-90-R. Administration scoring and procedures manual. Towson: Clinical Psychometric Research 1983.
 24. González de Rivera JL, Derogatis LR, De las Cuevas C, Gracia-Marco R, Rodríguez-Pulido F, Monterrey AL. The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population *Clin Psychometric Res* (en prensa).
 25. Steer RA. Modal Profile analyses of the SCL-90 for seven mental disorders. *Multivariate. Exp Clin Res* 1983; 6:55-67.
 26. Angst J, Dobler-Mikola A, Binder J. The Zurich Study. A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. *Eur Arch Psychiatr Neuro Sci* 1984; 234:13-20.
 27. González de Rivera JL, Morera A. Diferencias en las puntuaciones objetivas y subjetivas de una escala de sucesos vitales. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1983; 11:159-162.
 28. Hamilton M. Assessment of psychopathology. En: Hindmarch H, PD, Stonier, eds. *Measures and methods*, I. Chichester: John Wiley 1987.
 29. Moreau E, Molinero LM, Fernández-Peris E. Sigma, programa de análisis bioestadístico. Madrid: Horus Hardware 1988.
 30. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Sex differences and psychiatric disorders. *Am J Sociol* 1976; 81:1147-1454.
 31. Jenkins R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1985; suppl 7.
 32. González de Rivera JL, De las Cuevas C, Monterrey AL, Gracia R, Rodríguez-Pulido F. Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. *Psiquis* 1990; 11:1-90.
 33. Roskin M, Dasberg H. On the validity of the symptom check list-90 (SCL-90). A comparison of diagnostic self ratings in general practice patients and normals, based on the Hebrew version. *Int J Soc Psychiatry* 1983; 29:225-230.
 34. Guimón J, Marquinez F, Ylla L. Estudio de la salud mental de la población de Getxo. *Actas Cong Soc Esp Psiquiatría*, Jaca 1983.
 35. Paykel ES, Prusoff BA. Response set and observer set in the assessment of depressed patients. *Psychol Med* 1973; 3:209-216.
 36. Kalton W, Ries R, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatry* 1984; 25:208-215.
 37. Matthew RJ, Weinman ML, Mirabi M. Physical symptoms of depression. *Br J Psychiatry* 1981; 139:293-296.
 38. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI. A step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128:280-289.
 39. Uhlenhuth EH, Lipman S, Balter MB, Stern M. Symptom intensity and life stress in the city. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31:759-764.
 40. Ylla L, Sanz C, González-Pinto A, Guimón J, García-Vázquez N. Actitudes frente a la enfermedad mental y psicopatología mostrada por estudiantes de medicina de la Universidad del País Vasco. *Psiquis* 1988; 9:166-170.
 41. Guimón J, González-Pinto A, Sanz C, Ceinos MG. Efectos terapéuticos de un programa de sensibilización grupal. *Psiquis* 1988; 9:1-11.
 42. Davidson JRT, Mcleod M, Turnbull CG, Miller RD. A comparison of phenelzine and imipramine in depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1981; 42:395-397.