

Original

Prevalencia de trastornos mentales en población general de la isla de Formentera evaluada mediante el *schedules for clinical assessment in neuropsychiatry* (SCAN)

M. Roca- Bennasar, M. Gili Planas, V. Ferrer Pérez, M. Bernardo Arroyo*, J. Montaña, I. Flores**, S. Leal**.

Introducción

La investigación epidemiológica en salud mental se ocupa de la distribución de la patología psiquiátrica en un espacio, tiempo y población determinados. Esta es, por tanto, un área prioritaria en el estudio de las enfermedades mentales, que aporta un conjunto de conocimientos referentes a la incidencia, prevalencia y factores de riesgo de los trastornos psicopatológicos.

Los recientes avances en la clasificación y diagnóstico estandarizado de los trastornos mentales han hecho posible

* Area de Psiquiatría y Psicología Social. Departament de Psicologia. Universitat de les Illes Balears

** Hospital Clínic i Provincial. Universitat de Barcelona.

iniciar una nueva serie de estudios que permitirán futuras investigaciones. Los resultados que aquí se presentan corresponden a un estudio epidemiológico realizado en la isla de Formentera (Balears) y pretenden aportar datos referentes a la distribución de patología psiquiátrica en esta isla. Se trata de un estudio descriptivo transversal en dos fases, utilizando el *General Health Questionnaire* de 28 items (GHQ-28) en la primera y el *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) en la segunda. El SCAN, un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, de manera paradójica, apenas se ha utilizado aún en estudios comunitarios de población general. Existe cierta tradición de estudios epidemiológicos realizados en islas, al constituir grupos de población bien delimitados y en los que se pueden obtener muestras homogéneas y adecuadas, es decir, con elementos que pertenecen al universo objeto del estudio y que incluyen las variaciones y características esenciales. Hace aproximadamente 30 años, un estudio epidemiológico en esta misma isla constituyó un trabajo pionero en este campo (Sanz et al, 1966).

Método

Sujetos

La población de referencia de este estudio está compuesta por todos los habitantes de la isla de Formentera mayores de 15 años: 3.815 personas (censo 1991, rectificación del padrón de 1995). Formentera es una isla de 72 km², situada junto a Eivissa, al sur de las Baleares. La densidad de población es de 61,49 hab/km². Dispone de tres pequeños núcleos urbanos y el resto está formado por zonas rurales, denominadas "vendes", con la población diseminada en pequeñas casas. Un 10% de los habitantes son extranjeros residentes de forma permanente en la isla, que también han formado parte de la

muestra. El turismo es su fuente fundamental de riqueza. Su única comunicación se establece con Eivissa, por vía marítima, varias veces al día. Los barcos recorren la distancia entre islas en 30 minutos. Formentera carece de aeropuerto.

Desde el punto de vista asistencial, existe un único Centro de Salud del sistema público, atendido por tres médicos de cabecera. Algunos de estos médicos tienen consulta privada, con lo que atienden a la práctica totalidad de la población. Varios especialistas se desplazan a la isla de manera periódica. Las hospitalizaciones, previo traslado por vía marítima, se realizan en el hospital de Eivissa, la isla de referencia.

La muestra estudiada en una primera fase estaba integrada por 697 personas, siendo el error muestral de $\pm 3,4\%$ y el nivel de confianza de 95,5%. El tipo de muestreo utilizado para la selección fue el estratificado por cuotas (sexo y edad). Este muestreo parece particularmente útil para resolver los problemas derivados de abarcar un amplio núcleo de población y la posibilidad de generalización de los resultados. Aquellas personas que no quisieron contestar a la entrevista o no pudieron ser localizados por problemas con el censo, fueron sustituidas por un procedimiento aleatorio sistemático.

De estas 697 personas entrevistadas, el 47% eran hombres y el 53% mujeres. La media de edad fue de 42.54 años (rango 15-93 años, d.t. 18.49 años), el estado civil de la mayoría de ellos era el de casado (61'8%), con estudios primarios (47%), en situación laboral activa (49'4%) y con nivel socioeconómico medio-medio (67'4%) (TABLA 1).

En la segunda fase, la muestra estaba compuesta por 282 personas, 141 procedentes del *screening* de la primera fase (personas que habían obtenido una puntuación igual o superior a 6 en el "General Health Questionnaire" de Goldberg). Las restantes 141 fueron obtenidas a partir de la muestra de GHQ negativos, de forma

proporcional, divididos en dos estratos, los GHQ con puntuación comprendida entre 0-2 y aquellos que obtuvieron entre 3 y 5.

Edad	Media=42.54 Rango 15-93 años	
15-30	224	32,1%
31-55	287	41,2%
Más de 55	186	26,7%
Sexo		
Varón	327	47%
Mujer	369	53%
Estado civil		
Casado/a	430	61,8%
Soltero/a	215	30,9%
Divorciado/a	12	1,7%
Separado/a	8	1,1%
Viudo/a	28	4,1%
NS/NC	3	0,4%
Ocupación laboral		
Ama de casa	135	19,4%
Activo/a	344	49,4%
Parado/a	24	3,4%
Fijo/a discontinuo/a	36	5,2%
Jubilado/a	80	11,6%
Estudiante	48	8,9%
Invalído/a	5	0,7%
NS/NC	24	3,4%
Nivel de estudios		
Sin estudios	152	21,8%
Estudios primarios	327	47,0%
Bachiller elemental	86	12,4%
Bachiller superior	74	10,6%
Estudios universitarios	49	7,0%
Otros	3	0,5%
NS/NC	5	0,7%
Nivel económico		
Alto	4	0,6%
Medio-alto	31	4,5%
Medio-medio	469	67,4%
Medio-bajo	132	18,9%
Bajo	52	7,5%
NS/NC	8	1,1%

TABLA 1.- Datos sociodemográficos de la muestra estudiada.

Procedimiento

Tras seleccionar la muestra, la recogida de datos en la primera fase se llevó a cabo administrando el "General Health Questionnaire" de Goldberg mediante entrevistas personales domiciliarias realizadas los días 1 y 2 de marzo de 1996. Se eligieron estos días del año por tratarse de una época invernal, durante la cual la presencia de turismo en la isla es prácticamente nula.

En la segunda fase, las entrevistas realizadas utilizando el "Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" (SCAN, Wing et al., 1990) fueron también domiciliarias y realizadas durante los diez días posteriores al final de la primera fase. Médicos residentes en psiquiatría, en su último año de especialización, y psicólogos previamente capacitados y entrenados en el manejo del SCAN fueron quienes llevaron a cabo las entrevistas. Tal como aconsejan algunos autores (Rutter, 1982) estos entrevistadores eran "ciegos" respecto a la primera fase; es decir, no conocían el resultado previo del GHQ.

En esta segunda fase, un total de 40 personas (16,6%) no pudieron ser localizadas, rehusaron participar en el estudio o los datos recogidos fueron incompletos. Por esta razón la muestra final quedó integrada por 242 personas.

Instrumentos

1a fase: El instrumento utilizado para esta primera fase es el "General Health Questionnaire" de Goldberg, en su versión de 28 ítems (GHQ-28). Se trata de un cuestionario ampliamente utilizado como instrumento de *screening* que ha mostrado buenos valores de sensibilidad y especificidad. La primera versión del GHQ de Goldberg consta de 60 ítems, pero se han desarrollado posteriormente versiones más reducidas, de 30, 28, 20 y 12 ítems. La versión de 28 ítems, validada en España por Lobo et al. (1986), presenta unos índices de validez y un poder discrimina-

tivo similar a la de 60 ítems. En España se ha utilizado en varios estudios epidemiológicos en población general (Vázquez Barquero et al., 1986, 1987). El GHQ, además de ofrecer una puntuación global, proporciona información en sus cuatro subescalas, correspondientes a:

1. Subescala A: Síntomas somáticos de origen psicológico
2. Subescala B: Angustia/ansiedad.
3. Subescala C: Disfunción social en las actividades diarias
4. Subescala D: Depresión.

El punto de corte utilizado en el presente estudio ha sido el 5/6, considerando como probable caso a todas aquellas personas con una puntuación total igual o superior a 6.

Además del GHQ se recogieron datos sociodemográficos mediante un cuestionario elaborado a tal efecto.

2a fase: La entrevista utilizada fue el "Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" (SCAN). Se trata de una entrevista semiestructurada, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, traducida al castellano por Vázquez Barquero et al. (1993), dirigida a evaluar, medir y clasificar alteraciones psicopatológicas en el adulto. Del SCAN se administró la última versión, la décima, del "Present State Examination" o PSE-10, que evalúa el estado psicopatológico durante el mes previo a la exploración. Esta entrevista lleva incorporado un programa de ordenador, el CATEGO, que genera diagnósticos DSM-III-R y CIE-10.

Resultados

Los resultados obtenidos en la primera fase (TABLA 2) muestran que, aproximadamente, un 20% de las personas entrevistadas en la fase de *screening* obtienen en el GHQ-28 una puntuación total igual o superior a 6, lo que las convierte en probables casos o positivos.

En cuanto a las diferentes escalas de las que consta este instrumento, al diferenciar aquellas personas que obtuvieron una puntuación igual o superior a 1 en cada una de ellas y que, por tanto, aparecen como casos potenciales, encontramos unos porcentajes que oscilan desde el 7% en el caso de la escala de depresión hasta el 25% en el caso de la angustia o ansiedad.

Si analizamos los datos obtenidos en función de la variable sexo, el porcentaje de mujeres que constituían probable caso psiquiátrico (23,6%) superaba significativamente al de varones (TABLA 3).

Respecto a la edad de las personas entrevistadas, repartidos en tramos de 15

a 30 años, de 31 a 55 y mayores de 55 años, existen diferencias significativas, siendo el grupo de 31 a 55 años el que concentra un menor número de casos positivos. Existe una mayor concentración de casos positivos en los tramos de edad de personas más jóvenes y las personas mayores que constituyen la muestra (TABLA 4)

En la segunda fase, los resultados nos permiten obtener la prevalencia total ponderada de los trastornos mentales en el estudio. Con criterios diagnósticos DSM-III-R la prevalencia es del 19,4% y del 21,9% con criterios diagnósticos CIE-10. (TABLA 5).

A. Síntomas somáticos de origen psicógeno	0.86	78,7%	21,3%
B. Angustia o ansiedad	1.03	74,9 %	25,1 %
C. Disfunción social de las actividades diarias	0.58	84,8 %	15,2 %
D. Depresión	0.32	93,1 %	6,9 %
Escala total	2.78	80,5 %	19,5 %

TABLA 2.- Puntuaciones obtenidas para las diferentes escalas del GHQ-28.

	Negativos % (n)	Positivos % (n)	
Sexo			
Hombre	85 % (278)	15 % (49)	c ² =7.604 p=0.0058
Mujer	76,4 % (282)	23,6 % (87)	

TABLA 3. Caracterización del GHQ por sexos

	Negativos % (n)	Positivos % (n)	
Edad			
15-30	76,8 % (172)	23,2 % (52)	c ² =4.418 p=0.0245
31-55	85,4 % (245)	14,6 % (42)	
Más de 55	77,4 % (144)	22,6 % (42)	

TABLA 4. Caracterización del GHQ por tramos de edad

Prevalencia	DSM-III-R	CIE-10
	19,4 %	21,9 %

TABLA 5. Prevalencia total ponderada de trastornos mentales según criterios DSM-III-R y CIE-10

En las TABLAS 6 y 7 se pueden observar los resultados del SCAN en pacientes con GHQ positivo o negativo en la primera fase. Un 47% de personas con un GHQ positivo tuvo un diagnóstico positivo DSM-III-R en el SCAN y un 53% lo tuvo CIE-10. El 53% de GHQ positivos fueron considerados "no casos" en el SCAN con criterios DSM-III-R, mientras que con criterios CIE-10 este porcentaje bajó al 47%. Por otra parte, sólo un 12,8% de GHQ negativos en la primera fase recibieron un diagnóstico DSM-III-R y un 14,4% lo tuvieron CIE-10 en el SCAN. El análisis de la sensibilidad del GHQ nos da unas cifras idénticas (77%) para ambos criterios diagnósticos utilizados. La especificidad baja al 66% con criterios CIE-10 y al 64% utilizando la clasificación diagnóstica DSM-III-R.

Por grupos diagnósticos, las prevalencias quedan reflejadas en las Tablas 8 y 9. Los trastornos de ansiedad (7,01%), los trastornos por consumo de tóxicos (5,6%)

y los trastornos del sueño (4,1%) son los grupos con prevalencias más elevadas cuando tomamos como referencia la clasificación DSM-III-R. Con criterios CIE 10, los trastornos neuróticos constituyen el grupo de mayor prevalencia (8,6%), seguidos por los trastornos por consumo de tóxicos (4,5%), del sueño (3,7%) y del humor (afectivos) (3,45%).

Por diagnósticos específicos, las prevalencias pueden observarse en las TABLAS 10 y 11. Con criterios DSM-III-R, el diagnóstico más habitual fue el de Insomnio Primario (4,6%), aunque este porcentaje es muy similar al de personas que manifiestan una dependencia del alcohol (4,39). Fobia simple (2,46%) y distimia (2,15%) ofrecen también prevalencias elevadas. En cuanto a diagnósticos CIE-10, la prevalencia más alta corresponde al Insomnio No Orgánico (4,6%) y al síndrome de dependencia de sustancias tóxicas (3,74%).

No caso	109 (87,2%)	62 (53%)	77%	64 %
Caso	16 (2,8%)	55 (47%)		

TABLA 6.- GHQ y diagnósticos de trastornos mentales DSM-III-R

No caso	107 (85,6%)	55 (47%)	77%	64 %
Caso	18 (14,4%)	62 (53%)		

TABLA 7.- GHQ y diagnósticos de trastornos mentales CIE-10

Trastornos afectivos	2,25
Trastornos del sueño	4,1
Trastornos de ansiedad	7,01
Trastornos por consumo tóxicos	5,6
Trastornos psicóticos	2,1
Trastornos somatoformes	0,3
Trastornos disociativos	0,16
Trastornos de alimentación	0,5

Trastornos del humor (afectivos)	3,45
Trastornos no orgánicos del sueño	3,7
Trastornos neuróticos y somatomorfos	8,6
Trastornos por consumo psicotropos	4,5
Trastornos esquizof. y tr. ideas delirantes	0,5
Trastornos de la conducta alimentaria	1,9
Trastornos mentales orgánicos	0,16

TABLA 8.- Distribución de la patología psiquiátrica por grupos diagnósticos en población general con criterios DSM-III-R(%).

TABLA 9.- Distribución de la patología psiquiátrica por grupos diagnósticos en población general con criterios CIE-10(%).

Distimisa	2,15
Depresión mayor	0,67
Insomnio primario	4,6
Fobia simple	2,46
Fobia social	1,14
Trastorno osesivo compulsivo	0,50
Trastorno por angustia	0,33
Agorafobia sin transt. de angustia	0,33
Dependencia del alcohol	4,39
Intoxicación alcohólica	0,81
Dependencia de opiaceos	0,81
Esquizofrenia	0,50
Trastorno psicótico	1,62
Trastorno esquizofrénico	0,33
Hipocondria/dismorfofobia	0,33
Trastorno disociativo	0,81
Trastorno facticio	0,17

TABLA 10.- Prevalencias ponderadas de trastornos mentales según criterios DSM-III-R.

La TABLA 12 muestra la comparación de las prevalencias por sexos. Existen mayor número de casos positivos entre las mujeres aunque las cifras no resultan estadísticamente significativas si se tiene en cuenta el conjunto de la muestra. Sin embargo si la patología psiquitrica se agrupa por categorías, la variable sexo establece algunas diferencias (Tablas 13 y 14).

Conclusiones

El estudio realizado en Formentera, en comparación con estudios similares en dos fases realizados en otros países (TABLA 15) presenta una prevalencia de trastornos mentales superior a los detectados en Holanda, Australia y Reino Unido y similar a la mayoría de trabajos realizados en España. Debe reseñarse que es el primer estudio comunitario en población general publicado que utiliza el SCAN para

Distimisa	3,12
Mania sin síntomas psicóticos	0,64
Episodio depresivo	1,65
Hipomania	0,33
Trastornos del humor orgánicos	0,17
Insomnio no orgánico	4,60
Tr. no orgánico del ciclo sueño/vigilia	0,17
Terrores nocturnos	1,14
Pesadillas	0,33
Fobias específicas	3,43
Fobia social	0,98
Trastornos de pánico	0,33
Neurastenia	0,33
Trastorno obsesivo/compulsivo	0,98
Intoxicación aguda	3,24
Síndrome de dependencia	3,74
Síndrome de abstinencia	3,24
Consumo perjudicial	2,60
Psicosis no orgánica	0,50
Trastorno de somatización	0,33
Disfunción vegetativa	0,17
Elab. psicol. de síntomas somáticos	0,33
Trastorno ficticio	0,17
Anorexia nerviosa	0,17
Bulimia nerviosa	1,96
Trastorno de ansiedad generalizada	0,84

TABLA 11.- Prevalencias ponderadas de trastornos mentales según criterios CIE-10.

la segunda fase. La disparidad de resultados en determinados estudios epidemiológicos en población general obliga a comparar trabajos con metodología e instrumentos similares o idénticos y, en caso contrario, aquellos con características más parecidas.

Estas cifras, al fundamentarse en los resultados procesados por el programa CATEGO, incluyen los trastornos del sueño (Insomnio primario en los criterios DSM-III-R e Insomnio no orgánico, Terrores Nocturnos, Pesadillas y Trastornos no

DSM-III-R			
Hombre	28 (36,4 %)	72 (43,6 %)	p=0.352
Mujer	49 (63,56 %)	93 (56,4 %)	
CIE-10			
Hombre	36 (41,9 %)	64 (41 %)	p=1.000
Mujer	50 (58,1 %)	92 (59 %)	

TABLA 12.- Prevalencia de trastornos mentales por sexos.

Tr. del sueño	12,5	87,5	
Tr afectivos	45,5	54,4	
Tr. ansiedad	18,2	81,2	c2=28.408
Consumo tóxicos	92,9	7,1	p=0.0000
Tr. Psicóticos	42,9	57,1	
Tr. alimentación	0	100	

TABLA 13.- Prevalencia de trastornos mentales (categorías DSM-III-R) por sexos.

Tr. del sueño	21,4	78,6	
Tr afectivos	46,7	53,3	
Tr. ansiedad	27,6	72,4	c2=23.233
Consumo tóxicos	92,3	7,7	p=0.0003
Tr. Psicóticos	33,3	66,7	
Tr. alimentación	0	100	

TABLA 14.- Prevalencia de trastornos mentales (categorías cie-10) por sexos.

orgánicos del ciclo sueño-vigilia en la CIE-10), habitualmente excluidos de los trabajos aparecidos hasta la fecha, lo que contribuiría a elevar los resultados de prevalencia finalmente obtenidos.

Es necesario tener en cuenta que el estudio se ha realizado en una isla de reducido tamaño y población, en la que un 10% de la misma, según el último padrón municipal, son extranjeros residentes desde hace años. El tiempo transcurrido entre la primera entrevista y la segunda ha oscilado entre los 2 días en algunos casos y los 11 para otros, lapso de tiempo éste último ligeramente superior a los siete días que se recomienda transcurran con el fin de evitar la desaparición de aquellos

síntomas cuyas características de transitoriedad son más evidentes.

En cuanto a la metodología, la utilización de diseños en dos fases exige definir la población objeto de estudio no únicamente para la primera fase, sino también la de la segunda, mediante la aplicación del *screening*. Este criterio, utilizado en el presente estudio, consiste tal y como se ha comentado, en incluir todos los casos probables más un número proporcional de probables sanos, seleccionados aleatoriamente entre dos grupos según las diferentes puntuaciones del GHQ. Otros autores preferieron no efectuar esta distinción y considerar un grupo único a todos los GHQ negativos.

Autores	año	Población	Instrum	Prev. pond
Hodiamon et al.	1977	Holanda	GHQ-60,PSE	7,3 %
Henderson et al.	1979	Australia	GHQ-30,PSE	9 %
Bebbington et al.	1981	R. Unido	GHQ-40,PSE	10,9 %
Vazquez Barquero et al.	1981	Navarra	GHQ-60,CIS	23,8 %
Vazquez Barquero et al.	1987	Cantabria	GHQ-60,PSE	14,7 %
Villaderde et al.	1991	Canarias	GHQ-28,CIS	17,2%
Ortega et al.	1995	La Rioja	GHQ-28,CIS	18,9 %

TABLA 15.- Estudios comunitarios en dos fases.

La prevalencia ponderada de trastornos mentales en la población de Formentera mediante el SCAN ofrece resultados más altos con criterios CIE-10 que con criterios DSM-III-R. Las prevalencias totales reflejan también estas diferencias. La sensibilidad y la especificidad entre el GHQ y la patología, de acuerdo con las clasificaciones psicopatológicas diagnósticas utilizadas es prácticamente la misma.

Un 41% de personas con GHQ positivo se convierten en un caso psiquiátrico CIE-10, mientras que solo un 32,5% de GHQ positivos hacen lo mismo con criterios DSM-III-R.

Según el sexo, aplicando criterios CIE-10 no existen diferencias entre quienes, con un GHQ positivo, se convierten en casos psiquiátricos. Mediante los criterios DSM-III-R, un 15% de hombres tiene un diagnóstico psiquiátrico y la cifra se eleva a un 22% con las mujeres.

Por grupos diagnósticos, los trastornos del sueño constituyen la mayor prevalencia encontrada con criterios DSM-III-R, seguida por los trastornos afectivos, los trastornos psicóticos, trastornos por consumo de tóxicos y trastornos de ansiedad. En cambio, utilizando diagnósticos CIE-10, la prevalencia mayor aparece en los trastornos por consumo de tóxicos, seguido por los trastornos del sueño, los trastornos de ansiedad y los trastornos

afectivos. Las mayores diferencias, ***** , comparando ambas nosologías, aparecen entre los trastornos por consumo de tóxicos (1,15% con DSM-III-R y 4,32% con CIE-10), así como los trastornos de ansiedad (0,82% con DSM-III-R y 2,87% CIE-10). La literatura anterior acostumbraba a considerar más restrictivos los criterios CIE-10 para los trastornos de ansiedad.

Por trastornos específicos, el Insomnio Primario con criterios DSM-III-R y su equivalente CIE 10 Insomnio No Orgánico es el más frecuente, exactamente en la misma proporción en ambos casos, 2,41%. Las Distimias, con idéntica denominación en ambas nosologías, es el segundo trastorno en frecuencia, con 1,49% en DSM-III-R y algo superior (2,18%) con la CIE-10. Los trastornos psicóticos paracen en un 1,14% con criterios DSM-III-R y los trastornos esquizoafectivos con un 0,23%. Con la CIE-10 las Psicosis No Orgánica se reducen a un 0,23%. Los trastornos de alimentación aparecen en la muestra según la CIE-10 con un 1,14% la Bulimia Nerviosa y un 0,45% la Anorexia Nerviosa y están ausentes según los diagnósticos DSM-III-R facilitados por el programa CATEGO tras la administración del SCAN. Las Fobias aparecen con mayor prevalencia con criterios CIE-10. En la muestra, aparecen 27 categorías diagnósticas diferenciadas CIE-10 y 19 categorías DSM-III-R.

Referencias

Bebbington PE, Hurry, J, Tennant, C, Sturt, E, Wing, JK. The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med*, 1981,11: 561-580.

Goldberg, DP. Williams, P. *A User's Guide to the General health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson, 1988.

Henderson, S., Duncan Jones, P et alt. Psychiatric Disorders in Camberra: A standardized study of prevalence. *Acta Psych Scan*, 1979, 60: 355-374.

Hodiamont, P, Peer, N, Syben, N. Epidemiological aspects of psychiatric disorders in a Dutch Health Area. *Psychol Med*, 1987, 17: 495-506.

Lobo, A, Pérez Echevarría, MJ, Artal, J. Validity of the scaled version of the Genberal Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*, 1986,16: 135-140.

Ortega et al. (1995)

Rutter, ML. Surveys to answer questions. Some methodological considerations. *Acta Psych Scan*, 1982, suppl 296, 65: 64-76.

Vázquez Barquero, Muñoz, PE, Madoz, V. The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *Br J Psychiatry*, 1981, 139: 328-335.

Vázquez Barquero, JL, Diez Manrique, JF, Peña, C., Aldama, J, Samaniego, C, Menéndez, J, Mirapeix, C. A community mental health survey in Cantabria: general description of morbidity. *Psychol Med*, 1987,17: 227-241.

Vazquez Barquero at alt. SCAN. Cuestionario para la evaluacion clinica en psiquiatria. Version española. XIX Congreso Soc Esp Psiq . Bilbao, 1993

Villaverde et al. (1991)

Wing, JK, Babol, T, Brugha, T et alt. SCAN: Schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 1990, 47: 589-593