

La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España

J. M. Haro^a, C. Palacín^a, G. Vilagut^b, B. Romera^b, M. Codony^b, J. Autonell^a, M. Ferrer^b, J. Ramos^a, R. Kessler^c y J. Alonso^b

^a San Juan de Dios-SSM. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. ^b Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona. ^c Harvard Medical School. Boston. Estados Unidos

Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD-Spain project

Resumen

Introducción. El estudio ESEMeD-España es parte de un proyecto europeo sobre epidemiología de los trastornos mentales enmarcado dentro de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud llamada Encuestas de Salud Mental en el mundo. Los objetivos del estudio son estimar la prevalencia de los trastornos mentales en España; analizar su asociación con variables sociodemográficas y factores predisponentes y protectores evaluar su afectación sobre la calidad de vida, y describir y evaluar la atención sanitaria que reciben las personas con trastornos mentales.

Métodos. Se entrevista a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años no institucionalizada. El tamaño muestral es de 5.500 personas. El instrumento de evaluación es la nueva versión de la Entrevista Diagnóstica Internacional (Composite International Diagnostic Interview, CIDI), una entrevista diseñada para ser utilizada por personal lego que permite el diagnóstico de los principales trastornos mentales. Se ha establecido un riguroso control de calidad del trabajo de campo. Además, aproximadamente 200 personas son reentrevistadas por un psiquiatra utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID) y diversos cuestionarios de gravedad clínica.

Resultados. El trabajo de campo del estudio ESEMeD se inició a mediados de septiembre de 2001 y ha finalizado en noviembre de 2002; los análisis de las primeras 4.300 entrevistas muestran una tasa de respuesta del 68,7%. La comparación de la edad y el género de la muestra obtenida con la población general española muestra unos altos niveles de representatividad.

Conclusiones. El proyecto ESEMeD-España producirá una información científica sobre la epidemiología de los trastornos mentales sin precedentes en nuestro país.

Palabras clave: Epidemiología. Psiquiatría. Salud mental. España. Trastornos depresivos. Trastornos ansiosos.

Summary

Introduction. The ESEMeD-Spain study is part of a European project on the epidemiology of mental disorders, which is also part of a World Health Organization initiative called World Mental Health Surveys. The main objectives of the study are to estimate the prevalence of mental disorders in Spain; to analyze their association with sociodemographic variables and predisposing and protective factors; to evaluate their impact on the quality of life; and to describe and evaluate the health care received by people with mental disorders.

Methods. A representative sample of the non-institutionalized Spanish population older than 18 years is interviewed. Sample size is 5,500 people. The instrument used in the interviews is the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), a questionnaire designed to be used by lay interviewers that allows the diagnosis of psychiatric disorders. Strict quality control of field work has been established. Furthermore, approximately 200 subjects are re-interviewed by a psychiatrist using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) and several questionnaires to measure clinical severity.

Results. Field work started in September 2001 and finished in November 2002. Up to April 2002, more than 4,300 people have been interviewed. Preliminary response rate has been 68.7%.

Comparison of the age and gender of the study sample with the general Spanish population shows high representativeness.

Conclusions. The ESEMeD-Spain project will produce unprecedented scientific information about the epidemiology of mental disorders in Spain.

Key words: Epidemiology. Psychiatry. Mental health. Spain. Depressive disorders. Anxiety disorders.

Correspondencia:

Josep María Haro
Unidad de Investigación y Desarrollo
Sant Joan de Déu-SSM
Dr. Antoni Pujadas, 42
08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Correo electrónico: jmharo@sjd-ssm.com

INTRODUCCIÓN

El estudio ESEMeD-España es parte de un proyecto sobre epidemiología de los trastornos mentales que se lleva a cabo en seis países de la Comunidad Europea (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España). A su vez,

el ESEMeD se enmarca dentro de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada Encuestas de Salud Mental en el Mundo, que tiene como objetivo coordinar estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en países de los cinco continentes. Esta iniciativa pretende estimar de una manera homogénea la frecuencia y la discapacidad asociada a los trastornos mentales en entornos socioeconómicos y culturas diferentes. El estudio ESEMeD-España cuenta con el soporte económico de la Comisión Europea, el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Ciencia y Tecnología, el Servei Català de la Salut-CatSalut y de Glaxo SmithKline.

La epidemiología de los trastornos mentales: situación en España

A finales de 1970 y durante la década de 1980 la epidemiología psiquiátrica realiza un avance considerable al incorporar la determinación del diagnóstico psiquiátrico en los estudios poblacionales. En Europa esto es posible gracias a los estudios de doble fase¹, en los cuales se administraba un cuestionario de cribado a una muestra de la población (generalmente el *General Health Questionnaire*²), para detectar posibles casos de trastorno mental y, posteriormente, a una proporción de estas personas, un entrevistador clínico, generalmente psiquiatra, los evaluaba usando una entrevista semiestructurada (p. ej., el *Present State Examination*³, PSE). Esta metodología permitía establecer de manera fiable los diagnósticos de los grupos sindrómicos de los trastornos mentales siguiendo la clasificación de la CIE-9. Sin embargo, el diseño de doble fase limitaba en gran parte los diagnósticos estudiados a los que efectivamente detectaba el instrumento de cribado y el instrumento diagnóstico generalmente empleado (PSE-9) solamente permitía estimar prevalencia puntual, es decir en el momento de la entrevista, y no prevalencia-año o prevalencia-vida.

España se incorporó a estos avances a través de los estudios de Cantabria⁴, del Valle de Baztán⁵ y del Baix Llobregat⁶. El estudio de Vázquez-Barquero⁷ en Cantabria encontró una prevalencia puntual de padecer trastornos mentales del 9,3% en varones y del 19,6% en mujeres, mientras que los otros dos estudios obtuvieron una prevalencia global superior, de aproximadamente el 24%. Tener entre 30 y 44 años de edad, estar soltero, trabajar y tener un alto nivel educativo fueron factores protectores.

Sin embargo, estos proyectos tenían diversas limitaciones fruto de su realización en áreas relativamente pequeñas y no representativas de todos los entornos socio-demográficos del país⁸ y, en ocasiones, del bajo número de personas entrevistadas.

De manera paralela, con la aparición de los criterios operativos para el diagnóstico psiquiátrico del DSM-III, se empezó a desarrollar en Estados Unidos una nueva generación de instrumentos que podían ser administrados por personal lego en salud mental y que permiten

obtener diagnósticos psiquiátricos (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*)⁹. Este desarrollo abrió la puerta a los grandes estudios poblacionales, en los que entrevistadores profesionales adecuadamente entrenados administraban instrumentos diagnósticos a una muestra representativa de la población. Así nació el *Epidemiologic Catchment Area*¹⁰ y posteriormente el *National Comorbidity Survey*¹¹, que ya utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*)^{12,13}, una entrevista creada por la OMS partiendo de la metodología desarrollada en el DIS. Estos estudios mostraron que una gran proporción de ciudadanos estadounidenses padecían trastornos psiquiátricos diagnosticables con criterios nosológicos precisos (la prevalencia-año superaba el 20% en Estados Unidos). También evidenciaron que sólo una pequeña parte de éstos accede a tratamiento profesional y que el riesgo de padecer trastornos mentales está asociado a determinados factores, como el género y la pertenencia a las clases sociales más desfavorecidas.

Algunos países europeos, como Alemania¹⁴ y Holanda¹⁵, han realizado estudios con la CIDI en muestras representativas del país, con unas tasas de prevalencia y resultados similares a los descritos en Estados Unidos. Por ejemplo, el estudio holandés NEMESIS encontró que los trastornos más frecuentes eran el abuso de alcohol en los hombres y la depresión mayor en las mujeres, repitiéndose el patrón de mayor prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en mujeres y de trastornos por uso de sustancias en hombres. La prevalencia global de trastornos mentales fue parecida en los dos sexos. La prevalencia-vida de padecer un trastorno psiquiátrico estaba alrededor de un 40% y la prevalencia año del 23%. En el Reino Unido también se llevó a cabo un gran estudio poblacional¹⁶, pero en lugar de utilizar la CIDI se creó una nueva entrevista, la *Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R)*. La CIS-R obtiene resultados no comparables con otros estudios porque no utiliza los mismos criterios para el diagnóstico, solamente permite calcular la prevalencia puntual y no abarca todo el abanico de diagnósticos psiquiátricos. Según este estudio, la prevalencia puntual de episodio depresivo era del 2,1%, la de trastorno por abuso o dependencia del alcohol del 4,7% y de algún trastorno neurótico del 16,0%.

En España, la CIDI o el DIS solamente se han utilizado en estudios restringidos a poblaciones concretas (mujeres, ancianos, personas sin hogar)¹⁷⁻¹⁹, por lo que tienen una utilidad muy limitada para valorar la prevalencia de los trastornos mentales en la población general. El único proyecto epidemiológico de depresión en población general de toda España es el DEPRES²⁰. Este estudio, que utilizó el módulo de depresión de la *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*²¹ para la evaluación de los sujetos, tiene graves problemas metodológicos, puesto que durante el trabajo de campo se permitió la sustitución de los casos que rechazaron la entrevista. Por ello, la validez de los datos es altamente discutible.

Los últimos estudios publicados se continúan centrando en grupos poblacionales o en zonas geográficas circuns-

critas. Un proyecto europeo reciente estudió la prevalencia de trastornos mentales en población anciana^{17,22,23}. La prevalencia de depresión en la población mayor de 65 años de Zaragoza fue del 10,7%, lo que la sitúa entre las más bajas de Europa. Finalmente se han realizado tres estudios con el *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) como instrumento diagnóstico^{24,26}. Uno de ellos, como parte de un estudio de seguimiento, entrevistó 290 sujetos de 18 años²⁴. Casi un 30% de sujetos presentaba un trastorno mental siguiendo los criterios del CIE-10 (un 21% si utilizamos criterios DSM-III-R). Los trastornos más frecuentes fueron los del sueño (insomnio en un 13% de los sujetos), seguidos de los depresivos (11,7%) y de ansiedad (9,0%). Un estudio realizado en Formentera con diseño de doble fase encontró una prevalencia de trastornos mentales del 21,4%, siendo los más frecuentes, por este orden, los trastornos neuróticos, somatoformes, por uso de sustancias y del sueño. La utilización de la categoría clásica «trastornos neuróticos» dificulta la comparación de los resultados con los estudios que utilizan la clasificación diagnóstica DSM. Ayuso-Mateos et al. han publicado un estudio europeo sobre la prevalencia de depresión en nueve regiones. Cantabria, con una prevalencia puntual del 1,8% de depresión mayor y del 0,5% de distimia, tuvo unas cifras muy inferiores al resto de áreas (media global de 6,7% de depresión y 1,0% de distimia).

En resumen, a pesar de los numerosos estudios realizados, el conocimiento de la epidemiología de los trastornos mentales en España es aún fragmentario y es necesario recurrir a datos de otros países cuando se requieren cifras de prevalencia de enfermedades mentales, y estimaciones de la carga que éstas representan en la población.

Retos pendientes

Los grandes estudios epidemiológicos en salud mental se han centrado fundamentalmente hasta ahora en el diagnóstico de los trastornos mentales, con el principal objetivo de estimar la prevalencia y los factores de riesgo sociodemográficos de los principales trastornos psiquiátricos²⁷. Sin embargo, existe un amplio consenso que el diagnóstico psiquiátrico es claramente insuficiente para definir su gravedad²⁸, por lo que las cifras de prevalencia son difícilmente extrapolables en términos de relevancia o carga social. Además, las estimaciones de necesidad de atención no cubierta que parten de ellos están limitadas por un doble motivo: primero, como se ha dicho, los estudios carecen de instrumentos para evaluar correctamente la discapacidad²⁹ y la interferencia que los trastornos mentales producen en la calidad de vida y la adaptación social; segundo, la evaluación de los tratamientos recibidos es somera y poco fiable. Debido a ello es difícil juzgar la relevancia del hallazgo que solamente una parte de esas personas recibe tratamiento.

A pesar del énfasis en la estimación de la frecuencia de las enfermedades, aún queda por evaluar la prevalencia

de muchos trastornos que se presumen frecuentes y que provocan alta demanda de atención médica (los trastornos de personalidad, los trastornos somatoformes y la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos con las enfermedades médicas). Se desconoce en gran medida la frecuencia de los trastornos de la infancia y el riesgo que suponen para el desarrollo de otros problemas en la vida adulta. También se han analizado de manera insuficiente los síndromes subumbrales que no tienen suficiente intensidad para cumplir criterios diagnósticos de trastorno mental³⁰. La ausencia de medidas de discapacidad y calidad de vida no permiten valorar la importancia real de estos síndromes subumbrales, en el sentido de conocer la carga que pueden representar para las personas que los padecen.

Diversos estudios han encontrado importantes diferencias en la frecuencia de los trastornos mentales entre los países^{31,32}. Sin embargo, resulta difícil distinguir cuántas de esas diferencias son reales y cuántas de ellas son fruto de las variaciones metodológicas: muchos de ellos evalúan zonas relativamente pequeñas, el método de selección de la muestra difiere, e incluso existe una falta de equivalencia en los cuestionarios empleados.

El estudio *Global Burden of Disease*³³ puso de manifiesto que los trastornos mentales suponen una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Las estimaciones utilizadas partieron de los estudios epidemiológicos descritos anteriormente, pero ante la falta de datos poblacionales las estimaciones de discapacidad asociada a los trastornos partieron fundamentalmente de poblaciones clínicas y juicio de expertos, lo cual representa una importante limitación metodológica y a reducido el impacto que estos resultados podrían haber tenido en la política sanitaria de los países³⁴. Es por ello que la OMS puso en marcha la iniciativa Encuestas de Salud Mental en el Mundo, que pretende superar los principales retos de la epidemiología psiquiátrica al fomentar la realización de estudios epidemiológicos nacionales que evalúen de manera uniforme la prevalencia, la discapacidad asociada y la atención y tratamiento recibido por las personas con trastornos mentales. Nuevos desarrollos metodológicos permitirán alcanzar estos objetivos. En primer lugar se incorporan instrumentos de evaluación de gravedad clínica y discapacidad dentro de la entrevista CIDI, que permiten medir tanto la gravedad y discapacidad asociada a cada uno de los trastornos detectados como la discapacidad global que incluye tanto la asociada a los trastornos psiquiátricos como físicos. Además, mientras que las anteriores versiones de la CIDI enfatizaban los valores de prevalencia-vida, la nueva versión determinará con mucha mejor precisión la prevalencia-año y prevalencia-mes, mucho más útiles para valorar necesidades poblacionales. Todos estos avances no serían posibles sin aprovechar el desarrollo de potentes herramientas informáticas para la administración informatizada de las entrevistas. La mayoría de los estudios de esta iniciativa de la OMS se realizarán mediante la CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*), que permite la administración eficiente de complejos cuestionarios que

incorporan saltos lógicos y aleatorios, controles de calidad internos para la reducción de errores y reducen el coste de administración al evitar las tediosas entradas de datos recogidos en cuestionarios escritos.

Objetivos del estudio ESEMeD-España

Los objetivos del estudio ESEMeD-España son:

1. Estimar la prevalencia-mes, prevalencia-año y prevalencia-vida de los trastornos mentales más frecuentes (trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, por uso de sustancias y otros). La **tabla 1** muestra los trastornos psiquiátricos evaluados.
2. Analizar la asociación de los trastornos mentales con las características sociodemográficas (género, edad, nivel educacional, ocupación, lugar de resi-

dencia) y con otros factores predisponentes (experiencias durante la infancia, relación de pareja, acontecimientos vitales).

3. Evaluar la afectación sobre la calidad de vida (discapacidad, minusvalía y percepción del estado de salud) de los trastornos mentales (fundamentalmente trastornos del estado de ánimo y de ansiedad), su interacción con las enfermedades médicas y la influencia de los factores sociodemográficos sobre estas relaciones.
4. Estudiar la relación entre la existencia de un trastorno mental en la pareja y la calidad de la relación de pareja.
5. Describir y evaluar la atención sanitaria que reciben las personas con trastornos mentales, el tipo y adecuación del tratamiento recibido y las necesidades de atención no cubiertas.
6. Evaluar el grado de concordancia de los diagnósticos de la entrevista estructurada CIDI con la entrevista psiquiátrica semiestructurada SCID³⁵.

TABLA 1. Listado de secciones que contiene la CIDI-2000

Trastornos	Sección	Número de ítems	Tiempo de administración	
	Cribado	51	9,60	
Trastornos de ansiedad	Trastorno de angustia	165	2,15	
	Fobia específica	163	3,42	
	Fobia social	120	4,76	
	Agorafobia	110	4,13	
	Ansiedad generalizada	185	1,63	
	Tr. por estrés posttraumático	813	6,58	
	Tr. obsesivo-compulsivo	155	1,45	
Trastornos del estado de ánimo	Depresión	232	2,08	
	Distimia	86	0,47	
	Suicidalidad	40	0,60	
Trastornos de personalidad	Personalidad, parte 1	55	5,77	
	Personalidad, parte 2	20	2,73	
	Cribado de Tr. de personalidad	34	3,77	
Trastornos de inicio en la infancia y adolescencia	Déficit de atención e hiperactividad	147	1,92	
	Tr. de conducta	67	2,45	
	Tr. negativista desafiante	68	1,38	
	Tr. ansiedad de separación	111	2,73	
Otros trastornos	Abuso de sustancias	386	2,27	
	Tr. alimentación	86	0,18	
	Síndrome disfórico premenstrual	72	1,47	
	Cribado psicosis	21	1,07	
	Enfermedades crónicas	184	5,53	
Calidad de vida y factores de riesgo sociodemográficos	Funcionamiento (WHODAS)	59	4,78	
	Síntomas 30 días (NSD)	26	0,98	
	Euro-Qol	6	0,85	
	Carga familiar	87	1,87	
	Empleo + empleo pareja	60 + 23	1,23	
	Finanzas	14	3,05	
	Matrimonio	86	0,68	
Demográficos	Demográficos	108	1,60	
	Cuidado de los hijos	46	0,38	
	Infancia	211	0,95	
	Utilización de servicios	Farmacoepidemiología	337	2,23
		Servicios	245	0,48

*Tiempo medio de los entrevistadores para administrar cada sección. Tr: trastorno.

Además de estos objetivos, en el conjunto del proyecto europeo se realizarán comparaciones internacionales de los resultados de cada país con el fin de distinguir diferencias de prevalencia, cómo las diferentes estructuras sanitarias cubren las necesidades de tratamiento y evaluar el grado de necesidad no cubierta.

MÉTODOS

Muestra

Este proyecto consiste en un estudio transversal por encuesta personal domiciliaria a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años no institucionalizada (se excluyeron individuos que vivían en prisiones, hospitales, hoteles u otras instituciones). Las personas que temporalmente residían fuera de su hogar fueron entrevistadas en el caso que regresaran al mismo dentro de los 4 meses posteriores a su selección (duración del trabajo de campo). La sustitución de no respondientes no estaba permitida en ningún caso, para asegurar que cada individuo tenía una probabilidad conocida de ser seleccionado.

La muestra principal está compuesta por 5.000 individuos. Con el fin de asegurar una representatividad de cada una de las comunidades autónomas y de tipos de población, la selección de la muestra se realizó de manera estratificada por comunidad autónoma y tamaño de municipio (menos de 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 250.000 y mayores de 250.000 habitantes). A partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (censo electoral de residentes de marzo de 2000) se crearon un total de 68 estratos, cuatro estratos por cada una de las 17 comunidades autónomas. Dentro de cada estrato se seleccionó un número de secciones censales proporcional al tamaño del estrato. El número total de secciones censales seleccionadas fue de 750. Se seleccionaron nueve individuos por sección cen-

sal y se espera un índice de respuesta mínimo del 65%. La selección de los domicilios dentro de cada sección censal se realizó aleatoriamente partiendo de la enumeración de todos los hogares dentro de esa sección. El listado de domicilios se realizó recorriendo todas las direcciones incluidas en la sección censal. A partir del listado de domicilios y teniendo en cuenta el número total de domicilios, y que se debían seleccionar un número concreto de hogares, se estableció un valor gamma para el muestreo aleatorio sistematizado de los hogares. Una vez contactado el domicilio, y con el fin de seleccionar aleatoriamente una de las personas que residían en él, se realizó un listado informatizado de todas las personas del domicilio. El programa informático seleccionó de manera aleatoria entre las personas mayores de 18 años a una. Con el fin de estudiar la comorbilidad entre los miembros de una pareja y cómo la calidad de la relación de pareja influye en la comorbilidad (objetivo d), se seleccionó también informáticamente una muestra aleatoria de las parejas de las personas entrevistadas para obtener una muestra final de 500 parejas. Por ello, la muestra final consiste en 5.500 entrevistas. Las entrevistas se realizaron en persona en el domicilio del sujeto seleccionado o en otro lugar si éste lo prefería.

Instrumento de medida

Las entrevistas se realizaron con la CIDI^{12,13}. La CIDI está diseñada para ser administrada por entrevistadores legos en psiquiatría y obtener mediante su análisis con algoritmos informatizados los diagnósticos de los principales trastornos mentales siguiendo las clasificaciones in-

ternacionales CIE-10³⁶ y DSM-IV³⁷. La CIDI-2000, utilizada en el proyecto Encuestas de Salud Mental en el Mundo, es una nueva versión ampliada que contiene más secciones (tabla 1). Dichas secciones permiten evaluar más trastornos mentales (trastornos de inicio en la infancia, cribado de trastornos de personalidad, trastorno disfórico premenstrual), su gravedad clínica, su repercusión sobre la calidad de vida y la adaptación social. Asimismo incluye la evaluación de un número mayor de factores predisponentes y protectores (experiencias en la infancia y acontecimientos vitales estresantes, entre otros) y más preguntas sobre la utilización de servicios y tratamiento. Otro aspecto novedoso es la utilización, siempre que fue posible, de escalas y cuestionarios estandarizados y validados. Así, por ejemplo, se utilizó la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para determinar la gravedad de sintomatología depresiva o el Euro-Qol (EQ-5D) para medir la calidad de vida. La tabla 2 muestra las escalas estandarizadas incluidas en la CIDI-2000.

La administración completa de la entrevista superaría las 3 h de media. La tabla 1 muestra los tiempos medios de administración de cada una de las secciones y el número de ítems que contienen. Para disminuir el tiempo de administración se incorporaron diferentes estrategias de optimización. En primer lugar, cada una de las secciones diagnósticas de la CIDI tiene una o más preguntas de cribado. Las personas que contestaban negativamente a las preguntas de cribado no recibían ninguna pregunta más de ese diagnóstico. Mientras que en anteriores versiones de la CIDI las preguntas de cribado estaban al principio de cada sección, la CIDI-2000 incluye

TABLA 2. Escalas estandarizadas incluidas en la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)

Trastornos	Sección	Cuestionario
Trastorno del estado de ánimo	Depresión	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)
Trastorno de ansiedad	Trastorno de angustia	<i>Panic Disorder Severity Scale</i> (PDSS) <i>Sheehan Disability Scale</i>
Otros trastornos	Trastorno de ansiedad generalizada	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)
	Trastorno obsesivo-compulsivo	<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale</i> (YBOCS)
	Cribado de trastorno de personalidad	Cribado del <i>International Personality Disorder Examination</i> (IPDE) <i>Screen</i>
	Personalidad	<i>Zuckerman Personality Scales</i> <i>Levinson Personality Scale</i>
	Síntomas de ansiedad y somáticos inespecíficos	<i>Schedule of Fatigue and Anergia</i> (SOFA) <i>Non-Specific Distress Scale</i> (NSD) <i>Dissociative Experience Scales-Short Form</i> (DES)
	Estado de salud	<i>WHO Disablement Assessment Schedule II</i> (WHODAS-II) EuroQol (EQ-5D) SF-12
	Carga familiar	Preguntas adaptadas del <i>General Household Survey</i> (Gran Bretaña)
	Relación pareja	<i>Dyadic Adjustment Scale</i> (DAS) (tres subescalas)
	Infancia	<i>Family History Research Diagnostic Criteria Interview</i> (RDC)

todas las cuestiones en una primera sección de cribado diferenciada. Con ello se pretendió evitar el efecto aprendizaje de los sujetos entrevistados (al darse cuenta que contestar una pregunta de cribado positivamente significaba tener que contestar muchas más de la sección). Además, se incluyeron en la informatización diferentes saltos sistemáticos y aleatorios que permitieron solamente administrar una parte de las secciones (secciones relacionadas con factores de riesgo, protectores, sociodemográficos, finanzas, etc.) a cada individuo y con ello crear diferentes itinerarios de preguntas. Con estos métodos se consiguió una duración media de la entrevista inferior a 90 min.

Traducción y adaptación de la CIDI-2000

La CIDI-2000 se ha desarrollado en inglés, por lo que, con el fin de conseguir una versión equiparable tanto conceptual como transculturalmente, se siguieron de manera estricta las recomendaciones realizadas por la OMS para la traducción y adaptación de instrumentos. De este modo se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Traducción directa del inglés al español.
2. Revisión de la traducción por un panel de expertos, teniendo en cuenta versiones anteriores de la CIDI.
3. Estudio de comprensión cognitiva (administración de la entrevista a personas de la población general y pacientes de servicios de salud mental preguntando a su vez qué es lo que la persona entendía que se le estaba preguntando y cuál sería su respuesta).
4. Traducción inversa.
5. Armonización internacional.

Entendiendo que la CIDI-2000 iba a ser utilizada por otros países de habla hispana que participan en el proyecto de la OMS Encuestas de Salud Mental en el Mundo (México, Colombia, Panamá, entre otros), se creó un panel de expertos que integraba profesionales de España y de Latinoamérica, varios de ellos miembros del comité editorial de la CIDI. La función de este panel fue la de revisar la traducción una vez finalizada por el equipo de investigadores de España e identificar palabras o expresiones que podían presentar problemas de equivalencia transcultural entre los países hispanohablantes. En estos casos se elaboraron diferentes expresiones para ser utilizadas en los diferentes países. Este último caso se realizó en un mínimo porcentaje de las palabras³⁸. Una vez finalizado e informatizado el instrumento se realizó una prueba piloto para detectar posibles problemas o errores en la informatización.

Procedimientos de trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó mediante una empresa comercial de encuestas poblacionales siguiendo las directrices del equipo investigador (Ipsos Ecoconsulting). La decisión de utilizar una empresa externa se tomó con el fin de asegurar el mínimo de entrevistadores experimentados requeridos (más de 80). Este elevado mínimo se requiere para conseguir un alto índice de respuesta en un período relativamente corto. Asimismo sólo una empresa comercial podía garantizar la infraestructura necesaria para llevar a cabo el proyecto que requería un mínimo de 60 ordenadores portátiles, la realización de un control de calidad por entrevista telefónica y movilidad geográfica por toda España.

TABLA 3. Resultados por eliminar es: tasa de respuesta y distribución por edad y sexo de las 3.990 primeras entrevistas principales realizadas

Comunidad Autónoma	Tasa de respuesta	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)	18-24 (%)	25-34 (%)	35-44 (%)	45-54 (%)	55-64 (%)	65-74 (%)	75 + (%)
Total	68,6	4.325	1.677 (38,8)	2.648 (61,2)	499 (11,5)	806 (18,6)	808 (18,7)	553 (12,8)	523 (12,1)	668 (15,4)	
Andalucía	68,1	688	262 (38,1)	426 (61,9)	85 (12,4)	130 (18,9)	142 (20,6)	90 (13,1)	79 (11,5)	98 (14,2)	64 (9,3)
Aragón	59,7	114	38 (33,3)	76 (66,7)	9 (7,9)	28 (24,6)	22 (19,3)	14 (12,3)	14 (12,3)	16 (14,0)	11 (9,6)
Asturias	65,5	110	33 (30,0)	77 (70,0)	14 (12,7)	13 (11,8)	21 (19,1)	16 (14,5)	9 (8,2)	22 (20,0)	15 (13,6)
Baleares	63,5	73	38 (52,1)	35 (47,9)	11 (15,1)	19 (26,0)	13 (17,8)	8 (11,0)	6 (8,2)	10 (13,7)	6 (8,2)
C. Valenciana	77,3	411	209 (50,9)	202 (49,1)	57 (13,9)	79 (19,2)	69 (16,8)	49 (11,9)	46 (11,2)	76 (18,5)	35 (8,5)
Canarias	85,70	177	53 (29,9)	124 (70,1)	24 (13,6)	39 (22,0)	45 (25,4)	20 (11,3)	16 (9,0)	20 (11,3)	13 (7,3)
Cantabria	78,1	54	11 (20,4)	43 (79,6)	6 (11,1)	4 (7,4)	11 (20,4)	5 (9,3)	6 (11,1)	7 (13,0)	15 (27,8)
Cast.-La Mancha	69,8	177	74 (41,8)	103 (58,2)	15 (8,5)	29 (16,4)	27 (15,3)	19 (10,7)	27 (15,3)	31 (17,5)	29 (16,4)
Cast.-León	67,3	252	85 (33,7)	167 (66,3)	29 (11,5)	40 (15,9)	45 (17,9)	24 (9,5)	36 (14,3)	38 (15,1)	40 (15,9)
Cataluña	72,7	974	362 (37,2)	612 (62,8)	101 (10,4)	176 (18,1)	179 (18,4)	145 (14,9)	119 (12,2)	149 (15,3)	105 (10,8)
Extremadura	73,3	96	42 (43,8)	54 (56,3)	7 (7,3)	18 (18,8)	24 (25,0)	11 (11,5)	10 (10,4)	20 (20,8)	6 (6,3)
Galicia	62,6	243	93 (38,3)	150 (61,7)	27 (11,1)	31 (12,8)	27 (11,1)	34 (14,0)	37 (15,2)	53 (21,8)	34 (14,0)
La Rioja	76,1	54	10 (18,5)	44 (81,5)	4 (7,4)	3 (5,6)	13 (24,1)	9 (16,7)	6 (11,1)	9 (16,7)	10 (18,5)
Madrid	62,9	497	239 (48,1)	258 (51,9)	57 (11,5)	108 (21,7)	99 (19,9)	56 (11,3)	56 (11,3)	71 (14,3)	50 (10,1)
Murcia	64,2	102	33 (32,4)	69 (67,6)	11 (10,8)	24 (23,5)	20 (19,6)	6 (5,9)	13 (12,7)	13 (12,7)	15 (14,7)
Navarra	83,3	65	24 (36,9)	41 (63,1)	9 (13,8)	12 (18,5)	11 (16,9)	9 (13,8)	11 (16,9)	6 (9,2)	7 (10,8)
Pais Vasco	76,0	238	71 (29,8)	167 (70,2)	33 (13,9)	53 (22,3)	40 (16,8)	38 (16,0)	32 (13,4)	29 (12,2)	13 (5,5)

Todos los entrevistadores antes de ser aptos para realizar el trabajo de campo recibieron un certificado de idoneidad después de asistir a un curso de 3 días de duración administrado por formadores entrenados por personal certificado por la OMS. Con este curso los entrevistadores se familiarizaron con el instrumento y los procedimientos establecidos en el trabajo de campo.

Control de calidad del trabajo de campo

Para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos se implementó un estricto control que incluyó, entre otros (tabla 4):

1. La monitorización de la muestra liberada y supervisión de las rutas de campo para confirmar la correcta selección aleatoria de los domicilios.
2. La revisión de las hojas de ruta para confirmar que se intentaron al menos 10 contactos en persona con el domicilio antes de establecer un rechazo.
3. Un contacto telefónico con un 10% de los entrevistados para estudiar la fiabilidad de las respuestas y asegurar que la entrevista se realizó según los procedimientos establecidos.
4. La revisión informática de las respuestas para la detección de posibles inconsistencias.
5. La revisión clínica de los cuestionarios (interpretación de las preguntas abiertas y notas introducidas por los entrevistadores) y el análisis de las entrevistas para detectar posibles datos incompletos o incongruencias, que se corrigieron recontactando con la persona.

Estudio de reentrevista clínica

Aproximadamente 200 personas de la muestra fueron reentrevistadas por un psiquiatra utilizando la SCID del

DSM-IV y diversos cuestionarios de gravedad clínica (*Montgomery Asberg Depresión Rating Scale*³⁹, *Panic Disorder Severity Scale* [PDSS], *Marks Fear Questionnaire*, entre otras). El objetivo de la reentrevista es evaluar la concordancia de los diagnósticos de la CIDI con una entrevista clínica, estudiar las razones de las discrepancias cuando existan y evaluar la gravedad clínica de los trastornos diagnosticados en la entrevista domiciliaria. La reentrevista clínica se realiza en la provincia de Barcelona y la Comunidad Autónoma de Madrid, donde se seleccionan aleatoriamente una muestra de las personas con uno de los trastornos psiquiátricos evaluados y otro grupo de personas sin diagnóstico. Los trastornos que se evaluarán son los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor y distimia), los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático) y los trastornos relacionados con sustancias (trastornos por consumo de sustancias, dependencia y abuso, y trastornos relacionados con el alcohol, dependencia y abuso). Los entrevistadores son psiquiatras y siguieron un curso de entrenamiento de 3 días realizado por personal cualificado por los autores de la entrevista. Un estudio de fiabilidad interevaluadores fue realizado entre los psiquiatras y el resultado fue altamente positivo.

Procesamiento de los datos

Al igual que el resto de estudios dentro del proyecto ESEMeD, el procesamiento de los datos se realiza de manera centralizada en el IMIM (Instituto Municipal de Investigación Médica) de Barcelona. Los datos son enviados de forma semanal o quincenal según las zonas a través de Internet. El centro del procesamiento y análisis de los datos ha realizado los controles de calidad de la información recogida respecto a valores faltantes, rangos, consistencia lógica, itinerarios y otros aspectos.

TABLA 4. Estrategias de control de calidad de los datos

<i>Controles de calidad</i>	
Inconsistencias	
Inconsistencias entre edades	69
Número de identificación del sujeto	12
Edad de inicio trastorno	76
Primera consulta médico por trastorno	49
Valores no admitidos	2
Total	343
Reentrevista clínica	
Número entrevistas CIDI	4.300
Número entrevistas en el área del estudio de la reentrevista clínica	1.677
Número de sujetos seleccionados con diagnóstico*	201
Número de sujetos seleccionados sin diagnóstico*	180

* Los sujetos seleccionados con o sin diagnóstico según la CIDI.

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con 100 entrevistas siguiendo todos los procedimientos de muestreo, de administración de las entrevistas y de transmisión de los datos establecidos en el protocolo para asegurar la viabilidad del proyecto y la competencia de los entrevistadores. El trabajo de campo se realizó durante el mes de julio de 2001, incluyendo zonas urbanas y rurales de diversas comunidades autónomas para equiparar la prueba piloto con el estudio completo. Siete entrevistadores participaron en ella. Los resultados de la prueba piloto fueron valorados positivamente: la tasa de respuesta fue del 57% y la distribución por edad y sexo se aproximaba a la esperada. La productividad fue de una entrevista por jornada de trabajo y la duración media de la entrevista fue de 75 min.

Realización del trabajo de campo

El trabajo de campo del estudio ESEMeD se inició a mediados de septiembre de 2001 y se finalizó en noviembre de 2002. Los primeros resultados globales se presentarán a finales del año 2003. La primera fase del trabajo de campo ha tenido lugar desde septiembre de 2001 a finales de enero de 2002. Durante este periodo se han realizado 3.990 entrevistas principales y 322 de parejas, con una tasa de respuesta de las entrevistas principales del 68,7% y del 52% en las parejas. Pocos días después de la realización de cada una de las entrevistas, éstas han sido enviadas al IMIM para su procesamiento. Entre las actividades del procesamiento y manejo de datos está la selección de las personas para la entrevista clínica, puesto que ésta debe realizarse dentro de las 4 semanas posteriores a la realización de la entrevista. Durante los meses de febrero y marzo de 2002 se evaluaron los trabajos de campo y se realizaron los primeros análisis de la muestra, diseñándose la estrategia de finalización del trabajo de campo para conseguir entrevistar al menos una parte de las personas que rechazaron la entrevista en primera instancia. La **tabla 3** muestra la tasa de respuesta y el número de personas incluidas en cada comunidad autónoma, estratificado por género y edad. La tasa de respuesta media está en el 68,7%. Las mejores tasas de respuesta fueron en las comunidades de Canarias, Navarra y Cantabria con un 85,70, 83,3y 78,1%, respectivamente. El número de entrevistas incluidas en Andalucía y Cataluña fue mayor de 500, lo cual permitirá realizar análisis por comunidad autónoma separadamente. La tasa de respuesta, uno de los principales elementos que se había establecido para el control de calidad de los datos, es alta y similar a la obtenida en los estudios realizados en otros países. Con el fin de conocer la representatividad de la muestra respecto a la edad y sexo, hemos comparado esta distribución con la población española mayor de 18 años (**fig. 1**). La distribución por edad es muy parecida (menos del 4% de diferencia en todos los casos), mientras que en nuestra muestra existe un menor proporción de hombres (mientras que en la población española exis-

te un 48,4%, en nuestra muestra el porcentaje es del 38,6%, existiendo un 9,8% de diferencia). Todos estos factores se tuvieron en cuenta en el cálculo y ponderación de los estimadores de prevalencia (pesos postestratificación). La estrategia de conversión de entrevistas negativas y finalización del trabajo de campo se realizó hasta noviembre de 2002 (**tabla 3** y **fig. 1**).

RESULTADOS

El estudio ESEMeD-España permitirá obtener la información necesaria para estimar la carga que los trastornos mentales representan para la población española, tanto en el número de personas que los padecen como respecto a la afectación personal, familiar y social que producen.

El análisis de los resultados se centrará en cuatro líneas principales. En primer lugar, la prevalencia de trastornos mentales y su comorbilidad con otros problemas psiquiátricos y con enfermedades médicas. Estimaremos la prevalencia vida, la prevalencia año y la prevalencia mes. A continuación estudiaremos cuáles son los factores predisponentes y protectores que afectan al riesgo de padecer un trastorno mental (factores sociodemográficos, experiencias en la infancia, acontecimientos vitales, características de personalidad, relaciones de pareja, carga familiar, entre otros). En tercer lugar nos centraremos en cómo estos trastornos afectan a la calidad de vida, cuál es el nivel de discapacidad que producen y cuál es su interferencia en los roles sociales (minusvalía). Los análisis permitirán distinguir el efecto de cada uno de los trastornos mentales, así como su interacción con los trastornos físicos. Por último, evaluaremos los factores que facilitan o dificultan la accesibilidad a la atención médica y cuál es nivel de necesidad no cubierta. Finalmente analizaremos cómo los servicios sanitarios atienden a las personas con problemas psiquiátricos y la adecuación de los tratamientos a guías de práctica clínica.

CONCLUSIONES

En resumen, el proyecto ESEMeD-España producirá una información científica sobre la epidemiología de los trastornos mentales sin precedentes en nuestro país. El proyecto debería convertirse en una fuente de datos imprescindible para la organización y planificación de servicios de salud mental. Asimismo, debería generar hipótesis sobre los determinantes de los trastornos mentales que podrán ser contrastadas por posteriores estudios más específicos.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto financiado por: Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), Cat Salut-Servei Català de la Salut y por una beca de Glaxo SmithKline.

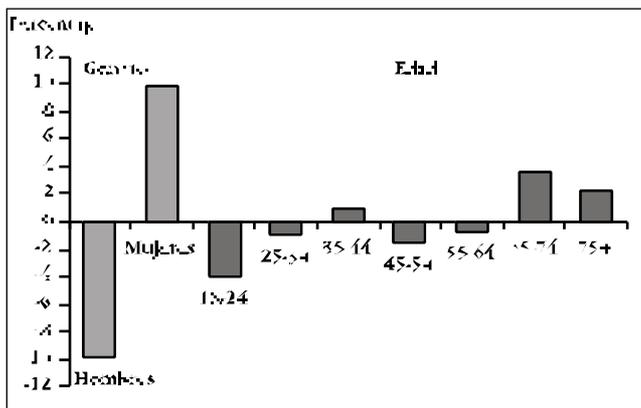


Figura 1. Comparación de la muestra del estudio con la población española mayor de 18 años.

Al comité asesor del proyecto ESEMeD-España formado por el profesor Juan José López-Ibor, profesor Enrique Baca Baldomero, profesor Antonio Bulbena, doctora Antonia Domingo, profesor José Giner Ubago, profesora Carmen Leal Cercós, doctor Marcelino López, doctor Luis Rajmil, doctor Josep Ramos, profesor Julio Vallejo Ruiloba y profesor José Luis Vázquez-Barquero.

A los investigadores que participan en el Estudio de la Reentrevista Clínica: doctora C. Antón, doctora O. Córdoba, doctora M. Dolz, doctora B. Gamó, doctora S. González, doctor M. Márquez, doctor P. E. Muñoz, doctor J. A. Pérez, doctora B. Reneses, doctora M. J. Rodríguez, doctora J. Usall y doctor I. Vázquez.

BIBLIOGRAFÍA

- Bebbington P, Hurry J, Tenant C. The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med.* 1981; 11:561-80.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972
- Wing J, Cooper B, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1974.
- Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Quintanal RG, Labrador López M. Two stage design in a community survey. *Br J Psychiatry* 1986;149:88-97.
- Vázquez-Barquero JL, Muñoz, PE, Madoz Jáuregui, V. The influence of the process of urbanisation on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65:161-70.
- Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Inform Psiquiatr* 1990;120:111-31.
- Vázquez-Barquero JL, Peña C, Díez Manrique JF, Liaño Rincón A. Perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1991;19:62-76.
- Bebbington P. Assessing the need for psychiatric treatment at the district level: the role of surveys. En: Thornicroft G, Brewin CH, Wing J, editores. *Measuring mental health needs.* Londres: Gaskell, 1992.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff K. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:381-9.
- Robins LN, Regier DA, editores. *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York: Free Press, 1991.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke JD, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:1069-77.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier DA. Participants in the Multicentre WHO/ ADAMHA Field Trials. Cross-cultural feasibility, reliability, and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991;159:645-53.
- Wittchen HU, Muller N, Pfister H, Winter S, Schmidtke B. Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany: initial results of an additional federal survey of psychiatric disorders. *Abstract. Gesundheitswesen* 1999;61(Spec No): S216-22.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-95.
- Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain-strategy and methods. *Psychol Med* 1997;27:765-74.
- Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse* 2002;37:1957-76.
- Arillo A, Aguinaga I, Guillén F. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres en una zona urbana. *Atención Primaria* 1998;21:265-9.
- Vázquez C, Muñoz M, Sanz. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:523-30.
- Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (depression research in European society). *International Clinical Psychopharmacology* 1997;12:19-29.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 20):22-33;quiz 34-57.
- Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA, Lobo A, Magnusson H, Meller I, van Oyen H, Reischies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland JR. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-Dscale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999;174: 339-45.
- Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR, Dartigues JF, Kragh-Sorensen P, Baldereschi M, Brayne C, Lobo A, Martinez-Lage JM, Stijnen T, Hofman A. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: the EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. *Neurology* 1999;53:1992.
- Canals J, Doménech E, Carbajo, G, Bladé J. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96: 287-94.
- Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montañó JJ, Salvà JJ, Flores I, Leal S. Mental disorders on the Island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:410-5.
- Ayuso Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G, and the ODIN group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.
- Eaton WWW, Merikangas K. Psychiatric Epidemiology: progress and prospects in the year 2000. *Epidemiologic Reviews* 2000;22:29-34.
- Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32(4):177-84.

29. Ustun B, Chatterji S. Editorial: measuring functioning and disability-a common framework. *Int J Methods Psychiatr Res* 1998;7:79-83.
30. Wittchen HU. Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research-the NAPE lecture 1999. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:2-10.
31. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276:293-9.
32. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:305-9.
33. Murray CJ, López AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull World Health Organ* 1994;72: 495-509.
34. Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) initial work and future directions-the NAPE Lecture 1998. *Acta psychiatr Scand* 1999;99:2-9.
35. First MB, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV. Research Version. New York, 1995.
36. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of mental and behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva, 1993.
37. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
38. Palacin C. Traducción y adaptación transcultural al español del instrumento de evaluación CIDI 2000. Manuscrito pendiente de publicación.
39. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 1979; 134:382-9.