

Los estudios comunitarios de Salud Mental. Su diseño y método

**J. F. DIEZ MANRIQUE
R. GRACIA QUINTANAL
J. L. VAZQUEZ BARQUERO**

Dadas las dificultades metodológicas de los estudios de incidencia, la epidemiología psiquiátrica viene centrando sus esfuerzos en los estudios de prevalencia, de metodología más sencilla y que no exigen la existencia de elevadas estructuras socio-asistenciales sobre las que basarse. Por otra parte, este tipo de estudios permiten conocer con gran precisión la problemática real de la patología psiquiátrica (COOPER, B.; MORGAN, H. G., y SHEPHERD, M., 1973; PLUNKETT, R. J. y GORDON, J. E., 1960).

Los estudios hechos sobre las poblaciones en tratamiento, de metodología sencilla, son escasamente fiables para el conocimiento de los problemas reales de la comunidad estudiada (VAZQUEZ BARQUERO, J. L., 1979). Esto viene determinado porque el establecimiento del contacto con las agencias médicas y su utilización dependen de otras muchas variables además de la existencia o no de patología (DÍEZ MANRIQUE, J. F. et al. 1980).

De lo expuesto parece deducirse que los estudios comunitarios de morbilidad, se perfilan como los más adecuados (facilidades metodológicas y fiabilidad) para el conocimiento de la morbilidad psiquiátrica y sus relaciones con la estructura social en la que asienta.

Las posibilidades de estudios comunitarios son a su vez múltiples y dependen de factores como el tamaño de la muestra, la duración del estudio, la relación con el presente, la actuación sobre el medio y la profundidad del análisis realizado

sobre los datos. Cada uno de estos factores se escalonan entre dos posibilidades extremas que resumimos en la tabla I.

Vemos en el esquema que las posibilidades de los estudios en relación con el tiempo se sitúan en los cuadros centrales y ofrecen tres combinaciones posibles: longitudinales prospectivos, longitudinales retrospectivos y transversales.

Los estudios longitudinales prospectivos parten de una primera valoración y siguen a los individuos evaluándolos periódicamente. Este tipo de trabajo ofrecen varias ventajas:

- 1.º Permite el estudio de índices de morbilidad como la incidencia, o la vida media de la patología.
- 2.º Permite realizar análisis casi-experimentales.
- 3.º Permite conocer la evolución natural de las enfermedades.
- 4.º Son los más adecuados, en definitiva, para los estudios etiopatogénicos y evolutivos.

Sus limitaciones, sin embargo, son muy importantes. Ha de contarse con unas estructuras socio-sanitarias muy desarrolladas o montar para el propio estudio unos medios cuyos costos son muy elevados.

Los estudios longitudinales retrospectivos parten de la patología actual buscando en el tiempo la «biografía» de los casos. Las dificultades para la obtención de datos limitan seriamente este tipo de tra-

bajos, imprescindibles sin embargo, para aspectos muy concretos como pueden serlo las enfermedades de transmisión familiar.

Los estudios transversales, investigan la extensión y características de la patología mental existente en un momento concreto en la comunidad.

Las ventajas de este tipo de trabajos se concretan en que:

- 1.º Son muy adecuados para medir la prevalencia.
- 2.º No requieren un alto nivel organizativo sanitario previo, ni una sensibilización del medio.
- 3.º Sus costos son bajos, comparados con los necesarios para otro tipo de estudios.

Sus limitaciones vienen dadas porque mediante ellos no puede determinarse la incidencia ni los aspectos evolutivos de la patología.

Por lo que se refiere a la profundidad, en psiquiatría los estudios experimentales a nivel comunitario, prescindiendo de condicionamientos éticos, son prácticamente imposibles ya que las variables que determinan el enfermar son múltiples y las etiologías concretas son desconocidas en la mayoría de los casos. Su realidad queda limitada a la posibilidad de algunos estudios longitudinales prospectivos, en los que pueden introducirse intervenciones (prevención, terapia) entre dos evaluaciones y estudiar la modificación de algunas variables aisladas.

Según los tamaños hemos diferenciado los trabajos de casos y los de población. Los primeros son muy útiles para la definición (variables influyentes, causas posibles, evolución, etc.) de entidades patológicas concretas, pero escasamente útiles por razones obvias para los estudios comunitarios.

Los estudios de población pueden dividirse en dos grupos dependiendo de que la investigación se realice sobre el total de la comunidad o sobre una muestra de ella.

Los primeros sólo son posibles en áreas muy reducidas como sucede en el estudio de BREMER (1950) y aunque consiguen profundizar en la comprensión de los factores ambientales, como ningún otro tipo de estudio, su grave inconveniente es que carecen de representatividad impidiendo generalizaciones.

Finalmente, tenemos los estudios muestrales. Consiguen el análisis de núcleos extensos de población permitiendo generalizaciones, siempre que las muestras sean representativas. Para ello se recurre a la elección de áreas socio-geográficas representativas de colectivos más amplios y dentro de dicha área a una muestra representativa de su población.

Después del análisis de ventajas e inconvenientes de los distintos tipos de estrategias, si extraemos los que ofrecen mayores posibilidades para los estudios comunitarios serían los subrayados en el esquema: *muestrales, transversales y descriptivos*.

Existen cuadros psiquiátricos de morbilidad reducida lo que obliga a trabajar con muestras amplias de la población a estudiar. Si el estudio se realiza directamente nos vemos obligados a pasar los instrumentos diagnósticos que hemos elegido para detectar la patología, a un número muy elevado de personas. Esto supone un gran esfuerzo en tiempo y en costos y exige además realizar el trabajo con personal cualificado capaz de «diagnosticar» lo que exige unos equipos de gran desarrollo.

Este tipo de inconveniente trata de ser obviado por dos caminos:

- 1.º Utilizando entrevistas muy estructuradas y capaces de ser administradas por personal de escasa cualificación técnica, previo, por supuesto, un entrenamiento en el manejo de la entrevista. El ejemplo de esta estrategia es la utilización del DIS. (ROBINS, L.: HELZER, J. & CROUGHAM, J. L., 1979).

Con estos procedimientos se obvian algunas dificultades pero siempre nos vemos obligados al estudio de un gran número de sujetos que no tienen patología.

- 2.º Un segundo camino sería la realización del estudio en dos fases (*screening* y estudio psiquiátrico). Esta fórmula elimina los dos inconvenientes a que hacíamos referencia. En la primera fase, mediante procedimientos fiables de despistaje selecciona una muestra, que es estudiada psiquiátricamente en la fase segunda.

Consideramos este procedimiento como uno de los más convenientes para un estudio comunitario de salud mental y a él vamos a dedicar nuestra atención.

1. ESTUDIOS TRANSVERSALES EN DOS FASES

La metodología final y los conceptos teóricos ya fueron publicados por uno de nosotros (VÁZQUEZ BARQUERO, 1980).

Precisaremos aquí los pasos metodológicos, que pueden dividirse en tres apartados delimitados en el tiempo:

- 1.º Definición de medios.
- 2.º Fase preparatoria.
- 3.º Fase de realización.

1.1. Definición de medios

Los medios que han de ser tenidos en cuenta en un estudio comunitario de este tipo son:

- Población a estudiar.
- Instrumentos.
- Equipos.
- Presupuestos.

1.1.1. Delimitación de la población

Ha de ser definida en razón de lo expuesto al hablar de los tamaños muestra-

les. Hay que descender de poblaciones globales a la delimitación de áreas socio-culturales diferenciadas y elegir de entre éstas las más representativas descendiendo en tamaño hasta llegar al límite de nuestras posibilidades metodológicas (presupuestos, equipos, tiempo). Si esta reducción numérica rebasa ciertos límites hay que plantearse la conveniencia o no del estudio porque si éste pierde representatividad, y por tanto capacidad de generalización de los resultados, hay que valorar la rentabilidad del mismo. Ha de cuidarse, por tanto, que en cada nivel de elaboración muestral se elijan poblaciones realmente representativas.

Una vez delimitada el área hay que buscar las fuentes de donde extraer los sujetos a estudio. Debe asegurarse que se cuenta con censos de población o archivos lo suficientemente bien elaborados. A partir de ellos y por el procedimiento de números aleatorios, u otro que evite sesgos, se procede a la concreción de los sujetos a estudiar y se elabora el fichero de datos de localización, lo más precisos posibles.

1.1.2. Instrumentos

Pueden utilizarse instrumentos adaptados o de propia creación y validarlos en el curso del trabajo mediante grupos control y la utilización de instrumentos ya validados. Este sistema ofrece el inconveniente del trabajo adicional que supone la validación y reserva, su utilidad para la elaboración de nuevos instrumentos.

El ideal es partir de instrumentos perfectamente validados.

1.1.2.1. Instrumentos de «screening»

Existen varios instrumentos que pueden ser utilizados para detectar «casos» susceptibles de ser estudiados en una segunda fase.

Entre los instrumentos más utilizados figuran el *Cornell Medical Index*, cuestio-

nario diseñado para el despistaje de patología orgánica y psíquica (BRODMAN, K. y col., 1949, 1951, 1974; BROW, A. C. y GRY, J., 1962; CERDA, E., 1957).

Existen instrumentos de *screening* utilizables para la detección de problemas específicos como puede serlo el *Beck Depression Inventory* para la depresión o el *test de despistaje de Michigan* (MAST) para el alcoholismo (SELZER, M. L., 1971).

El instrumento, quizá más universal, por sus rendimientos y la amplitud de validaciones a que ha sido sometido es el cuestionario de Salud General (G.H.Q.). Diseñado por GOLDBERG (1970, 1972) posee unos altos niveles de sensibilidad y especificidad y ha sido validado para nuestro medio (MUÑOZ, P. E. y col.).

En cualquier caso la elección de un instrumento debe venir determinada por el tipo de estudio a realizar pero teniendo siempre en cuenta su validez, probada por su grado de sensibilidad y especificidad.

1.1.2.2. *Instrumentos de estudio psiquiátrico*

Para el estudio psiquiátrico de la segunda fase ha de recurrirse a historias estructuradas ya que la utilización de formas abiertas no garantizan niveles de fiabilidad adecuados (SHEPHERD, M. y col., 1966); niveles que sí son alcanzados por las primeras (COOPER y MORGAN, 1973). Los instrumentos elaborados para este fin han sido varios. Pasamos revista a las más utilizadas:

El *Psychiatric Status Schedule*. Fue elaborado por SPITZER, R. L. y col., y ha sufrido un proceso de sucesivas mejoras (SPITZER y col., 1964, 1967, 1969, 1970) hasta llegar a su análisis factorial que ha permitido delimitar en él escalas sintomatológicas (ENDICOTT y SPITZER, 1972). Posiblemente su único defecto sea la carencia de precisión en las evaluaciones psicopatológicas de los síntomas descritos por el paciente, que no han sido suficientemente operativizados.

El *Clinical Interview Schedule*. Elaborado por GOLDBERG y col. (1970) es un instrumento que sólo adolece de la ausencia de un programa que permita el análisis computarizado de sus datos.

El A.M.P.D. Además de los apartados dedicados a la anamnesis y explotación psicopatológica, posee uno dedicado a la explotación somática. Es un instrumento elaborado por un colectivo encabezado por ANGST, J., introducido en nuestro país por LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J. (1980).

Recoge datos que de lo somático a lo social puedan ayudar a componer una historia comprensiva del enfermo. La valoración de los aspectos sociales se ajusta a modelos conocidos (Indicadores sociales de ZAPF, W., 1974; acontecimientos vitales de DONOVAN y cols. (1975).

Es un instrumento que conjuga la posibilidad de su utilización en estudios de investigación epidemiológica con su uso clínico.

La *Historia Clínica Unificada* (H.C.U.). Se trata de una historia clínica semiestructurada que aúna la inclusión de datos codificados y muy bien operativizados, con la posibilidad de recoger opiniones que se pierden en las historias totalmente estructuradas.

Elaborada por LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J. (1981), se ha utilizado en nuestro país como instrumento clínico y de investigación para el estudio de las repercusiones psiquiátricas del síndrome tóxico.

El *Present State Examination* (P.S.E.). Instrumento elaborado por WING, J. K.; COOPER, J. E., y SARTORIUS, N. (1974).

Es un instrumento del que se posee amplia experiencia y fue utilizado por LIN, T. Y. y SARTORIUS, N. (1973) en el estudio piloto internacional de la esquizofrenia.

Aunque posee algunos inconvenientes (escasa sensibilidad para problemas demenciales, alcohólicos y cuadros psicóticos defectuales crónicos) es un instrumento altamente cualificado y que permite el análisis de sus datos mediante el programa CATEGO.

Todos los instrumentos referidos hasta aquí han de ser aplicados por técnicos,

concedores de la psicopatología y con cierta experiencia clínica y es condición imprescindible el entrenamiento específico para la utilización de cada uno de ellos, exigiéndose además un proceso con pruebas que garanticen una fiabilidad en los criterios de utilización entre los distintos jueces.

Existe un instrumento para cuya utilización no se exige una capacitación psicopatológica. Las conductas están perfectamente operativizadas y puede ser administrado por personal no técnico, debidamente entrenado. Nos referimos al D.I.S., al que ya hicimos referencia.

La facilidad de su aplicación lo hace útil para estudios epidemiológicos, sin necesidad de utilizar dos fases.

1.1.3. Equipos

Un estudio epidemiológico sólo es posible contando con un equipo básico que se plantee el estudio como uno de sus objetivos. La dedicación que exigen estos trabajos obliga a una exclusividad o bien a contar con un equipo en que las tareas puedan complementarse y suplirse.

1.1.3.1. Equipos para la fase de «screening»

Al no exigirse una capacitación psicopatológica puede partirse de encuestadores profesionales y existen empresas dedicadas a este tipo de trabajos.

Otra posibilidad es entrenar a personas con intereses profesionales en este tipo de tareas y en períodos de formación. En nuestra experiencia, los universitarios de últimos cursos (motivados) pueden constituir equipos cuya profesionalidad y entusiasmo son muy difíciles de igualar. Esto permite además, introducir a estos futuros profesionales en el campo de la investigación complementando una formación en la que, en algunos casos, no habrán sido iniciados.

Los equipos deben estar muy bien delimitados en cuanto al número de sus componentes, supervisiones, etc.

1.1.3.2. Equipos para la fase de entrevista psiquiátrica

Ha de contarse con el número suficiente de psiquiatras dispuestos a realizar en un corto tiempo esta segunda fase y a someterse al entrenamiento previo de aprendizaje y utilización correcta del instrumento elegido.

1.1.4. Presupuesto

Aunque reseñado en último lugar es una variable determinante en la metodología y sólo contando con un presupuesto adecuado pueden planificarse los medios.

1.2. Fase preparatoria

Durante esta fase han de perfilarse:

El calendario.

Organización de estructuras de trabajo.

Entrenamiento de los equipos.

Prueba de instrumentos.

Sensibilización de la población.

1.2.1. Elaboración del calendario

Es decisivo, en estudios de este tipo, tener bien definidos los ritmos de trabajo ajustados a tiempos muy concretos.

En el calendario deben delimitarse los tiempos (como es lógico), además de los lugares de reunión y las personas responsables de tareas concretas.

Aunque el trabajo epidemiológico suele y debe ser un trabajo entusiasta y poco rígido, es muy importante ser estricto en el marco temporo-espacial pues da a los equipos el clima para realizar las tareas con la precisión que exige todo trabajo de investigación.

A título de ejemplo reproducimos en la tabla II el calendario del Estudio Comunitario de Salud de Cantabria (Zona Costera): DIEZ MANRIQUE, J. F.; VÁZQUEZ BARQUERO, J. L. y EQUIPO (1983).

No constan en él, como puede verse, una fase de preparación de instrumentos que en este momento, ya estaban elaborados ni el trabajo de elección de zonas.

1.2.2. Organización de las estructuras de trabajo

Debe quedar claramente definido qué personas son las responsables de las tareas concretas en cada fase, su precisa localización, canales de comunicación y esquemas de control.

En trabajos muestrales amplios es una buena medida la supervisión diaria de los datos para constatar errores.

Debe quedar asegurado un mecanismo que permita el intercambio de información entre los equipos a fin de subsanar dificultades comunes o específicas.

1.2.3. Entrenamiento de los equipos

1.2.3.1. Equipos de la fase de «screening»

A pesar de que suele tratarse de instrumentos de fácil aplicación (incluso autoaplicados), los entrevistadores han de ser entrenados en técnicas de entrevista y en el uso concreto de cada uno de los cuestionarios. El disponer de equipos de video o espejos unidireccionales facilita mucho esta tarea.

1.2.3.2. Equipo psiquiátrico

Ha de entrenarse hasta conseguir una fiabilidad en la técnica de la propia entrevista (preguntas y manera de conducir la entrevista). En segundo lugar ha de entrenarse hasta conseguir una fiabilidad en la valoración de cada *ítems* y finalmente ha

de conseguirse un entrenamiento que garantice unos diagnósticos comunes.

Algunos de los instrumentos a los que hemos hecho referencia, además de poseer manuales y códigos precisos, poseen también programas específicos de formación y entrenamiento en su uso.

1.2.4. Prueba de instrumentos

Aunque ya hemos dicho que debe partirse de instrumentos lo más universales posibles y de probada fiabilidad, muchas veces ha de recurrirse a traducciones o adaptación de instrumentos probados en otras áreas socio-culturales. Ello exige, a veces, introducir giros del lenguaje que los hagan comprensibles a la población con la que se va a trabajar.

Conviene en estos casos, antes de la utilización definitiva de un cuestionario, probarlo con una población testigo, lo más homogénea a la del proyecto, para subsanar en este momento las posibles deficiencias de estas adaptaciones. Esta fase de revisión de instrumentos, sirve además de entrenamiento a los entrevistadores antes de pasar definitivamente al trabajo de campo.

1.2.5. Sensibilización de la población

El conseguir un mínimo de rechazos está relacionado con el grado de conciencia y la motivación de la población a estudiar.

Los programas de sensibilización han de aprovechar los canales de comunicación y las vías naturales de influencia de la comunidad.

La elección de «figuras significativas» y cuáles, es una estrategia que debe ser meditada muy minuciosamente antes de su aplicación.

Cuando en la comunidad existen tensiones (sociales, políticas, religiosas, etc.) es preferible utilizar las fuentes de información más «asépticas» y neutrales posibles.

De todas formas debe quedar claro en el proceso informativo, qué tipo de colaboración se pide y cuáles son los objetivos reales del estudio, todo ello expuesto de una manera perfectamente asequible para el nivel medio de comprensión de la comunidad a estudiar.

1.3. Fase de realización

La fase de realización debe cubrir las siguientes etapas:

Distribución de equipos en campo.

Trabajo de campo de *screening* (entrevistas).

Obtención y análisis de datos.

Elaboración de listas para la entrevista psiquiátrica.

Entrevistas psiquiátricas.

Obtención y análisis de datos.

Elaboración de resultados.

1.3.1. Distribución de los equipos en el campo

Los equipos deben distribuirse en áreas concretas con listas y mapas de localización precisos.

Hay que aprovechar los factores dinámicos grupales que favorecen la cohesión y la actividad, cuidando de corregir los mecanismos desintegradores (rivalidades, celos, etc.).

Una cierta competencia entre equipos puede ser un estímulo para el trabajo, pero ha de cuidarse que esta competencia no degenera en una rivalidad por ver quién consigue mayor número de entrevistas, perdiéndose el clima de tranquilidad y rigidez metodológica que la entrevista debe tener.

Ya dijimos que cada equipo debe contar con coordinadores que supervisen los datos diariamente.

Es importante que en estas tareas estén directamente implicados los creadores de los proyectos.

1.3.2. Trabajo de campo. *Screening*

Se procede a realizar las entrevistas anotando cuidadosamente los rechazos, que serán investigados de forma indirecta (médicos locales, ayuntamientos, etc.) y sustituidos por las personas que a tal fin figurarán en los listados.

1.3.3. Obtención y análisis de datos

Los instrumentos de *screening* no determinan un diagnóstico psiquiátrico. Lo que hacen es dividir a la población en dos grupos en función de la probabilidad de padecer o no patología psiquiátrica. El diagnóstico concreto es la función de la fase de entrevista psiquiátrica, en la que se trabajará ya sólo con aquellas personas que obtuvieron puntuaciones altas en esta primera fase.

La línea de corte a partir de la cual seleccionamos los sujetos para la segunda fase depende de la validación previa del instrumento y de los objetivos del estudio.

Los instrumentos bien validados poseen una línea de corte definidas para poblaciones concretas. Si el estudio a realizar lo es en poblaciones de características homogéneas a aquellas en que se realizó la validación, basta con aceptar las cifras establecidas.

Los objetivos del estudio pueden también determinar la línea de corte dada a las puntuaciones. Si pretendemos la inclusión de «todos» los casos patológicos las líneas de corte han de ser bajas y deberemos estudiar en la segunda fase muchos falsos positivos para lo que debemos disponer de presupuestos y equipos que realicen este trabajo. Si nuestro interés fuera el estudio de una población patológica muy homogénea conformándonos con incluir a porcentajes altos de supuestos patológicos, a sabiendas de que nuestro estudio no va a incluir a la totalidad de los casos, nuestros cortes pueden serlo sobre puntuaciones más altas. En este caso dejaremos sin estudiar sujetos «falsos negativos».

En el gráfico I se ejemplifican los resultados que se derivan de los posibles cortes.

Para una población de 99 sujetos en la que existen 27 casos patológicos la línea de corte I (puntuaciones > 8) incluiría a 16 de dichos casos patológicos (59,25 %) y solamente incluiría a 2 falsos positivos (2,59 %) del total de los sujetos sanos.

El corte en el nivel II (puntuaciones > 6) incluiría a 24 de los 27 patológicos (88,88 %) a costa de tener que estudiar en la segunda fase un total de 12 fal-

sos positivos (15,58 %) y perder del estudio 3 casos patológicos (falsos negativos) (11,11 %).

Para asegurar el conocimiento del número de falsos negativos debe estudiarse en la segunda fase un grupo testigo de bajas puntuaciones. Esta estrategia tiene además, como luego veremos, una serie de ventajas adicionales.

Conocida la sensibilidad y especificidad de un instrumento de *screening* se puede predecir la prevalencia probable, ya en esta fase, a partir de su línea de corte.

$$\text{Prevalencia probable} = \frac{\text{P.A.} - 100 - \text{E}}{\frac{\text{S}}{100} - \frac{100 - \text{E}}{100}}$$

P.A. = % de puntuaciones altas.

E. = Especificidad.

S. = Sensibilidad.

1.3.4. Elaboración de datos para la entrevista psiquiátrica

Con los datos obtenidos se elaboran las listas para la entrevista psiquiátrica, que deben incluir, como ya hemos dicho, todos los sujetos con puntuaciones altas además de un grupo testigo con puntuaciones bajas. De esta forma tendremos al final de la entrevista los grupos de positivos y negativos verdaderos más los falsos positivos y falsos negativos con lo que podremos hallar por simples reglas de tres las prevalencias reales.

1.3.5. Entrevistas psiquiátricas

Se procede a realizar las entrevistas por

los equipos, debidamente entrenados a tal fin y con el mismo rigor en correcciones y controles a que fue sometida la fase de *screening*.

1.3.6. Obtención y análisis de datos

De las entrevistas se obtendrán los datos que podrán ser estudiados, de acuerdo con las posibilidades de análisis de cada instrumento.

Finalmente se procede a la elaboración de los resultados como fase última del estudio.

Tabla I

MORBILIDAD: TIPO DE ESTUDIOS

	+	-
Según el tamaño de la muestra	De población total y MUESTRALES	Casos control
Según la duración del estudio	Longitudinales Seguidos	TRANSVERSALES
Según la relación con el presente	Prospectivos	Retrospectivos
Según la profundidad analítica	Experimentales	DESCRIPTIVOS

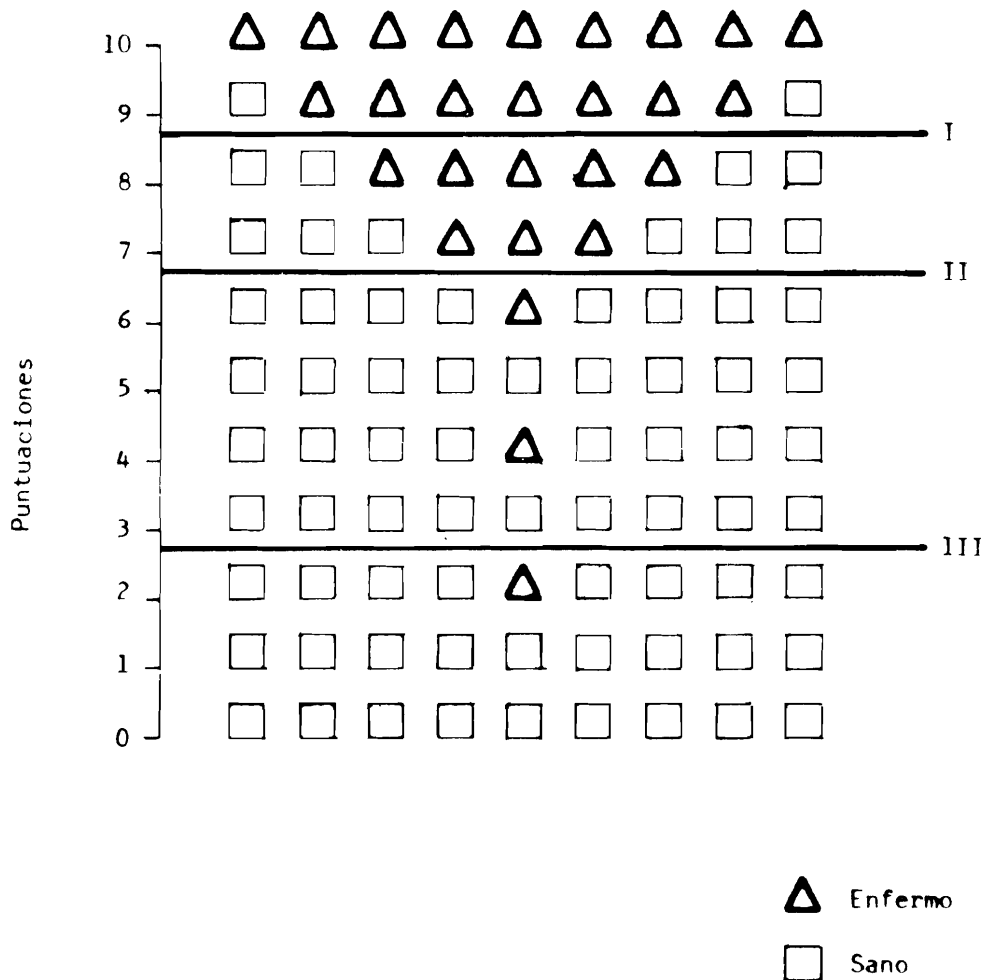
Tabla II

CALENDARIO DE ACTIVIDADES (FASES DE REALIZACIÓN) DEL ESTUDIO COMUNITARIO DE SALUD DE CANTABRIA (ZONA COSTERA)

Año 1982

Area	Actividad	Tareas a desarrollar	Fecha	Hora	Participantes
PREPARACION DE MATERIAL	Cuestionarios	Revisión del material por el equipo	21-26/VI		Todo el equipo
		Sugerencias	28/VI	8,30	Todo el equipo
		Paso a limpio del material	28/VI-3/VII		Secretarias Diez Manrique Vázquez Peña
		Fotocopias (50)	10/VII		
		Diseño para imprenta	15/VII		
Fichas individuales de datos estadísticos	21-26/VI	12-15	Diez Manrique/ Vázquez/Peña		
PREPARACION DE MUESTRA	Censos y Muestra	Visita Ayuntamientos Mapas de localización Estudio de distribución demográfica Selección y listado de muestra	5-17/VII		Diez Manrique/ Peña/ Vázquez/ Samaniego
		Listados y fichas definitivas	19-24/VII		Equipo entevist.
PREPARACION ENTREVISTADO	Elección	Entrevista con preinscritos y contratos	14/VI 21-28/VI	9-12 9,30-12	Diez Manrique/ Vázquez
	Entrenamiento	Trabajo con fotocopias del material original	1-15/VII	9-14	Todo el equipo
ESTUDIO DE CAMPO	Preparación	Pueblo. Sensibilización autoridades	13-18/IX		Diez Manrique/Peña/ Samaniego/ Vázquez
		Pueblo. Junta de vecinos	20-25/IX	9-14	Entrevistadores
		Entrevistadores: Reciclaje y formación de grupos	25-30/IX		
		Entrev. psiq. reciclaje Wíng	25-30/IX		Equipo psiquiátrico
	Screening	Realización en campo	Octubre		Equipos
	Análisis	Discriminación de casos y prepar. de casos para la 2.ª fase	1-15/XI		Diez Manrique/Peña/ Vázquez
Entrevista psiquiátrica	Estudio en campo de casos supuestamente patológicos	15-30/XI		Equipo psiquiátrico	

Gráfico I
CONSECUENCIAS DE ADOPCION DE DISTINTAS LINEAS DE CORTE
(I, II, III)



BIBLIOGRAFIA

1. BREMER, J.: «A social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway». *Acta Psychiat. et Neurol. Scandinavica*. Supp. n.º 62. 1950.
2. BRODMAN, K.; ERDMANN, A. J.; LORGE, I. & WOLFF, H. G.: «The Cornell Medical Index: An adjunct to Medical interview». *J. Amer. Med. Ass.* 140 (530-534). 1949.
3. BRODMAN, K.; ERDMANN, A. J.; LORGE, I. & WOLFF, H. G.: «The Cornell Medical Index: Health Questionnaire II, a diagnostic Instrument». *J. Amer. Med. Ass.* 145 (152-157). 1951.
4. BRODMAN, K.; ERDMANN, A. J. & WOLFF, H. G.: «The Cornell Medical Index: Health Questionnaire Manual». *Cornell University Medical College*. New York. 1974.
5. BROW, A. C. & GRY, J.: «The Cornell Medical Index Health Questionnaire in the identification of neurotic patients in general practice». *J. Psychosom. Med. Rev.* 6 (185-190). 1962.
6. CERDA, E.: «Validación del Cornell Index FN2 en sujetos españoles». *Rev. de Psicol. Gral. y Aplicada*. Vol. 12 (757-776). 1957.
7. COOPER, B.; MORGAN, H. G., y SHEPHERD, M.: «Epidemiological Psychiatry». *Charles C. Thomas Publishers*. London. 1973.
8. DIEZ MANRIQUE, J. F.; GUILLEN ACEDO, J.; LEQUERICA PUENTE, J.; LIAÑO RINCÓN, A.; MENÉNDEZ ARANGO, J.; PEÑA MARTÍN, C.; SAMANIEGO RODRÍGUEZ, C. y VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.: «La urgencia psiquiátrica». *Rev. de Psiquiat. y Psicol. Med.* Vol. XVII. N.º 7 (135-151).
9. DIEZ MANRIQUE, J. F.; VÁZQUEZ BARQUERO, J. L. y EQUIPO: «Análisis preliminar de resultados. Estudio Comunitario de Salud de Cantabria (Zona Costera)». Ponencias y comunicaciones al XV Congreso Nacional de Psiquiatría. Jaca, 7-11 de febrero de 1983.
10. DONOVAN, J. M.; DRESSLER, D. M.; GELLER, R. A.: «Psychiatric crisis». *J. Neur. Ment. Dis.* 161 (172-179). 1975.
11. ENDICOTT, J. & SPITZER, R. L.: «Another rating scale: The psychiatric evaluation form». *J. Ner. Men Dis.* 154 (88-104). 1972.
12. GOLDBERG, D. P. y col.: «A standardized Psychiatric Interview for use in community surveys». *Brit. J. of Prevent & Social Med.* Vol. 24 (18-23). 1970.
13. GOLDBERG, D. P.: «The detection of Psychiatric illness by Questionnaire». *Oxford University Press*. London, 1972.
14. LIN, T. Y. & SARTORIUS, N.: «Report of the International Pilot Study of Schizophrenia». *World Health Organization*. Geneva, 1973.
15. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: «El sistema A.M.P.D. Manual para la documentación de los hallazgos psiquiátricos de la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría». *Edit. Garsi*. Madrid, 1980.
16. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: «Historia Clínica Unificada». *Editorial Garsi*. Madrid, 1981.
17. MUÑOZ, P. E. y otros: «Adaptación española del General Health Questionnaire de D. P. Goldberg». *Arch. de Neurobiología*, 42 (2) (139-158). 1979.
18. PLUNKETT, R. F. y GORDON, J. E.: «Epidemiology and mental illness». Monograph series n.º 6. *Basic Books*. New York. 1960.
19. ROBINS, L., HELZER, V. & CROUGHAM, J. L.: «NIMH. Diagnostic Interview Schedule». *National Institute of Mental Health*. Bethesda (1979).
20. SELZER, M. L.: «The Michigan Alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic Instrument». *Am. J. Psychiatry*. 127. 1643 (16-58). 1971.
21. SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C. & KALTON, G.: «Psychiatric Morbidity in General Practice». *Oxford University Press*. Oxford. 1966.
22. SPITZER, R. L.; FLEISS, J. L.; BURDOCK, E. & HARDESTY, A.: «The mental status schedule: rationale, reliability and validity». *Comp. Psychiat.* 5, 384. 1964.
23. SPITZER, R. L. y col.: «Instruments and recording forms for evaluating psychiatric states and history». *Comprehensive Psychiatry*. 8 (321-332). 1967.
24. SPITZER, R. L. y col.: «Diagno. II. Further developments in a computer program for psychiatric diagnosis». *Am. J. of Psychiatry*. 125 (supl.) (12-21). 1969.
25. SPITZER, R. L. y col.: «The psychiatric Status Schedule: A technique for evaluating Psychopathology and impairment in Role Functioning». *Arch. Gen. Psychiat.* 23 (41-55).
26. VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.: «Metodología de la investigación epidemiológica psiquiátrica. Los estudios transversales en dos fases, de la comunidad». *Rev. de Psiq. y Psicol. Med.* T. XIV. N.º 7 (153-162). 1980.
27. WING, J. K.; COOPER, J. E.; SARTORIUS, N.: «The measurement and clasification of Psychiatric symptoms». *Cambridge University Press*. London, 1974.
28. ZAPF, W.: «2. Arbeitskonferenz Soziale Indikatoren, Berichte und Diskussionem». *Manheim, Campus*. 1974.