

**CONDICIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS
PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO
TERRITORIAL DE SALUD MENTAL EN
SANTA FE DE BOGOTÁ**

DIEGO MAURICIO APONTE

Psiquiatra. Programa de Salud Mental Hospital Tunjuelito

ORLANDO SCOPPETTA

Psicólogo. Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud

LUIS ARTEMIO GONZÁLEZ

Psicólogo

PABLO ALFONSO SANABRIA

Psicólogo

NISME YURANI PINEDA

Psicóloga, maestría en educación

CARLOS PARDO

Psicólogo, maestría en evaluación en educación y en educación

MARTHA ROCHA

Psicóloga, maestría en educación

NORMA RUBIANO

Socióloga

AMANDA SOTO

Estadística



CORRESPONDENCIA

mauricioaponte@laciudad.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se basa en la experiencia piloto de salud mental que se realiza en Tunjuelito (Centro de Salud Mental Comunitaria San Benito) y pretende determinar las condiciones teórico-metodológicas para un diagnóstico de salud mental en Santa Fe de Bogotá.

OBJETIVO

Establecer una metodología para describir el estado de salud mental y explorar las variables asociadas a los indicadores propuestos mediante estrategias cuantitativas y cualitativas.

METODOLOGÍA

Mediante el trabajo interdisciplinario de expertos se obtuvieron tanto las definiciones teórico-metodológicas como los resultados finales. La estrategia metodológica general para la obtención de instrumentos cuantitativos y cualitativos tuvo los siguientes procesos: 1. acuerdo y definición de constructos teóricos; 2. definición de variables e indicadores; 3. elaboración de instrumentos experimentales; 4- consulta con grupo de clínicos y equipo; 5. aplicación piloto, y 6. calibración (modelo de Rash para la cuantitativa) y ajuste.

El diseño muestral se plantea como una propuesta costo-efectiva considerando grupos de localidades.

RESULTADOS

El producto final es un análisis del marco teórico, el diseño de la muestra por grupos de localidades que conforman regionales en Bogotá y una metodología que combina técnicas cualitativas y cuantitativas.

CONCLUSIONES

La construcción interdisciplinaria empleando diferentes metodologías mejora la posibilidad de recoger información fiable sobre condiciones de salud mental. La definición de salud mental debe incluir aspectos positivos y no sólo prevalencia de enfermedades.

El diseño muestral por grupos de localidades para estudios de prevalencia aporta al proceso de regionalización del sector salud.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico, salud mental, cualitativo, cuantitativo, localidades.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto tiene como referente empírico la experiencia piloto de salud mental que se realiza en Tunjuelito, en el Centro de Salud Mental Comunitaria de San Benito –Hospital Tunjuelito–, con orientación descentralizada, comunitaria, intersectorial y polivalente, en búsqueda continua de modalidades de intervención acordes con las necesidades de la población. El proyecto hace parte de una nueva perspectiva sobre la salud mental y una renovación del quehacer psiquiátrico, a la luz de las dificultades por las que atraviesa el sector y del compromiso social que debe orientar su desarrollo.

A partir de los estudios de salud mental realizados en Bogotá dentro del contexto de los estudios nacionales (1993-1996) se tomó una distancia crítica tanto teórica como metodológica. Se buscó: a) complementariedad de metodologías cualitativas y cuantitativas, b) aplicación en ámbitos locales, c) inclusión de variables de calidad de vida y otros factores asociados.

La hipótesis básica fue: “A través del diseño de un diagnóstico de salud mental sobre la base de una muestra poblacional definida con demarcación local, con la articulación de métodos cuantitativos y cualitativos, y

con la búsqueda de datos de prevalencia, comportamiento de las alteraciones de la salud mental, factores de riesgo, factores protectores, hábitos culturales y recursos locales, se pueden obtener modelos de investigación en salud mental que aporten mejor información que los estudios cuantitativos centrados en prevalencia de patologías y datos sociodemográficos realizados con diseños muestrales de baja especificidad".

La metodología desarrollada aportará información para una mayor comprensión de las problemáticas psicosociales de la ciudad, observando no sólo la enfermedad, sino también las personas, su entorno, su salud mental y su calidad de vida.

El objetivo general fue establecer una metodología que permita describir el estado de salud mental y explorar las variables asociadas a los indicadores de salud mental en la población de Santa Fe de Bogotá, articulando estrategias cuantitativas y cualitativas.

Los objetivos específicos fueron: a) consolidación de un marco teórico, b) elaboración de instrumentos cuantitativos; c) elaboración de metodología cualitativa, d) diseño muestral.

METODOLOGÍA

El estudio se dividió en áreas de trabajo, por grupos de expertos que conformaron un equipo interdisciplinario. El resultado final refleja el consenso al que se llegó en los diferentes aspectos teóricos y metodológicos. La estrategia metodológica general se resume así: 1- acuerdo y definición de constructos teóricos; 2- definición de variables e indicadores; 3- elaboración de instrumentos experimentales; 4- consulta con grupo de clínicos y equipo; 5- aplicación piloto; 6- calibración y ajuste.

Los instrumentos cuantitativos se obtuvieron teniendo en cuenta eventos clínicos y calidad de vida percibida. El componente de eventos clínicos se elaboró a partir de instrumentos de tamizaje previamente reconocidos y validados (Zung, SRQ y otros), y el de calidad de vida sobre la base de constructos teóricos de salud mental positiva y calidad de vida (1). Se sometieron al juicio de un grupo de expertos clínicos. Posteriormente se

realizó pilotaje y calibración psicométrica con el modelo de Rash (2), teoría de respuesta al ítem (3) obteniendo los instrumentos finales.

Los eventos clínicos, definidos operacionalmente a partir del DSMIV, son: ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos alimentarios, sociopatía, psicosis, manía, hipocondriasis y fobias (4). Los ejes de calidad de vida percibida son: autoaceptación (conocimiento de sí mismo, madurez); adaptación al medio (disposición cognoscitiva y afectiva para adaptarse al entorno); estabilidad socioafectiva (relaciones familiares, sociales, de pareja que implican tanto el afecto que se recibe como el que se da a otros); integridad física (satisfacción de necesidades primarias como alimentación, seguridad); y proyección (oportunidades de actualización que brinda el medio en conjunción con aspiraciones personales de superación que permitan aprovechar esas oportunidades) (5).

Para la estrategia cualitativa las categorías son: I - Factores de riesgo: estrés (situaciones de tensión entre necesidades, intereses, sentimientos y recursos disponibles para satisfacerlos); legitimación-normalización (grado en que el grupo acepta, tolera o identifica como normal una situación lesiva a los derechos de salud mental de individuos y comunidades); experiencias (eventos de la vida cotidiana y de salud mental en los cuales las personas se involucran como protagonistas, espectadores o cooperadores); y 2- Factores de protección: vínculos (6) (relaciones positivas con personas, instituciones, animales, objetos que aumentan autoestima, protegen, aseguran, acompañan, enseñan, cuestionan, crean opciones y cooperan en la construcción de la salud mental); recursos (herramientas, elementos, materiales y no materiales de acceso individual, colectivo o institucional, útiles a la satisfacción de necesidades materiales y no materiales, expectativas, intereses, deseos); y competencias (capacidades físicas: hacer; intelectuales: saber; sociales: relaciones emocionales: sentir, culturales: creer; que permiten a las personas o los grupos reconocer el riesgo, evitarlo, contrarrestarlo, manejarlo o superarlo, minimizando sus efectos destructores).

En cuanto al diseño muestral se discutieron las diferentes alternativas del muestreo con sus ventajas y limitaciones, así como su adecuación al tipo de investigación y de instrumentos. Finalmente, se plantea una propuesta costo-efectiva considerando grupos de localidades de Santa Fe de Bogotá (7).

RESULTADOS

DISEÑO MUESTRAL

Población objetivo: Las personas mayores de ocho y menores de 65 años que habitan la ciudad de Santa Fe de Bogotá, cuya residencia corresponda a estrato socioeconómico 1, 2, 3 ó 4.

Las restricciones de la población objetivo, en cuanto a edad y estrato socioeconómico, obedecen a criterios de costo beneficio, ya que las personas fuera del rango de edad y las que habitan en estratos 5 y 6 tienen tasas de rechazo muy altas, lo cual genera grandes costos en la obtención de la información.

Dominios de estudio y nivel de desagregación requerida (8): Se quiere información útil, con un coeficiente de variación no superior al 5% para aquellos eventos con prevalencias superiores al 10% a nivel de grupos de localidades y de Santa Fe de Bogotá (dominios de estudio). Estos grupos son cuatro, cada uno de ellos conformado por localidades de acuerdo con los criterios de prestación de servicios que tiene la Secretaría de Salud: Noroccidente, con Usaquén, Chapinero, Teusaquillo, Barrios Unidos y Suba. Suroccidente, con Fontibón, Kennedy, Engativá y Bosa. Centro-Oriente, con Santafé, Puente Aranda, Antonio Nariño, Candelaria, San Cristóbal y Los Mártires. Sur-sur, con Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme, Sumapaz y Rafael Uribe.

Sobre la base del análisis de la información concerniente al diseño muestral, y teniendo en cuenta los requerimientos de la investigación, se propone un tamaño de muestra de 10.500 entrevistas distribuidas de la siguiente manera: 2.700 entrevistas en un esquema de 180 secciones y tres manzanas para la localidad noroccidental; 3.000 entrevistas en un esquema de 200 secciones y tres manzanas para la suroriental; 1.800 entrevistas en un esquema de 120 secciones y tres manzanas para la localidad centro oriental; y para la localidad sur-sur 3.000 entrevistas en un esquema de 200 secciones y tres manzanas por sección.

Este tamaño de muestra se debe ajustar teniendo en cuenta una tasa de no respuesta del 30%; entonces, el tamaño de muestra definitivo por

grupo de localidad se calcula multiplicando el tamaño anterior por 1.3, por lo cual se seleccionarían 910 manzanas y 13.650 personas.

Para el estudio cualitativo la población está compuesta por dos categorías de personas: aquellas con eventos de salud mental y aquellas sin eventos. Cada grupo incluye tanto hombres como mujeres distribuidos en cuatro grupos de edad: 5 a 12 años, 12 a 18, 18 a 50 y 50 a 64. Para cada categoría se propone estudiar tres personas. En cada grupo de localidades se tendrá una muestra intencionada de 48 personas. Para los cuatro grupos de localidad se estudiarán 192 personas.

Según las necesidades, pueden incluirse grupos de poblaciones con características específicas.

MARCO TEÓRICO

El marco general en el que se moverá el estudio se apoya en el enfoque positivo de salud así como en el de salutogénesis, pues si se logra entender no sólo el comportamiento de las psicopatologías, sino las condiciones que hacen posible mantener todo aquello que conduce a mejores condiciones de salud y calidad de vida (9), se tendrán elementos para formular políticas y acciones acertadas para la salud mental. Esto sin dejar de lado las perspectivas que definen y explican los trastornos mentales.

Asumir el enfoque positivo de salud y el modelo salutogénico supera los límites impuestos desde el abordaje eminentemente clínico, para dar cabida al entendimiento del proceso salud/enfermedad (10). Estas dos perspectivas destacan los factores sociales, psicológicos y ambientales que determinan tanto las condiciones de salud como las de la enfermedad. El enfoque positivo de salud esclarece los factores que previenen la enfermedad, y los que promueven la salud (5). Los estudios de salud mental abordados desde la perspectiva epidemiológica han aportado al entendimiento de las "enfermedades mentales", pero aún son insuficientes para encontrar las significaciones sociales que les subyacen.

Se introduce también el concepto de calidad de vida, pues al tomar como marco el enfoque positivo de salud, aparecen elementos tales como condiciones del entorno, percepción del mismo, recursos para responder a demandas del medio, etc. El abordaje se hace desde una perspectiva de

desarrollo a escala humana, con una visión dinámica e integral del concepto de calidad de vida (11).

PROUESTA METODOLÓGICA

Los cuestionarios propuestos se encuentran en el Anexo.

Técnicas e instrumentos para el estudio

Se han diseñado seis instrumentos que permiten captar la secuencia de aquellos eventos en la vida de la persona que tienen significado en la construcción de su salud mental, así como los eventos que permiten establecer el balance entre situaciones de riesgo y de protección:

1. Datos generales: El formato para consignación de datos generales permite hacer una descripción de las características sociodemográficas básicas de los entrevistados, a partir de las cuales es posible luego conformar grupos de personas con características similares para efectos de análisis y comparación.

2. Trayectoria de vida: El instrumento básico para la consignación de los eventos a lo largo de la vida de la persona es una matriz que debe ser recorrida por el entrevistador en cada una de las etapas. Se trata de identificar factores de riesgo-protección, con la ayuda de una guía específica.

3. Red de relaciones: La identificación de la red de relaciones familiares, escolares, laborales, institucionales, de amistad y vecindad, la valoración de su desarrollo en términos de crecimiento o contracción y su función, se logra mediante la utilización de un diagrama de cuatro cuadrantes. En cada cuadrante el entrevistado señala las personas o instituciones con las que mantiene relaciones. Luego se le pide que identifique las funciones que cumple cada una de las redes para él.

4. Perspectiva de futuro: Desarrollar una perspectiva de futuro que permita mantener viva la motivación, establecer prioridades y eliminar la incertidumbre se considera un elemento importante en el desarrollo de la salud mental. La identificación de la perspectiva de futuro se logra mediante la realización de un dibujo en que el actor representa su visión de

futuro a corto plazo (un año), a mediano plazo (próximos cinco años) y a largo plazo (próximos diez años). Luego se le pide que comente el significado de la expresión plástica, y el comentario se consigna en hoja aparte.

5. Eventos recientes: Finalmente, la matriz se complementa con la identificación de algunas situaciones presentes de riesgo-protección que permiten hacer el balance presente, que será interpretado a partir de las secuencias anteriores.

6. Registro de salud mental: Para las personas con eventos de salud mental es necesario diligenciar un registro en el que se consignan los eventos más significativos en la trayectoria de la enfermedad, así como la respuesta individual, familiar e institucional.

7. Observación del territorio: Mediante el uso de técnicas de mapas de recursos, riesgo y protección, se establecerán las características del contexto en el que los individuos se desenvuelven.

DISCUSIÓN

Al abordar el tema de la salud mental, y los modos de aproximación a los objetos propios de su campo, se deben considerar los siguientes aspectos: 1- el marco conceptual desde el cual se abordan las problemáticas; 2- los constructos teóricos que se derivan; 3- los métodos e instrumentos para recolectar la información y la coherencia existente entre los instrumentos y los constructos; 4- el alcance de las inferencias y el modelo de análisis de datos; 5- el marco muestral que soporta el estudio; 6- la utilidad social.

En relación con estos aspectos, la información derivada de los estudios disponibles (nacionales) presenta los siguientes problemas:

El marco conceptual desde el cual se ha abordado el tema de la salud mental y los diagnósticos poblacionales realizados es clínico y epidemiológico. Esto limita la comprensión por parte de diferentes actores socia-

les, al tener una versión predominantemente médica del fenómeno de la salud mental.

La salud mental se aborda desde la enfermedad, sin aportar datos en cuanto a los factores asociados y el entorno psicosocial de los individuos.

Los constructos que han hecho parte de estos estudios parten de la psiquiatría clínica y describen las patologías de mayor importancia para la salud pública. Estos constructos son consistentes con un marco conceptual epidemiológico tradicional compartiendo su limitación explicativa.

Los instrumentos utilizados en los estudios nacionales, hacen también parte del inventario de recursos internacionales para la determinación de enfermedades. En el de 1993 se utilizaban instrumentos de tipo tamizaje, y en el de 1996 se utilizó el CIDI II de corte clínico altamente específico. Su coherencia en relación con los constructos explorados (la enfermedad) es adecuada, y su aplicación en los dos casos ha producido resultados de prevalencias esperadas para las distintas enfermedades mentales. Los estudios determinaron algunos factores de riesgo asociados como exposición a violencia o desplazamiento, pero no observaron relaciones complejas entre aspectos clínicos y condiciones de salud mental, ni tampoco se hizo ningún tipo de aproximación cualitativa a las problemáticas.

Dentro de la crítica metodológica, es cuestionable la realización de inferencias válidas acerca de factores de riesgo y protección con el cruce de variables de información sociodemográfica y clínica, partiendo de una metodología cuantitativa.

Los estudios de salud mental realizados hasta el momento en el ámbito nacional han tenido en cuenta la realización de muestras intencionadas por regiones, considerando en este sentido a Santa Fe de Bogotá: es indudable que puede haber diseños muestrales más adecuados a la complejidad de la ciudad, optimizando rendimientos y eficiencia, y aportando a las políticas de descentralización.

La utilidad social es limitada pues los datos estadísticos de las distintas enfermedades son insuficientes para dar ideas de la salud mental o de la calidad de vida de las comunidades.

Desde el punto de vista teórico y metodológico, los resultados obtenidos en el presente estudio apuntan hacia un importante viraje en los estudios poblacionales de salud mental, mejorando y cualificando el tipo

de información que pueda lograrse sobre las condiciones de salud mental, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: el estudio, a) se enmarca dentro de la concepción de salud mental positiva-salutogénesis-calidad de vida; b) retoma el aspecto de la nosografía y la epidemiología psiquiátrica con instrumentos de tamizaje, revisados y calibrados mediante modelos psicométricos actualizados (Rash), y c) explora de manera complementaria, desde la perspectiva cualitativa, la dinámica salud-enfermedad en la esfera de lo psicoemocional.

Los constructos parten no solamente de la versión psiquiátrica de enfermedad, sino que se complementan con categorías cualitativas que exploran condiciones de protección y riesgo, y conceptos de calidad de vida percibida basados en ejes de interacción del sujeto con su entorno.

Los factores de riesgo y protección quedarán establecidos por medio de la metodología cualitativa que permitirá la profundización de estos aspectos a través de trayectorias de vida y mapas de riesgo. Se superará en este sentido la concepción del abordaje de los factores de riesgo y protección que han realizado los estudios anteriores.

La muestra final se hará estrictamente para la ciudad de Santa Fe de Bogotá, y sobre la base de los grupos de localidades que actualmente conforman las regionales para el desarrollo de políticas de servicios de la Secretaría Distrital de Salud.

La calidad y cualificación de la información esperada será de gran utilidad social pues dará mayor comprensión de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad mental, y de los modos de ser de los habitantes de Santa Fe de Bogotá. Será el primer estudio con indicadores de calidad de vida desde una perspectiva de relación individuo-entorno.

En términos generales, establecer desde las perspectivas planteadas las condiciones de salud mental de las personas que viven en Santa Fe de Bogotá hará posible no sólo la planeación de programas y acciones desde el sector salud dirigidas a las poblaciones con problemas mentales, sino que permitirá también a la ciudadanía, la opinión pública, los actores sociales e institucionales, las autoridades centrales y locales, emprender políticas de gobierno y acciones concretas que contemplen el bienestar; la calidad de vida y la salud mental de la población.

La Secretaría Distrital de Salud tendrá la oportunidad de llevar a cabo un estudio con una metodología piloto que puede aportar también en

los niveles nacional e internacional en el tema de los estudios poblacionales de salud mental.

CONCLUSIONES

La construcción interdisciplinaria de la metodología de investigación, asegura complementariedad suficiente entre técnicas cualitativas y cuantitativas, para obtener información de mayor complejidad y profundidad acerca de las condiciones de salud mental de la población de Santa Fe de Bogotá.

Los ejes de análisis utilizados para el desarrollo de la metodología, es decir; las condiciones de la persona, no de la enfermedad, y la salud mental positiva, sin excluir la prevalencia de eventos psicopatológicos, aportan una modalidad particular e innovadora para el estudio de la salud mental en poblaciones.

La metodología obtenida apunta a superar los estudios de salud mental realizados hasta ahora en el ámbito distrital y nacional, al aportar datos de eventos psicopatológicos, calidad de vida y factores relacionados, mediante el uso de técnicas diversas y complementarias, criterios de costo-efectividad y uso de modelos matemáticos innovadores en la psicometría.

El diseño muestral por grupos de localidad para estudios de prevalencia aporta también un avance importante en estudios de salud, acorde con las nuevas políticas de regionalización y descentralización del sector en Santa Fe de Bogotá.

ANEXO

INSTRUMENTOS DE PREVALENCIA DE EVENTOS CLÍNICOS

A continuación encuentra una serie de preguntas que indagan por la forma como usted se ha sentido en los últimos meses. Debe contestar Sí o NO, según sea su caso.

Ansiedad

- ¿Se ha sentido usted últimamente más intranquilo?
- ¿Se ha sentido irritable o malgeniado?
- ¿Ha sentido que le tiemblan los pies y/o manos?
- ¿Ha sentido dolores de espalda, cuello y/o cabeza?
- ¿Se ha sentido calmado y que puede mantenerse tranquilo?
- ¿Se ha desmayado o ha sentido que se va a desmayar?
- ¿Ha sentido hormigueo o que se le duermen los dedos?
- ¿Se ha puesto rojo con frecuencia?
- ¿Al levantarse en la mañana se siente cansado con la sensación de no haber dormido bien?
- ¿Cuando va a dormir piensa en todas las dificultades que se le han presentado? ¿Su apetito ha cambiado últimamente?
- ¿Ha tomado algo para conciliar el sueño?

Depresión

- ¿Tiene con frecuencia deseos de llorar?
- ¿Tiene problemas con el sueño?
- ¿Su apetito es igual que antes?
- ¿Nota que está perdiendo o ganando peso?
- ¿Está más malgeniado que de costumbre?
- ¿Siente que los demás estarían mejor sin usted?
- ¿Se siente cansado(a) la mayor parte del día?
- ¿Siente que no puede hacer ninguna cosa bien?
- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?
- ¿Ha perdido interés en su vida sexual?
- ¿Ha atentado contra su vida?
- ¿Le resulta fácil hacer todo lo que acostumbraba hacer?

Trastornos alimentarios

¿Ha tenido preocupación sobre su peso o su forma de comer?

¿Ha perdido 6.5 kilos o más?

¿Ha tenido momentos en que come cantidades muy grandes de comida en pocas horas?

¿Le es difícil dejar de pensar en comida?

¿Ha sentido miedo de no poder parar de comer una vez comienza?

¿Siente que su autoestima depende de la forma de su cuerpo o de su peso?

¿Aunque siente que está pasado de peso no puede controlar su deseo de comer? ¿Se ha sentido culpable o triste por haber comido demasiado?

¿Se esconde para comer?

¿Siente que su peso corporal influye en su estado de ánimo?

¿Después de comer se ha provocado vómito?

Trastornos fóbicos

¿Hay algún objeto, situación o animal que le produzca un miedo excesivo, es decir, más fuerte que a otras personas?

¿Cuándo se expone a ese objeto, situación o animal ha tenido síntomas como palpitaciones, sudor, boca seca, temblor, opresión en el pecho, náuseas?

¿Se ha sentido muy mal o molesto por causa del miedo que siente?

¿Trata de evitar al máximo enfrentarse al objeto, situación o animal que le produce tanto miedo?

¿Considera que el miedo que siente se sale de lo normal o es mucho más fuerte de lo que debería ser?

¿Siente miedo de sólo pensar en ese objeto, situación o animal?

¿Por causa del miedo han cambiado notablemente sus actividades diarias/rutinarias?

¿Considera que se sentiría menos temeroso ante el objeto, situación o animal que le produce miedo, si estuviera acompañado de alguien conocido?

¿Ha sentido necesidad de pedir ayuda profesional porque le preocupa el intenso miedo que siente?

Manía

¿Ha tenido períodos en los que estuvo tan acelerado o excitado que cambió su forma de vida?

¿Ha habido momentos en los que ha estado más activo de lo usual hasta el punto que su familia o amigos se han preocupado por ello?

¿Ha tenido períodos en los que le ha sido prácticamente imposible permanecer en un solo lugar?

¿Ha habido momentos en los que se ha sentido con un interés en el sexo más fuerte de lo usual y ha disminuido el cuidado sobre sus actividades sexuales?

¿Ha pasado por momentos en los cuales habla mucho de cosas que usualmente mantendría en privado?

¿Ha tenido períodos en los que habla tan rápido que la gente le dice que no le puede entender?

¿Ha habido momentos en los que las ideas llegan a su mente tan rápido que no las puede seguir?

¿Ha habido períodos en los que dijo o hizo cosas de las que normalmente se sentiría avergonzado de decir o hacer?

¿En ocasiones ha sentido que tiene un poder o un don especial para hacer cosas que otros no pueden hacer?

¿Ha habido períodos en los que se distrae fácilmente y no puede mantener su atención?

¿Ha tenido períodos de acelera o felicidad seguidos por períodos de depresión o falta de interés?

¿Ha sentido mucha energía para realizar cualquier cosa que se ha propuesto hacer?

Hipocondriasis

¿Le aquejan muchos dolores?

¿Ha sentido frecuentemente temor de tener alguna enfermedad?

¿Cuando presenta alguna dolencia se preocupa mucho y siente que se va a agravar?

¿Relaciona fácilmente la manifestación de algún síntoma con una enfermedad grave que usted conoce?

¿Cuando va al médico siente que no recibe la atención adecuada y que su vida corre riesgo?

¿Cuando se siente enfermo y el médico se lo contradice usted se disgusta y piensa que no le están tomando en serio su enfermedad?

¿Es usted una persona temerosa de las enfermedades?

¿Cuando escucha hablar de una enfermedad a menudo cree que usted tiene los síntomas que describen?

¿Alguna vez le han dicho que se preocupa demasiado por su salud?

¿Busca más de una sola opinión acerca de la dolencia que siente y de lo que le ocurre?

Estrés postraumático

¿Ha experimentado usted alguna situación que haya afectado su integridad personal o la de una persona cercana, o un evento que le haya causado mucho dolor emocional?

¿Esta situación le ha causado intenso miedo, angustia o dolor?

¿Vuelve a experimentar ese mismo miedo, angustia o dolor cuando recuerda ese evento?

¿A veces siente como si estuviera viviendo otra vez esa situación?

¿Ha sentido angustia física y/o emocional intensa cuando recuerda esas experiencias?

¿Evita al máximo actividades que puedan relacionarse con esas experiencias y que le traigan recuerdos indeseados?

¿Se ha alejado de personas que le recuerdan esa experiencia?

¿Desde que vivió ese evento ha perdido el interés en actividades que eran muy importantes para usted?

¿Ha sentido que su futuro ha sido truncado (por ejemplo, no tiene expectativas en su profesión u ocupación, o el resto de su vida)?

¿Se mantiene permanentemente en estado de alerta por si pudiera repetirse la situación traumática?

¿Ha cambiado sus hábitos alimenticios (come más o menos que antes)?

¿Ha consumido alcohol u otras sustancias como medio para sentirse mejor?

Psicosis

¿En ocasiones se siente extraño?

¿Ha percibido imágenes, sonidos u olores que otros no perciben?

¿Con frecuencia la gente no entiende lo que usted quiere explicar?
¿Cree que hay personas planeando cosas en contra suya?
¿Le molesta la gente la mayor parte del tiempo?
¿Ha tenido pensamientos extraños que no puede explicar?
¿Ha tenido dificultad para pensar como si estuviera bloqueado?
¿Cree que los demás están equivocados porque no piensan como usted?
¿Tiene dificultades para relacionarse con otras personas?
¿Ha sentido que su pensamiento está controlado por otros?

Sociopatía

¿Ha deseado con frecuencia abandonar el hogar?
¿Con facilidad se libera de sus responsabilidades?
¿Alguna vez en su vida participó en pequeños robos?
¿Se ha visto en dificultades a causa de su conducta sexual?
¿Cree que su forma de hacer las cosas tiende a ser mal interpretada por los demás?
¿Le divierte hacer sufrir a las personas o a los animales?
¿Le gustan las actividades que implican riesgo aun para su propia vida?
¿Piensa que el mundo es hostil y uno debe defenderse?
¿Es esencial en la vida tener emociones y sobresaltos? ¿Disfruta ver películas violentas?
¿Le molesta cumplir horarios y seguir normas?
¿Cree que en ocasiones es bueno usar la agresividad en las relaciones sexuales para lograr mayor satisfacción?

INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA

Los instrumentos de calidad de vida tienen dos componentes, el primero es el de calidad de vida concebida como ideal según los satisfactores indagados, y las respuestas se dan a la siguiente pregunta: "A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Léalas y marque al frente qué tan importante considera usted que es cada una de ellas para vivir bien"; las posibilidades de respuesta son: NADA - ALGO - MUCHO.

El segundo componente es el de calidad de vida percibida, en el que se confronta la vivencia subjetiva de los mismos aspectos, respondiendo a la pregunta: "A continuación encontrará una serie de aspectos (satisfactores) que están relacionados con la calidad de vida de las personas. Señale al frente en qué medida esos aspectos están presentes en su vida"; las posibilidades de respuesta son las mismas.

A continuación se presentan los aspectos evaluados, según los ejes descritos:

Eje autoaceptación: Estar satisfecho con la apariencia física, estar orgulloso de los logros alcanzados, ser consciente de las propias limitaciones o defectos, reconocerse como alguien valioso para los demás, conocerse interiormente, sentirse a gusto con lo que hace (estudio o trabajo), ser una persona segura de sí misma, actuar de acuerdo con sus valores y principios morales, disfrutar los momentos de soledad, no tener hábitos dañinos.

Eje adaptación al medio: Ser seguro para tomar decisiones, sobreponerse a las dificultades o problemas, ser perseverante, tener habilidad para ajustarse a distintas situaciones, ser recursivo, participar en las decisiones que afectan a la comunidad a la que se pertenece, tener habilidad para desarrollar actividades en grupo, analizar serenamente las cosas y situaciones, ser creativo, tener paciencia.

Eje estabilidad socioafectiva: Ser hábil para establecer relaciones sociales, tener facilidad para comunicarse, llevarse bien con la familia, tener buenos amigos, tener una relación de pareja satisfactoria, tener relaciones sexuales placenteras, llevarse bien con los compañeros de trabajo o estudio, tener buenas relaciones con los vecinos, divertirse en compañía de otras personas, experimentar sentimientos de afecto hacia otros, tratar a los demás con respeto, tener capacidad para comprender a los demás, respetar a las personas que son diferentes.

Eje integridad física: Gozar de buena salud, vivir en un sitio seguro y tranquilo, alimentarse bien, tener acceso a espacios para recreación y/o deporte, recibir buena asistencia médica cuando se requiera, vestirse de acuerdo con su deseo, vivir en un sitio aseado, hacer ejercicio físico, hacerse chequeo médico y odontológico periódicamente, contar con servicio de transporte eficiente.

Eje proyección: Tener acceso a educación de buena calidad, contar con oportunidades para progresar en el trabajo, tener acceso a eventos culturales (teatro, cine, exposiciones, etc.), tener acceso a bibliotecas públicas, tener conexión a Internet, tener los electrodomésticos necesarios para vivir cómodamente, interesarse en mejorar cada día, mantener una actitud optimista, proponerse metas para el futuro, sentir gusto por aprender cosas nuevas, tener aspiraciones de progreso.

INSTRUMENTOS CUALITATIVOS

Aspectos técnicos: para la observación de las categorías de riesgo-protección y de la calidad de la red social se propone la utilización de trayectorias de vida como herramienta básica, que se complementa con la observación del territorio (12).

La trayectoria de vida es una metodología que permite establecer, en una secuencia temporal de sentido, un cierto número de eventos relativos a uno o varios aspectos de la vida de una persona, una familia, un grupo o una institución. Tres elementos permiten dar sentido a la secuencia:

1- La división del período de vida en varias etapas, seleccionadas a voluntad por el actor; etapas que se delimitan por el surgimiento de un evento de particular significación para aquel, y que marca un cambio de tendencia, de rumbo en la trayectoria de vida. Estos hitos de la vida generalmente constituyen encrucijadas en las cuales el actor se ve precisado a tomar una decisión de importancia dadas las consecuencias que de allí se derivan para su vida posterior. Se pide a los entrevistados que establezcan las etapas y luego se les sugiere que hagan subdivisiones para tener en cuenta eventos importantes de salud.

2- La selección de varias dimensiones, o variables eje, cuyas transformaciones o variaciones interesa detectar en cada una de las etapas de la vida, y alrededor de las cuales se teje la historia de vida (13), permitiendo relacionar el estado de cada variable en un mismo momento (lectura transversal) o establecer la evolución de una misma variable a lo largo de la vida (lectura longitudinal). Se han seleccionado cinco variables eje: sa-

lud, vida familiar, vida escolar o laboral, relaciones amigos-vecinos o vida comunitaria y contexto, por considerar que los eventos de salud mental, como rupturas del equilibrio psico-emocional del individuo, tienen que ver con la relación de equilibrio que este guarda con su entorno socio-cultural.

Del cruce de las etapas de la vida con las dimensiones o variables resulta una matriz a partir de la cual se organizan los eventos de la vida.

3- La identificación de factores de riesgo protección: En cada etapa de la vida se trata de identificar la presencia o ausencia de factores de riesgo-protección según se propone en el modelo de estrés social aplicado a la salud mental. Factores de riesgo: estrés, legitimación, experiencias traumáticas. Factores de protección: vínculos, recursos, competencias.

REFERENCIAS

1. Cembranos, F., "Bienestar, ecología y bienestar social", en *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, boletín No. 3, 1993.
2. Wright, B. y Mead, R. Calibrating items and scales with the Rasch model. Research Memorandum Nº 23, University of Chicago; 1977.
3. Hambleton, R. y Swaminathan, H., Item response theory: principles and applications; 1985.
4. Vallejo, R. y Pascual, C.. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, España, Salvat Editores, 1991.
5. Buela-Casal, G., Fernández-Ríos L. y Carrasco, G., *Psicología preventiva, avances recientes en técnica y programas de prevención*, España, Editorial Pirámide Psicología, 1997.
6. Slunzki, C., *La red social: Frontera de la práctica sistémica*, Barcelona, Editorial Gedisa, 1998.

7. Bautista, L., *Diseños de muestreo estadístico*, Santa Fe de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1998.
8. Sarndal, C. E.; Swensson, B. y Wretman, J., *Model Assisted Survey Sampling*, New York, 1992.
9. Cuevas del Real, M.c., "Prevención de la conducta antisocial", *Suma Psicológica*, volumen 2, 1991, págs. 113-166.
10. Brown, R., Aging, disability and quality of life. *Canadian Psychology*, 1989 30:3.
11. Max-Neef, M., *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Cepaur-Fundación Dag Hammarskjold, 1986.
12. Anguera, M.T., "Metodología cualitativa", en: Anguera, M.T., *Métodos de investigación en psicología*, Madrid, Ed. Síntesis, 1995.
13. Elkaim, M., *Les pratiques de reseau. Santé mentale et contexte social*, París, ESF, 1987.