

RESERVA

M
U2330
1997
C.1

Moreno. 13775

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

DIAGNOSTICO DE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION ATENDIDA POR
EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO DE LA COMUNA DE VILLA
ALEMANA

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGO Y AL GRADO ACADEMICO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

POR
CARLOS ELIAS VARELA MORENO

PROFESOR PATROCINANTE
PS. DOMINGO ASUN SALAZAR



VALPARAISO, CHILE

MAYO DE 1997

Handwritten text on the left margin, possibly a list or index, including the number 5.

Small handwritten note or mark in the middle-left area.



INDICE

	Página
RESUMEN	1
CAPITULO 1. INTRODUCCION	2
1.1. Definición del problema	3
1.2. Objetivos del estudio	11
1.3. Población en estudio	12
1.4. Relevancia y justificación	13
CAPITULO 2. ANTECEDENTES GENERALES: SALUD MENTAL Y PSICOLOGIA COMUNITARIA	15
2.1. Factores que propician el surgimiento del movimiento comunitario	17
2.2. Orígenes de la psicología comunitaria y experiencias de intervención en nuestro país	20
2.3. Políticas públicas y planes actuales de salud	25
2.3.1. Los programas de atención primaria como punto de partida	27
CAPITULO 3. MARCO CONCEPTUAL	30
3.1. Concepto de salud mental	30
3.2. Sintomatología de los trastornos mentales	35
3.2.1. Trastorno por ansiedad	35
3.2.2. Trastorno por depresión	43
3.2.3. Trastorno somatoforme	49
3.3. Concepto de Balance afectivo	51
3.3.1. El balance afectivo como medida del bienestar psicosocial	51
3.3.2. Afectividad positiva y negativa	53
3.3.3. Afectividad, depresión y ansiedad	54

3.4. Red y apoyo social	58
3.4.1. Los conceptos de red social y apoyo social	65
3.4.2. Definición y características de la red social	66
3.4.3. La red social en cuanto mediación del apoyo	70
3.4.4. Definición y tipos de apoyo social	71
3.4.5. El apoyo en las relaciones de ayuda cotidiana	73
CAPITULO 4. MODELO PSICOSOCIAL DE LA SALUD MENTAL	76
4.1. Formulación del departamento de psicología social de la universidad del país vasco (D. Páez)	77
4.2. Aportes del estudio de Vera y Wood	82
CAPITULO 5. METODOLOGIA	85
5.1. Diseño de la investigación	85
5.1.1. Variables en estudio	86
5.1.2. Definición teórica de las variables	86
5.1.3. Definición operacional de las variables	89
5.1.4. Análisis de los resultados	89
5.2. Muestra	91
5.2.1. Población	91
5.2.2. Selección de la muestra	91
5.3. Procedimiento	92
5.3.1. Recolección de datos	92
5.3.2. Técnica de recolección de datos	93
5.3.3. Presentación de los resultados	98

CAPITULO 6. RESULTADOS	100
6.1. Resultados de las variables sociodemográficas	100
6.2. Análisis de cada variable	104
6.3. Distribución de puntajes	108
6.4. Determinación de los puntos de corte	113
6.5. Establecimiento de los grupos	114
6.6. Análisis de los cruces de cada variable	120
CAPITULO 7. CONCLUSIONES	137
Consideraciones finales: algunas proyecciones	150
REFERENCIAS	153
ANEXOS	160

RESUMEN

El tema de la salud mental ha sido abordado desde distintas perspectivas científicas y con modelos que van desde los netamente biológicos hasta los propiamente sociológicos. Desde la Psicología Social Aplicada se ha propuesto un Modelo Psicosocial para la comprensión y particularmente para la intervención en el área de la Salud Mental; este modelo, de amplia aceptación en la actualidad, se constituye en el marco de referencia dentro del cual se formula el presente estudio.

Es así como en la presente investigación se propuso estudiar y describir el estado actual de la Salud Mental de un determinado sector poblacional de la comuna de Villa Alemana, y que corresponde a la población atendida por el Centro de Desarrollo Comunitario de la Asociación Cristiana de Jóvenes, ubicado en el sector sur de esta ciudad.

La decisión de estudiar y diagnosticar los problemas de Salud Mental desde el Modelo Psicosocial mencionado, tiene su asidero en la posibilidad de desarrollar acciones preventivas en el ámbito de la salud con la comunidad estudiada, básicamente porque ésta se constituye en una población potencialmente beneficiaria de un programa de intervención en Salud Mental; y es aquí (en la intervención psicosocial) donde reside la mayor potencia del modelo propuesto.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La salud mental ha sido un constante objeto de estudio a través del tiempo, y se observa una evolución progresiva que ha integrado categorías cada vez más complejas para su comprensión y abordaje. En principio, es posible plantear dos grandes aproximaciones o concepciones que prevalecen en torno al tema de la salud mental. Una de ellas define la salud mental desde su vertiente negativa de déficit o invalidación, o sea, de la prevalencia o cantidad de sujetos que sufren algún tipo de trastorno psíquico de acuerdo a la presencia/ausencia de síntomas; o de la incidencia entendida como la cantidad de sujetos que han comenzado a sufrir este tipo de trastorno. Aquí subyace una perspectiva de déficit que se asocia a un modelo médico que, como se verá más adelante, ve a la salud mental como ausencia de síntomas de trastorno.

Existe también una perspectiva más bien positiva, pues se centra en la necesidad de bienestar de una población. Esta perspectiva, característica de los modelos psicosociales ofrecidos en el marco de la psicología social, considera principalmente los factores psicosociales asociados tanto al bienestar psíquico o mental como a la presencia o ausencia de síntomas específicos. Un punto de partida para la comprensión de las manifestaciones de la salud mental lo constituyen las interacciones sociales en las que están inmersas las personas, es así como se han

propuesto por ejemplo factores tales como las redes sociales y el apoyo social, como mediadores en la aparición y el mantenimiento de determinadas manifestaciones sintomáticas de los trastornos mentales, relativizando así la consideración de un marco puramente psicopatológico.

Estas aproximaciones que han sido planteadas de manera muy general, no necesariamente se contraponen pues, como se verá en detalle más adelante, responden a un desarrollo histórico que se corresponde con la aparición de modelos psicosociales de intervención social comunitaria.

1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA.

Tradicionalmente se ha estimado la necesidad de salud o bienestar mental de una población desde una perspectiva negativa basada en el criterio de presencia/ausencia de síntomas.

La gran mayoría de los datos epidemiológicos nacionales se encuentran dentro de esta perspectiva, es así como un hecho de común conocimiento es la frecuencia con que aparecen síntomas emocionales o ligados a problemas psiquiátricos en la consulta médica general; en este sentido, Florenzano (1991) reporta una extensa revisión de la literatura sobre desordenes psiquiátricos en la atención primaria, encontrando que en alrededor de 70 investigaciones, en su mayoría realizadas en Inglaterra y en los Estados Unidos, se encontró que entre el 10 y 20% de la población consultante vista por médicos generales tenía problemas psiquiátricos.

Los diagnósticos mencionados por este autor fueron agrupados en dos categorías: Un primer grupo que tenía cuadros puramente psicológicos, y un segundo grupo con un componente somático u orgánico. Entre los cuadros del grupo uno, los diagnósticos más frecuentes fueron la depresión mayor (29.4%), el desorden generalizado de ansiedad (23%), la neurastenia (10.5%), y la dependencia al alcohol (2.9%). En el grupo dos, los cuadros más frecuentes fueron el desorden por dolor (14.9%), seguido por el abuso de alcohol (9.3%), los cuadros orgánicos (5.4%) y el síndrome somatoforme (2.7%). La mayoría de las condiciones, con excepción de los diagnósticos ligados al uso de alcohol, eran más frecuentes entre las mujeres. La depresión mayor fue más frecuente entre los grupos de edad más joven, así como los cuadros de ansiedad generalizada entre los sujetos mayores.

Para estimar las cifras epidemiológicas, el autor citado descompone la frecuencia de síntomas emocionales en el nivel primario de atención en dos rubros: la morbilidad psiquiátrica conspicua, o sea la reconocida por los médicos generales como tal, que asciende al un 30.5% de los casos en algunos de sus estudios; y la morbilidad psiquiátrica oculta, con síntomas detectados por el GHQ-12, que asciende a un porcentaje de un 13.3%. Según este autor, estos estudios concuerdan con toda la literatura revisada en los que la frecuencia de los desordenes psiquiátricos no psicóticos es bastante alta.

Otro elemento que debe ser considerado al momento de determinar los índices prevalencia, es la discrepancia entre las demandas de salud mental y las ofertas ofrecidas por el Servicio de Salud. De particular interés resulta la estimación de la demanda de salud mental en la generalidad de las consultas recibidas en la atención

primaria. A este respecto, Domínguez, (1991) señala que ...“Si bien no hay mediciones globales de cual es la proporción de consulta de salud mental en relación a la consulta general que recibe la atención primaria, diversos estudios parciales señalan que entre un 30 y un 50% de la consulta en la atención primaria corresponde a crisis vitales, alteraciones emocionales o patología psíquica, las cuales se presentan solas o asociadas a una patología física. Se ha detectado que una proporción importante de la consulta física particularmente de mujeres, expresa problemas de orden angustioso o depresivo.”

El hecho de que las mujeres tengan tanto puntajes mas altos en el cuestionario de screening como mayor numero de diagnósticos formulados tanto por médicos como por la entrevista estructurada (CIDI) concuerda con los hallazgos de la literatura al respecto, en el sentido de que sea por razones socio-culturales o psicológicas, este sexo tiende o bien a presentar o bien a comunicar mas fácilmente sus síntomas emocionales. Lo mismo sucede con los grupos etáreos mayores, que aparecen presentando mas sintomatología.

En Chile, algunos estudios epidemiológicos (Mariatégui, 1970; Marconi, 1982; Medina, 1983 y 1987) han mostrado que los ‘cuadros neuróticos’ constituyen la entidad de mayor prevalencia, afectando alrededor del 15% de la población mayor de 15 años.

Gyarmati, (1993) también da cuenta de estas cifras, ...“En otra investigación, efectuada en nuestro medio, se concluye que un 19% de la población de Chile sufre de enfermedades mentales - sin tomar en cuenta los bebedores anormales de alcohol que se estiman en un 15% de la población. Sumando las dos cantidades,

aproximadamente cuatro millones de personas (el 34% de la población del país) padecería de algún trastorno mental.”

Asún (1991) estima que un dato clave en nuestro país, es la encuesta del año 1968 en el Gran Santiago, que reveló que el 19.3% de la población presentaba algún problema de Salud Mental que requería atención. Vale la pena señalar que este estudio no consultaba Alcoholismo (5% en mayores de 15 años y 15% de Bebedores Excesivos).

Opgaard (1991) cita a Itahak Levav y cols., en un estudio de Salud Mental en América Latina quienes señalarían que habrá un “...incremento de la prevalencia de ciertos trastornos psiquiátricos que llevan a la muerte, se prevé que la tasa bruta de mortalidad por dichas causas aumentará 11,2% entre 1985 y el año 2.000”, que habrá “...un aumento de 48,1% en el número de personas que sufrirán trastornos psiquiátricos, y que el crecimiento demográfico diferencial previsto tendrá importantes repercusiones en las necesidades de servicios de Salud Mental”. Factores tales como el “deterioro de las condiciones socioeconómicas, y otros factores sociales pueden determinar que los aumentos sean aún mayores”.

Luego de revisar la literatura relativa a los datos epidemiológicos de salud mental, se observa que, en todos estos casos, se estima el nivel de salud mental a través de escalas que enumeran los distintos síntomas, de tal manera que aparecen todos los sujetos que exhiben alguna presencia de síntomas de salud mental. A su vez, para la detección de enfermedades mentales, entendidas como un síndrome o conjunto de síntomas suficientemente significativos e invalidantes, se utiliza generalmente la entrevista clínica guiada por personas entrenadas para ello.

La epidemiología logra dar cuenta, según las características de cada estudio, tanto de los casos que se constituyen en enfermedades mentales, como de aquellos que configuran trastornos o síntomas de malestar psicológico; sin embargo, debe lidiar también con las distintas categorizaciones y distinciones nosológicas que caracterizan los distintos tipos de cuadros o trastornos; de este modo, es necesario considerar los avances que se han logrado en la clasificación y nomenclatura de los trastornos mentales (DSM-IV), la definición de nuevas entidades nosológicas que no fueron estudiadas hasta hace un tiempo (crisis de pánico, trastornos por somatización, etc.), y la no inclusión de trastornos adaptativos, psicósomáticos, disfunciones sexuales, entre otros.

A los problemas que genera la definición de entidades clínicas en psiquiatría, se agrega la inmensa dificultad de no contar con procedimientos (exámenes de laboratorio y otros), que permitan una mayor objetividad en el diagnóstico. De ahí - como ya ha sido señalado por otros autores (Trucco, 1979; Páez, 1986)- que la entrevista clínica es el criterio final con respecto al cual se validan otros procedimientos, tales como test y escalas cuyo objetivo es la pesquisa de casos índices.

Sin embargo, a decir de Páez (1986), este último instrumento -la entrevista clínica- sería más conservador y estaría asociado a una concepción más restringida de salud mental, pues "...consideraría sanos a todos aquellos que no tengan un síndrome de síntomas invalidante, aunque estos sujetos presenten formas de malestar psicológico."

Por otra parte, junto a la descripción de tasas de incidencia o prevalencia (epidemiológica descriptiva), es necesario avanzar en el estudio de factores que

aparezcan involucrados en la aparición, mantención o resolución de estos cuadros (epidemiología analítica), permitiendo así la identificación de "grupos en riesgo", de variables generadoras de riesgo, sobre las cuales se pueda incidir para prevenir o tratar.

Es así como Alvarado (1993) ofrece algunas consideraciones específicas para estudios epidemiológicos en salud mental, consideraciones que de alguna manera guiarán la ejecución de este estudio. Este autor plantea que para modernizar los estudios descriptivos que den cuenta de una distribución epidemiológica en salud mental, es necesario considerar algunos factores, como los siguientes:

- 1.- Utilizar criterios diagnósticos actualizados basados en clasificaciones vigentes, como son el DSM - IV o el CIE - 10, junto con metodologías que garanticen la integridad de la información, particularmente en lo que se refiere a la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.
- 2.- Avanzar en el estudio de los factores de riesgo asociados al inicio y mantención de los desórdenes psicopatológicos para determinar los posibles grupos de riesgo, esto es particularmente importante al momento de planificar intervenciones en una población específica sobre la cual se ha focalizado el estudio.
- 3.- Hacer epidemiología de la salud mental incluyendo la dimensión de bienestar psicosocial, complementando los datos de la distribución de trastornos psicológicos. Como se verá más adelante, existen ciertas dificultades para conceptualizar y operacionalizar esta variable pues se plantea que la dimensión de bienestar psicosocial es distinta de la dimensión de salud-enfermedad mental; sin embargo, entrega nuevos elementos para ser analizados desde una perspectiva epidemiológica.

4.- Establecer epidemiologías de sistemas sociales realizando diagnósticos de tipo colectivo. Esto debe ser tratado cuidadosamente en la medida en que la unidad de análisis siempre han sido las personas ya que los problemas tienen en última instancia una presentación individual; sin embargo, la consideración de un grupo (familia, población o comunidad) como objeto de estudio y diagnóstico tiene especial importancia al momento de tomar decisiones que tienen que ver con la equidad, eficiencia y eficacia de los programas de salud mental, no sólo al momento de planificar e implementar una intervención determinada sobre una población específica, sino más bien para optimizar la administración y el funcionamiento de los servicios de atención de salud mental.

En síntesis, todo lo anterior muestra que no existen datos epidemiológicos locales de poblaciones específicas, tampoco existen mayores datos epidemiológicos respecto de los factores psicosociales que inciden directa o indirectamente en el apareamiento o mantención de determinados cuadros psicopatológicos. De esto se desprende que cualquier intento de intervención en el área de la salud mental deba estar precedido por un estudio que recoja aquellos factores locales que pueden incidir en la estimación de la salud mental de la población específica en la que se desea intervenir.

De acuerdo a las consideraciones mencionadas anteriormente, el presente estudio de tesis se planteó realizar un diagnóstico para determinar la distribución de algunos indicadores de la salud mental de un sector de la comuna de Villa Alemana que ha sido definido como sector de escasos recursos según los criterios utilizados por

los departamentos de asistencia social de la correspondiente municipalidad. Para realizar el diagnóstico mencionado se utilizaron procedimientos metodológicos que permiten obtener el porcentaje de prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos y somatoformes de acuerdo a los criterios diagnósticos utilizados actualmente; el grado de balance positivo de afectos para incluir la dimensión de bienestar psicosocial, y el grado de apoyo social percibido considerado como un factor psicosocial de incidencia directa en la determinación de la salud mental.

De tal modo, y considerando que este estudio está fuertemente motivado por la necesidad de intervención sobre una población específica, el problema a investigar queda definido por las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme en una población potencialmente beneficiaria de un programa de intervención en salud mental?

¿Cuál es el grado del balance positivo de afectos como dimensión del bienestar psicosocial de la población estudiada?

¿Cuál es el grado del apoyo social familiar percibido en esta población?

¿Cuál es el grado del apoyo social percibido de las amistades en la población en estudio?

¿Existirán diferencias en la distribución de los indicadores atendiendo a la variable del sexo de los sujetos estudiados?

¿Existirán diferencias en la distribución de los indicadores entre los distintos grupos etáreos de la población estudiada?

Estas preguntas de investigación permitieron plantear los objetivos que guiaron el estudio:

1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

- Diagnosticar y describir la salud mental de una población potencialmente beneficiaria de un programa de intervención en salud mental, perteneciente a un sector de Villa Alemana definido como de escasos recursos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la prevalencia de trastornos emocionales en la población estudiada atendiendo a la sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme.
- Determinar el grado de balance positivo de afectos en la población en estudio.
- Determinar el grado apoyo social familiar percibido en la población en estudio.
- Determinar el grado apoyo social de las amistades percibido en la población en estudio.
- Describir la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme según las variables de sexo, grupo étnico, balance positivo de afectos y apoyo social.
- Describir el grado de balance positivo de afectos según las variables de sexo, grupo étnico y apoyo social.
- Describir el grado de apoyo social familiar percibido según las variables de sexo y grupo étnico.

- Describir el grado de apoyo social de las amistades percibido según las variables de sexo y grupo étnico.

1.3. POBLACION EN ESTUDIO

El estudio se realizó en el sector comprendido por las poblaciones Peumo, La Frontera, El Alamo y Villa Alemana Serviu de la comuna de Villa Alemana, y se ejecutó desde el Centro de Desarrollo Comunitario (C.D.C.), organismo dependiente de la Asociación Cristiana de Jóvenes de Valparaíso (A.C.J.) y subvencionado por el Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Este centro que corresponde a una medida de protección simple de acuerdo a las líneas programáticas de SENAME, atiende a 90 menores inscritos pertenecientes a las poblaciones mencionadas; sin embargo, por las características propias de la intervención psicosocial implementada por este centro, se trabaja directamente no sólo con los menores mencionados sino también con los integrantes de sus respectivas familias. Es por esto que la población potencialmente beneficiaria de un programa de intervención en Salud Mental que se constituyó en el objeto de estudio, corresponde a los padres y familiares de los menores referidos.

Es opinión del investigador, luego de haberse desempeñado laboralmente en el centro mencionado durante más de un año, y en trabajo de trato directo con la población descrita desempeñando funciones principalmente terapéuticas, la necesidad de una intervención psicosocial de tipo comunitario para el abordaje de las

demandas de salud mental presentadas. Por las características populares de la población atendida y por la necesidad de reforzar las redes y los vínculos sociales y afectivos de la misma, es que se ha optado por trabajar desde el modelo psicosocial explicitado más adelante, tomado del marco de la psicología social comunitaria.

1.4. RELEVANCIA Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

1.4.1. Relevancia teórica. Dice relación principalmente con la necesidad de acumulación de evidencia empírica y teórica que valide los conceptos y las propuestas propiamente psicológicas y psicosociales relacionadas con el abordaje de la salud mental, particularmente si surgen desde nuestro propio contexto sociocultural.

1.4.2. Relevancia metodológica. Relacionada principalmente con la aplicación de tecnología de medición de variables psicosociales que en el caso de este estudio, permite validar un modelo diagnóstico interventivo y evaluativo de la salud mental de una población específica. Es necesario mencionar que el procedimiento escalar utilizado en este estudio (ver escalas que componen el instrumento de medición) cumple con el criterio de simplicidad respecto de otros procedimientos más tradicionales que generalmente se utilizan en la evaluación y estimación de la salud mental.

1.4.3. Relevancia práctica. Guarda directa relación con la obtención de una línea base respecto de la situación de salud mental en la población estudiada. Esto permite formular un programa de intervención y evaluación en salud mental basado en el modelo psicosocial propuesto.

Además, el tipo de estudio, el marco de referencia, así como los datos obtenidos, permiten orientar y formular futuras líneas de investigación con énfasis tanto en el aspecto teórico-reflexivo, como en el carácter interventivo y aplicado de los factores estudiados. Estos factores a ser investigados se refieren tanto a los elementos propios de la salud mental que han sido considerados en este estudio, como al modelo utilizado en problemas que son más bien tangenciales o que escapan al ámbito de la salud mental.

Para terminar, se muestra a continuación la forma con que se presentará este estudio de tesis: en el capítulo siguiente (2) se presenta los antecedentes generales referidos al tema de la salud mental y de la psicología social comunitaria, además se presentan los principales cambios en las políticas sociales de salud que facilitarían la planificación de intervenciones específicas a partir del modelo propuesto en este estudio. En el capítulo subsiguiente (3) se desarrollan extensamente los conceptos teóricos que se constituyen en las variables en estudio; luego se presenta un capítulo (4) en el que se propone el modelo psicosocial desde el cual se investigó y que será utilizado en la planificación de una intervención específica en base al diagnóstico realizado. Luego se presenta la metodología (cap.5) y los resultados (cap.6) con las respectivas conclusiones (cap.7) y las proyecciones que de ellas surgen.

CAPITULO 2

ANTECEDENTES GENERALES : SALUD MENTAL Y PSICOLOGIA COMUNITARIA

Tradicionalmente el tema de la salud mental ha sido abordado desde la psiquiatría, rama de la medicina que se ocupa de los así llamados 'trastornos mentales'. Estos trastornos, originalmente definidos desde la psicopatología de acuerdo a la concepción tradicional de enfermedad, son descritos desde una aproximación sintomatológica que conlleva un tratamiento más bien curativo que preventivo; de esto se desprende que la salud mental deba entenderse como sinónimo de ausencia de enfermedades mentales. Sin embargo, y tal como se mencionó anteriormente, es posible identificar distintas perspectivas en el abordaje del tema de la salud mental; desde las que parten radicalmente del modelo médico hasta las perspectivas psicosociales o propiamente sociológicas.

Al respecto, los marcos teóricos de la psicología ofrecen distintas perspectivas, especialmente en lo que se refiere a incluir los factores propiamente psicosociales; al respecto, Gyarmati (1993) plantea: "En resumen, existen actualmente dos modelos genéricos de salud mental. El primero es el que hemos llamado 'psiquiátrico', que se basa en la ausencia de trastornos mentales. El segundo es el modelo basado en el concepto de bienestar psicosocial, definido éste por las élites intelectuales y políticas, en base a lo que se supone que la población necesita." Este mismo autor propone tomar la definición de la OMS que define a la salud como un estado de bienestar

físico, mental y social más que la ausencia de enfermedades, con el objeto de formular políticas de salud mental capaces de garantizar algún grado de efectividad; de hecho, plantea que: “Esta definición implica el abandono del modelo ‘psiquiátrico’, antes mencionado, basado en la enfermedad (o su ausencia), centrando la atención en el fenómeno positivo, la salud. Ahora, lo que hay que aclarar es que debe entenderse por ‘completo bienestar físico, mental y social’.”

Alvarado (1993) reconoce cierta dificultad al momento de definir el campo de la salud mental, pues en la práctica se ha confundido con el quehacer de la psiquiatría y los estudios epidemiológicos sólo han recogido la información referida a problemas psicopatológicos. A decir de este autor, ... “El campo de la salud mental sería un lugar donde se entrelazaría la aplicación de diferentes ciencias sociales y del comportamiento, cuya finalidad es la obtención de mejores niveles de bienestar psicosocial en la comunidad, y no sólo la presencia o ausencia de enfermedad mental. Bajo esta visión, la psiquiatría sería una de las fuentes que nutre el campo de la salud mental, y este último uno de los componentes del quehacer en salud general.”

Esta diferencia, sin embargo, responde a un proceso histórico en el que se han sucedido distintos momentos. Sánchez (1988) identifica tres momentos en la evolución y el desarrollo de la psicopatología tradicional: Un primer momento en los tiempos de la Edad Media en que el trastorno mental era considerado como un pecado o posesión diabólica, por lo que debía ser tratado por agentes religiosos o espirituales; esta visión posteriormente tomaría forma de enfermedad con alguna alteración bioquímica a la base, y sustentada básicamente en los trabajos de Kraepelin, quien, entre otros funda la tradición psiquiátrica. Un segundo momento como resultado de

las reformas sociales que siguieron a la Revolución Francesa en lo que se refiere a la humanización en el trato de los enfermos mentales, sumado al surgimiento del modelo psicológico de los trastornos mentales propuesto por Freud y el aporte en lo que se refiere a una concepción dinámica de la psicopatología distinta a la concepción estática de la psiquiatría. Un tercer momento representado por los movimientos comunitarios que resaltan los elementos ambientales y sociales por sobre los netamente psicológicos e intrapsíquicos; en este tercer momento surgen los llamados modelos psicosociales. En esta etapa resultan particularmente interesantes los aportes de la psicología social aplicada al campo de la salud mental, particularmente en lo que se refiere a las propuestas de la psicología comunitaria y los modelos de intervención psicosocial.

Es posible identificar los factores que, de acuerdo a lo anterior, llevan a las ciencias sociales, específicamente a la psicología social y comunitaria, a hacerse cargo de los problemas de la salud mental.

2.1. FACTORES QUE PROPICIAN EL SURGIMIENTO DEL MOVIMIENTO COMUNITARIO

Los factores que han propiciado el nacimiento del movimiento comunitario en forma de salud mental comunitaria han sido descrito por algunos autores (Alfaro, 1993; Sánchez, 1988; Páez, 1986) y pueden resumirse en los siguientes:

1.- Rechazo al sistema hospitalario, referida específicamente al hospital psiquiátrico. Esta crítica es muy anterior al surgimiento de la psicología comunitaria y tiene que ver principalmente con la función de custodia y segregación social a que se sometía al paciente internado, fomentando la pasividad y la asunción del papel de enfermo y no facilitando su recuperación terapéutica y su reintegración funcional y social. Los principales elementos que sustentan este rechazo se relacionan con el llamado síndrome de hospitalismo o desocialización, la aparición de drogas psicoactivas para el tratamiento farmacológico, el desarrollo de las comunidades terapéuticas como alternativas de tratamiento y el movimiento de desinstitucionalización por razones económicas y administrativas.

2.- Limitantes de la psicoterapia. Han sido bien sistematizada por Asún y Alfaro (1993) al reconocer sus 3 principales aspectos: eficacia, eficiencia y equidad.

La limitación en cuanto a eficacia se refiere al cuestionamiento de la amplia aceptación existente respecto de que la psicoterapia resolvería los problemas de salud mental, este cuestionamiento se origina en un primer momento en los estudios de Eysenck en 1952 en el que cuestiona fuertemente las terapias psicoanalíticas que gozaban de gran aceptación; sin embargo, las conclusiones de sus estudios han sido fuente de un amplio debate y han estimulado un progresivo aumento de la investigación empírica. Actualmente existen líneas terapéuticas cuyas técnicas son probadamente efectivas particularmente respecto de algunos problemas y trastornos específicos; sin embargo, y en directa relación con las políticas públicas de salud que se verán más adelante, prevalece la limitante que se menciona a continuación.

La limitación en términos de la eficiencia se refiere al hecho de que dadas las potenciales demandas de servicios de atención en salud mental y dados los recursos humanos y profesionales existentes, es imposible dar una solución a la demanda a través del uso de las técnicas de psicoterapia individual. Sánchez (1988) reporta algunos estudios realizados en Norteamérica en los que aparece una "escandalosa desproporción" entre la oferta y la demanda, se reporta también el hecho que los profesionales de la salud mental no son los agentes terapéuticos primarios, pues cuando las personas tienen problemas de salud mental recurren mayoritariamente a otras fuentes de ayuda.

La limitación en términos de equidad se refiere a la implementación del método terapéutico que tiende a desfavorecer a las personas de nivel socioeconómico bajo. Este juicio que ha sido formulado por distintos autores (Páez, 1986; Alfaro, 1993; Aninat y cols., 1981) se basa en algunos hechos como los siguientes: la clase social influye en el juicio clínico del examinador, determina la naturaleza del tratamiento que se le proporciona, los pacientes de clase baja abandonan el tratamiento terapéutico después de algunas sesiones, los clínicos y la psicoterapia en general parten de un ideal de paciente con ciertas características entre las que se cuentan la pertenencia a una clase media.

3.- Rechazo del modelo de salud y de los conceptos de base médica. El modelo médico que subyace a la conceptualización y tratamiento del trastorno mental es progresivamente reemplazado, como se verá en detalle más adelante, por modelos psicosociales o de aprendizaje educación; más aún, para algunos representantes del movimiento antipsiquiátrico (Laing, 1976; Sánchez, 1988), la enfermedad mental es

el producto de un 'etiquetaje' y un control social ejercido por los profesionales de salud mental.

4.- El desarrollo de la salud pública. Los modelos comunitarios de trabajo en salud mental se influenciaron por algunos desarrollos de la salud pública producidos desde hace algún tiempo, en los que aparecen nuevas categorías tales como: prevención en sus distintos niveles, vulnerabilidad, factores de riesgo, etc. El Ministerio de Salud de nuestro país ha reconocido que la concepción biomédica de la salud que caracterizaba sus políticas resulta limitado para enfrentar las nuevas demandas de salud, y reconoce que estos problemas deben ser comprendidos como multifactoriales, por lo que se debe considerar no sólo las variables biológicas sino también las de carácter psíquico, social, cultural y ambiental. Se plantea que "La aplicación de una concepción bio-psico-social de la salud exige considerar a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital,...". (MINSAL, 1993). El desarrollo mencionado depende, como se verá a continuación, de los modelos de intervención comunitaria por una parte, y por otra, de las actuales modificaciones en las políticas de salud.

2.2. ORIGENES DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA Y EXPERIENCIAS DE INTERVENCION EN NUESTRO PAIS

El nacimiento de la psicología comunitaria se remonta a dos principales puntos de origen que paralelamente surgen en América latina y EE.UU.; por un lado, se

identifica a los movimientos sociales generados en la década de los años '60 principalmente en EE.UU., y que son el resultado de un largo proceso histórico en el que convergen una serie de fuerzas sociales, políticas, culturales y profesionales. El inicio institucional del movimiento comunitario en este país, se ha identificado en un discurso del presidente J. Kennedy ante el Congreso norteamericano en febrero de 1963 en el que demanda nuevas soluciones a los problemas de salud mental y propicia la creación de los Centros de Salud Comunitaria. Rápidamente se integra como especialidad en los programas de formación académica para la preparación de psicólogos y psiquiatras que trabajarían en la comunidad; acompañado también de un aumento de publicaciones de textos y artículos especializados en el tema.

Por otro lado, se ha identificado el movimiento de las ciencias sociales y humanas en general que ha fines de la década del '50 en América latina se dirige principalmente hacia los grupos más necesitados de la población, particularmente en lo que se refiere a la calidad de vida de éstos. Se distinguen en este giro de las ciencias sociales los aportes de la sociología que logra replantear el rol de las ciencias y de los investigadores sociales, el surgimiento de los movimientos de Educación Popular, de animación cultural y de nuevas formas de trabajo e intervención social. Para el caso de la psicología se ha identificado como punto de partida la experiencia de Puerto Rico en 1975 con la creación del Programa de Psicología Social y Comunitaria en el Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, con un fuerte desarrollo académico, y luego la práctica comunitaria en el ámbito académico se extiende a los demás países del continente, entre los que se cuenta Venezuela, Brasil, Colombia, México, Chile, Perú, y últimamente en Argentina.

En nuestro país se han desarrollado diversos aportes teóricos y prácticos en Psicología Comunitaria y Salud Mental a partir de la década de los sesenta. Alfaro (1993) presenta dos de estos modelos, la Psiquiatría Intracomunitaria y la Salud Mental Poblacional. El modelo de Psiquiatría Intracomunitaria se implementó en Chile entre los años 1968 y 1979 en el área sur de Santiago, desde el departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile; y se formula como una alternativa frente a las tres principales limitaciones presentadas por los servicios de atención en salud mental, y que son:

- 1.- La demanda de servicios expresada por los datos epidemiológicos eran de tal magnitud que no permitían ofrecer soluciones que lograran satisfacer todas las necesidades.
- 2.- Los recursos humanos especializados además de ser totalmente escasos, se distribuyen desigualmente.
- 3.- Los servicios de Salud Mental se organizan a partir de una concepción definida como "...vertical, etnocéntrica y autoritaria" (Marconi, 1970) lo que también impide dar una respuesta adecuada a las necesidades.

De tal forma, la piedra angular del modelo se encuentra en el establecimiento de una relación participativa con la población, se trabaja básicamente en la formación de monitores y técnicos en salud mental y en la ejecución de programas específicos de trabajo; para ello, las alternativas de solución de los problemas son entregadas por la población luego de una 'auscultación' de los técnicos, es responsabilidad del técnico que trabaja en la comunidad estudiar las soluciones populares para enriquecerlas con el aporte científico-técnico. El cambio opera por

medio del diálogo entre profesionales y comunidad y moviliza los recursos de ésta, recursos educacionales, materiales, humanos; operando a través del sistema de delegación de funciones.

El modelo de Salud Mental Poblacional se conoce sólo a través de publicaciones hechas desde Argentina y España después de su cierre en 1973, y se caracteriza básicamente por rescatar la dimensión sociocultural de las ciencias de la salud y del fenómeno de la salud y la enfermedad. Weinstein (1975) propone este modelo como una "...apertura sociocultural de la Psiquiatría" y se fundamenta, al igual que el modelo anterior, en la participación integral de la población en la gestión y la dirección de los programas; en este sentido, se propone que un programa busca facilitar el desarrollo de la capacidad de autodirección, cuestionamiento y acción de la población.

Los supuestos de este modelo (Alfaro, 1993) plantean que es imposible pensar en salud al margen de la participación, no es posible pensar en personas saludables que no participen, por lo tanto, generar participación es también hacer salud. La salud, a su vez, es un proceso esencialmente colectivo en todas sus dimensiones, por lo que puede llegar a ser asumido colectivamente hasta llegar a la autogestión, y trabajaría principalmente con la investigación participativa, la discusión de conocimientos y cuestionamientos, pero en ningún caso con la dirección de los técnicos.

Los dos modelos mencionados son bastante similares en sus planteamientos generales, sin embargo, existen algunas diferencias que dicen relación básicamente

con la forma de abordar algunos aspectos estructurales. Según el autor mencionado, la Psiquiatría Intracomunitaria prácticamente no se plantea las categorías de clase social, en cambio la Salud Mental Poblacional elabora todo su planteamiento partiendo del reconocimiento de esta categoría. La Psiquiatría Intracomunitaria se desarrollaría a partir de una perspectiva sanitarista, o sea, desde una concepción que responde a una teoría social funcionalista y desarrollaría un punto de vista ecológico social donde adquiere mucha importancia la relación con el ambiente, pero lo social se incorpora de forma ahistórica, superficial y fragmentada, pues no se reconoce la dinámica de la determinación social en cuanto al origen y la transformación de la clase social; a su vez, la Salud Mental Poblacional se formularía a partir de una concepción histórico-social de la salud, desde una concepción que entiende los procesos de salud y enfermedad como un proceso socio-histórico en sociedades y clases concretas y en relación a sus condiciones materiales y culturales de vida.

En síntesis, es posible identificar algunos grandes momentos en el desarrollo de las perspectivas de intervención psicosocial desarrolladas actualmente. En un primer momento se reconoce el origen anglosajón de las investigaciones sobre salud mental y de algunos de los factores sociales relacionados que no logran escaparse de los modelos de salud pública; en un segundo momento la emergencia de los modelos propiamente psicosociales surgen al alero de la psicología social europea, particularmente en las propuestas impulsadas por D. Páez desde la Universidad del País Vasco; y en un tercer momento en nuestro país se reconoce la tradición de las líneas de trabajo social comunitario y, como señala Weinstein (1993), son

actualizadas y fuertemente impulsadas por las líneas de trabajo desarrolladas por D. Asún y sus colaboradores desde el Departamento de Psicología Social de la Universidad Diego Portales.

Tal como se especificará más adelante, el presente estudio se define dentro del marco de la psicología social comunitaria en lo que respecta al abordaje del tema de la salud mental.

2.3. POLITICAS PUBLICAS Y PLANES ACTUALES DE SALUD

Las políticas institucionales de salud mental que han guiado el servicio ofrecido por los sectores de salud pública, hasta hace pocos años han estado de algún modo relacionados, tal como se ha descrito, con un concepto de salud que derivado de un marco biologicista propio del modelo de atención médica, entiende a la salud y específicamente a la salud mental, como la ausencia de enfermedad, describiéndola siempre en términos individuales y sin considerar mayormente los factores sociales y el contexto relacional en el que se encuentra la persona que adolece de algún síntoma o que requiere de la prestación de servicios de salud. Pemjean (1993) reconoce que durante las últimas décadas, los cambios en la estructuración de los servicios de atención clínica y de los programas dirigidos a la educación u organización de la comunidad con fines de prevención en salud mental, han sido experiencias locales relacionadas más bien con el trabajo orientado por equipos específicos de profesionales que por directrices de políticas generales.

El Ministerio de Salud en las últimas décadas ha dedicado esfuerzos destinados a la planificación de programas y acciones en el área de la salud mental; el autor citado reconoce que la interdependencia de las manifestaciones mórbidas tanto mentales como físicas y su relación con el ambiente psicosocial es cada vez más considerada por los planificadores de las políticas de salud y desarrollo.

Sin embargo, el que las políticas de salud tanto como las planificaciones de intervenciones específicas en salud mental se deriven o por lo menos consideren el marco psicosocial ofrecido por la psicología social y específicamente por la psicología comunitaria, también es puesto en tela de juicio por algunos autores. Gyarmati (1993) plantea que aunque las políticas de salud mental consideren los factores psicosociales, de todas maneras las necesidades de atención en salud mental estarán definidas por los grupos de élite de intelectuales, profesionales y políticos, más que por las necesidades específicas que pueda presentar una determinada comunidad. Este es un aporte importante en la medida en que se considera que las políticas de salud pública van a depender de los marcos ideológicos y de los intereses políticos de quienes, en su calidad de gobernantes, deban planificar y ejecutar la entrega de servicios de un modo relativamente efectivo. En este mismo sentido, Jiménez (1994) plantea que en el área de la salud, la discusión entre quienes defienden los derechos individuales de la persona por un lado, y quienes defienden el interés social representado por la intervención del Estado, ha sido una constante desde los primeros intentos de desarrollo de políticas de salud pública en muchos países, incluido el nuestro, y que se viene dando desde finales del siglo XIX.

2.3.1. LOS PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA COMO PUNTO DE PARTIDA

Desde hace algunos años el Ministerio de Salud asumió la atención primaria en salud (APS) como una estrategia básica para la promoción de la salud de acuerdo a la definición ofrecida por la OMS como "...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas y científicamente fundadas y socialmente aceptadas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación" (OMS, 1990). De este modo se implementaron políticas, planes y programas destinados a mejorar la salud mental de la población, y se impulsaron cambios con el mismo objetivo. Por ejemplo, en relación a la satisfacción de demanda psicológica, las horas contratadas por los servicios de salud se incrementaron desde 1989 en un 31,4% de horas en psiquiatría y 167% en horas de psicología, teniendo sin embargo una alta concentración de recursos en la región metropolitana. (MINSAL, 1993).

En cuanto a la incorporación de la salud mental a la atención primaria de salud, el Ministerio de Salud hasta hace algún tiempo definió dos caminos a seguir, que se tradujeron en planificación para la implementación gradual del componente de salud mental, estos fueron: la incorporación de equipos de "reforzamiento psicosocial" en consultorios urbanos, esperando que la integración del psicólogo contribuyese a diversificar las actividades en lo primario, favoreciendo la promoción, prevención y abordaje de aspectos psicosociales; y la creación en base a los antiguos centros de adolescencia "de la red de COSAM" (Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar), con lo que se esperaba expandir y diversificar los servicios de

atención primaria de salud. Con los COSAM se buscaba ampliar la red desde los consultorios y postas rurales a establecimientos con actividades propias de la promoción y prevención primaria en salud mental.

Actualmente, y acorde con el cambio en la concepción de la salud, se impulsan cambios significativos en el nivel primario de atención, que toman forma en la transformación del hasta ahora Consultorio General de Salud urbano y rural, en lo que será el Centro de Salud, definido como "...una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya misión específica es prestar servicios dentro de un territorio delimitado, con el propósito de contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que allí vive o trabaja." (MINSAL, 1993).

Si bien los cambios propuestos e impulsados por el Ministerio de Salud para la conformación de los Centros de Salud son numerosos y tienen que ver básicamente con su estructura, organización y funcionamiento¹, es posible rescatar algunos aspectos relacionados principalmente con la necesidad de implementar programas de intervención psicosocial en poblaciones y sectores específicos, algunos de estos aspectos son:

1. Ubicación estratégica en un territorio determinado, buscando la mejora de la calidad de vida y el desarrollo de esa localidad. Se debe interactuar con una población cuyo tamaño permita conocerla e intervenir en ella y con ella. Uno de los ámbitos de acción del Centro de Salud es el de la activa participación social y comunitaria en salud.

¹ Para mayores detalles de las actuales políticas de salud, ver: "De consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual" MINSAL, 1993.

2. El Centro de Salud debe buscar el trabajo conjunto con otras entidades locales y actores sociales de sectores específicos, entendiendo que la responsabilidad sobre la salud es compartida por todas las personas que de algún modo se vinculan con el bienestar y el nivel de vida de la población.
3. Utilizar la Programación Local para implementar programas, actividades y tareas. Esta se constituye en el proyecto de trabajo en el que se formulan claramente los objetivos, las metas y las estrategias, y debe partir de un diagnóstico completo y actualizado.

Estos aspectos, entre otros, favorecen y más aún necesitan de la implementación de programas de intervención específicos en poblaciones particulares, como será la intervención psicosocial en Salud Mental propiciada por esta investigación.

CAPITULO 3



MARCO CONCEPTUAL

3.1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El concepto de salud mental es el resultado de un cuestionamiento que parte desde el concepto mismo de salud. Antiguamente se definía a la salud como la ausencia de enfermedad, respondiendo a un modelo netamente biologicista; en la actualidad a los factores biológicos se le han sumado factores psicológicos y sociales. La Organización Mundial de la Salud, en su documento fundacional, establece una definición del estado de salud que abre una amplia y fecunda perspectiva hacia sus dimensiones psicológicas y sociales, en relación indivisible con la realidad somática o física de cada persona; Gyarmati (1993) propone la definición dada por la OMS en 1964, que dice: "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades"; este concepto es aceptado en la medida en que se definen sus principales características, específicamente al momento en que se hace referencia a la salud mental. En Sánchez (1988) por ejemplo, se plantea que la OMS ha considerado a la salud como un recurso para la vida diaria y no como un objetivo; por recursos se entienden tanto los sociales como los personales además de las capacidades físicas, los recursos económicos, la vivienda, la alimentación y la información.

Gil (1992) también da cuenta de este cambio y plantea que: "...el concepto de salud ha evolucionado desde una visión tópica, como es 'ausencia de enfermedad o

invalidez', a un concepto probablemente utópico de salud como 'estado de bienestar completo, físico, mental y social'. Este mismo autor relaciona este hecho con algunos acontecimientos, tales como el alto grado de desarrollo que ha logrado el conocimiento biomédico y que se ha traducido en una disminución notoria del riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas; este hecho habría permitido ampliar las expectativas de cobertura en este ámbito. Además, los sistemas de salud, al poseer una visión reduccionista, no habrían logrado satisfacer las demandas de la población, por lo que actualmente se ha concebido que los problemas de salud de la población pueden relacionarse, en muchos casos, con variables sociales y comportamentales; este hecho, tal como se mencionó en el capítulo anterior, también lo ha señalado el Ministerio de Salud.

Jiménez (1994) asocia la falta de consenso respecto del concepto de salud con las dificultades en la aplicación y materialización de los procesos de reforma en el sector salud. Este autor logra graficar esta discrepancia atendiendo a las perspectivas e intereses de quien define el tema:

“La multiplicidad de conceptos y creencias sobre lo que es salud, se expresa en la discrepancia que existe entre aquellos especialistas que miran el fenómeno desde la perspectiva epidemiológica de los indicadores de resultado como mortalidad y morbilidad y por lo tanto de la relevancia global o aquellos usuarios que miran la salud como la atención médica y evalúan la calidad de ella por el acceso que obtengan. Por su parte, los proveedores de salud, evaluarán la calidad por la disponibilidad de recursos tecnológicos con que cuentan para ejercer su trabajo o el nivel de remuneraciones que reciben, mientras que los ejecutivos de los niveles financieros

evaluarán el sistema por su nivel de gastos y los políticos harán lo propio mirando la conflictividad del sector.” (Jiménez, 1994).

Alvarado (1993) toma el aporte realizado por Tusquest y Murcia al definir la salud mental como un proceso en el que la persona pueda interrelacionarse satisfactoriamente con sus semejantes y conocer bien su ambiente con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo, lo que supone identificar y asumir un rol social específico con el objeto de potenciar su personalidad; esto le permitiría solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones y conseguiría finalmente una adaptación flexible a su medio y a las influencias que ejerza.

Para Sánchez (1988) el concepto de salud mental es particularmente interesante no sólo por razones teóricas, sino también por razones instrumentales o interventivas. Existirían según este autor, tres distinciones básicas para definir la salud mental: desde una perspectiva teórica, o sea, como un constructo teórico; desde una perspectiva operativa, o sea, como objetivo o meta a perseguir en la intervención comunitaria; y definida como ámbito de aplicación, entendiéndola como el conjunto de áreas o problemas incluidos en la salud mental y por lo tanto, en la intervención sobre ella. En función de esto, propone que:... “Si se trata de una meta u objetivo a perseguir, necesitamos una definición positiva.....de salud mental que la identifique como algo hacia lo que se va o que se intenta conseguir y promocionar, no algo residual negativo o deficitario como es vista desde el modelo médico.....Una tal definición podría ser útil, si acaso, para la prevención del trastorno mental pero no para la promoción de la salud mental.”

Gissi (1993) utiliza la terminología psicopatológica y la asocia a reacciones y situaciones frecuentes y posibles de ser experimentadas por cualquier persona, entendiéndola siempre dentro de un contexto de relaciones sociales; plantea que:

“...la omnipresencia de la psicopatología es la omnipresencia de los problemas humanos, las reacciones a los cuales corresponden justamente a los síntomas y/o conductas y/o rasgos de carácter considerados más frecuentes por la psicopatología y psiquiatría social contemporánea son los siguientes: depresión, angustia, agresiones, miedos, desesperanza, (impotencia, resignación, apatía), soledad (aislamiento), evasiones (compensaciones), desorientación (inseguridad, anomia). Estos son síntomas considerados como los más frecuentes y masivos por la psicopatología actual.” (Gissi, 1993).

Esta misma idea es propuesta por otros autores; de hecho, Páez (1986) plantea que la mayoría de la sintomatología en una población es una sintomatología media que no resulta invalidante (ansiedad, depresión, tensión) y las respuestas de los sujetos ante ella no están dadas por las características intrínsecas del síntoma; más bien, los síntomas son las respuesta a los distintos problemas y situaciones conflictivas a las que debe enfrentarse un sujeto. Más aún, la presencia de síntomas es, en cierto modo, normal y la labor del sujeto consiste en no perder el control de su conducta y no sobrepasar el límite de tolerancia de su entorno social. Este mismo autor (Páez, 1989) propone una definición dentro del marco de la psicología de las emociones, enfatizando el carácter socialmente construido y determinado de la salud mental. Esta definición dice que es:

“...un atributo individual en su forma de existencia (en tanto sólo existe en los individuos y no como realidad psíquica supraindividual), pero social en su origen (sería un producto de los factores psicosociales y sociales como los eventos vitales, las redes sociales de apoyo y las formas de afrontamiento, además de la estructura social en un sentido amplio), social en sus funciones (un estado emocional de balanza positiva tendría efectos adaptativos individuales y sociales) y social en su contenido (por que estaría formada por la internalización de las relaciones sociales y evaluaciones sociales)”. (Páez, 1989).

Este concepto fundamenta el modelo psicosocial de la salud mental que será explicitado más adelante, y será el concepto adoptado para efectos de este estudio. A continuación se revisarán los conceptos de las variables estudiadas.

3.2. SINTOMATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

3.2.1. Trastorno por ansiedad

En la literatura especializada los términos de angustia y ansiedad aparecen como sinónimos y en algunas lenguas incluso existe un solo vocablo que los agrupa indistintamente. Es posible plantear que si bien existen ciertas distinciones, participan de una vivencia nuclear común. Para definir el concepto se han planteado algunos criterios, Rojas (1994) ha propuesto un criterio cuantitativo para proponer una gradación de fenómenos inquietantes entre los que se distinguen tres eslabones ordenados de menos a más: el miedo, la ansiedad y la angustia. El miedo sería un temor específico, concreto, determinado y objetivo como producto de la percepción de un peligro real que implica algún tipo de amenaza; la ansiedad (y la angustia) la define este autor como una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto e indefinido que a diferencia del miedo, no tiene una referencia explícita y sería una manifestación esencialmente afectiva, una vivencia de un estado subjetivo o de una experiencia interior a la que se añade un estado de activación neurofisiológica o arousal que genera como consecuencia un estado de alteración llamado hipervigilancia, cuya psicofisiología es similar a la del miedo.

Este mismo autor plantea que la psiquiatría tradicional veía la ansiedad a través de dos variables básicas, la vivencial y la física, de las que derivarían los dos principales ejes sintomatológicos. Actualmente el tema se analizaría de modo más amplio, o sea, como un modelo de enfermedad psíquica de cinco dimensiones: vivencial, físico, conductual, cognitivo y asertivo; lo que permitiría esbozar la

siguiente definición: "...la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada....que el individuo percibe como una amenaza para su integridad." (Rojas, 1994).

En algunas circunstancias de peligro el aumento en los niveles de ansiedad puede facilitar un mejor afrontamiento y con ello una mejor adaptación, el problema surge cuando se generan niveles de ansiedad excesivos, frecuentes y durante períodos prolongados de tiempo, y sin que exista un peligro objetivo; es en estos casos cuando la ansiedad se considera desadaptativa siendo fuente de malestar, sufrimiento y en ocasiones incapacitante para quien la padece (Sandin, 1991); con estos criterios se habla en ocasiones de "ansiedad clínica". Si bien es cierto que se puede observar niveles altos de ansiedad en la mayoría de las condiciones psicopatológicas, sólo en los trastornos por ansiedad el cuadro clínico está dominado por reacciones de ansiedad; de tal forma, un trastorno por ansiedad se define por la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo éstos irracionales y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona; que implican malestar, deterioro social, laboral o de otra área de la vida de la persona (Sandin, 1991).

La primera vez que se comienza a hablar de reacción de ansiedad es en la publicación de la American Psychiatric Association en 1952 del primer manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido como DSM-I y perfeccionado en 1967 en el DSM-II, en el que la ansiedad se estudia como el principal elemento de las neurosis; en 1968 la OMS da a conocer la Clasificación Internacional de Enfermedades presentado como ICD-8 y sus posteriores revisiones,

en la que se sistematizan los principales cuadros clínicos en los que aparece la ansiedad, los que son: neurosis de ansiedad, reacción de ansiedad, crisis y estado de ansiedad. Posteriormente, en 1980 aparece el DSM-III que rompe con la clasificaciones precedentes; al respecto, Rojas (1994) llama la atención respecto de una transición conceptual muy significativa en la que se pasa del concepto de reacción al de neurosis(DSM-II) y de éste al de trastorno (desorden), en los que se dividen los trastornos por ansiedad en estados de ansiedad y trastornos fóbicos. Ya en 1987 aparece el DSM-III-R en el que la denominación de 'ataques de pánico' sustituye a la tradicional de 'crisis de ansiedad' y se diferencian del cuadro de ansiedad generalizada. Actualmente, para una clasificación de ansiedad como trastorno se utiliza el criterio del DSM-IV; sin embargo, es necesario realizar la siguiente aclaración: el DSM-IV utiliza una clasificación categorial (divide los trastornos en tipos basados en conjuntos de criterios), versus un sistema dimensional (el cual se basa en la cuantificación de atributos, centrándose en la descripción de fenómenos que se distribuyen en forma continua, sin claras delimitaciones a través del continuo). El sistema categorial parece ser lo mas práctico y consensuado internacionalmente, ya que cumple con las funciones básicas de la comunidad científica: clasificación, comunicación y predicción. Una de las desventajas de los sistemas categoriales es que contribuyen a la falaz creencia de que los procesos psicopatológicos incluyen entidades discretas, cuando de hecho son meros conceptos útiles para coordinar las observaciones y plantean la duda de si las categorías son artificiales o derivadas empíricamente (Millon, 1991).

Según el DSM-IV, dentro de los trastornos por ansiedad se encuentran: trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia, agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancia y trastorno de ansiedad no especificado. Se debe hacer notar que los trastornos por estrés están sometidos a polémica respecto de si deben ser considerados como una clasificación propia o dentro de otra.

A continuación se realiza una breve síntesis de los tipos de trastorno por ansiedad propuestos en el DSM-IV.

3.2.1.1. Trastorno de pánico

Para diagnosticar trastorno de pánico se debe diagnosticar primero ataque de pánico (también llamado crisis de angustia), el cual consiste en la aparición temporal o aislada de miedo o malestar intenso, acompañado de cuatro (o más) de los síntomas que se mencionan a continuación, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitación (sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca), sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el

control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones.

Si se cumple este criterio se diagnostica crisis de angustia, y la repetición de éstas constituyen, a su vez, Trastorno de Pánico.

3.2.1.2. Agorofobia

La agorofobia se presenta cuando existe ansiedad anticipatoria (miedo al miedo), la cual se asocia a estímulos externos, situaciones embarazosas o lugares donde es difícil escapar, y este miedo va acompañado de evitación. Se han identificado situaciones típicamente agorafóbicas como: estar en la silla del dentista, estar en un túnel, en un puente, en un supermercado, etc.

La agorofobia no se diagnostica como entidad aislada, sino que debe ir acompañada de un trastorno específico, aunque en ocasiones se diagnostica 'agorofobia sin historia de trastorno de pánico'.

3.2.1.3. Trastornos fóbicos

Las fobias se definen como reacciones de miedo intenso acompañado de evitación, inducido por situaciones (reales o anticipadas), que no justifican objetivamente tales respuestas. El miedo y la evitación se asocian a situaciones y estímulos más o menos específicos. La persona está consciente que son excesivos (no implica los casos de los niños).

Dentro de las fobias se encuentra: la agorofobia (explicada anteriormente), la fobia social y la fobia específica.

3.2.1.4. Fobia específica

En este tipo de fobia el miedo está claramente delimitado por un objeto o situación (presente o anticipado). La respuesta al estímulo suele ser inmediata, a pesar de ser relevante clínicamente es el que produce menor grado de incapacidad.

Las fobias específicas pueden ser de los siguientes tipos: animal, ambiente natural, sangre, inyección o herida, situacional, inespecificado.

3.2.1.5. Fobia social

Este trastorno se caracteriza por un miedo generado por situaciones sociales en que la persona es expuesta a evaluación o a desconocidos; teme situaciones embarazosas o ser humillado, suele acompañarse de baja autoestima y miedo a las críticas. Por lo general comienza en la adolescencia.

Las fobias sociales pueden tomar dos formas:

- circunscritas a una situación específica (como por ejemplo comer con otros)
- generalizada, la cual se presenta de forma más difusa, puede implicar casi todas las situaciones sociales fuera del contexto familiar.

3.2.1.6. Trastorno obsesivo-compulsivo

Este trastorno se caracteriza por la presencia de ideas, pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y experimentadas como incontrolables por la persona, se consideran intrusas e inapropiadas y provocan ansiedad o malestar clínicamente significativo; el individuo puede reconocer que estas ideas provienen de su mente y no de afuera. Se cree que la ansiedad experimentada por la obsesión puede reducirse

por medio de la compulsión, la cual se define como: comportamientos o actos mentales (por ejemplo rezar, contar o repetir palabras en silencio, recurrentes cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o malestar, pero no proporciona placer o gratificación, los pensamientos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real; la persona trata de neutralizar o ignorar estos pensamientos o impulsos mediante otros pensamientos o actos. Estos comportamientos quitan tiempo considerable del día.

3.2.1.7. Trastorno de ansiedad generalizada

En este trastorno la ansiedad no se limita a ninguna situación particular, la persona no discrimina qué situaciones producen sus síntomas, sino que responde a estímulos internos (fisiológicos y/o cognitivos) y a señales externas de amenazas sutiles. La preocupación no coincide con la ansiedad anticipatoria del trastorno de pánico, fobia social u otro, sino que es una preocupación crónica, inespecífica, relacionada con múltiples circunstancias de la vida. Existe un estado mantenido de tensión y vigilia.

3.2.1.8. Trastorno por estrés postraumático

La característica central de este trastorno es la aparición de síntomas particulares que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física.

En este caso, la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido las siguientes condiciones:

- ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o mas acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.

Este acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos que provocan malestar y dentro de los que se incluye imágenes, pensamientos o percepciones; sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento y que producen molestia; el sujeto actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo; existe malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos externos o internos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático y también aparece una respuesta fisiológica ante la exposición a los estímulos internos o externos antes descritos.

3.2.1.9. Trastornos asociados a factores biológicos

Estos trastornos se diagnostican en base a su etiología sin considerar otras implicancias, a diferencia de los otros trastornos.

3.2.1.10. Trastorno por ansiedad debido a una condición medica general

En este caso, la historia médica del paciente justifica el cuadro de ansiedad, y para poder diagnosticarla debe existir: una historia clínica, una exploración física, hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones.

3.2.1.11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Para este diagnóstico la característica esencial es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Al igual que en el caso anterior la sintomatología se asemeja a la ansiedad generalizada, ataque de pánico y obsesivo compulsivo, igualmente produce malestar clínico o alteración laboral, social u otra.

3.2.1.12. Trastorno de ansiedad no especificado

Incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno por ansiedad.

3.2.2. Trastorno por depresión

Los trastornos depresivos en el DSM-IV están incluidos dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es una alteración del estado del humor.

La base del diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo según el DSM-IV, lo constituyen los episodios afectivos, que pueden ser: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco. Estos episodios no se constituyen en entidades independientes que deban ser designados con un diagnóstico específico, sino que más bien sirven como fundamento para el diagnóstico de los trastorno del estado de ánimo en la medida que éstos exigen la presencia o ausencia de algún episodio afectivo específico.

A continuación se describen sintéticamente cada uno de estos episodios, en la medida en que se constituyen en la base de los trastornos específicos.

Episodio depresivo mayor

La principal característica de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. También se debe experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluye los siguientes: cambios en el apetito, cambios en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte, o ideación, planes o intentos suicidas.

Para que exista un episodio depresivo mayor, uno de estos síntomas debe no haber existido anteriormente o debe haber empeorado claramente si se compara con el estado de la persona antes del episodio. Además, estos síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas consecutivas. Este

episodio se debe acompañar de un malestar clínicamente significativo, y de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad cotidiana de la persona.

Episodio maníaco

El episodio maníaco está definido por un período de al menos una semana, durante la cual el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable. Esta alteración del estado de ánimo debe ir acompañada de al menos tres de los siguientes síntomas: grandiosidad o aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas, agitación psicomotora, implicación excesiva en actividades placenteras.

Las consecuencias resultantes de esta alteración pueden ser lo bastante graves para provocar un deterioro importante de la actividad de la persona, llegando incluso a ser necesaria la hospitalización para algunos casos.

Episodio mixto

El episodio mixto se caracteriza por un período de al menos una semana durante la que casi todos los días se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. La persona experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez, p.e. tristeza, irritabilidad, euforia; acompañados de los síntomas de cada uno de los episodios. Además se pueden incluir algunos de los síntomas siguientes: agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e

ideación suicida. La alteración debe ser lo suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante, o para necesitar hospitalización.

Episodio hipomaniaco

El episodio hipomaniaco es definido como un período delimitado de al menos 4 días en los que aparece un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable; y se debe acompañar de al menos 3 de los siguientes síntomas: grandiosidad o aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas, agitación psicomotora, implicación excesiva en actividades placenteras. La diferencia con el episodio maniaco es que en éste pueden aparecer ideas delirantes y alucinaciones, las que no deben aparecer en el caso del episodio hipomaniaco; además, el episodio hipomaniaco no es lo suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante, incluso en algunos casos el cambio de actividad puede tomar la forma de un aumento de la eficiencia, el logro de objetivos y la creatividad.

Tal como se mencionó, en función de los episodios mencionados se constituyen los trastornos del estado de ánimo, y dentro de estos se encuentran: trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos basados en su etiología (por enfermedad y por sustancia).

Los trastornos depresivos se diferencian de los bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Dentro de los

trastornos depresivos se encuentran: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado.

3.2.2.1. Trastorno depresivo mayor

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores y puede ser diagnosticado como trastorno depresivo mayor, episodio único; y como trastorno depresivo mayor recidivante, en el cual deben darse dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios depresivos separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. Para realizar este diagnóstico no deben haberse presentado episodios mixtos, maníacos o hipomaníacos y tampoco se consideran los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias ni los debidos a enfermedades médicas. Tampoco debe ser atribuido a otro cuadro psicopatológico.

3.2.2.2. Trastorno distímico

Se caracteriza por la presencia de al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, y se acompaña de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, y que pueden ser: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse y sentimientos de desesperanza. El estado de ánimo es descrito generalmente como triste o 'desanimado', con pérdida de intereses y aumento de la autocrítica.

3.2.2.3. Trastorno depresivo no especificado

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto, ansioso y depresivo. Entre estos se mencionan: trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo psicótico en casos de esquizofrenia, episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, y también para los casos en que el diagnóstico no es claro.

Entre los trastornos bipolares se encuentran el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado; y se caracterizan principalmente por la presencia o historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

3.2.2.4. Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

3.2.2.5. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a alguna sustancia tóxica.

3.2.3. Trastorno somatoforme

Antes de considerar los trastornos psicósomáticos según el DSM-IV, se presentarán algunos datos de interés para tener una concepción más amplia de los trastornos somatoformes.

Anteriormente se les llamaba trastornos psicósomáticos, lo que Yasqui y Rojo (1997), consideran que tiene su raíz en el dualismo cartesiano, el que influye en la posterior perspectiva particular de la medicina y psicopatología que enfatiza el observar y comprender los hechos del organismo en forma global y unitaria.

Respecto al paciente psicósomático, según estos autores existe correlación entre determinados patrones de funcionamiento psíquico y las afecciones que presentan. Existe consenso respecto a tres ejes conceptuales de análisis, el primero y el segundo serían patrones caracterológicos predisponentes y el tercero sería un factor desencadenante.

1-Alexitimia, implica desconexión o anulación de la percepción y expresión de emociones y de la consiguiente representación simbólica.

2-Paciente sobreadaptado, por un desarrollo precoz se ha sobredesarrollado en aspectos relativos a la adaptación a la realidad externa a costa de su propia realidad interna, siéndole difícil tratar temas relacionados consigo mismo, pero no presenta problemas para tratar temas externos a él.

3-Estrés, cuando un individuo es sobreexigido en tareas de rendimiento prolongado.

Según el DSM-IV la característica principal de este tipo de trastorno es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, sustancia o trastorno mental. La agrupación de este tipo de trastornos se debe a su utilidad más que a su etiología.

Al igual que los otros trastornos la sintomatología debe producir malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral, o de otra área importante de la vida del individuo.

Dentro de los trastornos somatoformes se encuentran: trastorno dismórfico corporal, trastorno por hipocondría, trastorno de conversión, trastorno de somatización, trastorno de somatización indiferenciado, trastorno por dolor y trastorno somatoforme no especificado.



3.3. CONCEPTO DE BALANCE AFECTIVO

3.3.1. El balance afectivo como medida del bienestar psicosocial

A pesar que hasta ahora todos los estudios se han dedicado a pesquisar la patología psiquiátrica, se sabe que muy pocos problemas de esta especialidad disponen de alguna acción preventiva específica que haya demostrado su eficacia; por tal razón es necesario preocuparse de elevar el nivel de bienestar de la persona. En este sentido, se deben desarrollar estrategias de promoción junto a la búsqueda de factores protectores del estado de salud mental; sin embargo, el problema se presenta al momento de conceptualizar y operacionalizar esta dimensión, aunque existen algunos intentos:

“Desde la psicología social, se plantea que la dimensión bienestar psicosocial se diferencia de la de salud-enfermedad mental. El grado de bienestar que una persona percibe se asocia a la existencia de afectividad positiva y situaciones gratificantes, y no a la ausencia de afectividad negativa (temor, pena, culpa, etc.). Todo esto entrega nuevos elementos para ser analizados desde una perspectiva epidemiológica.” (Alvarado, 1993).

Desde la perspectiva psicosociológica de las emociones (Páez, 1989) se ha propuesto como una medida de la dimensión del bienestar psicosocial, el concepto de balance afectivo, basado principalmente en las dimensiones de la afectividad. Sin embargo, este concepto en si mismo tiene un carácter más bien instrumental pues busca estimar una medida del estado de ánimo o estado afectivo de una persona; de

hecho, dentro de las mediciones de la afectividad, la balanza de afectos es definida como "...la resta entre el afecto positivo y negativoel concepto de balanza de afecto no tiene por qué suponer un paralelismo de la dimensión afirmativa y negativa, sino que sólo se refiere a la relación entre un tipo de experiencia afectiva y la otra." (Páez, 1989).

En un estudio mencionado anteriormente, Vera y Wood (1994) tomaron este concepto a partir de la vivencia o percepción subjetiva de bienestar y malestar psicológico de las personas basados en las dimensiones positiva y negativa de la afectividad, y al medirlo lo complementaron con la prevalencia sintomatológica, logrando de esta forma describir el estatus de la salud mental de la población estudiada. Algunas de las conclusiones al respecto serán descritas más adelante. (Ver cap. 4.)

Páez (1989) se refiere a la salud mental como bienestar físico y mental y lo grafica con un buen ejemplo:

"...este elemento (el bienestar) se refiere a una balanza positiva de afectos, en los que los afectos positivos sobrepasen a los negativos. Por ejemplo, las parejas bienavenidas no se diferencian por el nivel de interacciones negativas con las parejas desavenidas; lo que las diferencia es que poseen niveles superiores de interacción positiva - aunque posean iguales niveles de interacción negativa entre ellos en comparación con el tipo de interacción ante extraños. Este concepto de balanza de afectos, muy popular en investigación epidemiológica, debe integrar los resultados que muestran que la afectividad negativa no es la inversa de la afectividad positiva, sino que se trata de dimensiones y conglomerados de emociones diferentes." (Páez, 1989)

3.3.2. Afectividad positiva y negativa

Dimensiones de la afectividad.

Quienes han investigado respecto de las dimensiones de la afectividad (Bradburn, 1969 citado en Alvaro et al., 1996; Barrio, et al.; 1989) utilizando complejos procedimientos metodológicos han encontrado sistemáticamente una dimensión de placer-displacer y también una dimensión de activación distinta de la anterior.

Utilizando análisis factoriales, se ha comprobado la existencia de un primer factor que se puede interpretar como de placer-displacer, está definido en su polo positivo por el miedo, y en el negativo por la alegría. Cada una de ambas emociones está asociada a diferentes patrones motores-fisiológicos-conductuales. El miedo se agrupa junto a problemas estomacales, frío, tensión muscular, sudoración y "nudo en la garganta", conductas de escape y aislamiento y por cambios faciales y en el habla. Por el contrario, la alegría aparece definida por la relajación muscular, la risa y conductas de aproximación y lentitud en el habla.

El segundo factor se puede interpretar como de activación y aparece definido positivamente por la tristeza, y negativamente por la cólera. Esta última aparece asociada a cambios de temperatura corporal, movimientos abruptos, por la rabia y la agresión e incrementos de la gesticulación, manifestándose ante figuras de autoridad y personas conocidas (la situación que lo provoca se atribuye a figuras concretas). La tristeza por lo contrario, aparece asociada a situaciones negativas sin un agente

causal claramente establecido (Destino, Naturaleza, Sobrenatural). (Barrio et al., 1989)

En una investigación citada por el mismo autor, se dedujo la existencia de las dimensiones utilizando caracterizaciones de palabras adjetivas; el alto afecto positivo estaría definido por términos como “entusiasmado” y “alegre” mientras que el bajo afecto positivo está definido por adjetivos como “fatigado” y “triste”, sugiriendo el abandono de expresiones negativas. El alto afecto negativo está definido por adjetivos como “atemorizado” y “enojado”. El bajo afecto negativo está definido por “tranquilo” y “calmado”, sugiriendo formas displacenteras de abandono de contacto.

3.3.3. Afectividad, depresión y ansiedad

Siguiendo al mismo autor, no es tan simple plantear la existencia de una dimensión simple de afectividad negativa que englobe simultáneamente la ansiedad y la depresión. Sin embargo, empíricamente se puede constatar que las medidas de psicopatología ansiosa y depresiva correlacionan altamente entre ellas, lo cual ha llevado a muchos psicólogos a plantear la existencia de una sola dimensión de afectividad negativa. De hecho, Alvaro et al. (1996) citan las consideraciones de Mirowsky y Ross (1989) respecto de que la afectividad positiva y negativa son dos polos de un solo continuo que representa la misma dimensión emocional; sin embargo, existen evidencias importantes que permiten postular la existencia de dos

factores diferentes de afectividad positiva y negativa, así como que éstos tienen una relación específica con la psicopatología ansiosa y depresiva. (Páez, 1989)

En el estudio de Vera y Wood (1994) se encontró que la dimensión de afectividad negativa se asocia positivamente con la ansiedad, pero no tan intensamente como se asocia con depresión; a su vez, la dimensión de afectividad positiva se asocia de manera negativa más intensamente con depresión. Además se obtienen correlaciones importantes con cada uno de los factores psicosociales considerados en este estudio y que ya han sido mencionados.

Barrio et al., (1989) también reporta asociaciones entre las dimensiones de la afectividad, los síntomas y los factores psicosociales; plantean que el afecto negativo está asociado al estrés, a quejas somáticas, a la ansiedad-rasgo y al neuroticismo. El bajo afecto positivo está asociado a los sucesos de pérdida, a la depresión y a la introversión. La afectividad positiva está asociada a medidas de motivación de logro y de dominación social, a indicadores de conducta social, incluyendo la frecuencia de contactos, la satisfacción con amigos y relaciones, la implicación en organizaciones sociales y el conocimiento de nuevas relaciones; estos indicadores a su vez no tienen relación con el estado de ánimo negativo. El estado de ánimo negativo está asociado a medidas de alienación y reactividad al estrés, que a su vez no están asociadas al estado de ánimo positivo (Watson y Clark, 1984; en Barrio et al., 1989).

En otros términos, el alto afecto negativo está asociado a la presencia de sucesos negativos, mientras que el bajo afecto positivo está asociado a la ausencia o pérdida de refuerzos positivos. El afecto positivo está asociado a un número mayor y

más diverso de hechos sociales, mientras que el alto afecto negativo está correlacionado a un rango más limitado de sucesos.

El autor citado reporta también asociaciones con elementos psicológicos a nivel de contenido de los pensamientos automáticos y de la orientación cognitiva, el bajo afecto positivo se asocia a un descompromiso afectivo, a una actitud negativa hacia el pasado y el futuro, a un modo de conocimiento orientado y cierto. En cambio, el alto afecto negativo se asocia a una percepción de amenazas reales y potenciales, con una modalidad de conocimiento incierta, orientada hacia la búsqueda de información (Beck et al., 1987; en Barrio et al., 1989).

A nivel de los factores psicológicos vinculados con el Sí mismo, la alta afectividad negativa está asociada a las diferencias entre el autoconcepto actual y el sí ideal "moral", superyo o de normas y obligaciones sociales (entre lo que el sujeto es y lo que el sujeto debe ser). El bajo afecto positivo está asociado a las diferencias entre el autoconcepto actual y el sí mismo ideal o yo ideal (entre lo que el sujeto es y lo que le gustaría ser). La falta de discrepancia entre el sí mismo actual y el sí mismo ideal se asocia al alto afecto positivo (felicidad) y la ausencia de discrepancia entre el sí mismo real y el sí mismo moral, está asociado a la baja afectividad negativa (calma).

Por último, existen relaciones entre las dimensiones afectivas y algunos patrones psicofisiológicos, el afecto positivo está asociado a los sucesos de la vida cotidiana y está más relacionado con las funciones vegetativas (elación-depresión) que con las funciones de emergencia (alarma-calma). A esta última función estaría asociado el afecto negativo. El alto afecto negativo estará asociado a las reacciones de lucha y fuga, en situaciones de crisis. Esto explicaría los fuertes altibajos del afecto

negativo, que contrastaría con la evolución más paulatina del afecto positivo. Por otro lado, la asociación entre pérdidas de recompensas y baja afectividad positiva, se explicaría por la existencia de un segundo sistema fisiológico postulado por Gray: el de sensibilidad a señales de recompensa. La alta afectividad positiva estaría entonces asociada con el sistema de activación conductual que controlaría la aproximación y evitación activa en respuesta a las señales de recompensa. En este sentido se puede mencionar que la actividad física (deporte, ejercicios, etc.) está asociada a la alta afectividad positiva y no a la negativa (Watson, 1988; en Barrio et al., 1989).

En síntesis, el concebir a la salud mental como bienestar físico y emocional hace referencia a un equilibrio positivo de afectos en el que las experiencias emocionales positivas están por sobre las negativas. Particularmente interesante resulta operacionalizar este concepto como la percepción subjetiva de bienestar, ya que sirve como indicador de felicidad o bienestar psicosocial (Alvaro et al. 1996); plantea este mismo autor que las personas consideran que lo normal es un equilibrio afectivo, con algún predominio de afectividad positiva. Los altos niveles de afectividad positiva como negativa serían considerados como atípicos.

3.4. LAS REDES SOCIALES Y EL APOYO SOCIAL

El apoyo social, propuesto como uno de los factores psicosociales de mayor peso en la determinación del estado de la salud mental de las personas, ha sido vastamente estudiado y trabajado como elemento central en las intervenciones de tipo psicosocial, particularmente en lo que se refiere al trabajo con redes sociales.

Alfaro (1993) cita el acuerdo entre varios autores respecto a que el apoyo social es el mediador más importante de los efectos del estrés, actuando principalmente como mediador de éste.

Gissi (1993) propone que las redes y soportes psicosociales son amortiguadores de estrés y patología porque ayudan en todos los niveles: en consejos prácticos, problemas económicos menores y mayores, en regalos de objetos, en auxilios de salud física, cuidado del hogar y niños, etc., préstamos múltiples, en apoyo afectivo y restitución de la confianza básica, en orientación familiar, en diálogos cognitivos, en recuperación o sostén de la autoestima, etc.

Quienes han realizado una revisión extensa en torno a los conceptos de red social y apoyo social, (Vera y Wood, 1994) han identificado dos grandes períodos en este tipo de estudios: uno que va hasta la década de los años 60-70 y otro que se extiende hasta el día de hoy.

Respecto de los estudios que han abarcado hasta la década del 70, estos autores plantean que la bibliografía señala algunos antecedentes como aspectos teóricos previos. En primer lugar se destaca el trabajo de Durkheim (1971) sobre el suicidio. El suicidio anónimo este autor lo percibe como resultado de la falta de fuerzas colectivas

para reglamentar la vida social, lo que se traduce en desorganización y perturbación; al distinguir entre anomia social y anomia doméstica, se está en el fondo, apuntando a un debilitamiento de las redes sociales y del apoyo social.

También se señalan otras investigaciones más sistemáticas, acerca de los elementos socioculturales en la etiología y prevención de la enfermedad mental que se llevaron a cabo en la década del 30; por ejemplo, se destaca los informes sobre aspectos ambientales de la salud mental, donde la pobreza, la desorganización sociocultural, la desintegración social, la ausencia de posibilidades de afiliación y el aislamiento social se correlacionan con una mayor cantidad de patología mental. (Merton et al., 1963).

Aparece también el aporte de otros autores de lo que la psicología social moderna ha desarrollado en el último tiempo. En primer lugar se destaca, desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, el aporte de las teorías de Cooley sobre los grupos primarios; la interacción cara a cara permitiría establecer vínculos emocionales intensos en estos grupos; en cambio, en los grupos secundarios, habría una interacción mediada, y naturalmente los vínculos emocionales serían más débiles.

El desarrollo posterior de la teoría de los grupos de referencias, señala también que éstos funcionarían como sistemas de referencia para la autovaloración, la asimilación y el aprendizaje de actitudes y valores. Otros autores han señalado el aporte de la teoría de la comparación social de Festinger (1954); según esta teoría, los individuos evalúan sus opiniones públicas por comparaciones con normas conductuales de otros.

Por su parte Schachter (en Vera y Wood, 1994), al desarrollar su visión de la afiliación, afirma que todos tenemos necesidades que sólo se ven satisfechas en las relaciones interpersonales, y que allí éstas funcionan como reductoras de la ansiedad. Este autor pone de manifiesto que sujetos con pautas de conducta altamente estresantes buscan la afiliación con individuos igualmente estresados, habría así una psicología de la afiliación donde los otros funcionan como reductores del estrés. También esto puede ser entendido desde la perspectiva de la facilitación social, en donde los demás también pueden producir estrés; es decir, estas teorías, la de la afiliación y la de la facilitación social, proponen que los otros pueden ser fuentes potenciales de estrés y también fuente de apoyo social.

Las modernas teorías del intercambio social que han aparecido en el último tiempo consideran también el apoyo social como una relación entre diversas personas, la que genera una situación de intercambio en la que están implicados costos y beneficios (Shumaker y Brownnel, 1985; en Vera y Wood, 1994).

Se puede observar que los modernos aportes de la psicología social ponen de manifiesto la importancia del apoyo social, que desde una perspectiva conceptual, incluye cualquier tipo de interacción positiva o negativa entre las personas. Esto también permite hacer referencia al estudio de los vínculos afectivos y la importancia que tienen para la salud mental; estudios desarrollados por Bowlby (1982), ponen de manifiesto que el apego entre madre e hijo o entre adultos, constituyen una necesidad primaria. Esto ha dado lugar a una gran cantidad de investigaciones, tanto en el comportamiento humano como animal, respecto de que el vínculo debe desarrollarse

de una forma adecuada para contribuir en los sujetos a mejorar sus estrategias de afrontamiento y, en consecuencia, a conseguir un mejor bienestar general.

En los últimos años de la década del 60, particularmente en los países desarrollados, al facilitar la salida de los enfermos mentales desde los hospitales psiquiátricos, se comienza a conocer lo relevante que son los sistemas de apoyo comunitario, especialmente los informales, para producir positivamente una situación de cambio; por lo tanto, hay a fines de los años 70 un nuevo énfasis en la necesidad de estudiar y desarrollar este tipo de sistemas de apoyo.

En este sentido, Alfaro (1993) propone que el concepto surge durante los años sesenta cuando se detecta evidencia respecto a la asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas, tales como desintegración social, movilidad geográfica o estatus marital; y más específicamente, variables relacionadas con la calidad de las redes y lazos sociales existentes.

Desde la década de los años 70 comienzan a crearse marcos teóricos consistentes, ya que no había anteriormente un marco teórico concreto que hiciera referencia e integrara los diferentes aportes aislados que se estaban desarrollando en torno a temas de redes y apoyo social.

Existen varias investigaciones como es el trabajo de los epidemiólogos Casell y Coob (1976; en Vera y Wood, 1994) que ponen de manifiesto los efectos protectores del apoyo social. En estos trabajos se concluye que las personas con alto nivel de estrés, en presencia o con posibilidad de acceso a otros significativos, no presentan las consecuencias adversas para la salud que habrían desarrollado de no haberse sentido apoyadas. Se infiere entonces la posibilidad de tener programas de intervención

adecuados para reforzar el apoyo social cuando no es posible reducir la exposición a eventos estresantes.

Luego están los trabajos de Kaplan (1977), que reconocen los aspectos positivos de los sistemas de apoyo sobre el bienestar y la salud de los individuos. En relación a esto, este autor plantea: "...un sistema de apoyo implica un patrón duradero y estable de vínculos continuos, que juegan un rol significativo en el mantenimiento de la integridad psicosocial y física de las personas a lo largo del tiempo". Este autor intenta construir la primera tipología de las funciones del apoyo social para el bienestar y distingue entre: vinculación, integración social y nutrición social; consolidándose así el valor del concepto de uno mismo, en relación al sentimiento de una relación segura, con posibilidad de obtener consejo de esta relación.

A comienzos de los años 80, los encuentros de las comisiones de salud mental en los Estados Unidos reconocen que el estar vinculados y recibir apoyo social cuando se necesita, pudiéndolo a su vez ofrecer a otros, es un factor protector y de promoción de la salud mental. Un sistema social sano debería, por lo tanto, proveer oportunidades para que la gente construya situaciones adecuadas de apoyo social. Se plantea entonces, que para los planes nacionales de salud mental, se deberían tener en cuenta los siguientes objetivos:

- reforzar y reconocer las redes naturales de apoyo,
- identificar y reforzar las funciones de apoyo social potencial de las instituciones que intervienen,

- mejorar los vínculos entre las redes de ayuda naturales y las fuentes de ayuda profesionales o institucionales.

Para esto es necesario producir una estrategia educacional que, por un lado, informe a la población en general, y en particular a los profesionales de la salud, sobre la naturaleza y función del apoyo y las redes y la importancia de los vínculos para el bienestar psicosocial.

Los programas, de este modo, comienzan a adoptar una perspectiva muy central en torno al concepto del apoyo y la necesidad de generar sistemas de apoyo comunitario; esto se incluye tanto para programas de desinstitucionalización psiquiátrica, desarrollo de grupos de apoyo, desarrollo de redes de ayuda, desarrollo de grupos religiosos, desarrollo de organizaciones comunitarias, grupos de ayuda mutua, contexto de trabajos vinculativos en relación al estrés ocupacional, etc.

Desde esta perspectiva en el nivel comunitario se produce la necesidad de desarrollar un 'sentimiento psicológico' de comunidad; este concepto si bien está planteado en un nivel distinto, se relaciona desde su vertiente positiva con aspectos como: red social competente, competencias sociales, grupos competentes, comunidades competentes, integración social en y de las comunidades; y en su visión negativa este tipo de conceptos hacen referencia a aspectos tales como anomia, desintegración social, falta de participación, etc.

En este sentido, la propuesta se orienta a que los sistemas de apoyo deben tener algunas funciones como: permitir recuperar el sentido de control sobre la vida, reducir la alineación social, generar capacidad resolutiva frente a los problemas, y motivar para vencer frustraciones comunes en la cotidianidad de las sociedades

modernas. Esto permite el fortalecimiento de la acción de los sujetos llamados para-profesionales (monitores), puesto que van a constituir un aporte relevante frente a este tipo de temas.

Se ha reconocido el hecho de que el uso frecuente de sistemas de apoyo no formales para solucionar problemas cotidianos por parte de la población, lleva a muchas personas a tener más acceso a para-profesionales, más que a técnicos de los sistemas de salud. Muchas personas utilizan recursos informales, tales como familia, amigos o sacerdotes para ayudarse en períodos de muchos problemas.

Finalmente es necesario referirse a las investigaciones sobre los aspectos biológicos evolutivos de la ayuda mutua y del comportamiento prosocial o altruista, que también cobra auge en la década de los 70. Desde una perspectiva sociobiológica se considera que el altruismo y la reciprocidad o apoyo mutuo son parte de las necesidades de las personas. La amistad, la gratitud, la simpatía, la reparación, el sentido de la justicia, desde estas investigaciones sociobiológicas obedecerían a imperativos filogenéticos (Vera y Wood, 1994). Este tipo de planteamiento resulta muy sugerente para la investigación, pero en la actualidad su aporte para el diseño de intervenciones en programas de intervención no resulta significativo.

La situación actual en torno a este tipo de temas es que existe un desarrollo teórico-práctico de los aspectos de las redes sociales y del apoyo, pero que varios de estos aspectos están todavía en una situación confusa, particularmente se mantienen dificultades de conceptualización, dificultades en el plano de la evaluación de los mecanismos por los cuales se produce el afecto, y naturalmente, la situación tiene un nivel de controversia que genera interés en una línea de investigación creciente.

3.4.1. Los conceptos de red social y apoyo social

La relación entre red y apoyo se puede tomar desde dos puntos de vista. En el primero, se supone que ambos elementos son entidades independientes, y en el segundo, la propuesta dice que no es posible establecer una diferencia entre ambos elementos.

Es así que se puede considerar que un sistema de apoyo es una red social, una serie de modos de relacionarse entre personas y una serie de vínculos de relaciones de apoyo emocional. Es por esto que todo sistema de apoyo es o forma parte de una red social, pero no toda red social es necesariamente un sistema de apoyo; aún puesto así se supone que el estudio de las redes sociales puede ser una estrategia de investigación útil para explicar y promover los sistemas de apoyo. Esta perspectiva es particularmente interesante a partir de las demandas que generan los problemas de salud mental y los programas que se están desarrollando en nuestro medio.

Gissi (1993) define la red social como el conjunto de personas, grupos e instituciones con las cuales se relaciona de modo frecuente y/o importante una persona familia, grupo o comunidad. Esta definición trascendería a las de cultura norteamericana más individualista, que sólo se refieren al conjunto de "personas"; pues se explicitan grupos e 'instituciones' como distintos en cuanto estando formados por personas, las trascienden. Por tanto, toda red con instituciones y grupos implica red con personas, pero no toda red con personas implica redes con grupos. Tampoco toda la red con grupo implica red con instituciones, por ejemplo: el grupo de enemigos del barrio.

Este autor también propone una diferencia entre red y soporte social; plantea que 'soporte psicosocial' se usa a veces como sinónimo de red psicosocial (y aún de red social), pero no lo es: el 'soporte' es positivo por definición, y por tanto voluntario. La red no es necesariamente voluntaria, ni por lo tanto, psicosocialmente 'soporte', por ejemplo, un niño en el curso (grupo) y escuela (institución) tiene redes, pero si teme u odia a sus integrantes no le serán 'soportes', sino lo contrario.

En conclusión plantea que: "...todo soporte psicosocial implica redes pero no a la inversa. El criterio crucial es la voluntariedad (libertad) de estar con (pertenecer a) la red. A mayores redes elegidas mayores soportes psicosociales. Se supone pues libertad individual y colectiva, cultura y personalidad democráticas. Se supone también conciencia de necesidad de otros, conciencia de interdependencia y codependencia..."(Gissi, 1993)

3.4.2. Definición y características de la red social

La primera disciplina que comienza a definir formalmente estos conceptos es la antropología (Barnes, 1954; Bott, 1990); se comienza a hablar de red personal refiriéndose de este modo, a los vínculos que rodean a un individuo, y se utiliza el concepto de red social cuando se hace referencia a todos los vínculos que un sujeto tiene al interior de una comunidad.

Existen múltiples definiciones de red social, Vera y Wood (1994) han realizado una buena síntesis de algunas de ellas, estas definen a red social como:

“...todas o algunas de las unidades sociales, individuales o en grupos con las cuales un individuo esta en contacto.

Se considera miembros de una red social a todos los adultos, a los que se ve al menos una vez al mes, y a todos aquellos considerados importantes en la vida. Una persona pertenecerá a una red social cuando éste y la persona focal se conozcan por sus nombres, mantengan una relación personal continua y un contacto al menos una vez al año” (Hirsch, 1981).

“...el conjunto de relaciones de un individuo particular. Una red social se refiere a los vínculos que uno tiene con un grupo de gente, además de los existentes dentro del grupo” (Leavy, 1983)

“...el tejido de vínculos sociales que circunda a un individuo” (Berkman, 1984)

“...aquellos contactos sociales que tienen un potencial para proveer apoyo social, definido este como accesible e importante” (Froland et al, 1979)

“...el conjunto de vínculos interpersonales desde los cuales, otros gratifican las necesidades psicosociales de las personas” (Gallo, 1982)

“...las conexiones sociales provistas por el ambiente y que pueden ser determinadas en términos de dimensiones estructurales y funcionales” (Marsella y Snyder, 1981, citado en Procidano y Heller 1983)

“...un sistema de apoyo con relaciones formales e informales y grupos a través de los cuales un individuo recibe el apoyo emocional, cognitivo y material necesario para manejar las experiencias estresantes” (Caplan, 1974, citado en Jacobson 1986).

Alfaro (1993) a su vez, toma los aportes de Didier (1988) y Aravena y Estévez (1988) al definir el soporte social como “...el conjunto de contactos personales por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo

afectivo, ayuda material y otros servicios tales como información y contactos sociales. Incluye los parientes, conocidos, amigos, personas significativas, e individuos vinculados a servicios”.

En esencia, la consideración de red social hace referencia a un conjunto de relaciones sociales que un individuo puede presentar, con efectos que pueden ser facilitadores, neutros o que incluso puede tener efectos negativos sobre el bienestar.

Alvarado (1993) sigue a Hirsh al proponer la red social como el conjunto de personas actualmente significativas con quienes se mantiene interacción social en forma frecuente (familiares, vecinos, amigos, etc.). Según este autor, las redes entrelazarían a las personas en función de características biológicas, psicológicas, sociales y culturales, favoreciendo las relaciones interpersonales, la cohesión grupal, salvaguardando la integridad física y mental. El fracaso de las redes generaría gran vulnerabilidad para la aparición de alguna disfunción mental.

Es necesario mencionar que en el estudio de este tipo de aspectos hay una visión estructural o cuantitativa, y otra funcional o cualitativa, en donde la red social hace más énfasis en los aspectos estructurales, como por ejemplo: el tamaño, la densidad, la homogeneidad, etc. y el apoyo social se refiere, más bien, a aspectos funcionales de las redes, como son por ejemplo, provisión de ayuda emocional, informativa o instrumental.

Respecto de sus características, una red social presenta una serie de características estructurales que suelen ser aceptadas, conceptualmente, por una gran cantidad de autores.

En primer lugar, se destacan las características estructurales de las redes y se hace referencia al tamaño, densidad de la red y grado de conexión. En segundo lugar se hace énfasis en las características de vínculos de los componentes, mencionándose la intensidad, la durabilidad, la multidimensionalidad, la directividad, la reciprocidad, la densidad de las relaciones, la dispersión, frecuencia y homogeneidad. Y en tercer lugar se hace referencia a los contextos normativos de las relaciones, destacándose: la familia primaria, la familia extendida, los grupos de amigos, los vecinos, los conocidos.

Alvarado (1993) propone que las características más citadas en la literatura que identifican una red son su tamaño o el número de personas que componen la red social, la extensión o dispersión física de sus miembros, la intensidad o cercanía percibida de la relación con los distintos miembros, la dimensionalidad o tipo de actividad que se realiza con los miembros y la homogeneidad o semejanzas en las características de sus miembros.

A su vez, Alfaro (1993) identifica como los elementos estructurales de una red para su capacidad de entregar apoyo, los siguientes: intimidad, o sea, que permita comunicar hechos y sentimientos privados; integridad social, o sea, que permita preocupaciones e intereses compartidos; aconsejar, refiriéndose con esto a la capacidad de dar la oportunidad de aconsejar y guiar a otros; valoración, o sea, que reafirme la autoestima; confianza, que signifique una alianza o vínculo confiable; y orientación entregada a sus miembros.

Gottlieb y Hall (1980) destacan una serie de características estructurales y funcionales de una red social. En las primeras, distinguen propiedades estructurales

propriadamente dichas, como el tamaño, la densidad, la composición de la red, características de los vínculos, la intensidad, la complicidad, la durabilidad, la reciprocidad, y los contextos normativos de relaciones, como la familia, los amigos y los vecinos. Por su parte, como funciones de la red se apunta al acceso y difusión de nueva información, la red como un sistema comunicacional, a la formación y expresión de normas sociales, la red como sistema de referencia y a la función amortiguadora de la red frente al estrés.

3.4.3. La red social en cuanto mediación del apoyo

Se desempeña aquí una función mediadora entre factores personales, ambientales y el apoyo social. Las características estructurales y relacionales de la red social personal influyen directamente en el apoyo social. Esto permite mediar los efectos de los factores personales y ambientales sobre la mayor o menor posibilidad de enfrentar eventos vitales y de poder disponer de estrategias adecuadas para resolver los problemas. Esto naturalmente influiría sobre el nivel de salud.

Se plantea entonces que el apoyo social es una variable independiente referida a las características ambientales y personales de los sujetos y las características de la red social, dando por supuesto que la salud está en relación de dependencia con respecto a los eventos vitales y a los procesos de solución de problemas y que estos, a su vez, son dependientes en relación al apoyo social.

Según la evidencia disponible para mantener tales relaciones entre variables, de acuerdo a lo que señalan las investigaciones, existen solamente correlaciones; no se ha verificado una relación de causalidad, ni tampoco se puede establecer claramente una bidireccionalidad definitiva.

3.4.4. Definición y tipos de apoyo social

En este plano aparecen dos perspectivas diferenciadas: las que formulan los expertos, y las que se efectúan desde los no expertos o, por lo menos, los no expertos en el área de la psicología.

En lo que respecta a la definición de apoyo social de acuerdo a los expertos, el mejor ejemplo que da cuenta del estatus conceptual del apoyo social lo proporciona la revisión realizada por O'Reilly (1988) respecto de las conceptualizaciones de apoyo social utilizadas en 24 investigaciones. Los datos reportados por el investigador evidencian que de los 24 estudios solo 14 dan cuenta de algún tipo de definición conceptual y 10 no reportan definición alguna de lo que se entendió por apoyo social en dichos estudios. Esto no significa que no existan intentos serios de formulaciones conceptuales al respecto, más bien la crítica que se deriva del planteamiento apunta a resaltar la poca rigurosidad y sistematización con que se ha abordado el estudio del apoyo social.

De lo anterior se deriva que no hay un concepto claro y concensual de lo que se entiende como apoyo social, incluso Casell (1974) en su referencia a él prefiere señalar que es necesario omitir su definición.

Otros autores ofrecen una síntesis de lo que las bibliografías señalan hasta el momento; ponen el acento en el análisis de las fuentes y el contenido del apoyo social. De esta manera cualquier persona puede ser fuente de apoyo, aunque con más probabilidad lo serán los más próximos: esposa, familiares, vecinos, etc.

En el contenido del apoyo social, en general se tienden a señalar cuatro dimensiones (Cohen y Wills, 1983; en Vera y Wood, 1994):

- a- Apoyo emocional: que va desde ofrecer simpatía, cuidados, afecto; a ofrecer confianza, aumento de autoestima y confiabilidad.
- b- Apoyo de valoración: tiene que ver con la transmisión de información relevante para la autoevaluación, es decir, se refiere a lo que llamamos comparación social; el papel de otras personas como fuente de información que las personas pueden utilizar para evaluarse a si mismas y recibir retroalimentación.
- c- Apoyo informacional: se trata de la facilitación de información para usar en el afrontamiento de problemas personales y ambientales. Esta información no es de por si útil, sino que entrega a las personas estrategias de autoayuda.
- d- Apoyo instrumental: éste se realiza por conductas que ayudan directamente a la persona necesitada; por ejemplo, del préstamo de dinero, de la oferta de trabajo o de modificar el ambiente de esa persona.

Hay otros autores, como Tardy (1985) que han intentado agrupar los distintos elementos que se suelen tener en cuenta en el diseño de medidas de apoyo social, y

propone una serie de niveles. En primer lugar, sitúan las fuentes de apoyo: familia, amigos, vecinos; en segundo lugar, el contenido: emocional, instrumental, etc.; en tercer lugar, la disposición o disponibilidad del apoyo social; en cuarto lugar, su descripción y evaluación; y en último lugar la dirección de este, es decir si es dado o recibido.

Otros autores han agregado un sexto nivel definido por el alcance del apoyo, esto es si éste se centra en un problema en particular, o si al contrario tiene un alcance o metas generales.

Las definiciones y categorizaciones del apoyo social no están agotadas, los autores siguen realizando una revisión a partir de sus investigaciones y de los instrumentos utilizados; y se podría plantear que existe la posibilidad de múltiples perspectivas para posteriores conceptualizaciones.

3.4.5. El apoyo en las relaciones de ayuda cotidiana.

Hay quienes han investigado la entrega de apoyo que la gente efectúa en la vida cotidiana, es decir, como se ayudan a enfrentar o superar circunstancias de vida. Desde esta perspectiva se realizan las respuestas de conductas de ayuda de sectores informales, por ejemplo, las ayudas que se intercambian entre si madres o enfermos. Se han categorizado aquí cuatro niveles: (Gottlieb, 1985; en Vera y Wood, 1994)

a- Las conductas de sustento o apoyo emocional: dar tranquilidad, escuchar, comprender respetar, dar compañía.

- b- Conductas de resolución de problemas: diálogos para clasificar la solución del problema, hacer sugerencias, entregar ayuda material.
- c- Influencia personal directa: se refiere a la disposición a actuar, a la disposición incondicional a dar ayuda disponible.
- d- Acción ambiental: en este caso se trata de intervenciones directas para reducir las fuentes de estrés.

Aunque este tipo de trabajo no es sistemático, resulta bastante convincente en la perspectiva de entender que este tipo de situaciones se dan en la cotidianidad, y podemos incluir que no hay grandes diferencias con las perspectivas que entregan los trabajos de expertos y que existen una gran cantidad de características comunes a ambos tipos de visiones en relación al apoyo social.

En síntesis, es necesario considerar el apoyo como un constructo que abarca tanto los recursos de la red de apoyo como las conductas de valoración del mismo.

De este modo, se puede entender que ésta es una idea interesante, aún cuando la investigación actual la presenta como particularmente imprecisa. La más útil conceptualización del apoyo social que se puede considerar es entender que las personas se hayan comprometidos en un número de relaciones de las cuales obtienen cuidado y atención en diferentes posibilidades de calidad y profundidad. Una relación de este tipo implica en lo básico, una comunicación de aceptación y afecto; sentir que se es amado y valorado y que el bienestar que se puede tener es también preocupante para otros significativos, y esto hace que este apoyo sea protector.

El efecto principal de estos sentimientos que se comunican no es tanto proteger a una persona de un daño posible, sino facilitar la aparición en ellos del sentimiento de que son personas dignas de atención, capaces y valoradas por parte de otros, y por lo tanto estas personas pueden tener conciencia de que disponen de recursos para la búsqueda y el logro de sus metas, que esos recursos están disponibles tanto para sí mismo como para otros, y que estos actúan a través de una combinación de su esfuerzo y del esfuerzo de los otros.

En esta perspectiva, la función que el apoyo social tiene en la vida de los adultos es semejante a la que juegan la situación del apego en la infancia, pero en el caso de los adultos, estas relaciones favorecen en un sentido de dignidad personal y proveen una base segura desde la cual pueden enfrentar sus problemas. Para el caso del niño, esta base segura tiene que ver con la posibilidad de crecimiento, de exploración de su entorno y de sentirse seguro en la relación con el mundo adulto.

Al asumir lo amplio que puede ser esta perspectiva y la confusión que ello pudiera crear, entendiendo que, prácticamente, cualquier relación es alguna forma de apoyo, lleva a proponer la utilización de este concepto de una forma delimitada, reduciéndolo a aquellas transacciones intencionales orientadas a la ayuda.

Por último, es necesario poner énfasis en que el sentido del desarrollo de estos conceptos es considerarlo útil en la medida que los efectos de éste es beneficioso para la salud y bienestar de las personas y las comunidades; particularmente para efectos de este estudio, se considera un elemento central para la planificación de futuras intervenciones.

CAPITULO 4



MODELO PSICOSOCIAL DE LA SALUD MENTAL

La perspectiva psicosocial de la salud mental supone ciertas premisas respecto de la emergencia de síntomas y el apareamiento de trastornos psicopatológicos. Se asume como punto de partida que la salud y el trastorno están en gran parte determinados por factores y procesos del entorno social y cultural en el que se encuentra la persona, de modo que el comportamiento tanto saludable como disfuncional sería el resultado de la interacción entre las personas y su medio ambiente.

Siguiendo a Alfaro (1993), la incidencia de los problemas de salud es una “...razón variable que depende por una parte de causas orgánicas, de circunstancias medioambientales estresantes y de las necesidades en general.” Dependiendo de algún modo también de los recursos disponibles para hacer frente a las situaciones estresantes y a las necesidades, entendiendo por esto a los recursos personales, sociales y económicos. (Costa y López, 1986; citado en Alfaro, 1993).

El autor citado menciona algunas formulaciones del modelo psicosocial (Caplán, 1978; Tyler, 1984; Costa y López, 1986; Páez, 1986; Sánchez Vidal, 1988; Klevens et al., (1989)) y ofrece una síntesis de todos ellos en la que plantea que ...“La emergencia de los síntomas y/o la mantención de ellos se relacionan con la cantidad de eventos que obliguen a la persona a construir una nueva adaptación a sus

circunstancias. Esta relación, a su vez, está mediada por la forma en que el sujeto enfrenta o procesa psicológicamente estos eventos... .A la vez, esta relación esta mediada por los grados de integración de la persona, los grados de pertenencia y los apoyos emocionales, informacionales o instrumentales que le presten su medio o entorno socio-cultural." (Alfaro, 1993).

Las diferencias entre las distintas formulaciones mencionadas corresponderían más bien a énfasis secundarios, propios de la idiosincrasia de los autores o de los objetivos de sus obras, más que a diferencias sustantivas. De hecho, todos estos modelos plantean por lo menos dos tipos de factores para entender, describir y explicar la emergencia de los síntomas de salud mental: un tipo de factores relacionados con la individualidad del sujeto particularmente en lo que se refiere a cogniciones, conductas y formas de actuar y responder a las distintas situaciones de su vida logrando adaptarse de mejor o peor forma; y otro tipo de factores relacionados principalmente con el entorno social dentro del cual se encuentra, y que han sido abordados principalmente con los conceptos de red y soporte social comunitario.

4.1. FORMULACION DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO (D. PAEZ)

El punto de partida comienza desde el momento en que se replantea la definición del concepto de la salud mental. Tal como se mencionó anteriormente, (ver Marco Conceptual, cap. 3) se propone una definición del concepto de Salud Mental

desde la psicología de las emociones (Páez, 1989) en el que se enfatiza el carácter socialmente construido y determinado de la salud mental. Esta era definida como un atributo o característica individual en su forma de existencia en la medida que existe en los individuos, pero con un origen social pues sería un producto de factores psicosociales, sería social en sus funciones (particularmente en la vivencia de bienestar), y social en su contenido.

Páez (1986) propone distintas dimensiones en las que se ordenarían los factores que estarían mediando el apareamiento de determinados síntomas o la manifestación de un determinado grado de bienestar/malestar psicológico; estas dimensiones definen factores macrosociales, microsociales y psicológicos:

1.- Factores macrosociales de vulnerabilidad que favorecen el apareamiento de síntomas ansiosos y depresivos principalmente y que se relacionan con la pertenencia a un nivel socioeconómico bajo y la influencia de la variable "sexo" como determinante de la variación diferencial que recaería negativamente sobre las mujeres.

Según este autor, la pertenencia a una clase baja "...esta asociado a una mayor probabilidad de presencia de síntomas, a un diagnóstico más severo por parte de los técnicos, a un tratamiento de menor especificidad (menos psicoterapéutico y más medicamentoso) y una estancia más larga en instituciones hospitalarias de carácter asilar."; también incidirían, aunque en menor grado, la edad, el estado civil, el origen étnico. Respecto de las diferencias en la salud mental según las diferentes clases sociales, algunos autores (Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996) dan cuenta de dos tipos de explicaciones: una de ellas propone que la pertenencia a una clase social

desfavorecida causa un deterioro psicológico, no sólo por exponerse a una mayor cantidad de sucesos estresantes, sino que además se dispone de un menor repertorio de recursos materiales y psicológicos como para tener un mejor control sobre el medio; otro tipo de explicación propone que las personas con problemas psicológicos son quienes tienen mayor probabilidad de pertenecer a una clase social más baja, o tienen mayores probabilidades de descender en la escala social. Si bien no es posible establecer una clara relación de causalidad entre pertenencia a una clase social y deterioro psicológico, los autores citados proponen que estos dos tipos de explicaciones son más bien complementarias.

Del mismo modo, en referencia a una serie de investigaciones, se concluye que: ... "En todos los síntomas depresivos como cansancio, trastornos del sueño, dolores de cabeza, etc. los porcentajes son siempre superiores en la población femenina.... . En síntesis, tanto a nivel de síntomas de malestar psicológico general, como de ansiedad y de depresión, la mujer presenta más problemas de salud mental que el hombre." (Páez, 1986). Al respecto, Alvaro et al. (1996) proponen que el mayor deterioro psicológico de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a síntomas depresivos, también ha sido explicado de distintas maneras; entre estas explicaciones están las que enfatizan las diferencias biológicas entre los sexos, las que consideran la asignación diferencial de roles entre mujeres y hombres, las que proponen diferencias de socialización, diferencias en la expresión de emociones, en las estrategias de afrontamiento y en las posiciones más desfavorables en el mercado de trabajo. En síntesis, estos autores concluyen que excepto las explicaciones biológicas, las demás

han sido confirmadas por las investigaciones y se relacionan generalmente con la situación social de desventaja que las mujeres ocupan respecto de los hombres.

2.- Factores microsociales que actúan como precipitantes o desencadenantes y que se relacionan principalmente con el estrés y los sucesos de vida por un lado; y por otro, las redes de soporte social que favorecen los procesos de socialización e identificación de aprendizajes primarios y de refuerzo social.

Los sucesos de vida estresantes son entendidos como aquellos que se perciben como amenazas al bienestar físico o psíquico, y de acuerdo a Páez (1986), ...“Las investigaciones empíricas reafirman la asociación entre la aparición de sucesos vitales problemáticos y el nivel de síntomas psicopatológicos. Si bien inicialmente se propuso que cualquier suceso vital, negativo o positivo, que implicara un cambio y un esfuerzo de adaptación, estaba asociado a la aparición de síntomas, la evidencia existente señala que sólo los sucesos negativos juegan un rol facilitador de los trastornos psíquicos y físicos” (Monroe et al., 1983; en Páez, 1986).

El apoyo social es definido por Alvaro et al. (1996) como el efecto positivo de las relaciones sociales de la persona. Se diferencia el apoyo social objetivo conceptualizado en función de la estructura y frecuencia de los vínculos sociales, del apoyo social subjetivo, definido como la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales establecidas, se plantea que... “La falta de contacto y de apoyo social de los sujetos parece ser un factor que tiene un papel directo de facilitación de síntomas. Se han encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad.” (Sarason et al., 1983; en Páez, 1986).

3.- Factores psicológicos que actúan como mediadores en la configuración de las personalidades y los comportamientos de ansiedad y depresión, y que se relacionan con los constructos de autoestima y autoimagen, habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, locus de control, atribución de causalidad, esquemas cognitivos, etc.

A los elementos anteriores, Alvarado (1993) agrega la conducta de búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental tomado del modelo de Goldberg y Huxley (1980) sobre el llamado sistema de filtros para la atención formal por problemas de salud mental. La conducta de búsqueda de ayuda dependería de tres aspectos; de las características del sujeto que busca ayuda y del tipo de afección; del concepto popular de enfermedad, o sea, la representación social de la enfermedad mental y de sus características; y de la red social en la que se busca ayuda, que de acuerdo a la cercanía, iría desde la consulta a familiares y amigos, consulta a instituciones informales, y finalmente la consulta a instituciones formales como es por ejemplo, el servicio de salud.

Luego este autor ofrece una síntesis en la que integra los elementos mencionados:

“...el estado de salud mental de las personas de una comunidad es producto de una compleja ecuación donde intervienen en forma relevante aspectos personales (estructura de personalidad, competencias psicosociales, etc.), microsociales (sucesos vitales, red y soporte social, características habitacionales, condiciones socioambientales de la comunidad, etc.), macrosociales (clase social, sexo, edad, cultura, etc.) y el acceso a los sistemas de salud (donde va a ser importante la conducta de búsqueda de ayuda).”
(Alvarado, 1993).

De alguna manera, con el modelo propuesto se logra un esquema importante para explicar y comprender las tasas de incidencia y prevalencia de los fenómenos ansiosos y depresivos, rescatando los elementos que según el autor, han sido insuficientemente desarrollados en los ejes de diagnóstico IV y V del DSM-III-R.

4.2. APORTES DEL ESTUDIO DE VERA Y WOOD

Vera y Wood, (1994) formulan un modelo explicativo de la salud mental basado en las categorías psicosociales del estrés, el afrontamiento y las redes sociales de apoyo; para esto se basan en el modelo propuesto por Darío Páez (1986) en el que se valoran las necesidades de bienestar de la población por sobre la aparición de síntomas de salud mental. Este modelo se caracteriza principalmente porque: "...se centra en la percepción subjetiva de malestar psicológico connotando a la salud mental no sólo como un fenómeno definido por la presencia o ausencia de síntomas o enfermedades invalidantes sino que relativiza la intensidad de los mismos y al mismo tiempo incorpora nuevas formas de malestar psicológico que se constituyen como tales a partir de las interacciones sociales en las cuales está inmerso el sujeto."(Vera y Wood, 1994).

Estos autores determinaron el estatus de la salud mental de una población utilizando dos grandes grupos de indicadores: por una parte el grado de sintomatología depresiva, por ansiedad y somatoforme; y por otra parte, el grado de balance positivo de afectos obtenido a partir de las dimensiones de afectividad

positiva y negativa. El primero reflejaría la salud mental desde una visión fundamentada básicamente desde el diagnóstico psiquiátrico, por lo tanto, la subyace una perspectiva negativa de déficit; el segundo grupo de indicadores, se fundamenta desde la perspectiva psicosociológica de las emociones, que basa su comprensión de la salud mental a partir de la aprehensión de la subjetividad compartida por los individuos en el desarrollo de sus interacciones cotidianas. (Páez, 1989).

En este estudio se construye, valida y fiabiliza una batería de instrumentos para la evaluación de los factores psicosociales mencionados anteriormente, y se realiza una prueba empírica de la asociación entre estos factores y los indicadores de la salud mental, (la sintomatología y el balance afectivo). Respecto de estos indicadores, estos investigadores plantean que sus resultados: "...avalan y justifican la utilización de ambos tipos de indicadores como representativos del estatus de salud mental." (Vera y Wood, 1994) y los correlacionan positivamente con los distintos factores psicosociales; los resultados obtenidos muestran que estos factores (estrés percibido, apoyo social, sucesos y/o preocupaciones de vida, estrategias de afrontamiento) determinan en gran parte el estatus de la salud mental, e incluso logran establecer ciertos niveles de predicción de algunos de los indicadores utilizando análisis de regresión lineal múltiple; por ejemplo, se observa que el factor psicosocial de estrés percibido logra predecir el apareamiento de síntomas depresivos, ansiosos y somatoformes; a su vez, para la predicción del grado de balance afectivo, el estrés percibido y el apoyo social familiar son los factores más determinantes.

El presente estudio de tesis se inscribe dentro del modelo psicosocial propuesto y se proyecta dentro de la línea de trabajo recién mencionada (Vera y Wood, 1994), razón por la cual se toman los principales aportes y las herramientas técnicas y metodológicas allí desarrolladas.

CAPITULO 5

METODOLOGIA

5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Tal como fue definida anteriormente, esta investigación de tesis se define como un estudio descriptivo, por lo tanto se utilizará un diseño no experimental de tipo transeccional descriptivo (Hernández, 1991). Según este autor, la investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, "...lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos".

A continuación se describen las variables que serán estudiadas y sus correspondientes subdimensiones; se ofrecen las definiciones teóricas, sus respectivas definiciones operacionales, el mecanismo por medio del cual serán medidas y el tipo de análisis que les competen.

5.1.1. VARIABLES EN ESTUDIO

VARIABLE	DIMENSIONES
1. Sintomatología de trastornos mentales	A- Trastornos depresivos B- Trastornos por ansiedad C- Trastornos somatoformes
2. Balance afectivo	A- Afectividad positiva B- Afectividad negativa
3. Apoyo social	A- Apoyo social familiar B- Apoyo social de las amistades

5.1.2. DEFINICION TEORICA DE LAS VARIABLES

Variable: Sintomatología depresiva, por ansiedad y somatoforme.

a) Subdimensión Sintomatología depresiva. Se define como la presencia de síntomas propios del trastorno por depresión.

- Trastorno por depresión. Alteración caracterizada por una caída del ánimo que constituye un estado clínicamente discernible. La definición se asocia también a la Melancolía, entendida como un trastorno mental caracterizado por apatía e indiferencia respecto del medio, lentitud mental y depresión; síntoma de otros estados caracterizado por depresión del ánimo y procesos de pensamiento lentos y penosos. (Stedman, 1993).

b) Subdimensión Sintomatología por ansiedad. Se define como la presencia de síntomas propios del trastorno por ansiedad.

- Trastorno por ansiedad. Alteración caracterizada por un estado impulsivo o estado de alerta, de activación generalizada en el que aparece la idea de miedo y peligro acompañada de insomnio, tensión, taquicardia y disnea, sin relación con un estímulo claramente identificable. (Stedman, 1993; Rojas, 1993).

c) Subdimensión Sintomatología somatoforme. Se define como la presencia de síntomas propios del trastorno somatoforme.

- Trastorno somatoforme. Grupo de trastornos mentales caracterizados por la presentación de síntomas físicos que representan conflictos emocionales o alteraciones mentales; incluye trastornos de somatización, de conversión o dolor psicogénico e hipocondría.

- Trastorno de somatización, caracterizado por la presentación de una historia clínica complicada y de síntomas físicos referidos a una variedad de órganos, pero sin una base orgánica detectable o conocida.

- Trastorno de conversión, en el cual un conflicto emocional es expresado como alteración o pérdida de la función física, usualmente controlada por el sistema nervioso voluntario.

- Hipocondría, cuadro sintomatológico en el que se presentan muchos síntomas físicos asociados, a menudo con poca base real. (Stedman, 1993).

Variable: Balance afectivo. Tal como se mencionó en el marco teórico, el concepto de balance afectivo se define como la percepción subjetiva de bienestar y se refiere a la relación entre un tipo de experiencia afectiva y la otra. La balanza de afectos sería la

resta entre el afecto positivo y el afecto negativo en la medida que conjuga ambas dimensiones.

a) Subdimensión Afectividad positiva. Estado emocional de carácter unidimensional bipolar relacionado con la experiencia de placer-displacer, de carácter subjetivo y vivenciado como estado de entusiasmo, alegría y bienestar; o bien como la falta de éstos.

b) Subdimensión Afectividad negativa. Estado emocional de carácter unidimensional bipolar relacionado con un patrón de activación, de carácter subjetivo que es vivenciado como temor, enojo o rabia; o en su polo opuesto como tranquilidad y calma. (Páez, 1989).

Variable: Apoyo social. Percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es cuidado, amado, valorado y estimado; y que pertenece a una red social de derechos y obligaciones, donde más que la inserción objetiva, importa la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material. (Páez, 1986).

Las subdimensiones de apoyo familiar y de las amistades son distinciones que corresponden a los grupos objetivos respecto de los cuales será medida la variable de apoyo social, por lo que no serán definidas teóricamente.

5.1.3. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- a) Síntomas depresivos. Se define operacionalmente como el resultado obtenido en la escala que mide síntomas depresivos.
- b) Síntomas por ansiedad. Se define operacionalmente como el resultado obtenido en la escala que mide síntomas por ansiedad.
- c) Síntomas somatoformes. Se define operacionalmente como el resultado obtenido en la escala que mide síntomas somatoformes.
- d) Balance positivo de afectos. Se define operacionalmente como el resultado obtenido en la escala de afectividad positiva y negativa.
- e) Apoyo social familiar. Se define operacionalmente como el resultado obtenido en la escala de apoyo social familiar.
- f) Apoyo social de las amistades. Se define operacionalmente como el resultado obtenido en la escala de apoyo social de las amistades.

5.1.4. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos propuestos en el presente estudio, se establecen los siguientes tipos de análisis:

- a) Describir estadísticamente cada una de las variables.
- b) Establecer grupos de acuerdo a los rangos ofrecidos por cada una de las escalas; esto es, para el caso de cada variable, establecer:

SINTOMATOLOGIA (*)	BALANCE AFECTIVO	APOYO SOCIAL
Grupo con trastorno	Grupo con alto grado de balance afectivo	Grupo con alto grado de apoyo social
Grupo con posible trastorno o en riesgo	Grupo con bajo grado de balance afectivo	Grupo con bajo grado de apoyo social
Grupo sin trastorno		

c) Establecer las diferencias entre los grupos de cada variable entre si y con los criterios de sexo y grupo étnico.

(*) Es necesario hacer notar que se realizará el análisis para cada subdimensión de la variable de sintomatología, o sea, para la variable de síntomas depresivos, por ansiedad y somatoformes. Además, siguiendo a Asún, Núñez y Vera (1997), y para enriquecer el análisis de datos, se agruparán estas dimensiones en una categoría general de trastorno emocional trascendiendo la especificidad sintomatológica ofrecida por la variable, como un intento de determinar la prevalencia de trastornos emocionales en la comunidad estudiada.

Los criterios serán los siguientes:

- Grupo con trastorno emocional: quedará integrado por toda persona que haya presentado por lo menos un tipo de trastorno sintomatológico (depresivo, por ansiedad o somatoforme).
- Grupo con posible trastorno emocional: quedará integrado por toda persona que haya presentado por lo menos un posible trastorno sintomatológico (depresivo, por ansiedad o somatoforme).

- Grupo sin trastorno emocional: quedará integrado por toda persona que no haya presentado ningún trastorno y ningún posible trastorno depresivo, por ansiedad o somatoforme.

5.2. MUESTRA

5.2.1. Población. La población, y por lo tanto, el universo de estudio quedó constituido por las personas de ambos sexos, entre 18 y 60 años, cuyas familias han sido beneficiarias de la atención ofrecida por el Centro de Desarrollo Comunitario (C.D.C.) de Villa Alemana en el período correspondiente al año 1996.

5.2.2. Selección de la muestra. Considerando que desde el Centro de Desarrollo Comunitario es posible acceder a toda la población en estudio, se seleccionó la muestra que se corresponde con el universo de estudio. Las variables de muestreo de acuerdo a la validación de los instrumentos utilizados, corresponden a las siguientes:

- personas mayores de 18 años y menores de 60,
- de sexo masculino o femenino,
- no padecer de patología orgánico-cerebral, retardo mental ni psicosis,
- pertenecer a una familia beneficiaria del C.D.C. de Villa Alemana.

5.3. PROCEDIMIENTO

Este estudio se ejecutó desde la sede del Centro de Desarrollo Comunitario de Villa Alemana, lugar en que se cuenta con información respecto de las variables sociodemográficas de la población. Este Centro atiende por demanda espontánea a la población cubriendo un grupo beneficiario directo 90 menores pertenecientes a 60 familias del sector. Para la administración del instrumento se constituyó un equipo de encuestadores compuesto por los integrantes del equipo técnico del Centro desde el cual se realizó el estudio. Este equipo compuesto por asistentes sociales, psicólogo y monitores, fue respaldado por la colaboración de alumnos en práctica de la carrera de Servicio Social.

5.3.1. RECOLECCION DE DATOS

a) Para la recolección de los datos se realizó lo siguiente; en el mes de julio se procedió a pilotear la batería de instrumentos con los siguientes fines:

- estimar el tiempo aproximado necesario para responder la batería,
- conocer el grado de dificultad percibida por quienes fueron encuestados para responder la batería,
- conocer el grado de claridad/confusión que presentaban los ítemes-proposiciones de cada escala, y
- conocer el grado de claridad y aceptación de las instrucciones dadas.

b) Luego de haber piloteado la batería, se realizó un breve entrenamiento con el equipo encuestador en el que se distribuyó la población en estudio y se determinó la forma de aplicación y las instrucciones entregadas.

Es necesario mencionar que en el transcurso del tiempo de encuestaje, se realizaron reuniones periódicas con el equipo de encuestadores para superar los obstáculos presentados y monitorear la correcta ejecución de esta fase.

c) Luego de reunir las encuestas, se procedió a la digitación de los datos para aplicar los procedimientos estadísticos correspondientes.

5.3.2. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Tal como se mencionó, se utilizó una batería con los siguientes instrumentos:

a) Escala para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes de Alvarado el al., (1990). Esta escala explora el nivel de sintomatología depresiva, por ansiedad y somatoforme en relación al último mes y se utiliza básicamente para la selección de casos índices, por lo que no es un instrumento de diagnóstico psicopatológico.

Esta escala se caracteriza por ser de autoaplicación y está compuesta por 35 ítemes, de los cuales 13 corresponden a la subescala de síntomas depresivos, 12 corresponden a la subescala de síntomas por ansiedad y 12 corresponden a la subescala de síntomas somatoformes.

Para cada uno de los ítemes propuestos existen tres alternativas de respuestas categorizadas como: Nunca, Pocas Veces y Frecuentemente, a las que se le asigna los

valores de 0, 1 y 2 respectivamente; estos valores indican el grado en que la característica descrita en el ítem se manifiesta en la persona evaluada. Para el cálculo del puntaje en cada una de las subescalas se suman los valores obtenidos, de modo que el mayor puntaje obtenido en cada subescala indica mayor grado de sintomatología (depresiva, por ansiedad y somatoforme), y viceversa.

El estudio de confiabilidad y validez de la escala se realizó en una muestra nacional constituida por un grupo clínico y uno normal, aplicando un análisis de consistencia interna en el que se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados: para la subescala de síntomas depresivos, 0.93; para la subescala de síntomas por ansiedad, 0.92; y para la subescala de síntomas somatoformes, 0.87. Para estimar la validez se utilizó la comparación de grupos opuestos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo diferencias significativas con un $\alpha=0.000$.

Por su fácil aplicación y corrección, se ha recomendado este instrumento tanto para estudios de investigación epidemiológica como para el trabajo clínico por pesquisar y seleccionar casos índices y graduar la sintomatología emocional.

b) Escala de afectividad negativa y positiva de Bradburn, según la adaptación española de Páez (1989). Esta escala busca medir el nivel de bienestar o malestar subjetivo durante períodos de tiempo establecidos por el investigador; está compuesta por 18 ítems que se distribuyen en dos dimensiones, afectividad positiva y afectividad negativa. Para cada uno de estos ítems existen tres posibilidades de respuesta categorizadas como: Nunca, A Veces y Generalmente, a las que se les

asignan los valores 1,2 y 3 respectivamente, y que indican el grado en que la característica descrita en el ítem se presenta en la persona evaluada.

Para el cálculo de este puntaje se procede del siguiente modo:

- 1) Se suman los puntajes de la escala de afectividad positiva y negativa separadamente, obteniendo un puntaje para cada una de éstas.
- 2) Al puntaje de la subescala de afectividad positiva se le suma una constante de 27 puntos.
- 3) A este nuevo puntaje de afecto positivo se le resta el puntaje de la subescala de afectividad negativa, obteniendo de este modo el puntaje del **BALANCE POSITIVO DE AFECTOS**.

El mayor grado de puntaje obtenido indica un mayor grado de balance positivo de afectos.

Esta escala ha sido validada en EE.UU. y luego en España por D. Páez (1989), los índices de confiabilidad y validez han sido confirmados en nuestro país por Vera y Wood (1994), obteniendo los siguientes resultados: para estimar la confiabilidad se realizó un análisis de consistencia interna para cada una de las subescalas utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach; para la escala de Afectividad Positiva se obtuvo un valor de 0.818 y para la escala de Afectividad Negativa se obtuvo un valor de 0.847. Para estimar la validez se utilizó el método de validez concurrente tomando como medida criterio los puntajes de las subescalas de síntomas depresivos y por ansiedad. La subescala de afectividad positiva correlaciona negativamente con las subescalas mencionadas, a la vez que la subescala de afectividad negativa correlaciona

positivamente con las mismas con un $p < 0.0000$ para todos los valores, tal como se muestra a continuación:

SUBESCALAS	Síntomas Depresivos	Síntomas por Ansiedad
Afecto Positivo	-0.509	-0.419
Afecto Negativo	0.720	0.712

Según estos autores, se recomienda el uso de este instrumento por su fácil aplicación y corrección principalmente para complementar los estudios epidemiológicos de salud mental centrados en la presencia/ausencia de síntomas.

c) Escala de apoyo social familiar de Procidano y Heller (1983), validada en nuestro país por Vera y Wood (1994). Esta escala evalúa el grado de apoyo percibido que tiene un sujeto en relación a su familia, está compuesta por 18 ítems, cada uno de ellos con tres alternativas de respuesta: NO, SI, NO SE; la primera opción (NO) se puntúa como 0, la segunda opción (SI) se puntúa como 1, y la tercera opción (NO SE) no se puntúa. Para la obtención del puntaje final se suman las opciones de respuesta de cada ítem, existiendo un rango de puntaje que va desde 0, que indica ausencia de apoyo social percibido; hasta 18, que indica un grado máximo de apoyo social percibido.

La estimación de la confiabilidad se efectuó aplicando un análisis de consistencia interna que arrojó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.901. Para estimar la validez se utilizó el criterio de validez concurrente, tomando como criterio los puntajes obtenidos en las escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y

somatoforme, obteniendo relaciones negativas significativas con los siguientes valores:

SUBESCALAS	Síntomas depresivos	Síntomas ansiosos	Síntomas somatofor.
Apoyo social familiar	-0.413*	-0.366*	-0.200**

* $p < 0.000$ ** $p < 0.014$

Se recomienda el uso de esta escala junto con la escala de apoyo social de las amistades para obtener el grado de integración social y de los recursos protectores y promocionales de la persona en función de fuentes de apoyo específicas (familia y amigos).

d) Escala de apoyo social de las amistades de Procidano y Heller (1983), validada en nuestro país por Vera y Wood (1994). Esta escala evalúa el grado de apoyo percibido que tiene un sujeto en relación a su grupo de amistades, está compuesta por 18 ítems, cada uno de ellos con tres alternativas de respuesta: NO, SI, NO SE; la primera opción (NO) se puntúa como 0, la segunda opción (SI) se puntúa como 1, y la tercera opción (NO SE) no se puntúa. Para la obtención del puntaje final se suman las opciones de respuesta de cada ítem, existiendo un rango de puntaje que va desde 0, que indica ausencia de apoyo social percibido; hasta 18, que indica un grado máximo de apoyo social percibido.

La estimación de la confiabilidad se efectuó aplicando un análisis de consistencia interna que arrojó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.915. Para estimar la validez se utilizó el criterio de validez concurrente, tomando como criterio

los puntajes obtenidos en las escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme, obteniendo relaciones negativas significativas con los siguientes valores:

SUBESCALAS	Síntomas depresivos	Síntomas ansiosos	Síntomas somatofor.
Ap. S. de amistades	-0.330*	-0.302*	-0.254**

* $p < 0.000$ ** $p < 0.002$

Se recomienda el uso de esta escala junto con la escala de apoyo social familiar para obtener el grado de integración social y de los recursos protectores y promocionales de la persona en función de fuentes de apoyo específicas (familia y amigos).

Los indicadores de cada una de las escalas descritas se presentan en el anexo N° 1.

El instrumento utilizado que contiene la batería con las respectivas escalas se presenta en el anexo N° 2.

5.3.3. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

La presentación de los datos, tal como se ha mencionado y en función de los objetivos de investigación, se presentarán del siguiente modo:

a- Resultados de las variables sociodemográficas medidas.

b- Resultados de los análisis de cada variable, los que se presentarán en el siguiente orden:

- 1) Aplicación de los módulos de estadística descriptiva para cada variable estudiada.
- 2) Distribución de los valores obtenidos en la población para cada variable estudiada.
- 3) Establecimiento de los puntos de corte para agrupar los datos obtenidos para cada variable.
- 4) Establecimiento de los grupos de acuerdo a los rangos ofrecidos por cada variable.
- 5) Análisis de cada variable en función de los criterios de sexo y grupo étnico; además, la variable de sintomatología se analizará también en función de las dimensiones de la variable de balance positivo de afectos.

Finalmente, y tal como lo define el diseño del estudio, para el análisis de los datos compete la aplicación de estadística descriptiva; sin embargo, como dato anexo se presentará los resultados obtenidos tras la aplicación de pruebas de significación estadística (chi cuadrado), habida consideración de la imposibilidad de generalizar estos datos pues la prueba mencionada corresponde a los métodos propios de la estadística inferencial. La decisión de exponer estos datos tiene que ver con el interés que presentan y con la posibilidad de formular futuras hipótesis para nuevas líneas de investigación, pues atendiendo a la rigurosidad metodológica del diseño, escapan en si mismos a los objetivos de esta investigación. Estos datos se presentan en el anexo N° 3.

CAPITULO 6



RESULTADOS

6.1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

6.1.1. Descripción de la muestra. La muestra definitiva quedó constituida por 119 casos elegidos en función de las variables de muestreo, de los cuales el 40.34% son varones y el 59,66% son mujeres. Es necesario hacer notar que algunos casos fueron descartados por la imposibilidad de acceder a ellos; otros casos fueron descartados por no responder adecuadamente los instrumentos.

A continuación se describe la distribución de los casos de acuerdo a las siguientes variables:

a) Variable: Edad. Se muestra la distribución de la muestra de acuerdo a la edad.

Frec.	F. Acum.	%	% Acu.	Edad
9	9	7.6	7.6	18
8	17	6.7	14.3	19
2	19	1.7	16.0	20
3	22	2.5	18.5	21
6	28	5.0	23.5	22
1	29	0.8	24.4	23
4	33	3.4	27.7	24
2	35	1.7	29.4	30
2	37	1.7	31.1	32
2	39	1.7	32.8	34
4	43	3.4	36.1	35
12	55	10.1	46.2	36
6	61	5.0	51.3	37
13	74	10.9	62.2	38
7	81	5.9	68.1	39
10	91	8.4	76.5	40
7	98	5.9	82.4	41
4	102	3.4	85.7	42
3	105	2.5	88.2	43
4	109	3.4	91.6	45
2	111	1.7	93.3	46
1	112	0.8	94.1	47
2	114	1.7	95.8	48
2	116	1.7	97.5	50
1	117	0.8	98.3	54
2	119	1.7	100	60

b) Variable: Estado civil. Se observa en la tabla 2 que los dos tercios de la población (66,39%) son personas casadas y un quinto (22,69%) corresponde a personas solteras. Los otros rangos corresponden a porcentajes menores.

TABLA N° 2	
Estado civil	Porcentajes
Soltero/a	22,69 %
Casado/a	66,39 %
Conviviente	3,36 %
Separado/a	5,88 %
Viudo/a	1,68 %

c) Variable: Hijos. Al preguntar por la tenencia de hijos, se observa que un 21,01 % de la población tiene hijos, v/s un 78,99 % de personas que no tienen hijos.

d) Variable: Estudios. Tal como se observa en la tabla 3, más del 90% de la población ha completado los estudios de educación básica, y aproximadamente el 37% ha completado los estudios de educación media. El mayor porcentaje para esta variable (34,45%) corresponde al rango de educación media incompleta; sin embargo, es necesario considerar que una parte de la población escuestada corresponde a jóvenes que aún cursan su educación media.

TABLA N° 3	
Nivel de estudios	Porcentajes
Sin estudios	1,68 %
Básica incompleta	7,56 %
Básica completa	18,49 %
Media incompleta	34,45 %
Media completa	26,89 %
Educ. superior incompleta	6,72 %
Educ. superior completa	4,20 %
Otra	0,00 %

e) Variable: Actividad laboral. Se observa en la tabla 4 que el mayor porcentaje de la población (42,86%) son personas económicamente activas, seguidos a su vez por la actividad de dueña de casa, que corresponde a un tercio del total de la muestra (33,61%).

Actividad realizada	Porcentajes
Económicamente activo/a	42,86 %
Cesante	8,40 %
Pensionado/a	0,00 %
Jubilado/a	0,84 %
Estudiante	14,29 %
Dueña de casa	33,61 %

f) Variable: Personas con quien vive. Al preguntar por las personas con las que vive, se observa (tabla 5) que casi el 60% vive con su esposo/a e hijos/as, seguido por sobre un 20% de personas que viven con sus padres y hermanos, el 10% vive sólo con sus hijos; y no se observan personas que vivan solas.

Personas con quien vive	Porcentajes
Solo/a	0,00 %
Esposo/a o compañero/a	8,40 %
Esposo/a e hijos/as	57,98 %
Sólo hijos	10,92 %
Padres y hermanos/as	21,01 %
Hermanos/as	1,68 %

g) Variable: Presencia de tratamiento. Al preguntar si había recibido algún tipo de tratamiento médico o psicológico en el transcurso del último año, el 88,24 % de la población declara no haber recibido ningún tipo de tratamiento, y sólo el 11,76 % declara haber recibido algún tipo de tratamiento.

h) Variable: Participación. Finalmente, al preguntar por la participación activa en alguna institución de la comunidad (J.V.V., C.D.C., etc.), el 73,11 % declara no participar activamente, v/s un 26, 89 % que si participaría activamente en actividades comunitarias.

6.2. ANALISIS DE CADA VARIABLE

6.2.1. Para la variable de Sintomatología se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N° 6: Estadígrafos para puntajes síntomas depresivos, por ansiedad y somatoformes.

<i>DEPRESION</i>		<i>ANSIEDAD</i>		<i>SOMATOFORME</i>	
Media	10,20	Media	8,66	Media	5,06
Mediana	10	Mediana	8	Mediana	4
Moda	10	Moda	10	Moda	2
Rango	23	Rango	22	Rango	21
Mínimo	1	Mínimo	0	Mínimo	0
Máximo	24	Máximo	22	Máximo	21
Cuenta	119	Cuenta	119	Cuenta	119

Se observa que para el caso de la escala de síntomas depresivos, el puntaje promedio es de 10 puntos, valor que se corresponde con la mediana observada, lo cual significa que la mitad de la población se ubica por sobre este valor y la otra mitad se encuentra por debajo del mismo, siendo además el valor que más se repite (moda). Este valor, si bien indica la presencia de sintomatología depresiva, de acuerdo a los criterios propuestos en la validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes (Alvarado y cols., 1990) que han sido utilizadas en este

estudio, no alcanzan a constituirse en trastorno emocional (posible trastorno depresivo = ptje. >11).

Para el caso de variable de sintomatología por ansiedad, se observa un valor promedio de 8.6 puntos, que también se corresponde con el valor de la mediana, lo cual indica que la mitad de la población se encuentra por debajo de este valor y la otra mitad se ubica por sobre el mismo. De acuerdo a los criterios mencionados anteriormente, este valor si bien indica la presencia de síntomas ansiosos, no se constituye en trastorno (posible trastorno >9).

Por último, para el caso de la sintomatología somatoforme se observa un valor promedio de 5 puntos que si bien indica presencia de síntomas somatoformes, no es indicativo de trastorno ni de posible trastorno (posible trastorno >7), el valor que más aparece es 2 puntos y la mediana corresponde a 4 puntos, lo que indica que más de la mitad de la población no presenta sintomatología somatoforme importante.

6.2.2. Para la variable de Balance Afectivo se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N° 7: Estadígrafos para puntajes de balance afectivo.

<i>BALANCE AFECTIVO</i>	
Media	30,68
Mediana	31
Moda	31
Rango	26
Mínimo	17
Máximo	43
Cuenta	119

Se observa que el valor promedio es de 30 puntos, muy similar al valor de la mediana y de la moda; para efectos de la escala de balance afectivo, este valor corresponde a un puntaje que indica un grado medio de balance positivo de afectos

para la población estudiada y los valores se distribuyen de una forma relativamente homogénea.

6.2.3. Para la variable de Apoyo Social se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N° 8: Estadígrafos para puntajes de apoyo social.

<i>APOYO SOCIAL FAMILIAR</i>		<i>APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES</i>	
Media	9,79	Media	8,37
Mediana	10	Mediana	9
Moda	12	Moda	10
Rango	12	Rango	16
Mínimo	3	Mínimo	0
Máximo	15	Máximo	16
Cuenta	119	Cuenta	119

Para la variable de apoyo social en su dimensión familiar se observa un valor promedio cercano a 10 puntos; este valor de acuerdo a los criterios entregados por la escala en el estudio de su validación en nuestro país (Vera y Wood, 1994) corresponden a un apoyo social familiar bajo observado en la población estudiada; sin embargo, los valores se concentran en un rango medio y, como se verá más adelante, su interpretación dependerá de los puntos de corte que determinen un alto o bajo grado de apoyo social familiar percibido.

Para el caso de la variable de apoyo social en su dimensión de las amistades, se observa una tendencia más marcada que en el caso anterior hacia el bajo apoyo social percibido, el promedio corresponde a un valor de 8,37 puntos, y los demás estadígrafos tales como la mediana y el valor más repetido (moda) corresponden al tramo que según los criterios entregados por la escala (Vera y Wood, 1994) indican un bajo apoyo social percibido entregado por las amistades.

6.3. DISTRIBUCION DE PUNTAJES.

TABLA N° 9: Distribución de puntajes de síntomas depresivos.

Frec.	F. Acum.	%	% Acum.	Ptdep.
4	4	3.4	3.4	1.000
6	10	5.0	8.4	2.000
5	15	4.2	12.6	3.000
4	19	3.4	16.0	4.000
10	29	8.4	24.4	5.000
8	37	6.7	31.1	6.000
8	45	6.7	37.8	7.000
7	52	5.9	43.7	8.000
6	58	5.0	48.7	9.000
12	70	10.1	58.8	10.000
3	73	2.5	61.3	11.000
7	80	5.9	67.2	12.000
4	84	3.4	70.6	13.000
5	89	4.2	74.8	14.000
6	95	5.0	79.8	15.000
2	97	1.7	81.5	16.000
6	103	5.0	86.6	17.000
4	107	3.4	89.9	18.000
2	109	1.7	91.6	19.000
4	113	3.4	95.0	20.000
4	117	3.4	98.3	21.000
1	118	0.8	99.2	22.000
1	119	0.8	100	24.000

TABLA N° 10: Distribución de puntajes de síntomas por ansiedad.

Frec.	F. Acu.	%	% Acum.	Ptans.
1	1	0.8	0.8	0.000
4	5	3.4	4.2	1.000
11	16	9.2	13.4	2.000
5	21	4.2	17.6	3.000
12	33	10.1	27.7	4.000
9	42	7.6	35.3	5.000
5	47	4.2	39.5	6.000
8	55	6.7	46.2	7.000
7	62	5.9	52.1	8.000
11	73	9.2	61.3	9.000
14	87	11.8	73.1	10.000
6	93	5.0	78.2	11.000
4	97	3.4	81.5	13.000
1	98	0.8	82.4	14.000
3	101	2.5	84.9	15.000
4	105	3.4	88.2	16.000
2	107	1.7	89.9	17.000
1	108	0.8	90.8	18.000
4	112	3.4	94.1	19.000
2	114	1.7	95.8	20.000
3	117	2.5	98.3	21.000
2	119	1.7	100	22.000

TABLA Nº 11: Distribución de puntajes de síntomas somatoformes

Frec.	F. Acu.	%	% Acu.	Ptsom
10	10	8.4	8.4	0.000
18	28	15.1	23.5	1.000
19	47	16.0	39.5	2.000
10	57	8.4	47.9	3.000
17	74	14.3	62.2	4.000
3	77	2.5	64.7	5.000
3	80	2.5	67.2	6.000
8	88	6.7	73.9	7.000
7	95	5.9	79.8	8.000
2	97	1.7	81.5	9.000
4	101	3.4	84.9	10.000
4	105	3.4	88.2	11.000
4	109	3.4	91.6	12.000
4	113	3.4	95.0	13.000
1	114	0.8	95.8	15.000
1	115	0.8	96.6	16.000
1	116	0.8	97.5	19.000
2	118	1.7	99.2	20.000
1	119	0.8	100	21.000

TABLA N° 12: Distribución de puntajes de balance positivo de afectos.

Frec.	F. Acum.	%	% Acum.	Balance
1	1	0.8	0.8	17.000
1	2	0.8	1.7	18.000
2	4	1.7	3.4	19.000
3	7	2.5	5.9	20.000
4	11	3.4	9.2	21.000
4	15	3.4	12.6	22.000
5	20	4.2	16.8	23.000
1	21	0.8	17.6	24.000
2	23	1.7	19.3	25.000
6	29	5.0	24.4	26.000
8	37	6.7	31.1	27.000
6	43	5.0	36.1	28.000
8	51	6.7	42.9	29.000
3	54	2.5	45.4	30.000
10	64	8.4	53.8	31.000
7	71	5.9	59.7	32.000
9	80	7.6	67.2	33.000
4	84	3.4	70.6	34.000
7	91	5.9	76.5	35.000
3	94	2.5	79.0	36.000
5	99	4.2	83.2	37.000
5	104	4.2	87.4	38.000
7	111	5.9	93.3	39.000
3	114	2.5	95.8	40.000
3	117	2.5	98.3	41.000
1	118	0.8	99.2	42.000
1	119	0.8	100	43.000

TABLA N° 13: Distribución de puntajes de apoyo social percibido.

Frec.	F. Acum.	%	% Acum.	FAM.	Frec.	F. Acu.	%	% Acu.	AMIS.
2	2	1.7	1.7	3.000	3	3	2.5	2.5	0.000
7	9	5.9	7.6	4.000	4	7	3.4	5.9	1.000
2	11	1.7	9.2	5.000	10	17	8.4	14.3	2.000
5	16	4.2	13.4	6.000	6	23	5.0	19.3	3.000
8	24	6.7	20.2	7.000	4	27	3.4	22.7	4.000
19	43	16.0	36.1	8.000	6	33	5.0	27.7	5.000
8	51	6.7	42.9	9.000	9	42	7.6	35.3	6.000
14	65	11.8	54.6	10.000	3	45	2.5	37.8	7.000
11	76	9.2	63.9	11.000	8	53	6.7	44.5	8.000
22	98	18.5	82.4	12.000	10	63	8.4	52.9	9.000
11	109	9.2	91.6	13.000	15	78	12.6	65.5	10.000
6	115	5.0	96.6	14.000	12	90	10.1	75.6	11.000
4	119	3.4	100	15.000	5	95	4.2	79.8	12.000
					9	104	7.6	87.4	13.000
					7	111	5.9	93.3	14.000
					5	116	4.2	97.5	15.000
					3	119	2.5	100	16.000

6.4. DETERMINACION DE LOS PUNTOS DE CORTE.

6.4.1. Para determinar la prevalencia de trastorno se establecieron 3 grupos atendiendo a los siguientes puntos de corte (*):

GRUPOS	Síntomas depresivos	Síntomas ansiosos	Síntomas somatofor.
Sin trastorno	0 - 11	0 - 9	0 - 7
Con posible trastorno	12 - 19	10 - 16	8 - 9
Con trastorno	20 y más	17 y más	10 y más
	Ptje máximo = 26	Ptje máximo = 24	Ptje. máximo = 24

(*) Estos puntos de corte son sugeridos por Alvarado y cols., en la "Validación de Escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes" U.D.P., 1990.

6.4.2. Para determinar el grado de balance afectivo y apoyo social, se establecieron 2 grupos atendiendo a los siguientes puntos de corte (*):

GRUPOS	Balance afectivo	Apoyo social familiar	Apoyo soc. amistades
BAJO GRADO	0 - 29	0 - 12	0 - 13
ALTO GRADO	30 y más	13 y más	14 y más

(*) Estos puntos de corte son sugeridos por Vera y Wood en "Un modelo explicativo de la salud mental basado en categorías psicosociales" Tesis de grado, U.D.P. 1994.

6.5. ESTABLECIMIENTO DE LOS GRUPOS

6.5.1. Para la variable de sintomatología se establecieron los siguientes grupos:

GRUPOS	<i>DEPRESION</i>				<i>ANSIEDAD</i>				<i>SOMATOFORME</i>			
	Frec.	F. Acum.	%	% Acu.	Frec.	F. Acum.	%	% Acu.	Frec.	F. Acum.	%	% Acu.
Sin trastorno	73	73	61.3	61.3	73	73	61.3	61.3	88	88	73.9	73.9
Posible trastorno	36	109	30.3	91.6	32	105	26.9	88.2	9	97	7.6	81.5
Con trastorno	10	119	8.4	100	14	119	11.8	100	22	119	18.5	100

Se observa que para la variable de síntomas depresivos, de acuerdo a la distribución de puntajes y los puntos de corte, el 61.3 % presenta algún grado de síntomas que no se constituyen en trastorno, el 30.3 % presenta un grado de síntomas que lo constituyen en un posible trastorno, y el 8.4 % de la población presenta un grado de sintomatología depresiva que se constituye en trastorno. Estos datos se presentan en el gráfico N° 1.

Para el caso de la sintomatología por ansiedad, el 61.3 % de la población presenta síntomas que no se constituyen en trastorno, el 26.9 % presenta un grado de síntomas que lo constituyen en un posible trastorno, y el 11.8 % de la población estudiada presentaría un trastorno por síntomas de ansiedad. Estos datos se presentan en el gráfico N° 2.

Finalmente, en el caso del puntaje para la variable de sintomatología somatoforme, se observa que el 73.9 % de la población estudiada no presenta un grado importante de síntomas, el 7.6 % presenta un grado de síntomas que lo constituyen en un posible trastorno, y el 18.5 % de la población presenta un grado de

sintomatología somatoforme que lo constituyen en trastorno. Estos datos se presentan en el gráfico N° 3.

Algunas consideraciones que surgen a partir del análisis de datos, tienen relación con la semejanza en la distribución de los puntajes para el caso de la sintomatología depresiva y por ansiedad; se observa que se corresponden los porcentajes para el grupo que no presenta trastorno (61.3%) siendo el porcentaje más alto para ambas variables, y la proporción se mantiene para el grupo con posible trastorno y para el grupo con trastorno, siendo levemente superior el porcentaje del grupo con trastornos por ansiedad.

Respecto de los puntajes de sintomatología somatoforme, el grupo sin trastorno también corresponde al porcentaje más alto para esta variable, y también respecto de las otras variables, de hecho, los porcentajes más altos tienden a acumularse en los puntajes más bajos y existe un 8.4% de la población que no presenta ningún síntoma de trastorno somatoforme. Sin embargo, el grupo con posibles trastorno es el más pequeño, y el grupo con trastorno alcanza casi al 20% de la población estudiada, siendo esta tendencia distinta de la observada en las otras variables.

6.5.2. Determinación de grupos con trastorno emocional.

Tal como se mencionó anteriormente, y como un intento de trascender desde una perspectiva psicosocial la especificidad psicopatológica presentada por la variable de sintomatología, se procederá a determinar la prevalencia de trastorno emocional en la población estudiada. Para esto, al igual que en los análisis anteriores,

se determinarán tres grupos: un grupo con trastorno, un grupo con posible trastorno y un grupo sin trastorno, según los criterios que fueron presentados anteriormente.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

GRUPOS	Frec.	F. Acum.	%	% Acu.
Sin trastorno	57	57	47.9	47.9
Posible trastorno	32	89	26.9	74.8
Con trastorno	30	119	25.2	100

Según estos resultados, se observa que la cuarta parte de la población (25,2%) presenta algún tipo de trastorno emocional en cualquiera de las dimensiones medidas (depresión, ansiedad o somatoforme); a su vez, un porcentaje levemente superior (26.9%) presenta un posible trastorno emocional, por lo que se constituye en un grupo de riesgo; y un poco menos de la mitad de la población estudiada (47.9%) no presenta ningún tipo de trastorno. Estos datos aparecen en el gráfico N° 4.

6.5.3. Para la variable de balance afectivo y apoyo social, los grupos quedaron constituidos como sigue:

GRUPOS	<i>BALANCE AFECTIVO</i>				<i>APOYO SOCIAL FAMILIAR</i>				<i>APOYO SOCIAL DE AMISTADES</i>			
	Frec.	F. Acum.	%	% Acu.	Frec.	F. Acum.	%	% Acu.	Frec.	F. Acum.	%	% Acu.
Bajo grado	51	51	42.9	42.9	98	98	82.4	82.4	104	104	87.4	87.4
Alto grado	68	119	57.1	100	21	119	17.6	100	15	119	12.6	100

De acuerdo a la distribución de puntajes y los puntos de corte propuestos, se observa que para la variable de balance afectivo el 42.9 % corresponde al grupo categorizado como de bajo grado de balance afectivo, siendo el 57.1 % la población correspondiente al grupo categorizado como de alto grado de balance afectivo.

Para la variable de apoyo social, se observa que en la dimensión de apoyo social familiar el 82.4 % de la población estudiada corresponde al grupo categorizado como de bajo apoyo social familiar, siendo el 17.6 % restante la población correspondiente al grupo categorizado como de alto apoyo social familiar; se debe considerar que para esta dimensión los más altos porcentajes se encuentran al rededor de los puntos de corte propuestos.

Para la dimensión del apoyo social brindado por las amistades, se observa que el 87.4 % corresponde al grupo caracterizado como de bajo apoyo social de las amistades, y un 12.6 % de la población en estudio corresponde al grupo categorizado como de alto apoyo social de las amistades. En este caso, se observa que los mayores porcentajes no se concentran al rededor de los puntos de corte, sino que se distribuyen en el tramo mencionado como de bajo grado de apoyo social.

Estos resultados aparecen en el gráfico N° 5.

Gráfico N° 1. Porcentajes para puntajes de síntomas depresivos

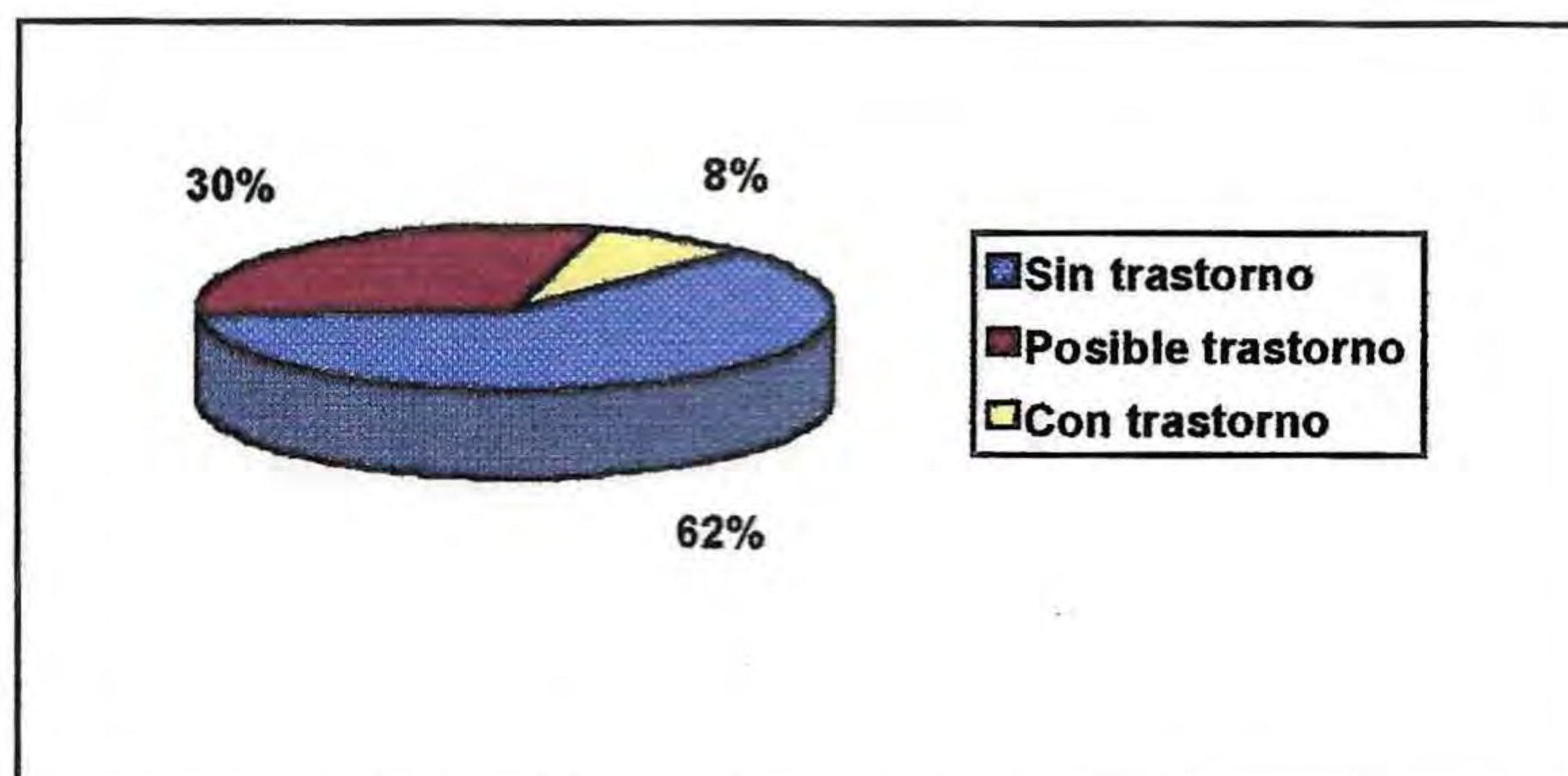


Gráfico N° 2. Porcentajes para puntajes de síntomas ansiosos

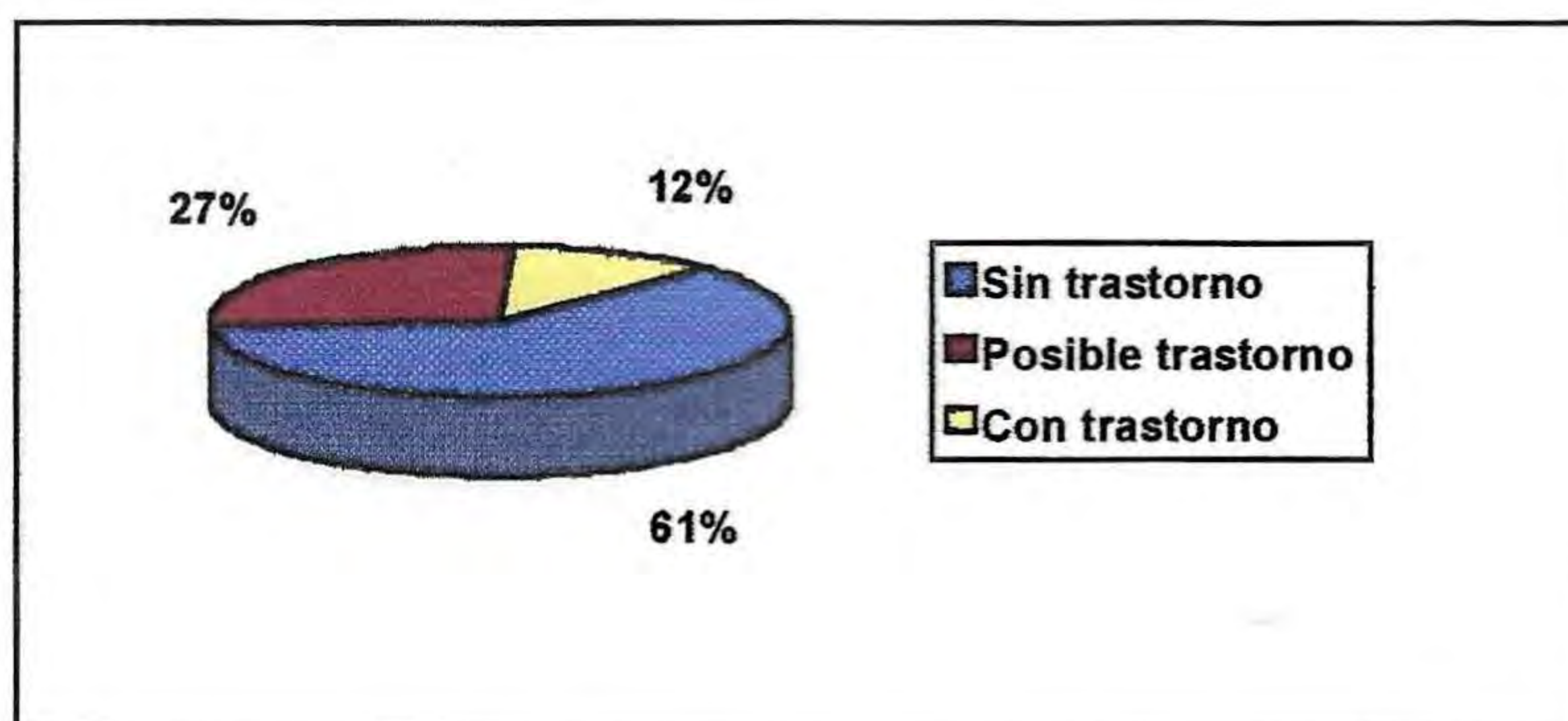


Gráfico N° 3. Porcentajes para puntajes de síntomas somatoformes

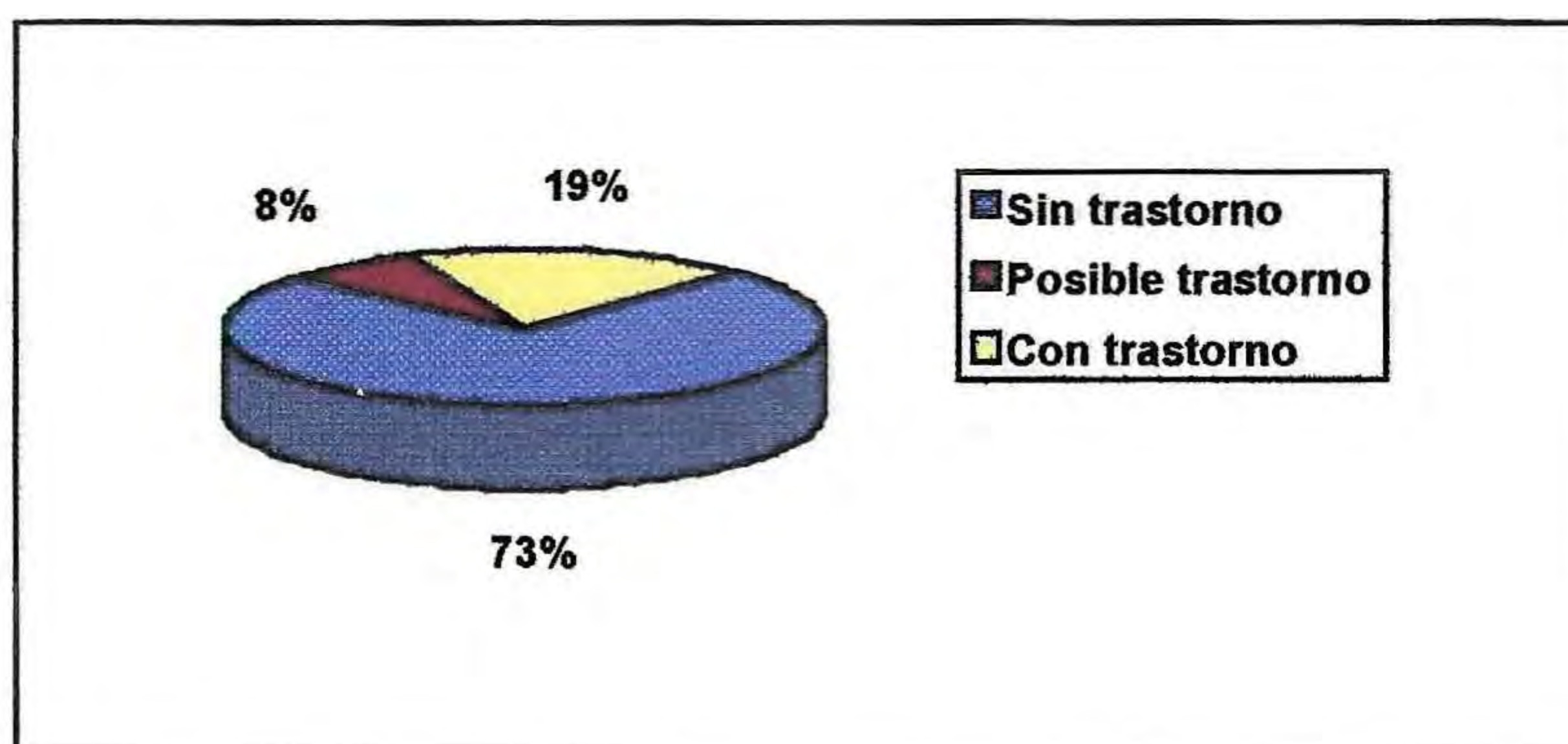


Gráfico N° 4. Porcentajes para puntajes de trastornos emocionales

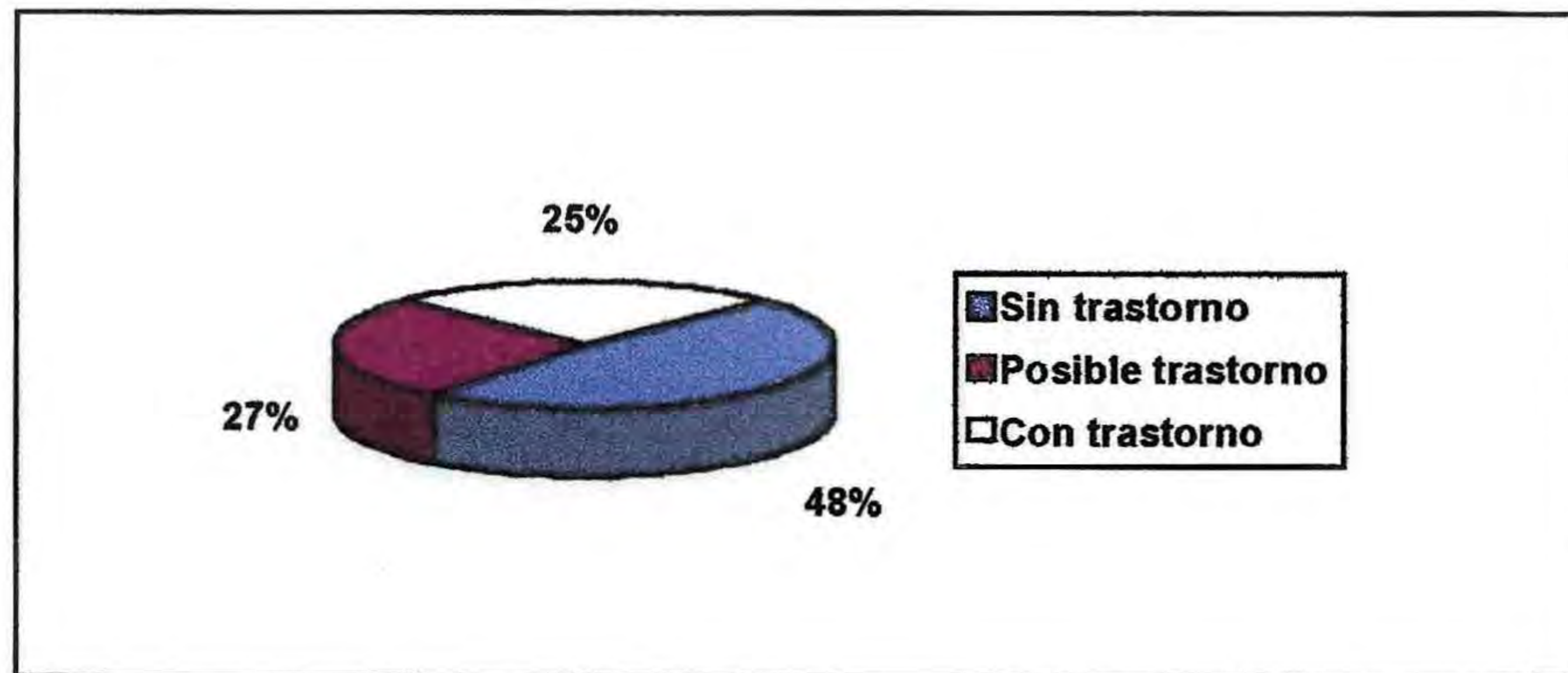
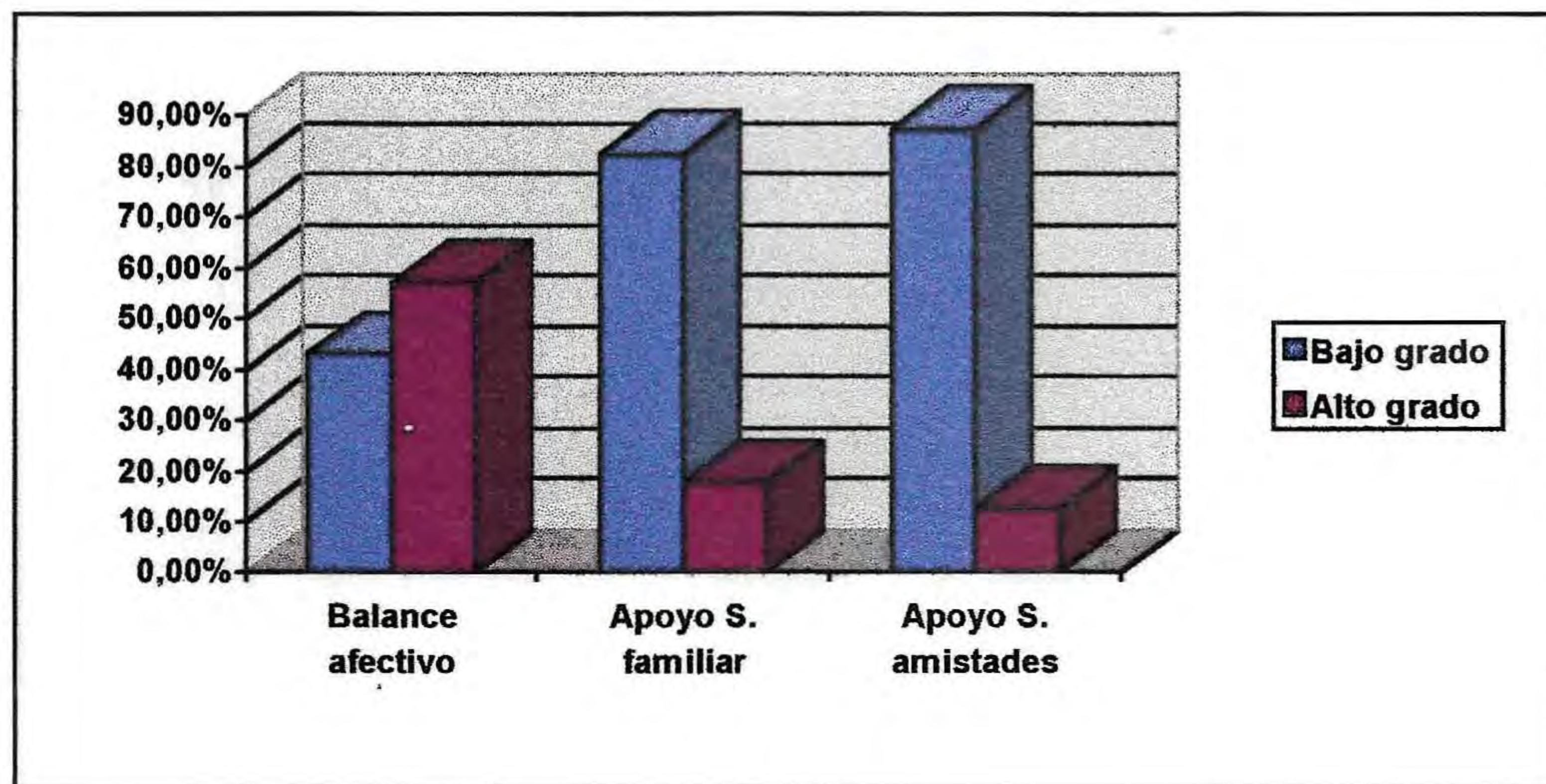


Gráfico N° 5. Porcentajes para los puntajes de balance afectivo y apoyo social



6.6. ANALISIS DE LOS CRUCES DE CADA VARIABLE.

A continuación se analizará cada variable en función de los criterios de sexo y grupo étnico, y luego se analizará la variable de sintomatología en función del balance positivo de afectos y del apoyo social percibido.

6.6.1. Para la variable de sintomatología de acuerdo a los criterios de sexo y grupo étnico, los resultados fueron:

a) Depresión según sexo.

SEXO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Masculino	68.75%	27.08%	4.17%	100%	48
Femenino	56.34%	32.39%	11.27%	100%	71
TOTAL	61.34%	30.25%	8.40%	100%	
N	73	36	10	119	

Se observa que en el grupo de hombres, el 68.75% no presenta trastorno depresivo, el 27.08 presenta un posible trastorno y un 4.17% presentaría un trastorno de tipo depresivo. A su vez, para el grupo de mujeres, el 56.34% no presenta trastorno, el 32.39 presenta un posible trastorno y un 11.27% presentaría un trastorno depresivo.

b) Depresión según grupo etáreo.

EDAD	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
18 - 29 años	57.58%	39.39%	3.03%	100%	33
30 - 39 años	64.58%	20.83%	14.58%	100%	48
40 y más	60.53%	34.21%	5.26%	100%	38
TOTAL	61.34%	30.25%	8.40%	100%	
N	73	36	10	119	

De acuerdo al criterio de grupo etáreo, el 57.58% de personas entre 18 y 29 años no presenta trastorno, el 39.39% de este grupo presenta un posible trastorno, y el 3% presentaría un trastorno depresivo. Para el grupo de personas cuyas edades van de 30 a 39 años, el 64.58% no presenta trastorno, el 20.83% presenta un posible trastorno y un 14.58% presentaría un trastorno depresivo. A su vez, para el grupo de personas mayores de 40 años, el 60.53% no presenta trastorno depresivo, el 34.21% se encuentra en una categoría de posible trastorno, y el 5.26% presentaría un trastorno de tipo depresivo.

c) Ansiedad según sexo.

SEXO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Masculino	72.92%	14.58%	12.50%	100%	48
Femenino	53.52%	35.21%	11.27%	100%	71
TOTAL	61.34%	26.89%	11.76%	100%	
N	73	32	14	119	

Según el criterio de sexo, se observa que en el grupo de los hombres casi un 73% no presenta trastorno por ansiedad, un 14.58% presenta un posible trastorno y un 12.5% presenta un trastorno por ansiedad. A su vez, para el grupo de mujeres un 53.52% no presenta síntomas que se constituyan en trastorno por ansiedad, un

35.21% presenta un posible trastorno y el 11.27% presentaría un trastorno por ansiedad.

d) Ansiedad según grupo etáreo.

EDAD	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
18 - 29 años	75.76%	15.15%	9.09%	100%	33
30 - 39 años	50.00%	39.58%	10.42%	100%	48
40 y más	63.16%	21.05%	15.79%	100%	38
TOTAL	61.34%	26.89%	11.76%	100%	
N	73	32	14	119	

Según el criterio de grupo etáreo, se observa que el 75.76% del grupo de personas cuyas edades van de 18 a 29 años, no presentan trastorno por ansiedad; el 15.15% presenta un posible trastorno y el 9.09% presentaría un trastorno de este tipo. Para el grupo de edad de 30 a 39 años aparece un 50% de personas sin trastorno, un 39.58% de personas con posible trastorno y un 10.42% de personas con trastorno por ansiedad. En el grupo de personas mayores de 40 años, el 63.16% no presenta trastorno, el 21% presenta un posible trastorno y el 15.79% presentaría un trastorno por ansiedad.

e) Síntomas somatoformes según sexo.

SEXO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Masculino	85.42%	6.25%	8.33%	100%	48
Femenino	66.20%	8.45%	25.35%	100%	71
TOTAL	73.95%	7.56%	18.49%	100%	
N	88	9	22	119	

Para la presencia de síntomas somatoformes según el criterio de sexo, se observa que el 85.42% de los hombres no presenta trastorno, un 6.25% presenta un

posible trastorno y es el 8.33% quienes presentarían un trastorno somatoforme. A su vez, el 66.2% de las mujeres no presenta trastorno, el 8.45% presenta un posible trastorno y el 25.35% presentaría un trastorno de tipo somatoforme.

f) Síntomas somatoformes según grupo etáreo.

EDAD	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
18 - 29 años	78.79%	6.06%	15.15%	100%	33
30 - 39 años	68.75%	10.42%	20.83%	100%	48
40 y más	76.32%	5.26%	18.42%	100%	38
TOTAL	73.95%	7.56%	18.49%	100%	
N	88	9	22	119	

De acuerdo al criterio de grupo etáreo, se observa que el 78.79% de personas cuyas edades van entre 18 y 29 años, no presentan trastorno, el 6.06% presenta un posible trastorno y el 15.15% presentaría un trastorno de tipo somatoforme. En el grupo de personas de 30 a 39 años, el 68.75% no presenta trastorno; el 10.42% presenta un posible trastorno y el 20.83% presenta un trastorno somatoforme. En el grupo de personas mayores de 40 años, se observa que el 76.32% no presenta trastorno, el 5.25% aparece con un posible trastorno, y el 18.42% presenta un trastorno de tipo somatoforme.

g) Grupo de trastorno emocional según sexo.

SEXO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Masculino	60.42%	25.00%	14.58%	100%	48
Femenino	39.44%	28.17%	32.39%	100%	71
TOTAL	47.90%	26.89%	25.21%	100%	
N	57	32	30	119	

Al analizar la categoría de trastorno emocional según como se ha definido anteriormente, se observa que el 60.42% de los hombres no presenta trastorno emocional, el 25% presenta un posible trastorno y el 14.58% presenta un trastorno emocional en cualquiera de sus manifestaciones. A su vez, el 39.44% de mujeres no presenta ningún tipo de trastorno emocional, el 28.17% presenta un posible trastorno y el 32.39% presenta algún tipo de trastorno emocional, ya sea por depresión, por ansiedad o somatoforme.

h) Grupo de trastorno emocional según grupo etáreo.

EDAD	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
18 - 29 años	51.52%	30.30%	18.18%	100%	33
30 - 39 años	43.75%	22.92%	33.33%	100%	48
40 y más	50.00%	28.95%	21.05%	100%	38
TOTAL	47.90%	26.89%	25.21%	100%	
N	57	32	30	119	

Para la categoría de trastorno emocional según el criterio de grupo etáreo, se observa que el 51.52% de personas cuyas edades van de 18 a 29 años, no presenta ningún tipo de trastorno; el 30.3% de este grupo presenta un posible trastorno y el 18.18% presenta algún tipo de trastorno. En el grupo de personas de 30 a 39 años, el 43.75% no presenta trastorno, el 22.92% aparece con un posible trastorno y el 33.33% presenta algún tipo de trastorno emocional. Finalmente, en el grupo de personas mayores de 40 años, el 50% no presenta trastorno emocional, casi el 29% presenta un posible trastorno y el 21% aparece con algún tipo de trastorno emocional, ya sea depresivo, ansioso o somatoforme.

6.6.2. Para la variable de Balance Afectivo según los criterios de sexo y grupo etáreo, se obtuvo los siguientes resultados:

a) Balance positivo de afectos según sexo.

Grupos :

SEXO	Bajo Grado Balance	Alto Grado Balance	TOTAL	N
Masculino	29.17%	70.83%	100%	48
Femenino	52.11%	47.89%	100%	71
TOTAL	42.86%	57.14%	100%	
N	51	68	119	

Al analizar los resultados obtenidos en la escala de balance positivo de afectos según el criterio de sexo, se observa que el 29.17% de los hombres presenta un bajo grado de balance positivo de afectos, y el 70.83% presenta un alto grado de balance afectivo. A su vez, el 52.11% de mujeres presenta un bajo grado de balance afectivo y el 47.89% aparece con alto grado de balance positivo de afectos.

b) Balance positivo de afectos según grupo etáreo.

Grupos :

EDAD	Bajo Grado Balance	Alto Grado Balance	TOTAL	N
18 - 29 años	33.33%	66.67%	100%	33
30 - 39 años	50.00%	50.00%	100%	48
40 y más	42.11%	57.89%	100%	38
TOTAL	42.86%	57.14%	100%	
N	51	68	119	

Atendiendo al criterio de grupo etáreo, se observa que en el grupo de personas entre 18 y 29 años, el 33.33% presenta bajo grado de balance positivo de afectos y el 66.67% presenta esta característica en un alto grado. En el grupo de personas entre 30 y 39 años el 50% presenta bajo grado y el 50% restante presenta alto grado de balance positivo de afectos. En el grupo de personas mayores de 40 años, el 42.11%

presenta bajo grado de balance afectivo, y el 37.89% presenta el balance afectivo en un grado alto.

6.6.3. Para la variable de Apoyo Social según los criterios de sexo y grupo etáreo, se obtuvo los siguientes resultados:

a) Apoyo social familiar según sexo.

SEXO	Grupos :		TOTAL	N
	Bajo Grado Apoyo	Alto Grado Apoyo		
Masculino	81.25%	18.75%	100%	48
Femenino	83.10%	16.90%	100%	71
TOTAL	82.35%	17.65%	100%	
N	98	21	119	

Al analizar el apoyo social familiar de acuerdo al criterio de sexo, se observa que el 81.25% de los hombres y el 83.1% de las mujeres presentan un bajo grado de apoyo social familiar percibido. A su vez, el 18.75% de los hombres y el 16.9% de las mujeres perciben un alto grado de apoyo social brindado por la familia.

b) Apoyo social familiar según grupo etáreo.

EDAD	Grupos :		TOTAL	N
	Bajo Grado Apoyo	Alto Grado Apoyo		
18 - 29 años	90.91%	9.09%	100%	33
30 - 39 años	81.25%	18.75%	100%	48
40 y más	76.32%	23.68%	100%	38
TOTAL	82.35%	17.65%	100%	
N	98	21	119	

Según el criterio de grupo etáreo, se observa que casi el 91% de las personas entre 18 y 29 años perciben un bajo grado de apoyo social familiar, y el 9% restante percibe alto grado de apoyo social ofrecido por la familia. A su vez, el 81.25% de las personas cuyas edades van de 30 a 39 años, perciben bajo grado de apoyo social y el

18.75% perciben el apoyo social de la familia en un grado alto. En el grupo de personas mayores de 40 años, el 76.32% perciben bajo grado de apoyo y el 23.68% presentan alto grado de apoyo social familiar percibido.

c) Apoyo social de las amistades según sexo.

Grupos :

SEXO	Bajo Grado Apoyo	Alto Grado Apoyo	TOTAL	N
Masculino	87.50%	12.50%	100%	48
Femenino	87.32%	12.68%	100%	71
TOTAL	87.39%	12.61%	100%	
N	104	15	119	

Al analizar el apoyo social brindado por las amistades de acuerdo al criterio de sexo, se observa que el 87.5% de los hombres y el 87.32% de las mujeres perciben bajo grado de apoyo social. El 12.5% de hombres y el 12.68% de mujeres perciben el apoyo social de las amistades en un grado alto.

d) Apoyo social de las amistades según grupo etáreo.

Grupos :

EDAD	Bajo Grado Apoyo	Alto Grado Apoyo	TOTAL	N
18 - 29 años	84.85%	15.15%	100%	33
30 - 39 años	87.50%	12.50%	100%	48
40 y más	89.47%	10.53%	100%	38
TOTAL	87.39%	12.61%	100%	
N	104	15	119	

Según el criterio de grupo etáreo, se observa que el 84.85% de personas entre 18 y 29 años percibe bajo grado de apoyo social ofrecido por las amistades y el 15.15% percibe alto grado de apoyo social. En el grupo de personas entre 30 y 39 años, el 87.5% percibe bajo grado de apoyo social y el 12.5% percibe alto grado de apoyo social de las amistades. Para las personas mayores de 40 años, se observa el

89.47% percibe bajo grado de apoyo social y el 10.53% percibe alto grado de apoyo social ofrecido por las amistades.

6.6.4. Análisis de la variable de sintomatología respecto de las variables de balance positivo de afectos y apoyo social percibido.

a) Depresión según balance positivo de afectos.

BALANCE	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	27.45%	52.94%	19.61%	100%	51
Alto Grado	86.76%	13.24%	0.00%	100%	68
TOTAL	61.34%	30.25%	8.40%	100%	
N	73	36	10	119	

Al analizar la variable de depresión según la distribución de puntajes del balance positivo de afectos, se observa que el 27.45% de las personas que presentan bajo grado de balance positivo de afectos, no presenta trastorno depresivo; el 52.94% de este grupo presenta un posible trastorno y el 19.61% presenta trastorno por depresión. En el grupo de personas con alto grado de balance positivo de afectos, el 86.76% no presenta trastorno, el 13.24% aparece con posible trastorno y ninguna de estas personas presenta trastorno por depresión.

Es importante destacar que todas las personas con trastorno depresivo presentan bajo grado de balance positivo de afectos.

b) Depresión según apoyo social familiar.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	65.31%	28.57%	6.12%	100%	98
Alto Grado	42.86%	38.10%	19.05%	100%	21
TOTAL	61.34%	30.25%	8.40%	100%	
N	73	36	10	119	

Según los valores obtenidos en la escala de apoyo social familiar, el 65.31% de quienes presentan bajo grado de apoyo social percibido no presentan trastorno por depresión, el 28.57% presenta posible trastorno y el 6.12% presenta trastorno depresivo. Entre quienes presentan alto grado de apoyo social percibido (N=21), el 43% no presenta trastorno, el 38% presenta posible trastorno y el 19% presenta trastorno por depresión.

c) Depresión según apoyo social de las amistades.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	62.50%	27.88%	9.62%	100%	104
Alto Grado	53.33%	46.67%	00.00%	100%	15
TOTAL	61.34%	30.25%	8.40%	100%	
N	73	36	10	119	

En el grupo de personas que perciben bajo grado de apoyo social de las amistades, el 62.5% no presenta trastorno por depresión, el 27.88% presenta posible trastorno y el 9.62% presenta trastorno depresivo. Entre quienes perciben alto grado de apoyo social de las amistades (N=15) el 53% no presenta trastorno y el 47% presenta posible trastorno. Todas las personas con trastorno depresivo perciben bajo grado de apoyo social entregado por las amistades.

d) Ansiedad según balance positivo de afectos.

BALANCE	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	23.53%	49.02%	27.45%	100%	51
Alto Grado	89.71%	10.29%	0.00%	100%	68
TOTAL	61.34%	26.89%	11.76%	100%	
N	73	32	14	119	

Al analizar los resultados obtenidos en la escala de ansiedad según la distribución de puntajes de balance afectivo, se observa que el 23.53% de quienes presentan bajo grado de balance positivos de afectos aparecen sin trastorno por ansiedad, el 49.02% de este grupo presenta un posible trastorno y el 27.45% presentaría trastorno por ansiedad. En el grupo de quienes presentan alto grado de balance positivo de afectos, el 89.71% no presenta trastorno ansioso, el 10.29% presenta un posible trastorno y ninguna de estas personas (con alto grado de balance positivo de afectos) presenta trastorno por ansiedad.

e) Ansiedad según apoyo social familiar.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	63.27%	27.55%	9.18%	100%	98
Alto Grado	52.38%	23.81%	23.81%	100%	21
TOTAL	61.34%	26.89%	11.76%	100%	
N	73	32	14	119	

Los resultados obtenidos en la escala de ansiedad según el apoyo social percibido por la familia muestran que el 63.27% de quienes perciben bajo grado de apoyo social no presentan trastorno por ansiedad, el 27.55% de este grupo presenta posible trastorno y el 9.18% presentaría trastorno ansioso. En el grupo de quienes perciben alto grado de apoyo social entregado por la familia (N=21), el 52% no

presenta trastorno, el 24% presenta posible trastorno y el 24% presentaría trastorno por ansiedad.

f) Ansiedad según apoyo social de las amistades.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	58.65%	27.88%	13.46%	100%	104
Alto Grado	80.00%	20.00%	0.00%	100%	15
TOTAL	61.34%	26.89%	11.76%	100%	
N	73	32	14	119	

Al analizar los resultados de la variable de ansiedad respecto del apoyo social percibido por las amistades, se observa que el 58.65% de quienes perciben un bajo grado de apoyo no presentan trastorno, el 27.88% presenta un posible trastorno y el 13.46% presentaría un trastorno por ansiedad. Entre quienes perciben alto grado de apoyo social entregado por las amistades (N=15), el 80% no presenta trastorno y el 20% presenta posible trastorno por ansiedad.

g) Síntomas somatoformes según balance positivo de afectos.

BALANCE	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	47.06%	11.76%	41.18%	100%	51
Alto Grado	94.12%	4.41%	1.47%	100%	68
TOTAL	73.95%	7.56%	18.49%	100%	
N	88	9	22	119	

La presencia de síntomas somatoformes según el balance positivo de afectos arroja los siguientes resultados: el 47.06% de quienes presentan bajo grado de balance afectivo no presentan trastorno somatoforme, el 11.76% de este grupo presenta posible trastorno y el 41.18% presentaría trastorno de tipo somatoforme. A su vez, el 94.12% de quienes presentan alto grado de balance afectivo no presenta

trastorno, el 4.41% presenta posible trastorno y el 1.47% presentaría trastorno somatoforme.

h) Síntomas somatoformes según apoyo social familiar.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	75.51%	5.10%	19.39%	100%	98
Alto Grado	66.67%	19.05%	14.29%	100%	21
TOTAL	79.95%	7.56%	18.49%	100%	
N	88	9	22	119	

Los datos de la variable de síntomas somatoformes según el apoyo social ofrecido por la familia, muestran que el 75.51% de quienes perciben bajo grado de apoyo social no presentan trastorno somatoforme, el 5.1% de este grupo presenta posible trastorno y el 19.39% presentaría trastorno de tipo somatoforme. En el grupo de quienes perciben alto grado de apoyo social ofrecido por la familia (N=21), se observa que el 67% no presenta trastorno, el 19% presenta posible trastorno y el 14% presenta trastorno somatoforme.

i) Síntomas somatoformes según apoyo social de las amistades.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	72.12%	8.65%	19.23%	100%	104
Alto Grado	86.67%	0.00%	13.33%	100%	15
TOTAL	73.95%	7.56%	18.49%	100%	
N	88	9	22	119	

En los datos de la variable de síntomas somatoformes según el apoyo social ofrecido por las amistades, se observa que el 72.12% de quienes perciben bajo grado de apoyo social no presentan trastorno, el 8.65% de este grupo presenta posible trastorno y el 19.23% presentaría trastorno somatoforme. Para quienes perciben alto

grado de apoyo social entregado por las amistades (N=15), el 87% no presenta trastorno y el 13% presenta trastorno de tipo somatoforme.

j) Grupo con trastorno emocional según balance positivo de afectos.

BALANCE	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	7.84%	32.29%	56.86%	100%	51
Alto Grado	77.94%	20.59%	1.47%	100%	68
TOTAL	47.90%	26.89%	25.21%	100%	
N	57	32	30	119	

Al analizar la categoría de trastorno emocional según los datos obtenidos en la escala de balance afectivo, se observa que el 7.84% de quienes presentan bajo grado de balance positivo de afectos, no presenta trastorno emocional; el 32.29% de este mismo grupo presenta un posible trastorno emocional y el 56.86% presenta un trastorno emocional en cualquiera de sus manifestaciones. A su vez, el 77.94% de quienes presentan alto grado de balance afectivo, no presentan trastorno emocional; el 20.59% presenta posible trastorno y sólo el 1.47% presenta algún tipo de trastorno.

k) Grupo con trastorno emocional según el apoyo social familiar.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	50.00%	27.55%	22.45%	100%	98
Alto Grado	38.10%	23.81%	38.10%	100%	21
TOTAL	47.90%	26.89%	25.21%	100%	
N	57	32	22	119	

Los datos de la categoría de trastorno emocional según el apoyo social ofrecido por la familia, muestran que el 50% de quienes perciben bajo grado de apoyo social no presentan trastorno, el 27.55% presenta posible trastorno y el 22.45% presentaría

algún tipo de trastorno emocional. Entre quienes perciben alto grado de apoyo social familiar (N=21), se observa que el 38% no presenta trastorno, el 24% presenta posible trastorno y el 38% restante presenta algún trastorno emocional.

l) Grupo con trastorno emocional según apoyo social de las amistades.

APOYO	Grupos :			TOTAL	N
	Sin Trastorno	Posible trastorno	Con trastorno		
Bajo Grado	49.04%	24.04%	26.92%	100%	104
Alto Grado	40.00%	46.67%	13.33%	100%	15
TOTAL	47.90%	26.89%	25.21%	100%	
N	57	32	30	119	

Los resultados de la categoría de trastorno emocional según el apoyo social ofrecido por las amistades, muestran que el 49.04% de quienes perciben bajo grado de apoyo social no presentan trastorno emocional, el 24.04% presenta posible trastorno y el 26,92% presenta algún tipo de trastorno. Entre quienes perciben alto grado de apoyo social entregado por las amistades (N=15) el 40% no presenta trastorno, el 47% presenta posible trastorno y el 13% presenta trastorno en alguna de sus manifestaciones.

6.6.5. Análisis de la variable de balance afectivo en función del apoyo social familiar y de las amistades.

a) Balance positivo de afectos según apoyo social familiar.

APOYO	Grupos :		TOTAL	N
	Bajo Grado Balance	Alto Grado Balance		
Bajo grado	42.86%	57.14%	100%	98
Alto grado	42.86%	57.14%	100%	21
TOTAL	42.86%	57.14%	100%	
N	51	68	119	

Al analizar la variable de balance positivo de afectos según el apoyo social familiar, se observa que el 42.86% de quienes perciben bajo grado de apoyo social ofrecido por las amistades, presentan bajo grado de balance positivo de afectos, y el 57.14% de este grupo presenta alto grado de balance positivo de afectos. Similares porcentajes se repiten para el grupo que percibe alto grado de apoyo social familiar.

b) Balance positivo de afectos según apoyo social de las amistades.

Grupos :

APOYO	Bajo Grado Balance	Alto Grado Balance	TOTAL	N
Bajo grado	42.31%	57.69%	100%	98
Alto grado	46.67%	53.33%	100%	21
TOTAL	42.86%	57.14%	100%	
N	51	68	119	

Finalmente, al analizar la variable de balance afectivo según el apoyo social ofrecido por las amistades, se observa que el 42.31% de quienes perciben bajo grado de apoyo social presentan bajo grado de balance positivo de afectos, y el 57.69% de este grupo presenta alto grado de balance positivo de afectos. El 47% de quienes perciben alto grado de apoyo social presenta bajo grado de balance afectivo y el 53% de éstos presenta alto grado de balance positivo de afectos.



CAPITULO 7

CONCLUSIONES

Esta tesis se propuso como objetivo el diagnosticar y describir la salud mental de una población potencialmente beneficiaria de un programa de intervención en salud mental, y que corresponde a los padres y familiares de los menores atendidos en el Centro de Desarrollo Comunitario de Villa Alemana.

Para lograr este objetivo se determinó la prevalencia de trastornos emocionales según la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme, tanto en la población general como atendiendo a los criterios de grupo etáreo y género. Para complementar estos datos con elementos propios de una perspectiva positiva de la salud mental se determinó también el grado de balance positivo de afectos, considerado como una medida de bienestar psicosocial y definido como la percepción subjetiva de bienestar. También se determinó el grado de apoyo social percibido tanto de la familia como de las amistades, considerado éste como uno de los factores psicosociales de mayor relevancia en la determinación del estado de la salud mental de una población. Este factor es propuesto en el marco del modelo psicosocial de la salud mental, modelo desde el cual se llevó a cabo este estudio. A continuación se presentan las principales conclusiones obtenidas, las posibles interpretaciones propuestas y finalmente, las proyecciones que le siguen.

Respecto de la prevalencia de la sintomatología emocional, es posible plantear las siguientes conclusiones:

Existe un 8.4% de casos de trastorno por depresión, correspondiendo al 4% de los hombres y al 11% de las mujeres; de acuerdo a la edad, alcanza al 15% de las personas que se encuentran en el rango de edad que va de 30 a 39 años, al 5% de mayores de 40 años y al 3% de menores de 30 años.

Aparece también un 12% de casos de trastorno por ansiedad, alcanzando al 12.5% de los hombres y al 11% de mujeres; según grupo etáreo, los casos por trastorno de ansiedad corresponden al 16% de mayores de 40 años, al 10% de personas entre 30 y 39 años y al 9% de menores de 30 años.

También existe un 18.5% de trastornos somatoformes, correspondiente al 8% de los hombres y al 25% de las mujeres; según el grupo de edad, alcanza al 21% de personas entre 30 y 39 años, el 18% de mayores de 40 años y al 15% de menores de 30 años.

Estos datos se corresponden con las estadísticas nacionales de los estudios de prevalencia de trastornos mentales (Pemjean, 1996; Florenzano, 1990; Domínguez, 1990), a excepción de los trastornos somatoformes que en este caso aparecen más altos que en las cifras nacionales.

De acuerdo al criterio de género, el grupo más dañado para los casos de trastornos depresivos y somatoformes es el de las mujeres, y para los casos de ansiedad es el de hombres. Estos resultados son acordes con la literatura (Páez, 1986; Vera, 1994; Florenzano, 1990) que menciona el hecho de que las mujeres tienen puntajes más altos en los cuestionarios epidemiológicos y un mayor número de

diagnósticos formulados por especialistas; al respecto, se han propuesto algunas interpretaciones principalmente relacionadas con la posición social y culturalmente en desventaja de las mujeres respecto de los hombres (Alvaro et al., 1996), y que se manifiesta en la asignación diferencial de roles entre mujeres y hombres, en diferencias de socialización, en diferencias en la expresión de emociones, en las estrategias de afrontamiento y en las posiciones más desfavorables en el mercado de trabajo.

Aparecen también algunas diferencias atendiendo a los distintos grupos etáreos estudiados; el más dañado, según la categorización utilizada en este estudio, es el que comprende las edades de 30 a 39 años, a excepción de los trastorno por ansiedad que afecta a las personas mayores de 40 años. Estas conclusiones también concuerdan con la literatura (Alvarado, 1993; Páez, 1986) en la que se identifica al grupo adulto como de mayor riesgo, básicamente por estar más expuesto al estrés, entendido éste como un factor desencadenante de reacciones que se constituyen en sintomatología emocional. Es posible interpretar este hecho considerando que la edad adulta es una edad eminentemente activa en lo laboral, en la que la obtención de recursos económicos es un imperativo cotidiano, particularmente en un nivel socioeconómico bajo. De hecho, diversos autores (Páez, 1986; Alfaro, 1993; Alvarado, 1993; Vera y Wood, 1994) concuerdan en que existe una relación inversa entre nivel socioeconómico y grado de sintomatología emocional.

Respecto de los grupos de riesgo, se identificó un 30% de casos de posible trastorno depresivo, correspondiendo al 27% de hombres y al 32% de mujeres; según

grupo etáreo, corresponde al 21% de personas entre 30 y 39 años, al 34% de quienes tienen más de 40 años y al 39% de menores de 30 años. Se identificó un 27% de casos con posible trastorno por ansiedad, correspondiente al 14.5% de hombres y al 35% de mujeres; alcanza casi al 40% de personas entre 30 y 39 años, al 21% de mayores de 40 años y al 15% de menores de 30 años. También existe un 8% de posibles trastornos somatoformes, compuesto mayoritariamente por mujeres de 30 a 39 años de edad. Se comprueba que los grupos de riesgo concuerdan con las conclusiones anteriores en el sentido de identificar como principal grupo de riesgo a las mujeres entre 30 y 39 años; también se comprueba que el grupo de edad menos dañado es el de menores de 30 años.

En las dimensiones de depresión y ansiedad para la variable de sintomatología existe sobre un 60% de la población que no presenta trastorno, particularmente en el caso de la sintomatología somatoforme, caso en el que la población sin trastorno asciende al 74%; también se observa que un 48% de la población total no presenta ningún tipo de trastorno emocional. Sin embargo, la estadística descriptiva de cada variable muestra distintos valores que indican la existencia de síntomas que si bien no alcanzan a constituirse en prevalencia sintomatológica, deben ser igualmente considerados. Se observa por ejemplo dos hechos particulares: 1- la obtención de valores promedios para las dimensiones de la variable de sintomatología ($x= 10$ para depresión, $x= 8.6$ para ansiedad y $x= 5$ para síntomas somatoformes) y 2- las distribuciones de puntajes de cada dimensión que muestran que la mayor cantidad de puntajes obtenidos se acumulan en los tramos de valores más bajos para cada

variable; estos dos hechos indican que existe una presencia de síntomas que en si misma no resulta invalidante. Estos datos concuerdan plenamente con uno de los supuestos del Modelo Psicosocial (ver Cap. 3), que plantea que la mayoría de la sintomatología en una población es una sintomatología media que no resulta invalidante (ansiedad, depresión, tensión) y las respuestas de los sujetos ante ella no están dadas por las características intrínsecas del síntoma; más bien, los síntomas son las respuesta a los distintos problemas y situaciones conflictivas a las que debe enfrentarse un sujeto. Más aun, la presencia de síntomas es, en cierto modo, normal y la labor del sujeto consistió en no perder el control de su conducta y no sobrepasar el límite de tolerancia de su entorno social. (Páez, 1986)

Este planteamiento es el que permite proponer que el apareamiento de un cuadro sindromático de trastorno emocional dependerá de la acción conjunta de los distintos factores psicosociales propuestos en la literatura (Páez, 1986 y 1989, Alfaro, 1993; Vera y Wood, 1994). De hecho, la perspectiva psicosocial de la salud mental supone ciertas premisas respecto de la emergencia de síntomas y el apareamiento de trastornos psicopatológicos; tal como se plantea en el marco teórico, se asume como punto de partida que la salud y el trastorno están en gran parte determinados por factores y procesos del entorno social y cultural en el que se encuentra la persona, de modo que el comportamiento tanto saludable como disfuncional sería el resultado de la interacción entre las personas y su medio ambiente.

Para completar el análisis de la variable de sintomatología se propuso estudiar la categoría de Trastorno Emocional, como una forma de trascender la especificidad

sintomatológica y ofrecer un intento de integración con las demás variables (balance positivo de afectos y apoyo social percibido) desde una perspectiva psicosocial. El principal interés estuvo dado por la capacidad de esta categoría para identificar un grupo dañado, un grupo en riesgo y un grupo sin sintomatología importante, o por así llamarla, 'normal'; esta categorización permite planificar intervenciones grupales que superen la intervención casuística que en un contexto comunitario adolece de la limitación por la eficiencia (ver cap. 2), referida básicamente a la gran diferencia entre la oferta y la demanda de atención terapéutica, y que ha sido documentada por distintos autores (Asún y Alfaro, 1993; Sánchez, 1988; Páez, 1986).

Esta propuesta de categorización que por el momento es básicamente instrumental, arroja los siguientes datos: la cuarta parte de la población (25%) adolece de algún trastorno emocional, correspondiendo al 14.5% de hombres y al 32% de mujeres; al identificar el grupo en riesgo o con posible trastorno también se observa que el mayor porcentaje corresponde a las mujeres (28% v/s 25% de hombres), por lo tanto, se confirma la conclusión esbozada anteriormente respecto de que el género femenino aparece emocionalmente como más dañado y caben aquí las interpretaciones ya formuladas. El grupo etéreo más dañado, confirmando las conclusiones presentadas, corresponde al grupo de edad que va de 30 a 39 años; en este grupo de edad el 33% de personas presentan trastorno emocional, seguido por el 21% de personas mayores de 40 años y el 18% de menores de 30 años.

Atendiendo a los datos presentados y a la propuesta instrumental de categorización general de trastornos mentales, es posible proponer desde una perspectiva psicosocial, algunas líneas de intervención que utilicen metodologías de

trabajo grupal centradas básicamente en los elementos identificados como factores psicosociales, tales como las redes de apoyo y las estrategias de afrontamiento del estrés. Estos elementos pueden ser trabajados en la comunidad estudiada, particularmente en los grupos identificados como de mayor daño, como es por ejemplo, las mujeres de edad media (mayores de 30 años). Por último, se debe mencionar la necesidad de respaldar y desarrollar esta propuesta de categorización con futuras investigaciones que utilicen diseños metodológicos experimentales y que permitan proponer modelos teóricos e interventivos más integrales.

Se ha propuesto en los objetivos de la presente investigación, la medición del balance positivo de afectos en la población estudiada, y el grado de balance afectivo se ha tomado como una alternativa para estimar el bienestar psicosocial desde una perspectiva positiva de la salud mental más que desde una visión negativa centrada en la presencia o ausencia de determinados síntomas. El concepto de balance afectivo ha sido definido como la percepción subjetiva de bienestar o malestar, y se basa en las vivencias de afectividad positiva o negativa experimentada por la persona, estimando de alguna manera su estado de ánimo o estado afectivo (Páez, 1989).

Para la estimación del grado de balance positivo de afectos se utilizó una escala validada en nuestro país y se propuso un punto de corte que permite categorizar a la población estudiada en dos grandes grupos, uno con alto grado de balance positivo de afectos y otro con bajo grado del mismo. Los resultados fueron los siguientes: el valor promedio encontrado en la población es de 30 puntos, muy similar al valor de la mediana y de la moda; para efectos de la escala de balance afectivo, este valor

corresponde a un puntaje que indica un grado medio de balance positivo de afectos para la población estudiada y los valores se distribuyen de una forma relativamente homogénea. Estos datos concuerdan con la literatura que plantea que los estudios de las representaciones de los estados afectivos muestran que las personas consideran normal un equilibrio afectivo con predominio de niveles moderados de afectividad positiva, siendo atípicos los niveles altos de afectividad tanto positiva como negativa. (Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996).

Respecto de los grupos categorizados y de acuerdo a la distribución de puntajes y los puntos de corte propuestos, el 43 % corresponde al grupo caracterizado como de bajo grado de balance afectivo, y el 57 % de la población corresponde al grupo categorizado como de alto grado de balance afectivo. Según el criterio de género, el 71% de hombres presenta alto grado de balance positivo de afectos y el 29% presenta bajo grado de balance; así mismo, el 48% de mujeres presenta alto grado de balance afectivo y el 52% presenta un bajo grado del mismo. Según el criterio de grupo etáreo, el grupo de edad que va de 30 a 39 años tiende levemente a presentar menor grado de bienestar subjetivo.

Los resultados más importantes de la variable de balance positivo de afectos fueron logrados al analizar el cruce entre esta variable y la de sintomatología. En la dimensión de síntomas depresivos, en el grupo que no presenta trastorno las personas que presentan un alto grado de balance positivo de afectos están en una proporción de 3:1 respecto de las que presentan un bajo grado de balance afectivo. Esta proporción se invierte marcadamente en el grupo con posible trastorno depresivo, en el que las personas que presentan un bajo grado de balance afectivo se corresponden

con las que perciben un alto grado de balance en una proporción de 4:1. En el grupo con trastorno esta diferencia es más radical, pues todas las personas con trastorno depresivo presenta un bajo grado de balance positivo de afectos. Lo mismo ocurre en el caso de la dimensión de síntomas por ansiedad donde las proporciones son bastante similares, incluso en el grupo con trastorno tampoco aparecen casos que presenten un alto grado de balance positivo de afectos. Para el caso de la dimensión de síntomas somatoformes se repiten similares proporciones, si bien no tan extremas pero igualmente importantes.

Al analizar la categoría de trastornos emocionales, se observa que el 8% del grupo con bajo grado de balance positivo de afectos no presentan trastorno v/s el 78% del grupo con alto grado de balance afectivo. Esta diferencia se invierte para quienes presentan posible trastorno emocional, pues alcanza al 32% del grupo con bajo grado de balance afectivo y al 20% del grupo con alto grado de balance afectivo. Para la categoría de trastorno emocional la diferencia es más marcada, pues alcanza al 57% de quienes presentan bajo grado de balance positivo de afectos y sólo al 1% de quienes presentan alto grado de balance afectivo.

Tal como se mencionó en los planteamientos iniciales del presente estudio, el uso del concepto de balance afectivo venía a complementar los datos obtenidos de la prevalencia de sintomatología en la población estudiada. Sin embargo, atendiendo a los resultados recién mencionados y siguiendo las propuestas de algunos autores (Vera y Wood, 1994), resulta plausible proponer el uso de este concepto como una buena alternativa frente al uso de los conceptos propiamente psicopatológicos como una manera de adoptar definitivamente una visión positiva de la salud mental desde

una perspectiva psicosocial. El utilizar el concepto de balance afectivo como estimación válida de la salud mental en la medida que logra dimensionar el nivel de bienestar psicosocial de una población determinada, permite también la planificación de intervenciones comunitarias centradas en la estimulación y desarrollo de los factores psicosociales como pueden ser por ejemplo, las redes sociales de apoyo, las estrategias de afrontamiento del estrés, etc. esperando con ello mejorar los niveles y satisfacer las necesidades de bienestar psicosocial de la población intervenida. Todo esto, sin embargo, debe estar precedido y reforzado por una línea de investigación teórica y metodológica que avale y profundice el concepto de balance afectivo y sus distintas dimensiones e implicancias, así como las posibles relaciones que pudiesen existir entre este concepto y otros temas relacionados principalmente con problemáticas psicosociales (p.e.: Alcoholismo, drogadicción, embarazo adolescente, violencia intrafamiliar, etc.).

Es necesario mencionar que, escapando a los objetivos de este estudio debido básicamente a la necesaria rigurosidad metodológica del diseño no experimental de esta investigación, se aplicó a los datos las pruebas de significación estadística (ver apéndice 3) obteniendo diferencias altamente significativas para los datos recién mencionados de la variable de balance positivo de afectos; este interesante resultado, si bien no permite generalizar mayores conclusiones, es una buena base para plantear hipótesis específicas que puedan guiar futuras investigaciones.

La variable de apoyo social ha sido identificada en la literatura como uno de los factores psicosociales de mayor peso en la determinación de la salud mental de una

población. Para efectos de esta investigación se tomó la variable de apoyo social percibido según algunos de los grupos objetivos que brindan el apoyo, que en este caso fue la familia y las amistades. Esta variable y sus dimensiones fueron medidas en la población estudiada junto con las otras variables que ya han sido presentadas, y los resultados junto con las conclusiones que sugieren son los siguientes:

En la escala de apoyo social percibido en su dimensión familiar se obtuvo un valor promedio cercano a 10 puntos, este valor de acuerdo a los criterios de análisis utilizados (Vera y Wood, 1994) corresponde a un apoyo social familiar más bien bajo; sin embargo, los valores se distribuyen en un rango medio y se observa que algunos puntajes se concentran en los puntos de corte sugeridos para la categorización de grupos con alto y bajo grado de apoyo social familiar percibido. Para el caso de la variable de apoyo social brindado por las amistades, apareció una tendencia más marcada que en el caso anterior hacia el bajo apoyo social percibido, el promedio obtenido fue de un valor de 8,37 puntos y los demás estadígrafos tales como la mediana y el valor más repetido (moda) corresponden al tramo que según los criterios entregados por la escala (Vera y Wood, 1994) indican un bajo apoyo social percibido de las amistades.

Al categorizar de acuerdo a los puntos de corte propuestos, se obtuvo para la dimensión de apoyo social familiar que el 82.4 % de la población estudiada corresponde al grupo categorizado como de bajo grado de apoyo social percibido, y el 17.6 % restante correspondería al grupo categorizado como de alto apoyo social familiar; para la dimensión del apoyo social brindado por las amistades, el 87.4 % corresponde al grupo caracterizado como de bajo apoyo social de las amistades, y el

12.6 % restante corresponde al grupo categorizado como de alto apoyo social de las amistades. Al comparar con el criterio de género, aparecen distribuciones similares para cada categoría, pues aproximadamente el 81% de hombres y el 83% de mujeres presentan un bajo grado de apoyo social familiar percibido; para el caso del apoyo social brindado por las amistades, aproximadamente el 87% tanto de hombres como de mujeres presentan bajo grado de apoyo social percibido.

De acuerdo a los grupos etáreos, aparecen ciertas tendencias; en el caso del apoyo social familiar quienes más presentan el bajo grado de apoyo social percibido son las personas cuyas edades van entre 18 y 29 años, y quienes menos presentan este bajo grado de apoyo social percibido son las personas mayores de 40 años. Para el caso del apoyo social ofrecido por las amistades esta tendencia se invierte, pues quienes menos presentan el bajo grado de apoyo social percibido son las personas menores de 30 años; y a su vez, quienes más presentan el bajo grado de apoyo social ofrecido por las amistades son las personas mayores de 40 años. Según esto se puede destacar que para efectos de la población estudiada, las personas jóvenes tienden a percibir mayor apoyo de las amistades que de la familia, distinto de las personas mayores que tienden a percibir mayor apoyo de la familia que de las amistades.

Aparece un interesante dato al analizar la variable de sintomatología según el apoyo social familiar percibido; pues se observa que a medida que aparece un determinado trastorno, tanto depresivo, ansioso o somatoforme, como incluso la categoría de trastorno emocional, mejora la percepción del apoyo social percibido; de hecho, el grupo de quienes presentan algún trastorno son quienes menos perciben el bajo grado de apoyo social familiar. Esta tendencia no ocurre en el caso del apoyo

social de las amistades, caso en el que quienes presentan algún tipo de trastorno son quienes más perciben un bajo grado de apoyo social. Estos datos, particularmente el que se refiere al apoyo social percibido por parte de la familia, se contraponen a los planteamientos del modelo psicosocial que propone al apoyo social como un factor determinante de la salud mental de una población (cfr. Páez, 1986; Barrón, 1992; Vera y Wood, 1994; Asún, Nuñez y Vera, 1997); sin embargo, su interpretación debe ser muy cuidadosa atendiendo a las consideraciones técnicas propias de la escala, particularmente en lo que se refiere a los puntos de corte que categorizan un alto o bajo grado de apoyo social y que han sido utilizados en este estudio. Frente a esto aparece la necesidad de proponer y formular estudios que profundicen el estudio de esta variable tanto para esta población como para otras; de hecho, estos resultados resultan muy sugerentes respecto de proponer el apoyo social como un tema clave para la investigación social, algunas de las consideraciones a tener en cuenta podría ser la medición del apoyo social obtenido de otras fuentes distintas de la familia o las amistades, o la medición del apoyo atendiendo principalmente a sus diferentes funciones, como puede ser por ejemplo, el hecho de recibir apoyo emocional v/s apoyo puramente material o informacional; por último, es necesario investigar variables cognitivas en la provisión y recepción del apoyo, como puede ser por ejemplo los estilos cognitivos de atribución, asumiendo como posible supuesto el que la percepción del apoyo sea distinto de la provisión del mismo. Estas distinciones incluso pueden ser investigadas experimentalmente utilizando los diseños metodológicos adecuados para tal efecto.

Finalmente, y considerando el hecho de que en general la percepción del apoyo social es bastante bajo en esta población, resulta sugerente dar un giro en la mirada y proponer, siguiendo a Contreras, Corrales y Sandoval (1996), a los procesos socioculturales de la modernización como fenómeno social a investigar, particularmente en lo que se refiere a sus posibles consecuencias en la articulación y organización de las relaciones y los vínculos afectivos y sociales en los sectores de menores recursos.

CONSIDERACIONES FINALES: ALGUNAS PROYECCIONES

Luego de plantear la necesidad científica de investigar el tema desde distintas perspectivas, es posible proponer dos principales líneas de trabajo que se proyectan a partir de este estudio:

1. La planificación y ejecución de la investigación estuvo fuertemente motivada por la necesidad de implementar un programa de intervención en la población atendida por el Centro de Desarrollo Comunitario desde el cual se realizó el estudio. Atendiendo a los datos obtenidos es posible proponer un programa de intervención que considere tomar como foco central de intervención las redes sociales de apoyo, y considerarlo como eje programático de la planificación, la que debe perseguir como objetivo fundamental, entre otros, la promoción del bienestar psicosocial (Arón, 1992). Otros elementos importantes a considerar son: a) Asistencia y prevención de problemas

específicos de salud mental, con técnicas y procedimientos que bien se pueden centrar en las situaciones de crisis, b) formación de un equipo de paraprofesionales voluntarios (monitores de salud) integrantes de la misma población, que con el debido entrenamiento, puedan realizar labores de promoción y educación para la salud, y puedan además realizar labores específicas de intervención tanto individual como grupal. (Sánchez, 1988). Es necesario mencionar que para efectos de la intervención específica ya se ha establecido contacto con el correspondiente Servicio de Salud.

2. Surge como necesidad el desarrollo de líneas de investigación psicosocial que con la debida rigurosidad científica y metodológica, puedan abordar los siguientes aspectos:

- a) Evaluar la planificación, el diseño y la implementación de los programas de intervención específicos que se generen dentro del marco del modelo psicosocial utilizado, como es por ejemplo la futura intervención mencionada más arriba.
- b) Desarrollo de tecnología de medición en lo que respecta al uso tanto del balance positivo de afectos como indicador de logro en el trabajo implementado desde una perspectiva promocional de la salud mental en función del bienestar psicosocial; como de la categoría de trastorno emocional posible de ser utilizada como indicador de control epidemiológico y determinante de riesgo en el ámbito de la atención y prevención primaria, secundaria y terciaria.
- c) Investigación para el desarrollo teórico de los conceptos y constructos utilizados en este estudio, para su integración en un modelo más amplio, para determinar su

pertinencia respecto de otros problemas psicosociales o de otras variables, y para el estudio del fenómeno abordado en esta tesis desde otras perspectivas, como es por ejemplo la investigación social desde una perspectiva sociocultural.

REFERENCIAS

- Alfaro, J.; "Una aproximación psicosocial al concepto de salud mental", en Asún, D.; y cols.; "Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile". Ed. Universidad Diego Portales. Santiago, 1993.
- Alvarado, R. y cols. "Validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes", Cuaderno de trabajo N°2, Universidad Diego Portales, 1990.
- Alvarado, Asún, Alfaro, Vera, Toledo, Serrano, Valdivia, Nuñez, Godoy, Soto; "Comparación de variables psico-sociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control"; Revista de Psiquiatría, Año IX, N°2, 1141-1152, 1992.
- Alvarado, R.; "Factores psicosociales y ambientales en la determinación del estado de salud mental de la población", en Asún, D.; y cols.; "Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile". Ed. Universidad Diego Portales. Santiago, 1993.
- Alvarado, R.; "Epidemiología en Salud Mental: Algunas reflexiones críticas", Revista Chilena de Medicina Social, N° 9, 1992.
- Alvarado, R.; "Estado actual y proyecciones para la epidemiología en Salud Mental", en Asún, D.; y cols.; "Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile". Ed. Universidad Diego Portales. Santiago, 1993.
- Alvaro, J.; Garrido, A. y Torregrosa, J.; "Psicología social aplicada", Ed. Mc Graw-Hill, España, 1996.
- Aninat, N.; Duque, M.; Krebs, M.; Manzi, J.; y Zalaquett, C.; "Psicoterapia en pacientes de N.S.E. bajo: evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis", Tesis E.P.U.C., Santiago, 1981.
- Aravena, R.; Estévez, R. "Conocidos, amigos y salud mental: la red personal y las transiciones de la vida adulta", Revista de Psiquiatría, V.251-267, Santiago, 1988.

- Aron, A.; Machuca, A.; y Sarquis, C.; "Consideraciones de las Redes Sociales en las Intervenciones Terapéuticas: una estrategia de prevención". Terapia Psicológica, N°14, Santiago, 1990
- Asún, D.; "Formación de psicólogos: situación actual y proyección de necesidades para el 2 000"; en Florenzano, R. y Romero, M. "Formación de recursos humanos en salud mental", Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, 1991.
- Asún, D.; Alfaro, J.; Alvarado, R.; Morales, G.; Aceituno, R. y Páez, D.; "Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile". Ed. Universidad Diego Portales. Santiago, 1993.
- Asún, D.; Núñez, C. y Vera, A.; "Un modelo de la salud mental basado en categorías psicosociales", doc. inédito, 1997.
- Barnes, J. (1954) citado en Vera y Wood; "Un Modelo Explicativo de la Salud Mental basado en Categorías Psicosociales". U.D.P. Santiago, 1994.
- Barrio, F. et al.; "Alienación y afectividad", en Páez, D. et al.; "Emociones: Perspectivas psicosociales" Ed. Fundamentos. Madrid, 1989.
- Barrón, A.; Lozano, P. y Chacón, F. "Autoayuda y Apoyo Social" Cap. X, en Psicología Comunitaria, editorial Textos, Barcelona, España, 1991.
- Beck, A.; et al.; "Terapia cognitiva de la depresión", Ed. Descleé de Brouwer, Bilbao, 1983.
- Belloch, M.; Sandin, B. y Ramos, F.; "Manual de Psicopatología", Ed. Mc Graw-Hill, Madrid, 1995.
- Bott, E.; "Familia y red social", ed. Taurus humanidades, Madrid, 1990.
- Bowlby, J.; "Los cuidados maternos y la Salud Mental", Ed. Humanitas, Buenos Aires 1982.

- Caplan, G.; "Principios de psiquiatría preventiva", Ed. Paidós, Buenos Aires, 1978.
- Contreras, P.; Corrales, O. y Sandoval, J.; "Representación social de la pobreza y los pobres entre 16 y 21 años de sectores populares de Valparaíso", Tesis de grado, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, 1996.
- Costa, M.; y López, E.; "Salud Comunitaria", Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- Didier, M. "Control del medio, apoyo social y bienestar psicosocial" Fac. Ciencias Sociales, P.U.C., Santiago, 1988.
- Domínguez, R.; "Reflexiones sobre los aportes de los contenidos y metodologías de la psicología a las tareas de la atención primaria en salud", en Jiménez, J.; y Florenzano, R.; "Educación Superior en Salud Mental"; Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1993.
- DSM - IV "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" Ed. Masson, Barcelona, 1995.
- Durkheim, E.; "El suicidio", Shapiro Editor, Buenos Aires, 1971.
- Florenzano, R.; Horwitz, N.; Penna, M. y Valdés, M. "Temas de salud mental y atención primaria de salud", Ediciones CPU, 1991.
- Florenzano, R. y Romero, M. (eds) "Formación de recursos humanos en salud mental." Ed. CPU, Santiago, 1991.
- Florenzano, R.; "Frecuencia de síntomas emocionales en la atención de salud: Su diagnóstico y manejo por parte de médicos generales", en Jiménez, J.; y Florenzano, R.; "Educación Superior en Salud Mental"; Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1993.
- Gil, F.; León J. y Jarana, L.; "Habilidades Sociales y Salud"; Editorial Eudema, Madrid, 1992.

- Gissi, J.; "Psicoterapia (s) y Psicología Comunitaria", en Jiménez, J.; y Florenzano, R.; "Educación Superior en Salud Mental"; Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1993.
- Goldberg, D. y Huxley, P.; "Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care" (1980), citado en Asún, D.; "Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile". U. D. P., Santiago, 1993.
- Gyarmati, G.; "Salud mental y sociedad: problemas conceptuales y metodológicos", en Jiménez, J.; y Florenzano, R.; "Educación Superior en Salud Mental"; Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1993.
- Hernández Sampieri, R; Fernández, C; Baptista, P.; "Metodología de la Investigación" Ed. Mc Graw-Hill, México, 1991.
- Jiménez, J. y Florentino, R.; "Educación Superior en Salud Mental"; Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1993.
- Jiménez de la Jara, J.; "Evolución y reforma del sistema de salud en Chile" Corporación de Promoción Universitaria. Documento de Trabajo Nº 31/94. Sept. 1994.
- Kaplan, B.; Cassel, J. y Gore, S.; "Social support and health", citado en Vera y Wood, "Un Modelo Explicativo de la Salud Mental basado en Categorías Psicosociales". U.D.P. Santiago, 1994.
- Klevens, J. et al.; "Prevención primaria en Salud Mental", Revista Latinoamericana de Psicología, V#2. 234-253, 1989.
- Laing, R.; "La política de la experiencia", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.
- Marconi, J. "Esbozo de modelos de valor epidemiológico para la investigación y la acción en América Latina", en Mariátegui, J.; y Adis C.; "Estudios sobre Epidemiología Psiquiátrica en América Latina", Acta fondo para la salud mental, Buenos Aires, 1970.

- Marconi, J.; "La Psiquiatría y la Salud Pública: Un modelo en Salud Mental", en Gomberoff, M. y Jiménez, J.; "Psiquiatría", Santiago, Ed. Medcom Ltda. 1982.
- Mariátegui, J.; y Adis C.; "Estudios sobre Epidemiología Psiquiátrica en América Latina", Buenos Aires, Acta fondo para la salud mental, 1970.
- Medina, E.; "Salud Mental en Chile: Estado actual y perspectivas" Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 21:77-90, 1983.
- Medina, E.; "Las instituciones psiquiátricas desde la perspectiva de la Salud Pública", Revista de Psiquiatría, 4:129-142, 1987.
- Merton, R. et al.; "Sociología de la vivienda", Ediciones 3, Buenos Aires, 1963.
- Millon, T.; "Clasificación in Psicopatología: rationale, alternatives, and standars", Journal of abnormal Psychology, 100:245-261, 1991.
- MINSAL, "De consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual", Santiago, 1993.
- MINSAL, "Políticas y Plan Nacional de Salud Mental", Santiago, 1993.
- Mirowsky y Ross, 1989; en Alvaro, J.; Garrido, A. y Torregrosa, J.; "Psicología social aplicada", Ed. Mc Graw-Hill, España, 1996
- OMS, "La introducción de un componente de Salud Mental en Atención Primaria", España, 1990.
- Opgaard, A.; "Formación de enfermeras y enfermeras psiquiátricas para la salud mental", en Florenzano, R. y Romero, M. "Formación de recursos humanos en salud mental", Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, 1991.
- Páez, D. "Salud Mental y Factores Psicosociales", Ed. Fundamentos. Madrid, 1986.

- Páez, D. et al.; "Emociones: Perspectivas psicosociales" Ed. Fundamentos. Madrid, 1989.
- Pemjean, A.; "Formación de profesionales en salud mental: orientaciones hacia el trabajo comunitario y la atención primaria de salud", en Florenzano, R. y Romero, M. "Formación de recursos humanos en salud mental". Ed. CPU, Santiago, 1991.
- Pemjean, A.; "Políticas y Plan Nacional de Salud Mental", Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, 1993.
- Rojas, E.; "La Ansiedad", Ed. Temas de Hoy, Buenos Aires, 1994.
- Rosentreter, J.; "Habilidades Sociales y Salud Mental. Un Enfoque Comunitario", en "Última Década" Ed. CIDPA. Viña del Mar, 1996.
- Sánchez, A.; "Psicología Comunitaria". Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU. Madrid, 1988.
- Sandin, B.; y Chorot; "Conceptos y categorización de los trastornos por ansiedad", en Belloch, M.; Sandin, B. y Ramos, F.; "Manual de Psicopatología", Ed. Mc Graw-Hill, Madrid, 1995.
- Sandin, B.; "Perspectivas actuales en la psicopatología de la ansiedad", en Buendía, J.; "Psicología clínica y salud", publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia, 1991.
- Stedman, T.; "Diccionario de Ciencias Médicas", Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1993.
- Tyler, F. "El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos, como ejemplo de psicología comunitaria" Revista Latinoamericana de Psicología, V.16#1, 77-92, 1984.

- Trucco, M.; "Un cuestionario para detectar desórdenes emocionales. Estudio de validación preliminar", Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 17:20-25, 1979.
- Vera, A. y Wood, P.; "Un Modelo Explicativo de la Salud Mental basado en Categorías Psicosociales". Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago, 1994.
- Weinstein, L. "Salud Mental y proceso de cambio. Hacia una ideología de trabajo en atención primaria", Ed. ECRO, Buenos Aires, 1975.
- Weinstein, L. Introducción en Asún, D.; y cols.; "Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile". Ed. Universidad Diego Portales. Santiago, 1993.
- Yasqui, J. y Rojo, M. "El diagnóstico y sus modalidades", Correo de Psicoterapia y Salud Mental, INDEPSI, Vol. 15-16-17, 1994.

ANEXO Nº 1

ITEMES PROPOSICIONES POR CADA INSTRUMENTO

ESCALA PARA LA EVALUACION DE SINTOMAS DEPRESIVOS, POR ANSIEDAD Y SINTOMAS SOMATOFORMES

a) Subescala de Síntomas Depresivos

- 1.- ¿Siente Ud. que le falta la energía o se agota con más facilidad.?
- 2.- ¿Se ha sentido Ud. más irritable que de costumbre.?
- 3.- ¿Se ha sentido Ud. cansada o cansado por las mañanas.?
- 4.- ¿Tiene Ud. dificultades para quedarse dormido (a).?
- 5.- ¿Se ha estado despertando más temprano que de costumbre.?
- 6.- ¿Se ha sentido triste o desanimado (a).?
- 7.- ¿Se ha sentido con menos apetito y/o ha bajado de peso este último mes.?
- 8.- ¿Se ha sentido pesimista o negativo (a) en relación a su futuro.?
- 9.- ¿Ha notado una disminución en su interés sexual.?
- 10.- ¿Ha notado Ud. una pérdida en su interés por aquellas cosas que antes llamaban su atención.?
- 11.- ¿Ha tenido sentimientos de culpa.?
- 12.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.?
- 13.- ¿Ha pensado en alguna oportunidad que el matarse sería una solución a sus problemas.?

b) Subescala de Síntomas por Ansiedad

- 2.- ¿Se ha sentido Ud. más irritable que de costumbre.?
- 4.- ¿Tiene Ud. dificultades para quedarse dormido (a).?
- 14.- ¿Se ha sentido Ud. intranquilo (a), ansioso (a) o tenso (a).?
- 15.- ¿Se ha sentido Ud. agitado (a), como con dificultades para relajarse o permanecer tranquilo (a).?
- 16.- ¿Se ha sentido Ud. tembloroso (a), con palpitaciones en el corazón, o lleno de sudor.?
- 17.- ¿Ha sufrido crisis de angustia, donde bruscamente le aparezca un intenso miedo, ahogo, palpitaciones, mareo y temblor.?

- 18.- ¿Evita Ud. salir de su casa por miedo o andar en la calle o a que algo malo le pueda suceder.?
- 19.- ¿Evita Ud. hablar frente a un grupo .?
- 20.- ¿Ha sentido sus manos frías o sudorosas.?
- 21.- ¿Ha sentido la boca seca.?
- 22.- ¿Se ha sentido Ud. como con “nudo en la garganta”.?
- 23.- ¿Ha tenido Ud. la sensación de estar atrapado o al borde de un peligro.?

c) Subescala de Síntomas Somatoformes

- 24.- ¿Sufre Ud. de dolor de estómago cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- 25.- ¿Ha tenido náuseas o vómitos cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- 26.- ¿Ha tenido diarrea o colitis cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- 27.- ¿Sufre Ud. de dolor de espalda o lumbago cuando anda nervioso (a).o con preocupaciones.?
- 28.- ¿Sufre Ud. de dolor de cabeza o jaqueca cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- 29.- ¿Ha tenido Ud. palpitaciones o sensación de ahogo cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- 30.- ¿Le ha pasado que al consultar a un médico por alguna molestia, éste le diga que se debe a los nervios.?
- 31.- ¿Ha presentado Ud. parálisis de algún brazo o de las piernas después de pasar un mal rato.?
- 32.- ¿Le ha sucedido que después de pasar un mal rato ha perdido la voz o quedado ronco .?
- 33.- ¿Le ha pasado que después de tener algún problema haya quedado ciego (a) o con pérdida de la visión.?
- 34.- ¿Sufre Ud. de desmayos cuando tiene algún problema o preocupación.?
- 35.- ¿Ha sufrido de ataques de nervios cuando tiene algún problema.?

ESCALA PARA LA EVALUACION DE BALANCE AFECTIVO

- 1.- ¿Se ha sentido molestado (a) por alguien.?
- 2.- ¿Se ha sentido muy solo (a) o distante de la gente.?
- 3.- ¿Ha sentido que las cosas sucedían como Ud. quería .?
- 4.- ¿Se ha sentido muy preocupado (a).?
- 5.- ¿Se ha sentido contento (a) por tener amigos (as)..?
- 6.- ¿Ha tenido miedo por lo que le pudiera suceder.?
- 7.- ¿Se ha sentido particularmente estimulado (a) o interesado (a) por algo.?
- 8.- ¿Se ha sentido infeliz o deprimido (a).?
- 9.- ¿Se ha sentido lleno de energías.?
- 10.- ¿Se ha sentido realmente cansado (a).?
- 11.- ¿Se ha sentido tan inquieto (a) que era incapaz de permanecer sentado (a).?
- 12.- ¿Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho.?
- 13.- ¿Se ha sentido realmente alegre.?
- 14.- ¿Se ha sentido con ganas de llorar.?
- 15.- ¿Se ha sentido Ud. eufórico (a) (exitado (a).) .?
- 16.- ¿Se ha sentido seguro (a) y confiado (a) de su futuro o porvenir.?
- 17.- ¿Se ha sentido aburrido (a).?
- 18.- ¿Se ha sentido satisfecho (a) por haber logrado algo.?

ESCALA PARA LA EVALUACION DE APOYO SOCIAL FAMILIAR.

- 1.-Mi familia me da el apoyo moral que necesito.
- 2.-Mi familia me da bueno consejos.
- 3.-La mayoría de las personas tienen relaciones familiares más cercanas que yo.
- 4.-Cuando le confío algo a algún miembro de mi familia, me da la impresión que se siente incómodo.
- 5.-A mi familia le gusta oír mi opinión.
- 6.-Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses.
- 7.-Ciertos miembros de mi familia se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan consejos.
- 8.-Confío en mi familia para que me dé apoyo emocional.
- 9.-Existe un familiar a quién puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incómodo por ello.
- 10.-Mi familia y yo tenemos una relación abierta; nos contamos la cosas abiertamente.
- 11.-Mi familia es susceptible a mis necesidades personales.
- 12.-Los miembros de mi familia recurren a mí para apoyo emocional.
- 13.-Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas.
- 14.-Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares.
- 15.-Mis familiares piensan que les doy buenos consejos.
- 16.-Confiarle cosas a mis familiares me hace sentir incómodo.
- 17.-Mis familiares buscan mi compañía.
- 18.-Considero que mi familia piensa que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.
- 19.-No tengo una relación íntima con algún miembro de mi familia como la que tienen otras personas con sus familiares.
- 20.-Me gustaría que mi familia fuera de otra manera.

ESCALA PARA LA EVALUACION DE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES.

- 1.-Mis amigos me dan el apoyo moral que necesito.
- 2.-La mayoría de las personas se sienten más cercanas a sus amigos que yo.
- 3.-A mis amigos les gusta oír lo que pienso.
- 4.-Ciertos amigos se me acercan cuando tienen problemas o cuando necesitan consejos.
- 5.-Necesito a mis amigos para apoyo emocional.
- 6.-Si me diera cuenta que uno o más de mis amigos estuviera enojado conmigo, no le contaría a nadie.
- 7.-Me siento marginado dentro de mi grupo de amigos.
- 8.-Tengo un amigo a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme raro o incomodo después por eso.
- 9.-Con mis amigos existe una relación muy abierta.
- 10.-Mis amigos son susceptibles a mis necesidades personales.
- 11.-Mis amigos recurren a mí por apoyo emocional.
- 12.-Mis amigos me ayudan a resolver mis problemas.
- 13.-Tengo una relación íntima con muchos de mis amigos.
- 14.-Mis amigos encuentran que les doy buenas ideas de como hacer la cosas.
- 15.-Confiarles cosas a mis amigos me hace sentir incómodo.
- 16.-Mis amigos buscan mi compañía.
- 17.-Considero que mis amigos piensan que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.
- 18.-No tengo unas relaciones amistosas con mis amigos que sean tan íntimas como las de otras personas.
- 19.-Hace poco un amigo me dio una buena idea de como hacer algo en específico.
- 20.-Me gustaría que mis amigos fueran de otra manera.

PRESENTACION

El Centro de Desarrollo Comunitario (GUAY) en conjunto con la Universidad de Valparaíso están realizando un estudio en la población en la que Ud. vive, acerca de los "estados de ánimo", las relaciones con la familia y las relaciones con los amigos.

La única manera de poder realizar este trabajo es que Ud. al igual que otras personas de esta población colaboren en responder con las preguntas.

Esta encuesta es anónima, Ud. no debe escribir su nombre; es por esto que le pedimos que responda a TODAS las preguntas de la manera más honesta posible.

Los resultados de este estudio permitirán mejorar los servicios que en este momento ofrece el Centro de Desarrollo Comunitario (GUAY).

De antemano le agradecemos su colaboración.



ANEXO N° 2

INSTRUMENTO APLICADO

ENCUESTA N° _____

EDAD : _____

SEXO : M _____ F _____

FECHA : / /

ESTUDIOS ¿Cuáles fueron los últimos cursos realizado por Ud.? (Señale sólo una alternativa)

- No tengo estudios
- Enseñanza básica incompleta
- Enseñanza básica completa
- Enseñanza Media o Técnica incompleta
- Enseñanza Media o Técnica completa
- Estudios Superiores incompletos
- Estudios Superiores completos
- Otros ¿Cuál? _____

ACTIVIDAD LABORAL: Señale su situación en la actualidad (Marque sólo una alternativa)

- Económicamente activo/a
- Cesante
- Pensionado/a por incapacidad
- Jubilado/a
- Estudiante
- Dueña de casa

ESTADO CIVIL ACTUAL (Marque sólo una alternativa)

- Soltero/a Casado/a Conviviente Separado Viudo/a

Señale con quien vive en la actualidad (Marque sólo una actualidad)

- Solo/a
- Esposo/a, compañero/a
- Esposo/a e hijos
- Sólo hijos
- Padres y hermanos
- Sólo hermanos
- Otros ¿Quiénes? _____

Señale si Ud. tiene hijos: NO _____ SI _____ ¿Cuántos? _____

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Durante el último año, ¿ha consultado a algún psiquiatra, psicólogo o neurólogo? NO _____ SI _____
¿Por qué problema? _____

Actualmente ¿se encuentra Ud. en algún tipo de tratamiento médico o psicológico?

NO _____ SI _____ ¿Porqué? _____

Actualmente ¿participa Ud. en alguna organización de la comunidad?

NO _____ SI _____ ¿En cual? _____

A continuación se hacen preguntas respecto de su "estado de ánimo" o "nervios", Ud. debe contestarlas en relación al último mes (Marque con una cruz la alternativa que corresponda)

1.-¿Siente Ud. que le falta la energía o se agota con más facilidad?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

2.-¿Se ha sentido Ud. más irritable que de costumbre?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

3.-¿Se ha sentido Ud. cansada o cansado por las mañanas?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

4.-¿Tiene Ud. dificultades para quedarse dormido/a?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

5.-¿Se ha estado despertando más temprano que de costumbre?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

6.-¿Se ha sentido triste o desanimado/a?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

7.-¿Se ha sentido con menos apetito y/o ha bajado de peso este último mes?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

8.-¿Se ha sentido pesimista o negativo/a en relación a su futuro?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

9.-¿Ha notado una disminución en su interés sexual?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

10.-¿Ha notado Ud. una pérdida en su interés por aquellas cosas que antes llamaban su atención?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

11.-¿Ha tenido sentimientos de culpa?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

12.-¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

13.-¿Ha pensado en alguna oportunidad que el matarse sería una solución a sus problemas?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

14.-¿Se ha sentido Ud. intranquilo/a, ansioso/a o tenso/a?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

15.-¿Se ha sentido Ud. agitado/a, como con dificultades para relajarse o permanecer tranquilo/a?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

16.-¿Se ha sentido Ud. tembloroso/a, con palpitaciones en el corazón, o lleno de sudor?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

17.-¿Ha sufrido crisis de angustia, donde bruscamente le aparezca un intenso miedo, ahogo, palpitaciones, mareo y temblor?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

18.-¿Evita Ud. salir de su casa por miedo o andar en la calle o a que algo malo le pueda suceder?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

19.-¿Evita Ud. hablar frente a un grupo?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

20.-¿Ha sentido sus manos frías o sudorosas?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

21.-¿Ha sentido la boca seca?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

22.-¿Se ha sentido Ud. como con un "nudo en la garganta"?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

23.-¿Ha tenido Ud. la sensación de estar atrapado o al borde de un peligro?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

24.-¿Sufre Ud. de dolor de estómago cuando anda nervioso/a o con preocupaciones?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

25.-¿Ha tenido náuseas o vómitos cuando anda nervioso/a o con preocupaciones?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

26.-¿Ha tenido diarrea o colitis cuando anda nervioso/a o con preocupaciones?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

27.-¿Sufre Ud. de dolor de espalda o lumbago cuando anda nervioso/a o con preocupaciones?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

28.-¿Sufre Ud. de dolor de cabeza o jaqueca cuando anda nervioso/a o con preocupaciones?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

29.-¿Ha tenido Ud. palpitaciones o sensación de ahogo cuando anda nervioso/a o con preocupaciones?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

30.-¿Le ha pasado que al consultar a un médico por alguna molestia, éste le diga que se debe a los nervios?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

31.-¿Ha presentado Ud. parálisis de algún brazo o de las piernas después de pasar un mal rato?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

32.-¿Le ha sucedido que después de pasar un mal rato ha perdido la voz o ha quedado ronco?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

33.-¿Le ha pasado que después de tener algún problema haya quedado ciego/a o con pérdida de la visión?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

34.-¿Sufre Ud. de desmayos cuando tiene algún problema o preocupación?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

35.-¿Ha sufrido de ataques de nervios cuando tiene algún problema?

Nunca Pocas veces Frecuentemente

Responda a las siguientes preguntas marcando con una cruz (X) lo que le ha sucedido en la última semana (Debe responder todas las preguntas y marcar sólo una alternativa)

1.- ¿Se ha sentido molesto/a por alguien?

Nunca A veces Generalmente

2.- ¿Se ha sentido muy solo/a o distante de la gente.?

Nunca A veces Generalmente

3.- ¿Ha sentido que las cosas sucedían como Ud. quería?

Nunca A veces Generalmente

4.- ¿Se ha sentido muy preocupado/a?

Nunca A veces Generalmente

5.- ¿Se ha sentido contento/a por tener amigos/as?

Nunca A veces Generalmente

6.- ¿Ha tenido miedo por lo que le pudiera suceder?

Nunca A veces Generalmente

7.- ¿Se ha sentido particularmente estimulado/a o interesado/a por algo.?

Nunca A veces Generalmente

8.- ¿Se ha sentido infeliz o deprimido/a?

Nunca A veces Generalmente

9.- ¿Se ha sentido lleno de energías?

Nunca A veces Generalmente

10.- ¿Se ha sentido realmente cansado/a?

Nunca A veces Generalmente

11.- ¿Se ha sentido tan inquieto/a que era incapaz de permanecer sentado/a?

Nunca A veces Generalmente

12.- ¿Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho?

Nunca A veces Generalmente

Las siguientes frases se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida en sus relaciones con sus familiares, responda marcando sólo una alternativa.

1.-Mi familia me da el apoyo moral que necesito.

NO SI NO SE

2.-Mi familia me da buenos consejos.

NO SI NO SE

3.-La mayoría de las personas tienen relaciones familiares más cercanas que yo.

NO SI NO SE

4.-Cuando le confío algo a algún miembro de mi familia, me da la impresión que se siente incómodo.

NO SI NO SE

5.-A mi familia le gusta oír mi opinión.

NO SI NO SE

6.-Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses.

NO SI NO SE

7.-Ciertos miembros de mi familia se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan consejos.

NO SI NO SE

8.-Confío en mi familia para que me dé apoyo emocional.

NO SI NO SE

9.-Existe un familiar a quién puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incómodo por ello.

NO SI NO SE

10.-Mi familia y yo tenemos una relación abierta; nos contamos las cosas abiertamente.

NO SI NO SE

11.-Mi familia es susceptible a mis necesidades personales.

NO SI NO SE

12.-Los miembros de mi familia recurren a mi para recibir apoyo emocional.

NO SI NO SE

13.-Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas.

NO SI NO SE

14.-Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares.

NO SI NO SE

15.-Mis familiares piensan que les doy buenos consejos.

NO SI NO SE

16.-Confiarle cosas a mis familiares me hace sentir incómodo/a.

NO SI NO SE

17.-Mis familiares buscan mi compañía.

NO SI NO SE

18.-Considero que mi familia piensa que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.

NO SI NO SE

19.-No tengo una relación íntima con algún miembro de mi familia como la que tienen otras personas con sus familiares.

NO SI NO SE

20.-Me gustaría que mi familia fuera de otra manera.

NO SI NO SE

Las siguientes frases se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida en sus relaciones con los amigos, responda marcando sólo una alternativa.

1.-Mis amigos me dan el apoyo moral que necesito.

NO SI NO SE

2.-La mayoría de las personas se sienten más cercanas a sus amigos que yo.

NO SI NO SE

3.-A mis amigos les gusta oír lo que pienso.

NO SI NO SE

4.-Ciertos amigos se me acercan cuando tienen problemas o cuando necesitan consejos.

NO SI NO SE

5.-Necesito a mis amigos para recibir apoyo emocional.

NO SI NO SE

6.-Si me diera cuenta que uno o más de mis amigos estuviera enojado conmigo, no le contaría a nadie.

NO SI NO SE

7.-Me siento marginado dentro de mi grupo de amigos.

NO SI NO SE

8.-Tengo un amigo a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme raro o incomodo después por eso.

NO SI NO SE

9.-Con mis amigos existe una relación muy abierta.

NO SI NO SE

10.-Mis amigos son susceptibles a mis necesidades personales.

NO SI NO SE

11.-Mis amigos recurren a mi para recibir apoyo emocional.

NO SI NO SE

12.-Mis amigos me ayudan a resolver mis problemas.

NO SI NO SE

13.-Tengo una relación íntima con muchos de mis amigos.

NO SI NO SE

14.-Mis amigos encuentran que les doy buenas ideas de cómo hacer la cosas.

NO SI NO SE

15.-Confiarles cosas a mis amigos me hace sentir incómodo.

NO SI NO SE

16.-Mis amigos buscan mi compañía.

NO SI NO SE

17.-Considero que mis amigos piensan que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.

NO SI NO SE

18.-No tengo unas relaciones amistosas con mis amigos que sean tan íntimas como las de otras personas.

NO SI NO SE

19.-Hace poco un amigo me dio una buena idea de cómo hacer algo en específico.

NO SI NO SE

20.-Me gustaría que mis amigos fueran de otra manera.

NO SI NO SE

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO N° 3

APLICACION DE PRUEBAS DE SIGNIFICACION ESTADISTICA A LOS DATOS



RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA APLICACION DE PRUEBAS DE SIGNIFICACION

ESTADISTICA A LOS DATOS

Tal como fue mencionado anteriormente, el diseño de este estudio se define como transeccional descriptivo, por lo que le compete un modelo de análisis de estadística descriptiva. Cualquier otro tipo de análisis escapa a los objetivos de investigación; sin embargo, luego de haber analizado descriptivamente los datos obtenidos y de haber logrado los objetivos propuestos para este estudio, y con un fin netamente exploratorio, se aplicó la prueba de chi cuadrado a los datos obtenidos, logrando los siguientes valores:

VARIABLES	<i>Valores de Chi cuadrado para las variables de :</i>			
	Depresión	Ansiedad	Somatoform.	Trast. emoc.
SEXO	2.868	6.677*	6.592*	6.558*
GRUPO ETAREO	6.571	7.941	1.525	2.925
BALANCE AFEC.	50.680**	63.669**	39.811**	80.937**
APOYO FAM	4.789	3.032	3.901	2.137
APOYO AMIS.	4.223	5.002	3.053	3.480

*P<0.005 **P<0.0000

Para efectos de la muestra en la que se aplicó el instrumento, se observa que la variable de balance positivo de afectos logra diferencias altamente significativas respecto de la variable de sintomatología; según los datos obtenidos, es posible afirmar que a medida que aparece determinada sintomatología disminuye el grado de balance positivo de afectos, a su vez, a medida que existe menos sintomatología emocional, mejora el grado de balance positivo de afectos y la percepción subjetiva de bienestar.