

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE AUTOREPORTE EN PERSONAL DE UNA INSTITUCIÓN MILITARIZADA (*)

José VÉLIZ(**)

Objetivo: La escasez de psiquiatras y el incremento de la demanda de atención psiquiátrica motivó a investigar la posibilidad que trabajadores de salud no especialistas (TSNE), detecten casos psiquiátricos por medio del Cuestionario de Autoreporte (CAR), previa evaluación del punto de corte e investigación de la confiabilidad, validez y posibilidades futuras del instrumento.

Material: Se aplicó el CAR a 497 trabajadores de una institución militarizada y a 2 submuestras de 64 pacientes psiquiátricos y 157 sujetos supuestamente sanos. Las evaluaciones fueron realizadas por 8 TSNE capacitados y por psiquiatras.

Resultados: La confiabilidad del cuestionario en pacientes psiquiátricos entre los TSNE y el psiquiatra investigador, fue de 88% ($\alpha=0.88$, $K=0.76$, $Z=28.25$, $p<0.001$); la validez concurrente con los psiquiatras tratantes fue de 83% ($\alpha=0.83$, $k=0.65$, $Z=20.96$, $p<0.001$), menor con el psiquiatra investigador, en sujetos supuestamente sanos ($\alpha=0.62$, $K=0.62$, $Z=2.84$, $p<0.001$). En la subescala de neurosis, la correlación entre la frecuencia de respuestas afirmativas o negativas y la catalogación de «caso» y «no caso» fue altamente significativa en todas las preguntas. Las proporciones de los casos en relación a los subtotales, cuando el síntoma está presente, es superior al 50% en todas las preguntas excepto en las preguntas 7 y 8.

Conclusiones: La confiabilidad y validez concurrente y de constructo teórico, resultaron apropiadas para el universo del cual procede la muestra, recomendándose usar el CAR en el seguimiento de pacientes psiquiátricos y estudio de poblaciones en riesgo (desastres) o que no dispongan de especialistas.

PALABRAS CLAVE :

Cuestionario de Autoreporte - Trabajadores de salud no especialistas - Confiabilidad - Validez - Enfermedad mental

(*) Tesis para optar el Grado de Maestría en Medicina. UPCH, Lima, Perú. 1994.

(**) Médico Psiquiatra. Clínica Villarín. Lima, Perú.

VALIDITY AND RELIABILITY OF SELF REPORTING QUESTIONNAIRE IN AN ARMY INSTITUTION

Objetives: *To investigate if non-specialized health workers (NSHW) could discover psychiatric cases using Self Reporting Questionnaire (SRQ). The cut point, reliability, validity and future possibilities of this instrument were investigated.*

Methods: *The SRQ was applied to 497 workers of an Army Institute. Subgroups of 64 psychiatric patients and 157 supposed healthy subjects were also evaluated by 8 NSHW and psychiatrists.*

Results: *The reliability between the NSHW and the Psychiatric investigator (PI) was 88% ($\alpha=0.88$, $K=0.76$, $Z=28.25$, $p<0.001$) in the psychiatric patients group. The validity with the attending Psychiatry (AP) was 83% ($\alpha=0.83$, $k=0.65$, $Z=20.96$, $p<0.001$), the results in the PI with supposed healthy subjects was lower than the AP ($\alpha=0.62$, $K=0.62$, $Z=2.84$, $p<0.001$). The correlation between the rate of affirmative or negative answers with the case and no case identification was highly significative for the neursosis sub-scale. When symptoms are present, the cases proportion related to the subtotal scores is higher than 50 percent for all items, excepting items 7 and 8.*

Conclusions: *The reliability and validity of this tool was demonstrated. The application of the SRQ is appropriate in the follow-up of psychiatric patients, as well as in research studies of people in risk (disasters) and in people without specialized attention.*

KEY WORDS : *Self Reporting Questionnaire - Non-specialized health workers - Reliability - Validity - Mental disease*

INTRODUCCIÓN

En países en desarrollo existe creciente interés por mejorar el cuidado de la salud mental, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha realizado esfuerzos en este sentido (1,2,3). Respecto a la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales, en nuestro país se ha publicado importantes trabajos (4); al lado de los cuales, algunos indicadores sociales pueden significar factores de riesgo en nuestra población, tales como los referidos en el importante «Compendio de Estadísticas Sociales 1994-1995» (5). Por ejemplo, el 1.3% de la población está constituida por impedidos físicos y/o mentales, el 25% de los cuales está en Lima y Callao; y la Policía Nacional durante 1994, reclutó 3,729 menores de edad, 27% extraviados e igual porcentaje en abandono y peligro moral.

Nuestro sistema de salud enfatiza la recuperación y la rehabilitación; pero es un sistema centralista y con inadecuada distribución de los recursos humanos. Huertas (6), hace más de 20 años, concluyó «que los recursos humanos y físicos asignados a salud mental son limitados y están concentrados en la capital», y propuso «fomentar la investigación y ampliar la atención psiquiátrica por médicos generales». Las técnicas de tratamiento grupal, y la psiquiatría comunitaria han intentado aliviar esta situación; por otro lado, la OMS ha postulado la utilización de estrategias de atención primaria en salud, con énfasis en la salud mental (7). Los esfuerzos pioneros de Castro de la Mata, con el Programa de Medicina Comunitaria de la Universidad Peruana «Cayetano Heredia», derivó en la creación del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (8), en donde se delega funciones a

las enfermeras (9,10) Las enfermeras y los promotores de salud, requieren capacitación en la utilización de los cuestionarios a utilizar. El último Plan Nacional de Salud Mental (11), de acuerdo con la Declaración de Caracas (12), recomienda: «Favorecer la extensión de los servicios a toda la población mediante la incorporación de actividades de salud mental en los cuidados de atención primaria y servicios locales de salud» y «Establecer un programa de capacitación de personal en salud mental, tanto en el terreno especializado como en el no especializado (trabajadores generales y trabajadores primarios de salud)». El empleo de promotores o trabajadores de salud, ha sido ampliamente experimentado (13); también el de auxiliares de enfermería, como se documenta en el Estudio en Colaboración para Extender los Servicios de Salud Mental (2), tanto para realizar parte de las investigaciones científicas como para ampliar la cobertura (14).

En la Sanidad de las Fuerzas Policiales, (universo estudiado: titulares militarizados y familiares), existe incremento en la necesidad de atención en salud mental, por el normal crecimiento vegetativo y por aspectos económicos; lo que agudiza la escasez de recursos humanos especializados, situación que fuera de Lima, es aún peor. Sólo 03 psiquiatras de tal Institución trabajan en provincias, y se ha constatando que en las postas sanitarias, los auxiliares de enfermería, y también los titulares, realizan actividades de salud que no les compete. Estas actividades están dirigidas al personal, a sus familiares y a la comunidad en general; por lo que la Sanidad se vio en la necesidad de preparar, como promotores de salud, a algunos titulares (15) en el sistema que incluye el Hospital Central, hospitales periféricos, policlínicos (A,B,C y D), postas médicas y postas sanitarias; éstas últimas en lugares alejados y a cargo de enfermeras o auxiliares de enfermería.

Antes de la Declaración de Alma Ata, la OMS había iniciado las coordinaciones pertinentes (1), para desarrollar alternativas de atención en salud mental de bajo costo, en base a estudios epidemiológicos en población supuestamente sana, o en pacientes no psiquiátricos (en particular de medicina general), elaborando instrumentos, como el Self Reporting Questionnaire (SRQ), o Cuestionario de Autoreporte (CAR): La validación de este instrumento en nuestro medio es el objetivo principal del presente estudio.

Según informan Harding y colab. (16) el CAR consta en su versión original de 24 preguntas; las 20 primeras exploran síntomas no psicóticos (mayormente ansiosos y depresivos), y las 4 restantes exploran síntomas psicóticos. Las 20 primeras preguntas fueron seleccionadas de cuatro instrumentos utilizados en diversas culturas: 1) La Escala de Autorreporte de síntomas, un instrumento desarrollado y validado en un barrio populoso de los suburbios de Cali (Colombia) por Climent y colab. (17); 2) El PGI Health Questionnaire N2, desarrollado por Wig y colab. en Chandigarh (India), después de encontrar que el Índice Médico de Cornell no era apropiado para tal población; 3) El General Health Questionnaire (GHQ) utilizado por Goldberg y colab. (18), en el Reino Unido, Estados Unidos de América, Australia, Jamaica, Alemania y otros países desarrollados y subdesarrollados; y 4) Los ítems que indagan por síntomas de la versión corta del Present State Examination (PSE) de Wing; el mismo que ha sido evaluado en muchos países con diferentes culturas. La selección inicial fue de 32 ítems; los investigadores de Colombia, India, Sudán y Filipinas, seleccionaron 20, por la facilidad de traducción y comparabilidad de significados. Los 4 ítems adicionales se tomaron del Symptom Sign Inventory de Fould. Este cuestionario fue discutido en

inglés, luego traducido a los lenguajes de las regiones en donde se llevó a cabo el estudio, para luego ser retraducido nuevamente al inglés. Se reevaluó siguiendo el modelo del Estudio Piloto de Esquizofrenia.

El CAR ha sido aplicado por Dhadphale y colab. (19), en Kenya, y por Mari & Williams (20), en Sao Paulo (Brasil). Climent & Arango (21), en Colombia, añadieron 6 preguntas más, una sobre convulsiones, y 5 sobre alcoholismo; versión que utilizamos en nuestra investigación. Las razones para emplear el CAR, fueron: ser un instrumento que compendia contenidos de varios instrumentos; haber sido elaborado para países en desarrollo (donde además ha sido validado); y la simplicidad de su administración.

Los entrevistadores, 3 médicos y 11 auxiliares de enfermería, recibieron capacitación para la administración del CAR, en un Seminario-taller (22). Con parte de este personal se realizó las pruebas de confiabilidad y validez. Se plantearon los siguientes objetivos: 1) Ubicar un punto de corte del CAR, adecuado a la población en estudio; 2) Evaluar la confiabilidad del CAR; 3) Evaluar su validez concurrente; 4) Iniciar la validación de su constructo teórico; y 5) Evaluar posibilidades futuras de este instrumento.

MATERIAL Y MÉTODO

A.- Universo y muestras

El universo en estudio es de aproximadamente 500 mil sujetos e incluye a 6 mil trabajadores de salud y a sus familiares. La evaluación del punto de corte de la subescala de neurosis se realizó sobre un total de 497 sujetos, alumnos de 6 cursos de adoctrinamiento institucional, cuya edad promedio fue de 30.5 años, 59% de sexo femenino, todos con secundaria; y por el 90% de los trabajadores

administrativos de mantenimiento, logística, etc., de la Sanidad. Para la prueba de confiabilidad se consideró a 64 pacientes tomados al azar, de un total de pacientes atendidos durante nueve semanas, en el servicio de atención ambulatoria de psiquiatría del Hospital Central; muestra que también sirvió para evaluar la validez del instrumento. El grupo control de sujetos supuestamente sanos ($n=157$), se tomó al azar de los alumnos de los cursos antes mencionados. Del grupo de 497 sujetos, todos los casos de ansiedad-depresión ($n=325$), sirvieron para evaluar el constructo teórico de la subescala de neurosis.

B.- Entrevistadores

Ocho de los trabajadores de salud no especialistas (TSNE) anteriormente capacitados, participaron en las pruebas de validez y confiabilidad. Sus edades fluctuaban entre 19 y 50 años con un promedio de 29 años; seis eran de sexo femenino; dos eran oficiales y seis eran subalternos. En cuanto al cargo que desempeñan, cuatro eran auxiliares de enfermería, dos médicos generales, un auxiliar administrativo y un auxiliar de farmacia; todos ellos desempeñaban funciones asistenciales las 3/4 partes del tiempo laboral y administrativas sólo una 1/4 parte del tiempo. Todos trabajaban dentro de la posta y ninguno había sido anteriormente capacitado o había trabajado en salud mental.

C.- Instrumento

El CAR, consta de 30 preguntas con respuestas Si o No; las primeras 20 indaga por síntomas ansiosos y depresivos; las 4 siguientes por psicosis; una por convulsiones y 5 preguntan sobre alcoholismo. Están presentadas en un Manual (21) y representadas por dibujos. Su aplicación o autoaplicación, demora 15 a 30 minutos y el entrevistador re-

quiere un adiestramiento simple que le permita distinguir entre casos y no casos. Un entrevistado es catalogado como «caso» (probable alteración psiquiátrica), cuando alcanza 11 respuestas afirmativas en las 20 primeras preguntas (síntomas depresivos, ansiosos o ambos); una respuesta afirmativa de las preguntas 21 a 24 (Síndrome psicótico); respuesta afirmativa a la pregunta 25 (Síndrome convulsivo); o una sola de las cinco últimas (Síndrome alcohólico)

D.- Comprobación del límite entre caso y no caso en la subescala de neurosis.

Se consideró sólo la subescala de neurosis, por contener la mayoría de las preguntas sobre la psicopatología más frecuente en cualquier población. Considerando sólo el criterio del Cuestionario, se dividió a los 497 encuestados, en casos ($n_1=61$) y no casos ($n_2=435$); se asumió 6/7 como punto de corte, por haber presentado buena sensibilidad en pacientes no psiquiátricos en Colombia (23). La comparación estadística entre ambos grupos se hizo por medio de la prueba Z para medias de poblaciones independientes.

E.- Confiabilidad interevaluador

La toma de los CAR se realizó entre el 18 de Mayo al 24 de Julio 92; se entrevistó a uno de cada cinco pacientes (consulta nueva o repetida); los días lunes, miércoles y viernes de 09.00 a 12.00; un total de 32 días útiles; con un promedio de 2 pacientes por día. Se aplicaron 64 CAR, 70% a varones, con 36 años de edad promedio, 31 titulares, 25 familiares, 7 especialistas y 1 alumno. En 32 casos, los TSNE actuaron como entrevistadores y el psiquiatra como observador; y en 32 casos, los roles se invirtieron. No existió diálogo durante la entrevista y el observador no podía visualizar lo que el entrevistador anotaba. El diseño fue correlacional, con dos

variables dicotómicas cruzadas. Se utilizó el coeficiente de concordancia (α), el índice de correlación Kappa (K) y la prueba Z .

F.- Validez concurrente

1. **En pacientes psiquiátricos:** En los mismos 64 pacientes, se comparó la catalogación de casos de los TSNE, con los diagnósticos de los psiquiatras tratantes (todos formados en el Hospital «Hermilio Valdizán» o en la Sanidad de la Institución), que contenían uno de los 05 síndromes detectados por el CAR (ansioso, depresivo, psicótico, convulsivo o alcohólico) presentes en las evoluciones del día; a veces se entrevistó al psiquiatra cuando no existía claridad en lo referido. El diseño fue el mismo que el de las pruebas de confiabilidad añadiendo el índice de coligación de Yule (Y).

2. **En supuestos sanos:** Al grupo de 157 trabajadores mencionado, (supuestamente sanos, con 31 años de edad promedio, 69% de sexo femenino, todos con secundaria y trabajadores no profesionales de la salud) se les presentó el CAR, se les explicó de forma sencilla en qué consistía la validación, necesaria antes de aplicarlo al universo, y se les pidió que lo contesten de manera anónima. Pocos días después, y sin conocer los puntajes del CAR, fueron evaluados por el psiquiatra, utilizando el Formato de Evaluación Inicial (24), que indaga 86 principales síntomas o signos psicopatológicos. Se les mostró que el formato aplicado tenía membrete de otra institución y que por ningún motivo, los datos se utilizarían con otros fines que no fueran los de la investigación. Se preguntó si tenían pensado consultar con algún especialista de la conducta o si habían consultado con psiquiatra, psicólogo

o neurólogo, y sobre antecedentes nosológicos personales y familiares. Cada entrevista duró en promedio 30 minutos y fueron realizadas entre el 09-08-94 y el 29-03-94. Considerando 6/7 como punto de corte, se conformó un cuadro de contingencia para las evaluaciones estadísticas pertinentes, similares a la realizada con pacientes psiquiátricos.

G.- Validez del constructo teórico

Para evaluar el constructo teórico de la subescala de neurosis, se seleccionaron los 325 cuestionarios catalogados como casos de ansiedad, depresión o ambos; considerando el punto de corte 6/7, se dividió a los sujetos en dos grupos de acuerdo a las respuestas afirmativas o negativas; y dentro de cada uno de ellos, 2 subgrupos de «casos» y «no casos» (o supuestos sanos). Para cada pregunta se aplicó el chi cuadrado calculando el porcentaje en que cada pregunta detectaba casos del total, tanto dentro de las respuestas afirmativas como negativas.

RESULTADOS

A.- De la comprobación del punto de corte de la subescala de neurosis

Para comparar los 62 casos (n_1) con los 435 no casos (n_2) del total de 497 sujetos (n) se evaluó la significación estadística, de los promedios de 2 poblaciones supuestamente independientes; se utilizó la prueba Z y se obtuvo un valor de 22.74. Este resultado es altamente significativo ($p < 0.0001$), es decir, los promedios pertenecen a diferentes universos y por lo tanto el límite 6/7 diferencia los casos de los no casos.

CUADRO N° 1.

**Comparación entre la calificación del CAR de los TSNE
y la del psiquiatra investigador (n=64)**

TSNE		Psiquiatra Investigador	
		Sintomático	Asintomático
	caso	(a) 32	(b) 5
	no caso	(c) 3	(d) 24

B.- De la confiabilidad interevaluadores

El coeficiente de concordancia (a) de 0.88, significa que el psiquiatra y los TSNE concordaron en 88% al decidir la calidad de caso. El índice Kappa (K) sometido a la prueba Z alcanzó 28.25,($p < 0.001$).

C.- De la prueba de validez concurrente

1.- En pacientes psiquiátricos: Con el mismo grupo de pacientes ($n = 64$) y con el mismo punto de corte, se confeccionó el siguiente cuadro :

CUADRO N° 2.

**Comparación de la catalogación de casos según los no especialistas (TSNE)
y la de los psiquiatras tratantes en pacientes psiquiátricos (n=64)**

TSNE		Psiquiatras tratantes	
		Pacientes con alguno de los cinco síndromes	Pacientes asintomáticos
	caso	(a) 32	(b) 5
	no caso	(c) 6	(d) 21

De donde : $a = 0.83$; $K = 0.65$; $Z = 20.96$; $Y = 0.65$ con $p < 0.001$. Se encontró buen nivel de concordancia entre TSNE y psiquiatras tratantes. Corregida la influencia de la casualidad por medio del Kappa y de las diversas prevalencias por el Yule (Y), se puede concluir que, para esta muestra, el CAR posee suficiente validez concurrente.

- 2.- **En supuestos Sanos** : En los 157 alumnos mencionados y considerando el punto de corte 6/7, se elaboró el cuadro N° 3 :

CUADRO N° 3.

Comparación de la catalogación de casos según los no especialistas (TSNE) y la del psiquiatra investigador en supuestos sanos (n=157)

		Psiquiatra investigador	
		Portador de alguno de los cinco síndromes	sin ninguno de los cinco síndromes
TSNE	caso	(a) 37	(b) 34
	no caso	(c) 25	(d) 61

$a = 0.62$; $K = 0.22$; $Z = 2.84$; $p < 0.01$; $Y = 0.24$. Los resultados muestran valores inferiores a los encontrados en pacientes psiquiátricos ; sin embargo, el índice de correlación Kappa, generó una Z de 2.84 significativa ($p < 0.01$) ; es decir, el grado de concordancia no se debe sólo a la casualidad y el coeficiente de Yule prueba que no hay mayor influjo de las diversas prevalencias posibles.

D.- De la validez del constructo teórico

CUADRO N° 4.

Frecuencia de casos y no casos (Punto De Corte 6/7)
según respuesta afirmativa o negativa a las 20 preguntas de la subescala
de neurosis del CAR (n=325)*

Preguntas Abreviadas (ver anexo)	Síntoma presente?					p <
	Si		No			
	Caso	No caso	Caso	No caso		
01 Dolores de cabeza ?	28 68%	13	34 12%	250	0.001	
02 Tiene mal apetito ?	20 64%	11	42 14%	252	0.001	
03 Duerme mal ?	27 59%	19	35 12%	244	0.001	
04 Se asusta fácil ?	34 58%	25	28 11%	238	0.001	
05 Temblor de manos ?	16 62%	10	46 15%	253	0.001	
06 Tenso o aburrido ?	53 52%	49	09 04%	214	0.001	
07 Mala digestión ?	42 46%	50	20 09%	213	0.001	
08 Piensa claro ?	34 40%	52	28 12%	211	0.001	
09 Se siente triste ?	41 68%	19	21 08%	244	0.001	
10 Llanto frecuente ?	18 58%	13	44 15%	250	0.001	
11 Disfruta de actividades diarias ?	31 69%	14	31 11%	249	0.001	
12 Díficil decidir ?	35 56%	27	27 10%	236	0.001	
13 Dificult. laboral, sufre al trabajar ?	20 91%	02	42 14%	261	0.001	
14 Incapaz de papel útil en su vida ?	11 65%	06	51 17%	257	0.001	
15 Pérdida de interés?	21 95%	01	41 14%	262	0.001	
16 Se siente una persona inútil ?	11 79%	03	51 16%	260	0.001	
17 Idea de acabar con su vida ?	13 81%	03	49 16%	260	0.001	
18 Siempre cansado	24 80%	06	38 13%	257	0.001	
19 Sensación molesta en estómago ?	42 53%	37	20 08%	226	0.001	
20 Cansancio fácil ?	33 66%	17	29 11%	246	0.001	

* Excluye casos con síndromes diferentes al ansioso-depresivo. %= cantidad de casos/suma de casos y no casos.

En el cuadro N° 4 la correlación entre la frecuencia de respuesta afirmativa o negativa (a las 20 preguntas que exploran el síndrome ansioso depresivo) y la catalogación de caso y no caso del CAR, calculada con el chi-cuadrado, es altamente significativa en todas las preguntas. Las proporciones de los casos en relación a los subtotales, cuando el síntoma está presente es, superior al 50 % en todas las preguntas con excepción de la 7 y 8.

DISCUSIÓN

En lo concerniente al «punto de corte» de la subescala de neurosis, otros autores señalan diferentes valores en Latinoamérica: 7/8 (25), 9/10 (26), 10/11 (21) y 11/12 (27). Nosotros tomamos el 6/7 de Climent y colab (23) por considerar que Colombia es similar a nuestro país; pero fue necesario el ensayo, ya que los autores recomiendan que los instrumentos de diagnóstico deben ser «culturalmente calibrados» (28). En nuestro caso, la muestra (n=497) se dividió, en 2 submuestras de tal modo que el promedio de 8.9 respuestas afirmativas por sujeto y desviación estándar de 2.32 del 12 % de casos, era casi 5 veces superior al promedio de 1.9 del 88% de no casos, cuya desviación estándar era de 1.87; el porcentaje de «casos» es similar a la prevalencia de 11.6% (Suma de % de distimia, pánico, obsesivo - compulsivo y somatización) que se ha encontrado en el estudio epidemiológico del distrito limeño de Independencia (29).

En cuanto a la confiabilidad, se prefirió la de interevaluadores, dado que, pensando en la utilización de personal no especializado, interesaba conocer si ellos eran suficientemente capaces de emprender tal tarea. Limitaciones de ambiente y tiempo del paciente, impidieron tomar dos entrevistas (del

psiquiatra y del TSNE) por separado, lo que habría evitado la probable influencia no verbal entre ambos evaluadores.

Se utilizó el índice Kappa, porque corrige al de concordancia al tomar en cuenta la probabilidad del acuerdo casual entre los entrevistadores (30), con lo que es bastante seguro que el personal no especialista, incluso auxiliares de enfermería, si está adecuadamente capacitado, podrán utilizar el CAR con éxito en personas con diagnósticos psiquiátricos ya establecidos; por ejemplo, en la reevaluación a domicilio de pacientes ya tratados con el fin de prevenir recaídas y también en personas que, por situaciones extremas, están en mayor riesgo de desequilibrio emocional, por ejemplo durante o después de desastres naturales (25) (31), poblaciones en las cuales el auxiliar o el promotor de salud, podrían cumplir algunas tareas diagnósticas o incluso terapéuticas.

En cuanto a la validez, sabemos que no existe acuerdo en la definición de anormalidad o salud psicológica es decir «caso» o «no caso», que el criterio basado en la entrevista psiquiátrica no es el mejor y que los «síntomas» son apreciados según la cultura del evaluado y del evaluador. Todo esto dificulta investigar la validez concurrente, por lo que pensamos que los resultados podían mejorar si se ensayara y comparara el CAR en por lo menos cuatro grupos que formarían una especie de continuo: Con pacientes psiquiátricos, con supuestos sanos en riesgo (desastres, guerras), con pacientes de otras especialidades, y con supuestos sanos. En el presente trabajo, presentamos los dos extremos como exponentes de máxima y mínima prevalencias, dejando para más adelante las situaciones que consideramos intermedias.

En pacientes psiquiátricos el procedimiento de muestreo y el que se haya tomado a lo largo

de 68 días, le confiere representatividad, por lo menos para los pacientes que asisten al servicio ambulatorio de Salud Mental del Hospital Central en quienes, la mayor prevalencia facilita la posibilidad de que el TSNE acierte, lo que depende en cierta medida de la casualidad; por lo que, se utilizó el índice Kappa (Cuadro 2) y luego el Yule que es más estable e independiente del influjo de las diversas prevalencias (32).

Una preocupación fundamental es la definición de caso, al respecto Williams y colab.(33), comentan que es inadecuado elaborar instrumentos para su empleo en supuestos sanos o pacientes no psiquiátricos a partir de la nosología psiquiátrica, por lo que el Estudio Colaborativo sobre Estrategias para Extender los Cuidados de Salud Mental (2), seleccionó ítems de 5 instrumentos resultando el CAR; que luego fuera validado en pacientes no psiquiátricos de varios países subdesarrollados(46). Los autores afirman que no siempre un síntoma es aceptado como tal por un sujeto evaluado y que por otra parte, un «no caso» no siempre es normal. Además, no sólo debe considerarse la cantidad, sino la calidad de los síntomas, así por ejemplo la respuesta afirmativa a la pregunta 17 del CAR(¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?), puede bastar para concluir que el sujeto es un caso que podría requerir inmediata atención, es decir, que no podemos asignar el mismo valor a todas las preguntas. También debe considerarse que en el CAR el tiempo de observación se limita al último mes, con lo que la cronicidad o periodicidad de algunos cuadros psiquiátricos no se toma en cuenta.

Otro aspecto es que el sujeto, sobre todo el supuesto sano, puede tener tendencia a responder afirmativa o negativamente independiente del contenido de la pregunta, o inclinarse por negar aquello que considera

socialmente indeseable, tal como sucede con los titulares, en quienes ser declarado enfermo mental constituye desventaja social y laboral; sin embargo, en el personal de Sanidad evaluado, las funciones y el comando son diferentes y las desventajas atenuadas; y por ser «normales» y seleccionados al ingreso, ocupan uno de los extremos del continuo que hemos postulado y que se apreciará mejor si comparamos nuestros resultados con otros. Así, tomando en cuenta un grupo de 32 alumnos en quienes el CAR no fue autoadministrado sino aplicado por TSNE, se confeccionó el cuadro N° 5, que incluye cuatro trabajos extranjeros. Observamos que las poblaciones de pacientes psiquiátricos y de víctimas de desastres se asemejan, por presentar mayores índices y similitud al sumar los mismos (3.28 y 3.09). Los dos trabajos realizados en Nicaragua (país por entonces en pie de guerra) por los mismos autores y en la misma población, también son muy similares en la suma de sus índices (2.88 y 2.81). En el tercer par, de supuestos sanos, que se tomaron en alumnos de los cursos de adoctrinamiento, con el mismo punto de corte (6/7) en la subescala de neurosis, y con el mismo psiquiatra investigador, los índices, a excepción de la especificidad en el grupo de 32 alumnos, son bastante bajos y, por lo menos para nuestro universo, permiten conjeturar que el CAR no sería muy útil como instrumento de tamizaje (screening) en poblaciones de supuestos sanos, a diferencia de lo que sucede en poblaciones enfermas (pacientes psiquiátricos), o en riesgo (víctimas de desastres); es decir, la menor prevalencia de trastornos mentales en supuestos sanos, disminuiría las sensibilidades (60% y 20%) e inutilizaría los valores predictivos de las pruebas positivas (52% y 40%) siendo mejor el de las pruebas negativas (71% y 70%).

CUADRO N° 5.
Características principales de seis grupos
evaluados con el CAR -20

TIPOS DE SUJETOS EVALUADOS						
	Paciente psiquiátrico	Víctimas de desastres (25)	Sup. Sano, país en guerra (26)	Sup. Sano, país en guerra (27)	Sup. Sano alumno	Sup. Sano alumno
		Por :		Por :		Por :
Modalidad de toma de CAR	2 M G*. 6 Aux.	2 Psicol. 1 Enf. Psiq 1 Asist.Soc.		3 Enfermeras 1 Psicoanalista	Autoadministr.	2 M G. 6 auxiliares
Tamaño muestral	n=64	n=104	n=171	n=180	n=157	n=32
Pto. corte CAR-20	6/7	7/8	9/10	11/12	6/7	6/7
Criterio Externo	FEI ** 1 Psiquiatra	Lista de sint. DSM III	PSE *** Médico	PSE 3 psiquiatras	FEI 1 Psiquiatra	FEI 1 Psiquiatra
Sensibilidad	0.84	0.82	0.75	0.81	0.60	0.20
Especificidad	0.81	0.77	0.69	0.58	0.64	0.86
Valor predictivo de prueba positiva	0.86	0.91	0.77	0.73	0.52	0.40
Valor predictivo de prueba negativa	0.77	0.59	0.67	0.69	0.71	0.70
TOTALES	3.28	3.09	2.88	2.81	2.47	2.16

*: Médicos generales; ** FEI: Formato de Evaluación Inicial; ***PSE : Present State Examination.

La validación de constructo teórico se limitó a las 20 preguntas de la subescala de neurosis sobre síntomas ansioso-depresivos. Se correlacionó los puntajes totales de respuestas afirmativas y negativas con la situación de «caso» y «no caso» (Cuadro 4); en todas se encontró alta significación estadística ($p < 0.001$), que se explica en gran parte por la mayor proporción de los casos detectados por las respuestas positivas, en una relación no

menor de 4:1, respecto a los detectados por las negativas; pero también tiene que ver con la existencia de una base teórica común, afirmación que se refuerza al constatar que 18 de los ítems, diferencian en más del 50% los «casos» de los «no casos» dentro de las respuestas positivas; resultado mejor que el encontrado por Climent en Colombia en donde sólo, dos tercios de los ítems fueron «excelentes discriminadores» (23).

La teoría que fundamenta el CAR, tiene que ver también con la diferenciación entre síntomas ansiosos y depresivos, ya que en el Manual antes mencionado(21), se señala que las preguntas 1,4,5,6,7,8, y 9 indagan por síntomas ansiosos, y las preguntas 2,9,10,11,12,13,14,15,16,17 y 18 por depresivos; las preguntas 3 y 20 pueden ser tanto de tipo ansioso como depresivo. Teniendo en cuenta esta base teórica el presente trabajo fue comparado con otros 3 realizados en Nicaragua, Colombia y Ecuador; como se observa en el cuadro 6, al lado izquierdo, los 3 síntomas más frecuentemente encontrados y al derecho los 3 que alcanzaron mayor porcentaje de casos. Este cuadro reitera los hallazgos de Lima (31) en situaciones de desastres, ya que los síntomas más frecuentes son los de ansiedad, pero

no son los que mejor predicen la presencia de un trastorno emocional como sucede con los de tipo depresivo, los cuales son menos frecuentes. En el citado cuadro, los síntomas más frecuentes, en su mayoría ansiosos, tienen porcentajes de casos relativamente bajos que fluctúan entre 40 y 71% (sector izquierdo de la tabla), mientras que los que mejor predicen trastornos emocionales son, a excepción de la pregunta N° 8(de tipo ansioso), de tipo depresivo y alcanzan porcentajes de casos entre 81 y 100% (sector derecho de la tabla); este hallazgo valida el constructo teórico que diferencia preguntas sobre síntomas ansiosos de los depresivos y por otro lado nos indica que hay que tener muy en cuenta los síntomas depresivos que, aunque menos frecuentes, implican mayor poder predictivo.

CUADRO N° 6.

Subescala de neurosis del CAR en 4 países de Latinoamérica

	TRES MAYORES FRECUENCIAS DE SÍNTOMAS Y SUS % DE CASOS			TRES MAYORES % DE CASOS Y SUS FRECUENCIAS DE SÍNTOMAS		
	Número y tipo de pregunta	Frecuencia del síntoma	% de casos	Número y tipo de pregunta	% de casos	Frecuencia del síntoma
Alumnos Sup.Sanos (n=325) PERU	6 (ansioso)	102	52%	15 (depres)	95%	22
	7 (ansioso)	92	46%	13 (depres)	91%	22
	8 (ansioso)	86	40%	17 (depres)	81%	16
Sup. Sanos País en Guerra (n=781) NICARAGUA	6 (ansioso)	132	68%	16 (depres)	86%	59
	20 (ans/dep)	128	66%	10 (depres)	81%	71
	9 (ans/dep)	119	71%	17 (depres)	81%	37
Damnificados de erupción volcanica (n=200) COLOMBIA	6 (ansioso)	163	63%	16 (depres)	100%	31
	4 (ansioso)	117	67%	18 (depres)	95%	42
	1 (ansioso)	112	69%	08 (ansioso)	91%	34
Damnificados de terremoto (n=150) ECUADOR	4 (ansioso)	105	47%	11 (depres)	93%	28
	6 (ansioso)	101	53%	16 (depres)	91%	21
	3 (ans/dep)	65	60%	14 (depres)	87%	22

CONCLUSIONES

1. El punto de corte 6/7 para nuestra población, es un límite eficiente.
2. Se comprobó una buena confiabilidad del CAR entre TSNE y psiquiatra investigador, en pacientes psiquiátricos, ($\alpha=0.88$, $K=0.76$, $Z=28.25$, $p<0.001$)
3. Se comprobó la validez concurrente del CAR en pacientes psiquiátricos ($\alpha=0.83$, $K=0.65$, $Z=0.96$, $p<0.001$)
4. La validez concurrente del CAR en sujetos sanos, obtuvo cifras inferiores ($\alpha=0.62$, $K=0.22$, $Z=2.84$, $Y=0.24$, $p<0.01$).
5. La validez del constructo teórico de la subescala de neurosis recibió apoyo al existir relación significativa entre el puntaje total y los parciales por pregunta para determinar la situación de caso; además, 18 de 20 preguntas, discriminan en más del 50% los casos de los no casos y como en trabajos extranjeros, existe un mejor poder predictivo de alteración mental en las preguntas de tipo depresivo que en las de tipo ansioso.
6. El punto de corte 6/7 adecuado a nuestra realidad, la buena confiabilidad entre los TSNE capacitados y los psiquiatras,

posibilita que los primeros realicen algunos trabajos como el seguimiento de pacientes psiquiátricos o en investigaciones sobre la morbilidad psiquiátrica de consulta médica general en establecimientos periféricos del sistema de salud institucional, en víctimas de desastres o en contextos sociales en donde no existen psiquiatras.

AGRADECIMIENTO

A los doctores Jorge Castro Morales, Norma Reátegui Colaretta y Esteban Saavedra Castillo y a la Magister Srta. Luz Carbajal Arroyo por haberme brindado asesoramiento y aprobación. Al doctor Carlos Córdova Villalta, Jefe de la Posta Médica Lurín y a su personal, sin quienes no hubiera podido realizarse el presente trabajo. Al Ingeniero Wilfredo Mormontoy Laurel, por su invaluable apoyo en la evaluación estadística. A los alumnos de los cursos de adocctrinamiento institucional, quienes aceptaron responder al Cuestionario, proporcionando datos imprescindibles. A mi hija Claudia Véliz Rosas por su cariñoso apoyo en el mecanografiado de los sucesivos borradores y de la versión final.

REFERENCIAS

- 1) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. World Health Organization, Geneva. Technical Report Series N°564, 1975
- 2) WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Collaborative Study on strategies for extending mental health care. I: The Genesis of the Study. *Am.J.Psychiatry*, 1983; 140: 1470 - 1492
- 3) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health care in developing countries: A critical appraisal of research findings. Geneva: World Health Organization, Technical Report, 698, 1984
- 4) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI: Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima-Perú). *Anales de Salud Mental*, 1985 ; 1 : 206-222
- 5) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Compendio de Estadísticas Sociales 1994-1995. Lima-Perú, 1995
- 6) HUERTA-MERCADO V. Integración de servicios y utilización de recursos para las acciones de salud mental. Tesis para optar el título de Doctor en Medicina UNMSM, 1974
- 7) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, 1978. Ginebra, 1978
- 8) MENDOZA M. «Renato Castro De La Mata (1926-1988)». *Anales de Sal. Ment*, 1994; 10: 193-197.
- 9) ALVARADO E, APARICIO L, SHIROMA B, MENDOZA M & URIBE R. Evaluación de la historia clínica de enfermería del Programa de Salud Mental Comunitaria. *Anales de Salud Mental*, 1987; 3:33-4
- 10) MINOBE K., SATO T. Validación por medio del DIS del diagnóstico de depresión hecho por enfermeras de un Programa de Psiquiatría Comunitaria. *Anales de Salud Mental* 1985; 1: 119-126
- 11) MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Salud Mental. Aprobado por RM N° 163-90-SA/DM del 18 Abril 1990. *El Peruano*, Viernes 13 de Abril de 1990, pp : 84142-84150
- 12) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Declaración de Caracas. *Anales de Sal. Ment.*, 1991; 7: 177-178
- 13) OFOSU-AMAAH V. Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad. Examen de algunas cuestiones y problemas actuales. Organización Panamericana de la Salud. *Pub. Cientif. N° 459*, 1984
- 14) HARDING TW y colab. The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care, III Evaluative Design and Illustrative Results. *Am.J. Psychiat.*, 1983; 140: 1481-1485
- 15) DIRECCIÓN DE INSTRUCCIÓN, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA. Promotores de Salud. Dirección Superior de Sanidad de las Fuerzas Policiales. 2da. edición Lima Perú, 1985.

- 16) HARDING TW y colab. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* 1980; 10: 231-241
- 17) CLIMENT C y colab.: Atención primaria en salud mental en América Latina. El programa de Cali. *Acta Psiquiat.Psicol. Amer. Lat.*, 1981; 27:252-274
- 18) GOLDBERG DP & BLACKWELL B. Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *Brit.Med.Journal*, 1970; 2: 439-443
- 19) DHADPHALE M, ELLISON R & GRIFFIN L. The Frequency of Psychiatric Disorders among Patients Attending Semi-Urban and Rural General Out Patient Clinics in Kenya. *Brit.J.Psychiat.* 1983; 142: 379-383
- 20) MARI JJ, WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br.J.Psychiatry*, 1986; 148: 23-26
- 21) CLIMENT C & DE ARANGO MV. Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria, N°1. Organización Panamericana de la Salud, Paltex, Washington, DC 1983
- 22) VELIZ J. Hacia un nuevo modelo de atención en salud mental. *Rev. de la Sanidad PNP*; 1993; 54: 65-71
- 23) CLIMENT C, HARDING T, IBRAHIM H, IGNACIO L & WIG N. El Cuestionario de Síntomas para la detección de problemas en adultos. *Acta Psiquiat.Psicol. Amer. Lat.*, 1989; 35:124-131
- 24) MEZZICH JE, DOW JT, RICH CL, COSTELLO AJ & HIMMELHOCH JM. Developing an efficient clinical information system for a comprehensive psychiatric institute: II Initial evaluation form. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 1981; 13: 464 - 478
- 25) LIMA B, CHAVEZ H, SAMANIEGO N, POMPEI M, PAIS G y colab. Disaster severity and emotional disturbance: Implications for primary mental health care in developing countries. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989; 79: 74-82
- 26) PENAYO U, KULLGREN G & CALDERA T. Mental Disorders among primary care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1990; 82: 82-85
- 27) PENAYO, V.; CALDERA, T.; JACOBSON, L. Prevalencia de trastornos mentales en Subtiava, Leon, Nicaragua. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1992; 113 (2): 137-148
- 28) ROGLER.L.J. The meaning of culturally sensitive research in mental health. *Am. J. Psychiat.* 1989; 146: 296-303
- 29) MINOBE K, PERALES A, SOGI C, WARTHON D, LLANOS R & SATO T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima - Perú). *Anales de Salud Mental*, 1990; 6: 206-222
- 30) HELZER J, ROBBINS L, TAIBLESON M, WOODRUFF R, REICH T & WISH E. Reliability of Psychiatric Diagnosis I A: Methodological Review. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977; 34: 129-133
- 31) LIMA B, SANTA CRUZ H, LOZANO J, LUNA J & PAI S. La Atención Primaria en salud mental en las víctimas del desastre en Armero, Colombia. Consecuencias psicosociales de los desastres. *La experiencia latinoamericana, Serie de monografías clínicas*, N°2: 103-124, 1989
- 32) SPITZNAGEL, E.; HELZER, J. A Proposed Solution to the Base Rate Problem in the Kappa statistic. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985; 42: 725-728
- 33) WILLIAMS P, TARNOPOLSKI A & HAND D. Case definition and case identification in psychiatric epidemiology. *Psychological Medicine*, 1980; 10: 101-114

ANEXO

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTE

Rodear con un círculo SI o NO según sea el caso :

01. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza ?	SI	NO
02. ¿Tiene mal apetito ?	SI	NO
03. ¿Duerme mal ?	SI	NO
04. ¿Se asusta con facilidad ?	SI	NO
05. ¿Sufre temblor de manos ?	SI	NO
06. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido ?	SI	NO
07. ¿Sufre de mala digestión ?	SI	NO
08. ¿No puede pensar con claridad ?	SI	NO
09. ¿Se siente triste ?	SI	NO
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia ?	SI	NO
11. ¿Tiene dificultades en disfrutar de sus actividades diarias ?	SI	NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones ?	SI	NO
13. ¿Tiene dificultades en hacer su trabajo ? (¿Sufre Ud. en el trabajo ?)	SI	NO
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida ?	SI	NO
15. ¿Ha perdido interés en las cosas ?	SI	NO
16. ¿Siente que Ud. es una persona inútil ?	SI	NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida ?	SI	NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo ?	SI	NO
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago ?	SI	NO
20. ¿Se cansa con facilidad ?	SI	NO
21. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma ?	SI	NO
22. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento ?	SI	NO
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques, caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida de conocimiento ?	SI	NO
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, médico o a su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado licor ?	SI	NO
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido ?	SI	NO
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio o faltar a ello?	SI	NO
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
30. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado ?	SI	NO