

Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres

Francisco Morales Carmona,* Diana Pimentel Nieto,* Claudia Sánchez Bravo,** Consuelo Henales Almaraz**

Nivel de evidencia: II-2

RESUMEN

Objetivo: proponer una versión corta del Cuestionario General de Salud de Goldberg que pueda aplicarse como prueba de tamiz en instituciones públicas no especializadas en salud mental.

Pacientes y método: mujeres mayores de 18 años de edad de la consulta del Instituto Nacional de Perinatología. Aplicación del Cuestionario General de Salud, versión de 30 reactivos, de manera consecutiva durante nueve meses. Se utilizó el punto de corte 7/8 para distinguir a las pacientes caso de las *no* caso. Se utilizaron procesos estadísticos descriptivos, análisis factorial, sensibilidad y especificidad. Se realizó un análisis de concordancia entre versiones y se aplicó la nueva versión de 15 reactivos a una muestra independiente. Con la prueba de la χ^2 de bondad de ajuste se compararon las proporciones obtenidas entre ambas versiones, para corroborar igualdad entre ellas.

Resultados: se generó un instrumento con 15 reactivos que demostró su utilidad en el rastreo de casos con malestar psicológico, con sensibilidad de 0.988, especificidad de 0.828 y α de Cronbach de 0.910.

Conclusiones: la versión corta del Cuestionario General de Salud es un instrumento confiable para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres y su posterior envío a un servicio de atención de la salud mental.

Palabras clave: malestar psicológico, rastreo, instrumentos, cuestionarios, mujeres, reproducción, identificación.

ABSTRACT

Objective: To propose a short version of the Goldberg's General Health Questionnaire that can be applied as a screening test in non-specialized in mental health public institutions.

Patients and methods: Women older than 18 years from Instituto Nacional de Perinatología consult. General Health Questionnaire application (30 items), during nine consecutive months. It was used the 7/8 cut-off point to differentiate between case and non-case patients. Descriptive, of factorial analysis, sensibility and specificity statistical process were used. An agreement analysis between versions was done, and the new version of 15 items was applied to an independent sample. With goodness-of-fit χ^2 test, and to corroborate equality between both versions, proportions obtained were compared.

Results: With 15 items it was generated an instrument that demonstrates its utility to screen psychological uneasiness cases, with a sensitivity of 0.988, specificity of 0.828 and a Cronbach's alpha of 0.910.

Conclusions: Short version of the General Health Questionnaire is a reliable instrument to timely identify psychological uneasiness in women, and to derive them to a mental health institution.

Key words: psychological uneasiness, screening, instruments, questionnaire, women, reproduction, detection.

RÉSUMÉ

Objectif: proposer une version courte du Questionnaire Général de Santé de Goldberg qui puisse être appliquée comme test de tamis dans des institutions publiques non spécialisées en santé mentale.

Patients et méthode: des femmes de plus de 18 ans de la consultation de l'Institut National de Péritnatalogie. Application du Questionnaire Général de Santé, version de 30 questions, de manière consécutive pendant neuf mois. On a employé le point de coupure 7/8

pour distinguer les patientes *cas* de celles *non cas*. On a employé des processus statistiques descriptifs, analyse factorielle, sensibilité et spécificité. On a fait une analyse de concordance entre versions et on a appliqué la nouvelle version de 15 questions sur un échantillon indépendant. Avec le test du χ^2 de la qualité d'ajustement on a fait la comparaison des proportions obtenues entre les deux versions, pour vérifier égalité entre elles.

Résultats: on a produit un instrument avec 15 questions qui a montré son utilité dans la prospection de cas avec malaise psychologique, avec sensibilité de 0.988, spécificité de 0.828 et alpha de Cronbach de 0.910.

Conclusions: la version courte du Questionnaire Général de Santé est un instrument fiable pour l'identification opportune de malaise psychologique de femmes et leur subséquent envoi à un service d'attention de la santé mentale.

Mots-clés: malaise psychologique, prospection, instruments, questionnaires, femmes, reproduction, identification.

RESUMO

Objetivo: Propor uma versão curta do Questionário Geral da Saúde de Goldberg que possa ser aplicado como prova de tamis em instituições públicas não especializadas em saúde mental.

Pacientes e método: São mulheres maiores de 18 anos de idade que se consultam no Instituto Nacional de Perinatologia. Foi aplicado o Questionário Geral de Saúde, versão de 30 reativos, de maneira consecutiva durante nove meses. Foi utilizado o ponto de corte 7/8 para distinguir pacientes *caso* das *não caso*. Utilizaram processos estatísticos descriptivos, análise fatorial, sensibilidade e especificidade. Também foi realizada uma análise de concordância entre versões e aplicou-se a nova versão de 15 reativos a uma amostra independente. Com a prova da χ^2 de bondade de ajuste, comparou as proporções obtidas entre ambas versões, para indicar igualdade entre elas.

Resultados: Gerou-se um instrumento com 15 reativos, que demonstrou utilidade no rastreamento de casos com mal-estar psicológico, com sensibilidade de 0,988, especificidade de 0,828 e alfa de Cronbach de 0,910.

Conclusões: A versão curta do Questionário Geral da Saúde é um instrumento confiável para a identificação oportuna de mal-estar psicológico de mulheres e seu encaminhamento a um serviço de atenção da saúde mental.

Palavras-chave: Mal-estar psicológico, rastreamento, instrumentos, questionários, mulheres, reprodução, identificação.

Los padecimientos ginecoobstétricos se acompañan, casi siempre, de una experiencia emocional crítica asociada al efecto que la alteración fisiológica tiene en la esfera emocional, sin que necesariamente existan esquemas de tratamiento que también atiendan sus necesidades de apoyo psicológico. En términos generales puede aceptarse que la mayoría de las personas que demandan atención en una institución de salud no psiquiátrica tienen algún grado de *malestar psicológico* que no puede tipificarse en la nosología psiquiátrica, pero que requiere atención.

El malestar psicológico es un “conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva”¹.

Puesto que las instituciones que atienden la salud reproductiva de las mujeres no necesariamente identifican los casos que requieren atención mental, es menester diseñar y validar instrumentos confiables que proporcionen indicadores para la identificación de las pacientes que requieran apoyo psicológico y que, a su vez, cumplan con características factibles de aplicación institucional breve y que puedan ser manejados por personal no especializado. La búsqueda de formas abreviadas de los instrumentos de tamiz resulta en ganancia de tiempo, rapidez de detección y sencillez en la aplicación y calificación.² Además, su utilidad se demuestra cuando los riesgos identificados por una clasificación errónea son bajos.³

El Cuestionario General de Salud es un instrumento autoaplicable, diseñado por David Goldberg (1972)⁴ para la identificación de pacientes con alteraciones mentales, no psicóticas, en población general y que ameritan tratamiento especializado. Este cuestionario evalúa el estado mental actual pero no ofrece una medida duradera ni la posibilidad de prever recaídas. La versión original del cuestionario

* Jefe del Departamento de psicología.

** Psicóloga adscrita al Departamento de psicología.
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia: Dr. Francisco Morales Carmona. Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales núm. 800, colonia Lomas de Virreyes, CP 11000, México, DF.

Recibido: abril, 2008. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Morales CF, Pimentel ND, Sánchez BC, Henales AC. Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la detección oportuna de malestar psicológico en mujeres. Ginecol Obstet Mex 2008;76(6):313-8.

La versión completa de este artículo también puede consultarse en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

consta de 60 reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno, en forma de escala Likert. Evalúa cinco áreas: síntomas somáticos, trastornos del sueño, desadaptación social, ansiedad y depresión (Gómez, 1990).⁵ La aplicación del Cuestionario General de Salud se propone como tamiz para la identificación de mujeres con malestar o alteración psicológica y que pueda enviarse a entrevista clínica. No sustituye el juicio clínico o la valoración diagnóstica. Este cuestionario se diseñó para identificar alteraciones mentales no psicóticas. A los autores les interesó para la detección de casos de *malestar psicológico* y por su utilidad demostrada en diferentes estudios: Espíndola y su grupo (2006),⁶ Sánchez y sus colaboradores (2007),⁷ y Díaz y coautores (2006),⁸ entre otros.

El Cuestionario General de Salud se ha aplicado en varios países, en sus versiones general y abreviada de 28 y 30 reactivos.^{9,10} También existen versiones de 12 reactivos que responden a las demandas de poblaciones sajonas.¹¹⁻¹⁴

Con el propósito de contar con puntos de corte ajustados a la realidad psicosocial de mujeres mexicanas, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), que es una institución de investigación, enseñanza y asistencia que atiende mujeres en edad reproductiva sin seguridad social, se realizó un estudio para establecer los puntos de corte del Cuestionario General de Salud en su versión de 30 reactivos (Cuestionario General de Salud-30) para diagnosticar *casos y no casos* de alteración mental no psicótica. El punto de corte establecido para población ginecoobstétrica fue de 7/8, con sensibilidad y especificidad del 78% para ambos estadísticos. En este informe se empleó la entrevista diagnóstica del DSM III como criterio externo.⁵

El objetivo de este trabajo es generar una versión abreviada del Cuestionario General de Salud que pueda aplicarse como prueba de tamiz en instituciones públicas de salud que no se especializan en la atención de la salud mental, que responda a las demandas de la población mexicana y que sea capaz de identificar *malestar psicológico*. Como objetivo secundario se pretende establecer categorías de gravedad de afectación de los individuos.

PACIENTES Y MÉTODO

A lo largo de nueve meses consecutivos se invitó a contestar el Cuestionario General de Salud-30 a todas las

mujeres mayores de 18 años que acudieron por primera vez a solicitar atención al Instituto Nacional de Perinatología, independientemente de su estado fisiológico o diagnóstico médico. A todas las mujeres se les solicitó su consentimiento informado, se les proporcionó un espacio con privacidad para contestar el cuestionario y cuando así lo solicitaron se les envió para recibir atención psicológica. El protocolo lo aprobaron las Comisiones de Ética e Investigación de la institución.

Sólo se incluyeron cuestionarios completos. Para establecer las categorías de *caso-no caso* se utilizó el punto de corte calibrado previamente en la misma institución (7/8) por Gómez y su grupo (1990).⁵ Con base en el total de puntos acumulados por mujer se establecieron categorías de gravedad y quedaron tres estratos: 8 a 15 puntos como *caso leve*, 16 a 22 puntos *caso moderado* y 23 a 30 puntos como *caso grave*. Entre los casos clasificados como graves existe mayor probabilidad de encontrar trastornos tipificables nosológicamente, mientras que los casos leves y moderados corresponden a malestar psicológico.

Para seleccionar los reactivos con mayor capacidad de discriminación se utilizó el análisis factorial. Después de seleccionar los 15 reactivos de mayor peso factorial se realizó un análisis de sensibilidad y especificidad para elegir el mejor punto de corte y estratificación, respecto a la gravedad, para la versión abreviada a partir de la cual se efectuó un análisis de concordancia. Posteriormente se seleccionó una muestra independiente de 750 casos, según los criterios de Feinstein (1987)¹¹ para la estandarización y validación de instrumentos que contempla contar entre 5 y 10 casos por el número de reactivos del instrumento y el número de opciones de respuesta para cada reactivo, a quienes se les aplicó de manera consecutiva hasta cubrir la cuota de la versión abreviada del instrumento. Por último, se realizó una prueba de la χ^2 de bondad de ajuste para comparar las proporciones obtenidas entre ambas versiones y corroborar la igualdad entre ellas, y análisis de confiabilidad mediante α de Cronbach.

RESULTADOS

Se invitó a participar en el estudio a 5,500 mujeres. Para el análisis se contó con 5,134 (93.3%) pacientes, de las cuales 1,972 (38.4%) ingresaron al Instituto Nacional de Perinatología por padecimientos ginecológicos y 3,162 (61.6%) para atención obstétrica. La edad promedio de

las mujeres fue 30.3 ± 9.43 años y la escolaridad tuvo un promedio de 10.6 ± 3.5 años. Los antecedentes gineco-obstétricos de la muestra se resumen en el cuadro 1. Las mujeres que acudieron a recibir atención prenatal tuvieron de 1 a 2 embarazos, con una frecuencia significativamente mayor que las ginecológicas, por los casos de nuligestas. Así mismo, se registró una proporción significativamente mayor de mujeres con tres o más abortos, entre las no embarazadas.

De acuerdo con el Cuestionario General de Salud-30, 51% de las mujeres obtuvo suficientes puntos para catalogarlas como *caso* y, de acuerdo con los puntos de corte propuestos, 33.5% se diagnosticaron como *caso leve*, 13.36% como *caso moderado* y 4.1% *caso grave*.

El análisis factorial permitió seleccionar 15 reactivos con base en sus pesos factoriales. En la figura 1 está la curva de características operativas para el receptor (curva ROC por sus siglas en inglés) donde se ubica el punto 4/5 como el punto de corte que ofrece los mejores valores de sensibilidad y especificidad. Con este punto de corte la prevalencia de *malestar psicológico* es de 51.3%, con una sensibilidad de 0.988 y especificidad de 0.828. Los valores predictivos positivo y negativo fueron 85.7 y 98.58%, respectivamente.

Se proponen como estratos para la versión corta de 15 reactivos los siguientes: 0 a 4 puntos *no caso* (41.1%);

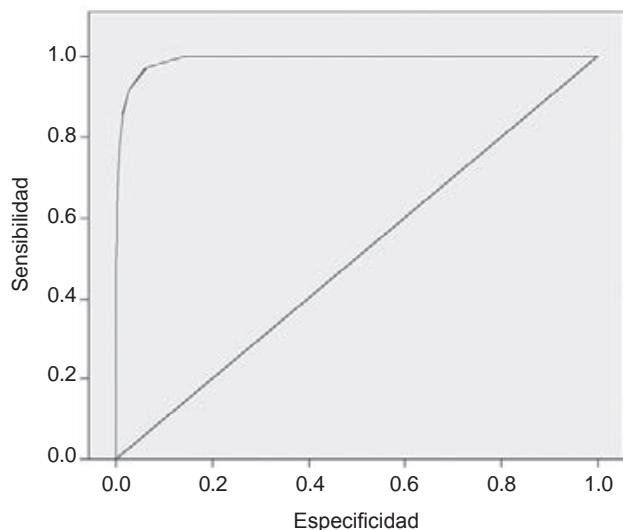


Figura 1. Sensibilidad y especificidad del Cuestionario General de Salud -15.

caso leve entre 5 y 10 puntos (35.8%); *caso moderado* para puntajes entre 11 y 13 (16.0%); y, para *caso grave* 14 y 15 puntos (7.1%).

El cuadro 2 muestra la existencia de 76.9% de casos concordantes entre el Cuestionario General de Salud-30 y el Cuestionario General de Salud-15. El subregistro de casos fue de 3.4% y 19.7% de sobreregistro. También se

Cuadro 1. Características de la muestra

		Muestra total n = 5,134 (%)	Ginecológica n = 1,972 (%)	Obstétrica n = 3,162 (%)
Gestaciones	Ninguno	14.6	35.1	1.8
	1 - 2	51.1	33.1	62.3
	> 3	34.3	31.8	35.9
Partos	Ninguno	72.9	70.0	74.7
	1 - 2	20.0	17.1	21.8
	> 3	7.1	12.9	3.5
Abortos	Ninguno	71.8	66.3	75.3
	1 - 2	23.6	27.6	21.1
	> 3	4.6	6.1	3.6
Cesáreas	Ninguno	74.3	78.8	71.5
	1 - 2	24.1	18.9	27.4
	> 3	1.6	2.3	1.1
Óbitos	Ninguno	95.5	95.6	95.4
	1 - 2	4.3	4.1	4.4
	> 3	0.2	0.3	0.2
Hijos vivos	Ninguno	52.9	55.6	51.2
	1 - 2	37.6	27.1	44.1
	> 3	9.5	17.3	4.7

Cuadro 2. Análisis de concordancia

	Gravedad de los casos según el Cuestionario General de Salud-15		Gravedad de los casos según el Cuestionario General de Salud-30		
	Grave	Moderado	Leve	No caso	Total
Grave	149 (70.6)	209 (30.5)	6 (0.3)	0 (-)	364 (7.1)
Leve	62 (29.4)	395 (57.6)	364 (21.1)	0 (-)	821 (16.0)
Moderado	0 (-)	82 (12.0)	1,323 (76.8)	432 (17.2)	1,837 (35.8)
No caso	0 (-)	0 (-)	30 (1.7)	2,082 (82.8)	2,112 (41.1)
Total	211 (100)	686 (100)	1723 (100)	2,514 (100)	5,134 (100)

$\chi^2 = 6532; p < 0.0001$. Casos concordantes: 3949/5134 = 76.9%. Subregistro = 174/5134 = 3.39%. Sobrerregistro = 1011/5134 = 19.69%.

observa que los estratos más afectados corresponden a los *casos moderados y graves*. Por tratarse de un instrumento de tamiz, la disminución en el número de reactivos tiene mayor ventaja que el posible sobrediagnóstico en el que pueda estarse incurriendo, aunado al hecho de que la versión de Cuestionario General de Salud-15 produce más falsos positivos y menos falsos negativos.

La muestra independiente de 750 casos que respondieron el Cuestionario General de Salud-15 mostró una prevalencia de 49.7%. De acuerdo con el punto de corte propuesto, los estratos de gravedad tienen 34.5% de *casos leves*, 10.3% de *casos moderados* y 4.9% de *casos graves*. La prueba de la χ^2 de bondad de ajuste mostró un resultado no significativo, lo que corrobora que no hay diferencias entre las proporciones observadas y esperadas entre las versiones del Cuestionario General de Salud-30 y el Cuestionario General de Salud-15 ($\chi^2 = 7.101; p = 0.07$).

El último elemento para considerar que se trata de un instrumento confiable para su uso en el trabajo de detección fue el α de Cronbach, que mostró un coeficiente de 0.9305 para el Cuestionario General de Salud-30 y de 0.9100 para el de 15 reactivos.

DISCUSIÓN

Este trabajo permitió obtener una versión de 15 reactivos del Cuestionario General de Salud con tres estratos que distinguen la gravedad respecto de los casos y lo establecen como un buen instrumento de detección. El cuestionario final destaca las cualidades psicométricas deseables en una prueba de escrutinio, como la sensibilidad (0.988), especificidad (0.828) y el α de Cronbach de 0.910. Así

mismo, debido a que los indicadores de utilidad fueron notoriamente altos, el cuestionario no sólo detecta los *posibles casos* sino también ofrece una buena clasificación de los *no casos*. De hecho, tanto la versión del Cuestionario General de Salud-30 como la del Cuestionario General de Salud-15 tienden más a sobrediagnosticar los *casos* (por los falsos positivos) y registran adecuadamente los *no casos* (con una tasa no significativa de falsos negativos), además de ser autoaplicable, breve, de calificación sencilla y rápida y no requerir personal especializado para su aplicación, calificación e interpretación.

Si bien la versión abreviada del Cuestionario General de Salud, como instrumento de tamiz, no responde a la demanda de un diagnóstico, sí permite la identificación oportuna que alerte al equipo de salud de las pacientes que deben enviarse para su atención a un servicio especializado en salud mental, donde se apliquen las técnicas específicas de tipo psicométrico o de entrevista con los que el juicio de un clínico experimentado pueda diagnosticar, pronosticar y ofrecer las mejores opciones de intervención terapéutica.

Se coincide con Espíndola y sus colaboradores (2006)⁶ en que el Cuestionario General de Salud es útil para la evaluación subjetiva de sensación de bienestar general y, por ende, en la posibilidad de detección de casos de malestar psicológico. Es importante haber identificado una prevalencia de malestar psicológico de 51% mediante el Cuestionario General de Salud-30 y de 49.7% con el Cuestionario General de Salud-15. La mayor prevalencia fue en mujeres embarazadas con respecto a las ginecológicas. Estos resultados coinciden con los de Abiodun,¹³ Makowska,¹⁴ Botega,¹⁵ Morales¹ y Espíndola⁶ que han

informado una prevalencia de casos entre 40 y 52% en pacientes de atención primaria y de características semejantes. Por tanto, los eventos reproductivos se asocian con reacciones emocionales que generalmente afectan el apego al tratamiento de las pacientes y dificultan su proceso médico, amén de los casos en que se incrementa la solicitud de atención médica, porque subyace la búsqueda de soluciones a necesidades afectivas. De aquí la utilidad de un instrumento de detección de estas características, como parte de un modelo de atención psicológica en instituciones de salud.¹²

En conclusión: la versión abreviada y calibrada del Cuestionario General de Salud es una buena opción para la detección de *posibles casos* en la identificación de trastornos mentales y de malestar psicológico de mujeres en edad reproductiva, situación que permitirá una intervención oportuna.

En Memoria de la Dra. Esther Casanueva y López,[†] por haber sido colaboradora de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Morales-Carmona F, Díaz FE, Espíndola HG, Henales AC y col. Concepto de salud psicológica. En: Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. Vol. I Universidad Iberoamericana, The Scranton University. México: El Manual Moderno, 2005;pp:49-62.
2. Ezbán M, Medina Mora ME, Peláez O, Padilla P. Sensibilidad del Cuestionario General de Salud de Goldberg para detectar la evolución de pacientes en tratamiento psiquiátrico. Salud Mental 1984;7(3):68-71.
3. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiología clínica. Barcelona: Masson, 2002.
4. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness questionnaire. Maudsley Monograph. Oxford: Oxford University Press, 1972;pp:21 y 155.
5. Gómez EM, Morales-Carmona F, Aretia PA, Gutiérrez E. Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. Ginecol Obstet Mex 1990;58:112-6.
6. Espíndola-Hernández JG, Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Nieto D y col. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. Perinatología y Reproducción Humana 2006;20(4):112-22.
7. Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F, Carreño MJ, Cuenca VJ. Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la Ciudad de México. Psicología Iberoamericana 2007;15(1):60-67.
8. Díaz-Franco E, Rodríguez-Pérez L, Mota-González C, Espíndola-Hernández G y col. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod Hum 2006;20(4):80-90.
9. Fontanesi F, Gobetti C, Zimmermann-Tansella C, Tansella N. Validation of the italian version of the GHQ in a general practice setting. Psychol Med 1985;15(2):411-5.
10. Bell T, Watson M, Sharp D, Lyons I, Lewis G. Factors associated with being a false positive of the General Health Questionnaire. Soc Psychiatr Epidemiol 2005;40(5):402-7.
11. Feinstein AR. Clinimetrics. London: Yale University Press, 1987.
12. Morales-Carmona F, Díaz FE, Espíndola HG, Henales AC y col. Psicopatología y atención psicológica institucional. Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. Vol II. Universidad Iberoamericana, The Scranton University. México: El Manual Moderno, 2005;pp:57-67.
13. Abiodun OA, Adetoro OO, Ogunbode OO. Psychiatric morbidity in a gynaecology clinic in Nigeria. J Psychosom Res 1992;36(5):485-90.
14. Makowska Z, Merecz D, Moscicka A, Kolasa W. The validity of General Health Questionaries, GHQ-12 and GHQ-28 in mental health studies of working people. Int J Occup Med Environ Health 2002;15(4):353-62.
15. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, García MC, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standarized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviews in a Brazilian hospital. Soc Psychiatric Epidemiol 1995;30(3):127-31.