

Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia

L. de la Revilla Ahumada^a, A.M. de los Ríos Álvarez^b y J.D. Luna del Castillo^c

Objetivo. Analizar el valor del Cuestionario General de Salud de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) para identificar problemas psicosociales (PPS), relacionándolo con los acontecimientos vitales estresantes (AVE), la utilización de servicios y las variables individuales (edad, sexo, actividad, nivel socioeconómico y cultural).

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Centro de Salud de Almanjajar, Granada.

Participantes. Un total de 314 pacientes mayores de 18 años seleccionados por muestreo sistemático en consulta a demanda.

Mediciones principales. Cada paciente realizó una entrevista y cumplimentó el GHQ-28 (las puntuaciones ≥ 8 se consideraron indicativas de problemas psicosociales), y se valoraron la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (acontecimientos vitales estresantes en el último año), el nivel socioeconómico, el nivel cultural, la actividad y la utilización de los servicios sanitarios (número de consultas en el último año). Se realizó un análisis descriptivo de cada variable y su asociación con el GHQ-28 mediante el test de la χ^2 . Para determinar qué categorías se asociaban de manera independiente con las puntuaciones altas de GHQ se hizo un análisis multivariable.

Resultados. Las variables estudiadas que se asocian con mayor probabilidad de presentar problemas psicosociales son el sexo femenino (*odds ratio* [OR] = 2,15; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,14-4,04) y la presencia de altos niveles de estrés (OR = 2,65; IC del 95%, 1,50-4,68), que mantendrían una relación estadísticamente significativa con las puntuaciones del GHQ una vez se han tenido en cuenta todas las variables.

Conclusiones. GHQ puede ser un buen detector de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia y ayudar a la posterior identificación y estudio cualitativo de los pacientes.

Palabras clave: Problemas psicosociales. Acontecimientos vitales estresantes. Hiperutilización de servicios. Cuestionario General de Salud de Goldberg.

USE OF THE GOLDBERG GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-28) TO DETECT PSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN THE FAMILY PHYSICIAN'S OFFICE

Objective. To analyze the usefulness of the 28-item Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) in identifying psychosocial problems, and to determine how the questionnaire scores are related to stressful life events (SLE), use of health services, and individual variables (age, sex, employment status, socioeconomic group, and educational level).

Design. Cross-sectional study.

Setting. Almanjajar Health Center in the city of Granada, Southern Spain.

Participants. 314 patients more than 18 years of age, selected by systematic sampling at an on-demand health center.

Main measures. Each patient completed the GHQ-28 during the course of a personal interview, and scores of 8 or higher were considered to indicate psychosocial problems. Score on the Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe (stressful life events during the previous year) was also recorded, as were socioeconomic group, educational level, employment status and use of services (number of visits to the doctor during the previous year). All variables were subjected to descriptive analysis and their associations with the GHQ-28 score were tested with the chi-squared test. Multivariate analysis was used to identify categories that showed an independent association with high scores on the GHQ-28.

Results. The variables associated with a greater likelihood of psychosocial problems were female sex (OR, 2.15; CI, 1.14-4.04) and high levels of stress (OR, 2.65; CI, 1.50-4.68). Both showed a statistically significant association with the GHQ-28 score after multivariate analysis.

Conclusions. The GHQ-28 is a potentially useful instrument to detect psychosocial problems in the family physician's office, and can aid in the subsequent identification and qualitative evaluation of patients.

Key words: Psychosocial problem. Stressful life events. Service overuse. Goldberg General Health Questionnaire.

English version available at
www.atencionprimaria.com/70.886

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 423)

^aDoctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia. Coordinador Regional de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio Andaluz de Salud.

^bDoctora en Medicina Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de familia del Centro de Salud de Loja. Granada. España.

^cDoctor en Medicina. Profesor del Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. Granada. España.

Correspondencia:
Ana M. de los Ríos Álvarez.
Pavanas, 5, 3.ª A. 18009
Granada. España.
Correo electrónico:
Anamdelosrios@yahoo.es

Manuscrito recibido el 6 de marzo de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 6 de octubre de 2003.

Introducción

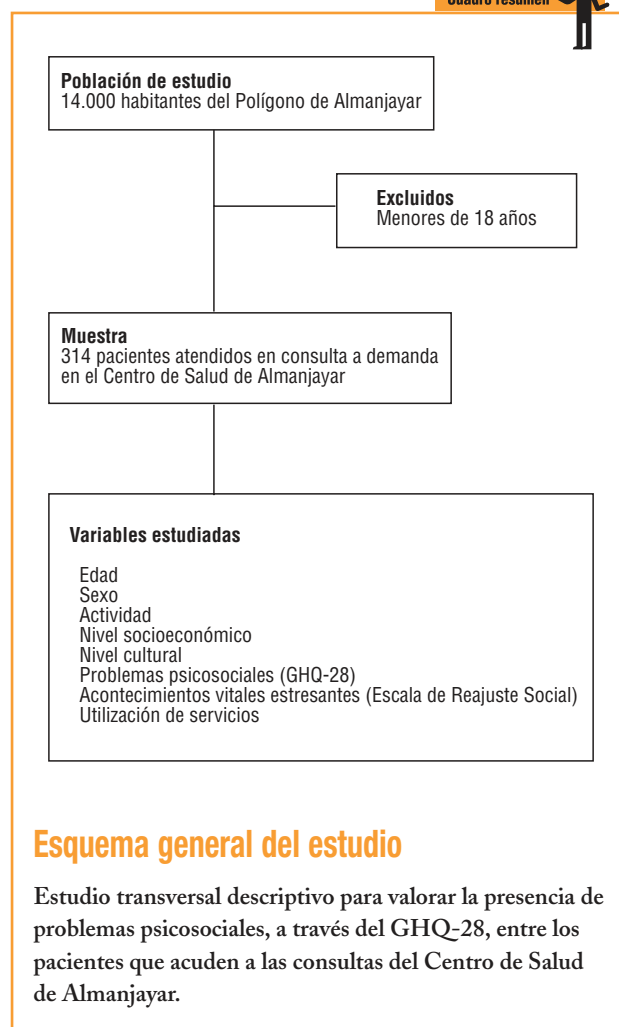
Los médicos de familia se encuentran a diario con pacientes que presentan un amplio espectro de problemas de salud, pues son la puerta de entrada al sistema sanitario. Muchas veces resulta complicado hacer un diagnóstico y, con frecuencia, el profesional se enfrenta a diversos grados de incertidumbre. Como señala Stephens¹, el paciente forma parte de varios sistemas sociales y para conocerlo realmente es necesario entender su situación personal, familiar y social de la manera más completa posible.

Entre los motivos de consulta, por su frecuencia e implicaciones diagnósticas y terapéuticas, se encuentran los denominados problemas psicosociales (PPS), que De la Revilla² definió «como las situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición, en los individuos afectados, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con alteraciones de la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros». Si lo que define los PPS no es la expresión clínica sino la causalidad, el estrés social, se comprende la dificultad que encuentra el médico de familia para detectar a estos pacientes en las consultas de atención primaria, pues se trata de pasar a primer término lo que está por detrás de la demanda del paciente, esto es, las situaciones que están alterando la dinámica familiar, social... Higgins³ afirma que cerca de la mitad de los PPS permanecen desconocidos en la consultas de primer nivel. En la práctica diaria, los pacientes no las consultan directamente por sus PPS⁴, y es difícil para el médico encontrar indicios que los sugieran en las demandas que se le plantean. Por otra parte, la mejora en el diagnóstico y tratamiento de los PPS por parte de los médicos generales redundará en una asistencia de calidad⁵ y con una relación coste-efectividad mejor que la basada en servicios especializados. El objetivo del presente trabajo es evaluar el Cuestionario General de Salud de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) como detector de PPS y su relación con sus factores causales (los acontecimientos vitales estresantes [AVE]), una de sus consecuencias (la utilización de servicios) y algunas variables individuales (edad, sexo, actividad, nivel socioeconómico y cultural).

Pacientes y método

Para el estudio se seleccionaron 3 consultas del Centro de Salud de Almanjayar. En ellas predomina la población de clase media-baja. Por muestreo sistemático, a través de la hoja de cita previa, se recogieron datos de 314 pacientes que aceptaron participar en el estudio. El porcentaje de participación en el estudio fue del 85%. Una vez terminada la consulta por la cual habían acudido al

Material y métodos
Cuadro resumen



centro, se les invitaba a realizar una entrevista, en otra consulta, con una duración aproximada de 10-15 min, en la que contestaban al GHQ-28⁶ y la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (ERS)⁷, y se recogían datos demográficos: edad, sexo, actividad, nivel socioeconómico⁷ y cultural⁸. Se excluyó a los individuos menores de 18 años.

GHQ-28 de Goldberg

Durante la entrevista, los pacientes contestaron al GHQ-28, subdividido en 4 subescalas, con 7 preguntas cada una, referidas a síntomas somáticos, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión. Se consideró como sospecha de PPS cuando el número de respuestas señaladas en las dos columnas de la derecha era ≥ 8 .

Escala de reajuste social

Para evaluar los AVE se utilizó la ERS⁹. El reajuste fue definido por los autores como «la cantidad y duración del cambio en el patrón de vida usual del sujeto». Se recogen sólo los AVE que han sucedido en el último año. La ERS consta de 43 ítems organizados de mayor a menor; cada uno de los eventos tiene una puntuación denominada «unidades de cambio vital» (UCV), desde 100 en el más grave a 11 en el menos importante. Cuando la su-

ma es de 150 UCV o más, se considera que ese nivel de estrés puede afectar a la salud individual o familiar.

Actividad

Se han considerado los siguientes grupos: trabajador en activo, parado, jubilado, estudiante.

Indicador del nivel socioeconómico

Se utiliza la Clasificación Nacional de Ocupación que, según el nivel de calificación laboral, incluye al individuo en uno de los 6 grupos socioeconómicos (I: directivos, técnicos superiores; II: gerentes de comercio, servicios técnicos; III: cuadros y mandos intermedios; IV: trabajadores cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios, trabajadores autónomos; V: trabajadores no cualificados, y VI: otros casos mal especificados).

Indicador del nivel cultural

Permite clasificar a los pacientes según los estudios que han podido completar dentro de 7 apartados:

1. Analfabeto.
2. Sin estudios, sabe leer y escribir.
3. Estudios primarios.
4. Estudios secundarios de primer grado.
5. Estudios secundarios de segundo grado.
6. Estudios superiores medios.
7. Estudios universitarios.

Utilización de servicios

A través de las historias clínicas se recoge el número de consultas a demanda que los pacientes han realizado el año anterior al estudio. Los individuos fueron clasificados como normoutilizadores o hiperutilizadores de acuerdo con la frecuencia registrada. Atendiendo a un estudio realizado sobre la utilización de los servicios sanitarios en el Centro de Salud de Cartuja¹⁰, establecimos la siguiente relación consultas/año para clasificar el uso: normoutilizador (≤ 8 consultas/año) e hiperutilizador (> 8 consultas/año).

Método estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables del estudio atendiendo a su distribución de frecuencias y a medidas de resumen, como la media, la mediana y la desviación típica. Tras categorizar la variable «puntuación total de GHQ (< 8 , ≥ 8)», para estudiar la asociación de dicha variable con las demás se empleó el test de la χ^2 para cada una de las tablas de contingencia; en los casos en que éste no era apropiado se empleó el test exacto de Fisher para tablas 2×2 o su generalización para el caso $r \times c$. Finalmente, para determinar los factores que se asociaban con una puntuación alta del GHQ de manera independiente, se llevó a cabo el ajuste mediante regresión logística de un modelo en el que se consideraron todas las variables. La bondad de ajuste del modelo se confirmó con el test de Hosmer-Lemeshow, que no resultó significativo. Los resultados del ajuste se presentan en forma de *odds ratio* (OR), con sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

Puntuaciones GHQ

La puntuación media para el GHQ se encuentra en $9,25 \pm 6,71$. El 56% de los entrevistados presenta puntuaciones

TABLA 1

Relación entre las puntuaciones del Cuestionario General de Salud de Goldberg y las puntuaciones de la Escala de Reajuste social: acontecimientos vitales estresantes

UCV	GHQ				Total
	< 8		≥ 8		
	n	%	n	%	
≤ 149 UCV	95	57	72	43	167
≥ 150 UCV	41	28	106	72	147
Total	136		172		314

GHQ: Cuestionario General de Salud de Goldberg; UCV: unidades de cambio vital; AVE: acontecimientos vitales estresantes.
 $p = 0,0001$. $\chi^2 = 26,77$.

≥ 8 , por lo que se considera que puede tener algún tipo de PPS.

Acontecimientos vitales estresantes

De los 314 pacientes encuestados, se comprueba que 147 (47%) referían un número de AVE en el año anterior a la entrevista cuya suma era de 150 o más UCV según la ERS.

Utilización de servicios

Se detectó 151 (48%) individuos hiperutilizadores (más de 8 visitas en el año anterior).

Edad y sexo

En cuanto a la edad, la muestra se agrupa en 63 casos (20%) de edad ≤ 29 años, 202 pacientes (64,3%) entre 30 y 59 años, y 49 (15,6%) mayores de 60 años, con un rango de 20-78 años. La edad media fue de $42,3 \pm 13,85$ años. El 30,6% es varón, y el 69,4%, mujer.

Actividades laborales

Un 44,3% son trabajadores, el 36,7% está en paro y el 18,8% está jubilado.

Datos socioeconómicos y culturales

El 75% de la muestra se encontraba en el nivel IV (trabajadores cualificados o semicualificados de la industria, servicios, autónomos, etc.). Un 15% de trabajadores son no cualificados, ocupando el nivel más bajo (V) de la escala. Al evaluar el nivel cultural apreciamos que 155 (49,4%) de los encuestados completaron sus estudios primarios, 104 (33,1%) sólo sabían leer y escribir y 22 personas (7%) se declararon analfabetas.

Análisis univariante

Relación entre el nivel de estrés detectado (acontecimientos vitales estresantes) y las puntuaciones del GHQ-28. Las puntuaciones elevadas en el GHQ se corresponden con mayores niveles de AVE en el periodo del año inmediatamente anterior al estudio. Así, el 72% de los pacientes con 150 o más UCV tenían puntuaciones elevadas de GHQ, mien-

TABLA 2 Relación entre las puntuaciones del Cuestionario General de Salud de Goldberg y los acontecimientos vitales estresantes agrupados según la cuantía de unidades de cambio vital

UCV	GHQ					
	≥ 8		< 8		Total	
	n	%	n	%		
100-50	210	73	78	27	288	21
47-40	230	68	107	32	337	25
39-30	150	67	72	33	222	16
29-23	144	68	68	32	212	15,5
20-11	175	58	128	42	304	22,5
Total	910	67	453	33	1363	100

GHQ: Cuestionario General de Salud de Goldberg; AVE: acontecimientos vitales estresantes; n: número de unidades de cambio vital acumuladas; UCV: unidades de cambio vital.
 $p = 0,0023$; $\chi^2 = 16,52$.

TABLA 3 Relación entre las puntuaciones del Cuestionario General de Salud de Goldberg y la utilización de los servicios de salud

Utilización servicios	GHQ				Total
	< 8		≥ 8		
	n	%	n	%	
Normoutilizadores	100	61	63	39	163
Hiperutilizadores	36	24	115	76	151
Total	136		178		314

GHQ: Cuestionario General de Salud de Goldberg.
 $p = 0,001$; $\chi^2 = 44,9$

tras que sólo el 43% de los sujetos con 149 o menos UCV presentaban también puntuaciones altas de GHQ (tabla 1). Al dividir el cuestionario en 5 grupos, en función de las puntuaciones, encontramos diferencias (tabla 2) en el sentido de que los individuos con GHQ alto presentaban con más frecuencia AVE importantes (grupo de ítems del 1 al 7, entre 100 y 50 UCV). Por el contrario, en el grupo con AVE menos importantes (grupo de ítems del 32-43, entre 20 y 11 UCV), el GHQ mayor de 8 era menos frecuente.

Relación de la utilización de servicios y las puntuaciones del GHQ. Como se aprecia en la tabla 3, los hiperutilizadores muestran puntuaciones de GHQ más altas que los normoutilizadores ($p < 0,001$).

Relaciones de las variables demográficas y las puntuaciones del GHQ. Edad y sexo. Se observa un porcentaje algo más elevado de individuos entre 30 y 59 años que presentan un GHQ alto, aunque no se alcanza significación estadística. El hecho de ser mujer se asocia con puntuaciones más altas de GHQ (tabla 4).

TABLA 4 Relación de las puntuaciones del Cuestionario General de Salud de Goldberg con el sexo y la edad de los individuos entrevistados

	GHQ				Total	
	< 8		≥ 8			
	n	%	n	%		
Sexo						
Varones	50	52	46	48	96	p = 0,0379
Mujeres	86	39	132	61	218	$\chi^2 = 4,33$
Total	136		178		314	
Edad (años)						
18-29	35	55,6	28	44,4	63	
30-59	80	39,6	122	60,4	202	p = 0,0828
> 60	21	43	28	57	49	$\chi^2 = 4,98$
Total	136		178		314	

GHQ: Cuestionario General de Salud de Goldberg.

TABLA 5 Relaciones de las puntuaciones del Cuestionario General de Salud de Goldberg con la actividad y el nivel socioeconómico y cultural de los individuos entrevistados

	GHQ				Total	
	< 8		≥ 8			
	n	%	n	%		
Actividad						
Trabaja	63	45	76	55	139	p = 0,9631
Paro	49	42,6	66	57,4	115	$\chi^2 = 1,271$
Estudia	–	–	1	–	1	
Jubilado	24	41	35	59	59	
Socioeconómico ^a						
I	–	–	–	–	–	p = 0,0364
II	3	75	1	25	4	$\chi^2 = 8,971$
III	14	58	10	42	24	
IV	105	44,5	131	55,5	236	
V	14	28	36	72	50	
Nivel cultural						
1. Analfabeto	3	13,6	19	86,4	22	
2. Sabe leer y escribir	40	38,5	64	61,5	104	p = 0,0011
3. Estudios primarios	74	47	82	53	156	$\chi^2 = 22,860$
4. Estudios secundarios	17	68	8	32	25	
5. Bachiller superior	1	20	4	80	5	
6. Estudios superiores	2	–	–	–	2	

^aI: directivos, técnicos superiores; II: gerentes de comercio, servicios técnicos; III: cuadros y mandos intermedios; IV: trabajadores cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios, trabajadores autónomos; V: trabajadores no cualificados; VI: otros casos mal especificados.

Actividad del entrevistado. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de actividad (tabla 5).

TABLA 6 Odds ratio (OR) de las variables analizadas y resultado de la regresión logística múltiple

Variable	Categorías de referencia	Categorías de riesgo	OR	IC del 95%
Edad (años)	< 30	30-59	1,92	0,93-3,98
		> 59	0,70	0,21-2,36
Sexo	Varón	Mujer	2,15	1,14-4,04
Actividad	Trabaja	No trabaja	0,98	0,54-1,78
Nivel socioeconómico	III-II	IV	1,52	0,51-4,53
		V	2,17	0,57-8,36
Nivel cultural	> 3	2	0,59	0,18-1,92
		3	0,70	0,20-2,46
AVE	< 150 UCV	≥ 150 UCV	2,65	1,50-4,68
Utilización de servicios	Normoutilizador	Hiperutilizador	1,71	0,79-3,69

IC: intervalo de confianza; AVE: acontecimientos vitales estresantes; UCV: unidades de cambio vital.

Nivel socioeconómico y cultural. Parece existir una relación entre la pertenencia a un grupo socioeconómico bajo (grupos IV y, sobre todo, V) y la presencia de altas puntuaciones de GHQ (tabla 5). Se observa que conforme aumenta el nivel cultural decrece el riesgo de tener un GHQ alto (tabla 5), por lo que se considera una variable de protección.

Análisis multivariable

Las categorías de riesgo de las variables estudiadas en relación con la aparición de puntuaciones elevadas de GHQ-28 (tabla 6), que podrían sugerir la presencia de PPS son, en primer lugar, los individuos con acumulación de AVE (≥ 150 UCV), con un riesgo 2,65 veces superior (IC del 95%, 1,50-4,68) y el hecho de ser mujer (OR = 2,15; IC del 95%, 1,14-4,04). Con menos significación se encuentran la pertenencia a los estratos socioeconómicos más desfavorecidos (nivel socioeconómico V; OR = 2,17; IC del 95%, 0,57-8,36), el grupo de edad de 30-59 años (OR = 1,92; IC del 95%, 0,93-3,98) y la hiperutilización de servicios (OR = 1,71; IC del 95%, 0,79-3,69).

Discusión

La dificultad para detectar de forma rápida las demandas que pueden tener su origen en PPS obliga a buscar sistemas que sirvan para descubrir a los pacientes que presentan estrés de origen social. De acuerdo con las propuestas de Hooper et al¹¹, el uso de un cuestionario sencillo que explore procesos somáticos, psicológicos y conductuales puede ser muy útil para descubrir el malestar psicosocial. El General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, validado en nuestro país por Lobo et al¹², ha demostrado ser un buen instrumento para detectar problemas de disfunción social, psicosomáticos, ansiedad y

Discusión Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Los problemas psicosociales provocan en los individuos que los sufren manifestaciones clínicas somáticas, psíquicas y psicosomáticas, así como alteraciones en la dinámica familiar que los llevan, en muchas ocasiones, a la consulta del médico de familia.
- Resulta difícil llegar a conocer la naturaleza de los procesos psicosociales. Por ello, es importante profundizar en el estudio y manejo de este tipo de pacientes.

Qué aporta este estudio

- Los problemas psicosociales deben ser conocidos por el médico de familia. Para lograrlo, podemos contar con instrumentos que faciliten la aproximación a la realidad compleja de cada paciente.
- El GHQ-28 puede ayudar, en este sentido, al relacionarse positivamente con una serie de variables que se encuentran asociadas con la aparición de procesos psicosociales.
- Es preciso seguir investigando cualitativamente en este tipo de problemas.

depresión¹³. Hemos elegido esta versión como instrumento para detectar PPS por tres razones. En primer lugar, porque con similares índices de validez y poder discriminativo, esta versión del GHQ es más corta, por lo que se considera más apropiada para el uso en atención primaria¹⁴. La segunda porque, para un punto de corte entre 7 y 8, la sensibilidad (77%) y especificidad (90%) del GHQ-28 son aceptables para instrumentos de este tipo y comparables a las conseguidas en otros países con cuestionarios de administración e interpretación más laboriosas. Y, la tercera, porque contiene, además de la valoración global, 4 escalas que proporcionan información adicional sobre síntomas psicosomáticos, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión.

En este estudio hemos constatado que el 56% de los individuos tenía puntuaciones altas de GHQ, es decir, que sufría un PPS. Goldberg et al¹⁵ encontraron, al utilizar el GHQ en su primera versión, una prevalencia de posibles trastornos psicológicos en un 37%, porcentaje parecido al obtenido por Marks et al¹⁶ con la utilización del mismo instrumento, la misma metodología y una población muy similar. Ormel et al¹⁷, al utilizar el GHQ entre los enfermos visitados por primera vez en sus consultas, descubrieron un 38,4% de problemas psicosociales. Ormel et al¹⁸ y

Bellantuono et al¹⁹ obtuvieron porcentajes del 40-46%. El porcentaje tan alto de PPS detectado en nuestro estudio es probable que se deba a las precarias condiciones socioeconómicas y culturales de la población, que aumentan la posibilidad de sufrir trastornos psicosociales.

Es de suma importancia la relación de los AVE con las puntuaciones del GHQ. Así, en nuestro estudio apreciamos que las personas que tenían AVE de 150 UCV o más mostraban puntuaciones elevadas de GHQ, y también que los individuos con PPS (GHQ elevados) sufrían AVE más graves (grupo del 1 al 7 de la ERS). Esta relación entre AVE y PPS ha sido observada por otros investigadores. Así, Chen et al²⁰ comprobaron que el 66% de los pacientes que sufrieron AVE tenían PPS. Igualmente, Aro et al²¹ también evidenciaron, con la utilización de una escala de evaluación de AVE en adolescentes, una clara relación entre éstos y los PPS. De la Revilla et al²² constataron que el 65% de los pacientes que sufrieron un número elevado de AVE tenía PPS.

En un estudio sobre frecuentación de servicios, García Lavandera et al²³ encontraron una asociación entre la hiperutilización de las consultas y la presencia de malestar psíquico medido con el GHQ. Nosotros hemos apreciado esta asociación, ya que el 76% de los hiperutilizadores de nuestra serie presentaba GHQ elevados. Esto puede deberse, según Berwick et al²⁴, a que los individuos con PPS necesitan ser atendidos con mayor frecuencia por el sistema sanitario, lo que conduce al aumento de su uso. Sin embargo, también nos parece posible, como afirman Garfield et al²⁵, que los pacientes con PPS presenten, en general, más enfermedades y, en consecuencia, consulten más.

El hecho de que los PPS dieran lugar a un aumento de la utilización de servicios ha sido puesto de manifiesto por otros autores. Así, De la Revilla et al²⁶ comprobaron que el 77% de los pacientes hiperutilizadores tenía PPS e, igualmente, Tessler et al²⁷ y Liptzin et al²⁸ encontraron en sus investigaciones que los sujetos diagnosticados de PPS tienen índices de consultas mayores que el resto de los pacientes.

En cuanto a la relación de las variables individuales con el GHQ, hemos comprobado, por lo que respecta a la edad, que las personas que se encuentran entre los 30 y 59 años y, en menor medida, el grupo de mayores de 60 años, tienen GHQ más elevados. Puede ocurrir que en determinadas épocas de la vida se esté más expuesto al estrés social o familiar, o bien se tiene una distinta sensibilidad para percibirlo; esto encajaría con la tendencia descrita por Verhaak y Wennik²⁹ a percibir procesos somáticos cuando los pacientes son jóvenes y PPS cuando son de mediana edad. Al investigar la relación de los PPS con el sexo, comprobamos que las mujeres tenían mayores puntuaciones de GHQ. Este hecho fue también observado por Vázquez-Barquero et al³⁰ y puede deberse, como sugieren Kessler et al³¹, a que las mujeres piden ayuda cuando tienen un problema psicológico con más facilidad que los varones.

En cuanto a la relación entre la actividad laboral y PPS, Deniel et al³² afirman que son el paro y la incapacidad laboral los dos eventos que tienen mayor importancia en la génesis de estos problemas. En nuestro estudio no existen diferencias significativas entre las distintas actividades y los PPS.

Al evaluar el nivel socioeconómico, comprobamos que los pacientes que se encuentran en los grupos más desfavorecidos (IV y V) tienen una tendencia clara a presentar puntuaciones elevadas en el GHQ, por lo que se puede considerar como un grupo de riesgo para sufrir PPS al formado por personas que se encuentran en este estrato socioeconómico. Como señalaron Synn y Berkman³³, las peores condiciones de vida hacen a las personas de clase más baja más propensas a enfermar, así como a sufrir AVE.

Por último, al estudiar el efecto del nivel cultural sobre la aparición de PPS, hemos podido comprobar que, al aumentar éste, disminuye el riesgo de tener un GHQ alto. Puede deberse al hecho de que las relaciones entre el estado de salud y la clase social no son estáticas, sino que están mediadas por factores culturales. Es decir, en el seno de toda sociedad existen elementos culturales que pueden alterar el efecto de la clase social en el proceso de enfermar. Podemos concluir señalando que el GHQ es un buen detector de PPS, que se relaciona de forma estadísticamente significativa con la presencia de AVE recientes, así como con la pertenencia al sexo femenino. El resto de las variables estudiadas, aunque apunta tendencias, no alcanza significación estadística.

Bibliografía

1. Stephens GG. The intellectual basis of family medicine. *J Fam Pract* 1975;2:423-8.
2. De la Revilla L. Modelos explicativos de la atención familiar. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma, 1994.
3. Higgins ES. A review of unrecognized mental illness in primary care. *Arch Fam Med* 1994;3:908-17.
4. Goldberg DP, Huxley P. *Mental illness in the community, the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock, 1980.
5. Brown C, Schulberg HC. The efficacy of psychosocial treatments in primary care. A review of randomized clinical trials. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;22:414-24.
6. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press, 1972.
7. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
8. Padrón Municipal de habitantes. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1988.
9. Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1976;11:213-8.
10. Aranda Regules JM. Aproximación a los perfiles de utilización de la consulta médica en un centro de salud. *Trabajos de investi-*

- gación I, II, III cursos de Salud Pública. Granada: Publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública, 1988.
11. Hooper EW, Nycz GR, Kessler LG, Burke JD, Pierce WE. The usefulness of Screening for mental illness. *Lancet* 1984;1:33-5.
 12. Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Med* 1986;1116:135-40.
 13. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
 14. Aparicio D. Salud mental. Monografías clínicas en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1992.
 15. Goldberg DP, Kay C, Thompson L. Psychiatric morbidity in general practice and community. *Psychol Med* 1976;6:565-9.
 16. Marks J, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979;9:337-53.
 17. Ormel J, Koeter MW, Van den Brink W, Van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatr* 1991;48:700-5.
 18. Ormel J, Van den Brink W, Koeter MW, Giel R, Van der Meer K, Van de Willige G, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic followup study. *Psychol Med* 1990;20:909-23.
 19. Ballantuono C, Florio R, Williams P, Cortina P. Psychiatric morbidity in an Italian general practice. *Psychol Med* 1987;17:243-7.
 20. Chen CY, Liang YI, Hsieh WC. Evaluation of clinical diagnosis and stressful life events in patients at a rural family practice centre. *Fam Pract* 1989;6:259-62.
 21. Aro H, Hanninen V, Paronen O. Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16 years old adolescents. *Soc Sci Med* 1989;29:1051-6.
 22. De la Revilla L, Aybar R, Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997;19:133-7.
 23. García Lavandera LJ, Alonso M, Salvadores J, Alonso PS, Muñoz P, Blanco AM. Estudio comparativo entre población normal e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;18:484-9.
 24. Berwick DM, Budman S, Damico-White J, Feldstein M, Klerman GL. Assessment of psychological morbidity in primary care: explorations with the general health questionnaire. *J Chronic Dis* 1987;40:S71-9.
 25. Garfield SR, Collen MD, Fedman R. Evaluation of an ambulatory medical-care delivery system. *N Engl J Med* 1976;294:426-30.
 26. De la Revilla L, De los Ríos A. La utilización de los servicios de salud y motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994;13:73-6.
 27. Tessler R, Mechanic D, Dimond M. The effect of psychological distress on physician utilization: a prospective study. *J Health Soc Behav* 1976;17:353-64.
 28. Liptzin B, Regier DA, Goldberg ID. Utilization and mental health services in a large insured population. *Am J Psychiatry* 1980;137:559-68.
 29. Verhaak P, Wennik H. What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? *J Psychiatry Med* 1990;20:151-62.
 30. Vázquez-Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, Díez-Manrique JF, Pena C. Mental health and medical consultation in primary care setting. *Psychol Med* 1990;20:681-94.
 31. Kessler RC, Brown RL, Broman CL. Sex differences in psychiatric health seeking. *J Health Soc Behav* 1981;22:49-55.
 32. Deniel J, Bosch M, Culi N, Olmeda C. Influencia del paro sobre los problemas de salud mental. *Aten Primaria* 1996;18: 379-82.
 33. Synn L, Berkman L. Social class, susceptibility and sickness. En: Conrad P, Kern R, editor. *The sociology of health and illness*. New York: St. Martin's Press, 1981.

COMENTARIO EDITORIAL

Utilidad de los cuestionarios en la detección de problemas psicosociales en la consulta de atención primaria

J.L. Sánchez Ramos

Director del Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. España.

El Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ) fue desarrollado originalmente en pacientes que acudían a consultas de medicina general de Inglaterra para la detección de casos psiquiátricos no psicóticos. El propio autor destacaba que su cuestionario no pretendía detectar dimensiones estables de la personalidad o del carácter, sino estados no psicóticos sujetos a recaídas, remisiones y cambios temporales intensos. Con posterioridad, el campo de aplicación ha incluido también los estudios epidemiológicos de población general, convirtiéndose en el estándar de

referencia para los cuestionarios de cribado psicopatológico en la población general y en pacientes no psiquiátricos¹. Se trata de un cuestionario autoadministrado, con ítems referidos a síntomas subjetivos de estrés psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión, dificultad de relación y de cumplimiento de las funciones sociales, familiares y profesionales. Son bien conocidas las desigualdades en salud atribuibles a características socioeconómicas: se han demostrado claras diferencias en la mortalidad y la morbilidad entre las

Puntos clave

- En la consulta de atención primaria se detecta un alto número de pacientes con problemas psicológicos y sociales. El Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ) es una buena herramienta para hacerlo.
- Para la detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión, el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) recomienda utilizar la entrevista como herramienta diagnóstica fundamental aunque, a criterio del profesional, puede usarse como guía de ésta la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).
- La administración sistemática de cuestionarios como el GHQ en la consulta mejora el diagnóstico, pero no el tratamiento del paciente o el resultado de la depresión.
- Las intervenciones que demuestran una mejora en el manejo y el resultado de la depresión en atención primaria requerirán un refuerzo sustancial del papel de las enfermeras y una mayor integración con el nivel especializado.

clases sociales, que no han hecho más que aumentar en los últimos años, mientras van empeorando las condiciones sociales para los más desfavorecidos, sobre todo en cuanto a seguridad económica y de empleo. El GHQ detecta también estas influencias en diversos indicadores de salud. En el estudio Whitehall II², en una cohorte de empleados públicos civiles de Londres, que empezó en 1985, los que poseían el mayor estatus de empleo obtuvieron mejores indicadores de salud (salud autopercebida, enfermedades de larga duración, GHQ, depresión, presión arterial sistólica y diastólica e índice de masa corporal) que los de peor estatus de empleo. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, tanto para varones como para mujeres, con la única excepción de la presión arterial sistólica en las mujeres. Sólo el colesterol total fue más alto, en los varones, para los de mayor estatus. Las diferencias fueron aún mayores en los que actualmente estaban desempleados que en los que tenían trabajo para los ítems salud autopercebida (SF-36) y GHQ. Al tener en cuenta, en estas comparaciones, el grado de inseguridad económica, para las mujeres desempleadas se atenuaron las diferencias en salud autopercebida, GHQ y depresión. Los autores concluyen que la inseguridad económica es un factor importante, más incluso que el desempleo, en la determinación de las desigualdades en salud.

La posibilidad de inicio de problemas mentales comunes, medidos por el GHQ, así como de su recuperación, también está determinada por factores sociales. En un artículo

lo reciente del propio Goldberg³ se demuestra que el escaso apoyo social incrementa las posibilidades de comienzo de problemas mentales y disminuye las de recuperación. Otros factores sociales, como el divorcio, perder el trabajo o mantenerse en paro, tener una mala salud que limita las actividades de la vida diaria o cuidar a un familiar, disminuyen las posibilidades de recuperación.

Las relaciones entre problemas psicosociales e hiperfrecuentación también han sido bien estudiadas. En un estudio sobre hiperutilizadores⁴ de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén se hallaron significativamente más trastornos mentales entre los hiperfrecuentadores (60%) que entre los normofrecuentadores (34%), mientras que las características demográficas o familiares fueron similares en ambos grupos.

La capacidad del médico de familia para detectar, mediante la entrevista clínica, a los pacientes con problemas psicológicos y sociales es lógicamente menor que la de un instrumento específico como el GHQ. Por tanto, el argumento de que el uso del GHQ incrementa la identificación de pacientes con distrés emocional resulta bastante razonable. En un ensayo clínico sobre la inclusión sistemática del GHQ en la consulta de atención primaria⁵ se pidió a 1.589 pacientes que rellenaran el GHQ en la sala de espera, y se les dividió aleatoriamente en 2 grupos. En el grupo de «juicio clínico» (el médico desconocía el resultado del cuestionario), el médico detectó un 8,1% de distrés emocional, frente al 13,9% en el grupo que entregó su cuestionario al médico al comienzo de la consulta.

Resulta interesante preguntarse qué elementos llevan a un médico a detectar los problemas psicosociales. En un estudio canadiense sobre los determinantes del diagnóstico de problemas psicológicos por los médicos de atención primaria⁶, se detectaron problemas psicológicos en 330 (57,7%) de los pacientes con puntuaciones altas en el GHQ, frente a 177 (40,3%) de los pacientes con puntuaciones normales en el GHQ. En el primer grupo, entre los que tenían una puntuación alta en el GHQ, los médicos detectaron más problemas (cualquier signo o síntoma de ansiedad, depresión, somatización u otro trastorno psicológico) si el paciente pensaba que había algún componente psicológico en su problema y si el médico consideraba que el motivo de consulta era importante. En el segundo grupo, es decir, en el que se detectaban problemas por parte de los médicos que, sin embargo, no se correspondían con una alta puntuación en el GHQ, los médicos detectaron más problemas, como en el primer grupo, si el motivo de la consulta incluía algún componente psicológico según el paciente o si el médico consideraba que el motivo de consulta era importante. En este grupo, los médicos detectaron más problemas cuando el paciente vivía en pareja, el médico conocía bien al paciente, el médico era un varón, la visita era concertada o a instancias del médico, o si el problema era ya conocido en visitas anteriores. Los autores concluyen que para los 50 pacientes con puntuación GHQ

normal que percibían por sí mismos que existía un componente psicológico en su problema, la detección por parte del médico parece adecuada. Sin embargo, es improbable que para los pacientes que no perciben ningún problema, y su puntuación GHQ sea normal, la detección por parte del médico suponga algún beneficio. La alta tasa de detección de problemas psicosociales (50%) por parte de los médicos puede darles una falsa seguridad en su capacidad de identificar a pacientes con trastornos mentales, y pueden estar gastando tiempo y esfuerzos en apoyo psicológico innecesario para personas sanas, mientras fallan en la detección de un 43% de sus pacientes con puntuaciones altas en el GHQ.

En el artículo de De la Revilla et al⁷ se intenta analizar el valor del GHQ como método de detección de problemas psicosociales, ante la dificultad que encuentra el médico de familia para detectar a estos pacientes en las consultas de atención primaria. Se comprueba una vez más que la frecuencia de problemas psicosociales es elevada, máxime en un ámbito asistencial de clase media-baja. La relación entre las puntuaciones del GHQ y la escala de reajuste social (acontecimientos vitales estresantes [AVE]) permite concluir que la presencia de AVE recientes implica una mayor probabilidad de puntuaciones altas en el GHQ. Por otra parte, se relaciona el GHQ con la utilización de servicios; aunque no se obtienen diferencias significativas al corregir por otros factores, estamos efectivamente ante un colectivo que presenta más problemas.

La cuestión no debe quedar reducida a si el uso del GHQ ayuda a detectar los problemas. Entre las recomendaciones del grupo de trabajo de prevención de los trastornos de la salud mental del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) para la detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión se encuentra utilizar la entrevista como herramienta diagnóstica fundamental, aunque, a criterio del profesional, puede usarse como guía de ésta la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG, no el GHQ)⁸. Como ocurre siempre que se trata de medidas de detección precoz, es determinante definir si tenemos o no una respuesta adecuada para los problemas detectados. ¿Está la generalidad de las consultas de atención primaria preparada para dar respuesta a estos problemas? La mayoría de las intervenciones, sobre todo para ansiedad/depresión, se traducirán en trata-

mientos farmacológicos y psicoterapia breve de apoyo. Un completo informe del Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York sobre la mejora del reconocimiento y tratamiento de la depresión en atención primaria⁹ concluye que la administración sistemática de cuestionarios como el GHQ mejora el diagnóstico, pero no el tratamiento del paciente o el resultado de la depresión. Tras analizar dos revisiones sistemáticas sobre el tema, concluye que las intervenciones que demuestran una mejora en el manejo y el resultado de la depresión en atención primaria requerirán un refuerzo sustancial del papel de las enfermeras y una mayor integración con el nivel especializado.

Bibliografía

1. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2.ª ed. Barcelona: Edimac, 1999.
2. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld S A, Smith GD, Marmot M. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003;57:637-46.
3. Pevalin DJ, Goldberg DP. Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychol Med* 2003;33:299-306.
4. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durántez J, García Tirado MC. Enfermedad mental y características sociodemográficas y familiares de los hiperfrecuentadores en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:562-9.
5. Smith P. The role of the general health questionnaire in general practice consultations. *Br J General Pract* 1998;48:1565-9.
6. Rosenberg E, Lussier MT, Beaudoin C, Kirmayer LJ, Galbaud G. Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *Gen Hosp Psychiatr* 2002;24:322-7.
7. De la Revilla L, De los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 2004;33(8):417-25.
8. Tizón García JL, Buitrago Ramírez R, Ciurana Misol L, Chocrón Bentata C, Fernández Alonso J, García Campayo C, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 2):77-113.
9. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care* 2002;7:1-12. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc75.htm>