

ORIGINAL

¿Es mejorable la versión castellana del General Health Questionnaire en escalas (GHQ-28)?

Ander Retolaza Balsategui^{a,*} y Javier Ballesteros Rodríguez^b

^a Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), Bilbao, Bizkaia, España

^b Departamento de Neurociencias-Psiquiatría y CIBERSAM, Universidad del País Vasco, UPV-EHU, Leioa, Bizkaia, España

Recibido el 31 de mayo de 2010; aceptado el 17 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 5 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

General Health Questionnaire;
Versión en escalas;
Atención primaria;
Cribado;
Identificación de casos

Resumen

Objetivo: Desarrollar una versión en escalas del GHQ (GHQ-28) para una población de atención primaria de nuestro medio.

Diseño: Análisis de componentes principales del GHQ-60 con selección posterior de los 7 ítems con mejores coeficientes en sus 4 primeros componentes.

Emplazamiento: 3 centros de atención primaria en el área metropolitana de Bilbao.

Participantes: 202 pacientes procedentes de un estudio previo sobre frecuentación asistencial en atención primaria.

Mediciones principales: Comparación de la versión del GHQ-28 obtenida y de la canónica respecto a la discriminación entre casos psiquiátricos y no casos, diagnosticados de manera independiente mediante entrevista estructurada.

Resultados: La estructura de 2 de las escalas fue similar a la conocida. Las otras 2 presentaron mayor variabilidad, con inclusión de nuevos ítems, y combinaciones de otros previamente asociados a diferentes escalas. No hubo diferencia significativa en la discriminación de casos entre la nueva versión y la previamente validada en nuestro medio ($p = 0,63$).

Conclusiones: Las escalas del GHQ-28 más estables son la de disfunción social y depresión. La variabilidad obtenida en las otras 2 escalas pudiera reflejar mejor que la versión previamente validada la sintomatología psiquiátrica inespecífica presente en atención primaria.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

General Health Questionnaire;
Scaled version;
Primary Care;
Screening;
Case identification

Is there room for improvement in the Spanish version of the scaled General Health Questionnaire (GHQ-28)?

Abstract

Objective: To develop a new scaled GHQ version (GHQ-28) for use in Primary Care in Spain.

Design: Principal components analysis of the parental version (GHQ-60) with subsequent selection of 7 items with higher loadings for the first 4 components.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ander.retolazabalsategui@osakidetza.net (A. Retolaza Balsategui).

Site: Three Primary Care Centres in the metropolitan area of Bilbao.

Participants: A total of 202 patients coming from a prior study on frequent visits to Primary Care clinics.

Main measurements: Comparison between the new and the authorised version of GHQ-28 in discriminating between psychiatric and non-psychiatric cases, diagnosed independently by psychiatric interview.

Results: Whereas the structure of two scales was similar to that described previously, the other two scales showed higher variability with the inclusion of new items and a combination of others previously ascribed to different measurement constructs. No significant difference ($P = .63$) was observed between both versions regarding their discriminant validity.

Conclusions: The most stable GHQ-28 scales were social dysfunction and depression. The variability found among the other scales could be explained by the non-specificity of psychiatric symptoms presented in Primary Care.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La mayoría de los trastornos mentales que se observan en consultas de atención primaria son inespecíficos. La combinación de síntomas ansiosos, depresivos, somáticos y las dificultades psicosociales constituyen las formas de presentación más frecuentes¹. Por ello resulta importante disponer en la práctica clínica cotidiana de instrumentos válidos y fiables para el cribado y la detección de los posibles casos psiquiátricos. El General Health Questionnaire (GHQ), en sus diversas versiones de 60, 30, 28 y 12 ítems, ha sido utilizado extensamente como instrumento de detección de dichos casos². Es un cuestionario autoadministrado con buena sensibilidad y especificidad frente a entrevistas psiquiátricas estructuradas y resulta de fácil manejo. Aunque su uso en investigación es amplio³, en la práctica clínica no se ha extendido suficiente en nuestro medio⁴.

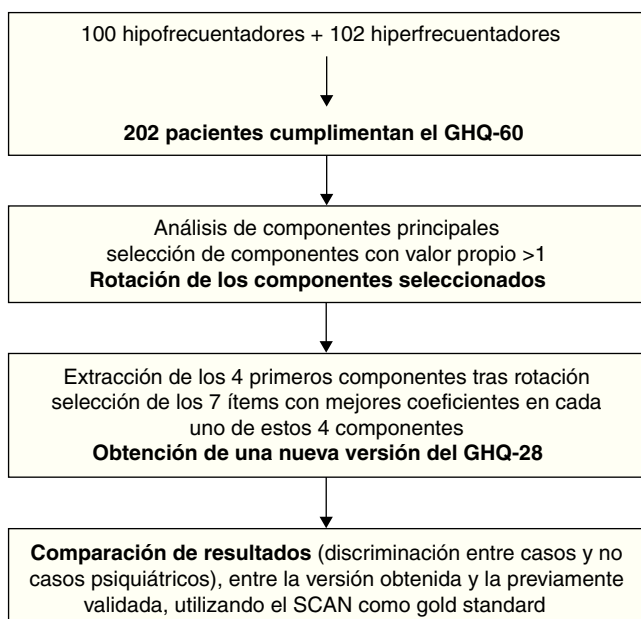
Aunque procede de un medio anglosajón, el GHQ viene mostrando unas propiedades psicométricas muy similares en diversos países y culturas. Hasta la fecha el GHQ ha sido validado en más de 30 idiomas, incluido el castellano, y su similar rendimiento evidencia, además de una buena validez transcultural, que los trastornos psíquicos más frecuentes en los niveles primarios de asistencia tienen, en gran parte, un fondo común. Se han realizado variaciones locales de algunas de sus versiones que ofrecen mejoras en los coeficientes de validez del GHQ. Se ha señalado que las dimensiones sintomatológicas medidas por el GHQ pueden diferir entre diversas culturas o países, y que una escala particular que describa y mida alguna dimensión clínica relevante, como es el caso de la depresión, puede estar compuesta por ítems diferentes en distintos lugares⁵. Este trabajo analiza la estructura del GHQ-60 en un grupo de pacientes de atención primaria de nuestro medio, con el objetivo de revisar la composición de ítems y dimensiones de su versión en escalas (GHQ-28) actualmente disponible, que aunque válida,

está directamente traducida de la versión inglesa⁶ y, por lo tanto, no construida siguiendo la metodología previamente descrita por su autor⁷.

Material y métodos

Se estudió una muestra de 202 pacientes seleccionados en un estudio previo sobre hiperfrecuentación de consultas en atención primaria^{8,9}. Este grupo constituye la totalidad de los que habían cumplimentado un GHQ-60 enviado por correo a 233 personas en el estudio mencionado. Los pacientes procedieron de 3 centros de salud, adscritos al Servicio Vasco de Salud/Osakidetza y ubicados en el área metropolitana de Bilbao. Todos ellos fueron valorados mediante una entrevista psiquiátrica estructurada (SCAN)¹⁰, en un período no superior a los 15 días tras cumplimentar el GHQ. Las entrevistas fueron realizadas por 6 psiquiatras y una psicóloga entrenados y validados en el sistema SCAN. Todos los entrevistadores fueron ciegos respecto a los resultados del GHQ-60 en los pacientes encuestados.

Siguiendo la metodología previamente descrita por Goldberg e Hillier⁷, se realizó un primer análisis de componentes principales con posterior rotación varimax, a fin de resumir y encontrar agrupaciones significativas de ítems en la matriz de datos y componentes del GHQ-60. Posteriormente se seleccionaron los 7 ítems que presentaron los mayores coeficientes para cada uno de los 4 primeros componentes obtenidos. Esta solución factorial para el GHQ-28 se comparó con la versión española previamente validada⁶ respecto a su capacidad de discriminación entre casos psiquiátricos detectados mediante el sistema SCAN, y no casos psiquiátricos. La comparación entre ambas versiones se realizó mediante la estimación del valor del área bajo la curva en análisis de curvas de operador-receptor^{11,12}. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa Stata v.10,



Esquema general del estudio: Análisis de componentes principales y estructura factorial del GHQ-60 en una muestra de pacientes de atención primaria: revisión de la composición de ítems y dimensiones del GHQ-28.

Resultados

Los 202 pacientes que respondieron al GHQ-60 representaron un 86,7% de la muestra intencional del estudio previo. Se estudiaron 85 varones (42%) y 117 mujeres (58%) que presentaron un rango de edad de 18 a 80 años, con una media de 45,7 años (DE = 17,3). Las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en el GHQ-60 con una puntuación media 15,7 (DE = 14,08; IC 95% = 13,13-18,29), frente a 9,25 (DE = 12,25; IC 95% = 6,60-11,90) en varones. El sistema SCAN de diagnóstico psiquiátrico identificó como casos a 73 de los 202 pacientes estudiados (36%). Los principales diagnósticos correspondieron a las categorías CIE-10 de trastornos afectivos (27 casos, 37%); trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatoformes (26 casos, 35,6%); y trastornos de conducta asociados a alteraciones fisiológicas y a factores físicos, concretamente trastorno no orgánico del sueño (12 casos, 16,4%).

En el análisis de componentes principales se obtuvieron 13 componentes con valor propio mayor de uno que explicaban el 70,3% de la varianza en las respuestas al GHQ-60. Los 4 primeros componentes de esta solución explicaron el 50,6% de la varianza total, y su estructura, incluyendo los ítems que presentaron un coeficiente superior a 0,50 en cada componente se recoge en la tabla 1.

La fig. 1 presenta la comparación entre las 2 soluciones del GHQ-28 respecto a su capacidad para discriminar entre la situación de caso o no caso psiquiátrico. La comparación de las estimaciones del área bajo la curva (0,762 para la versión previa del GHQ-28, 0,758 para la versión actual) no indicó diferencia significativa entre ambas versiones (χ^2 [1 g.l.] = 0,23; $p = 0,63$).

Discusión

En el estudio previo⁹, la revisión de los 31 abandonos registrados no reveló diferencias estadísticamente significativas entre este grupo y el resto de los participantes en ninguna de las variables fundamentales examinadas. En consecuencia no parece probable la presencia de sesgos derivados de la pérdida de efectivos muestrales, por otra parte relativamente pequeña. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del GHQ-60 obtenidas por hombres y mujeres (t [200 g.l.] = -3,40; $p < 0,001$). La literatura al respecto^{4,5} señala las puntuaciones más altas en mujeres, tanto en muestras comunitarias como en ámbitos de consulta. Sin embargo, hay razones para suponer que estas diferencias no son determinantes, ya que cuando se toman muestras de ambos sexos en circunstancias sociales comparables, parece que éstas tienden a desaparecer⁵. Por otro lado este hecho no resulta especialmente relevante cara a los objetivos de nuestro estudio.

En nuestra solución (tabla 1), el primer componente contiene una mezcla de ítems de la escala A (4 ítems), y de la escala B (2 ítems) del GHQ-28 original, así como 6 nuevos ítems que expresan, casi todos ellos, alteraciones del sueño. Este componente puede ser conceptualizado como una asociación entre preocupaciones y problemas de salud poco específicos, pero que afectan claramente al vigor o energía física y al sueño. El insomnio y la anergia tienen sentido relacionados entre sí, y expresarían una posible dimensión común asociada con malestar general y/o incipiente de carácter inespecífico. En el segundo componente, 6 de sus ítems coinciden con los de la escala C del GHQ-28 original y se incluyen 2 nuevos ítems que también reflejan aspectos de competencia social. El tercer componente, representa inequívocamente la dimensión *depresión grave*. Seis de sus ítems coinciden con los de la escala D del GHQ-28. En el cuarto componente están presentes una mezcla de ítems de la escala A (3 ítems), y de la escala B (5 ítems) del GHQ-28. Entre los ítems representados, todos los de contenido somático se asocian, tanto en la clínica como en las clasificaciones habituales, con los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, la CIE-10 específica en el epígrafe F41 (otros trastornos de ansiedad) criterios diagnósticos contenidos en 6 de los ítems de esta escala (ítems n.º 8, 9, 10, 44, 45 y 55), mientras que 3 ítems más (ítems n.º 5, 6 y 39) son muy habituales en la clínica ansiosa.

La versión del GHQ-28 obtenida en este estudio coincide con la versión original en las escalas relativas a *depresión grave* y *disfunción social*. Las otras 2 escalas presentan, en lo fundamental, una recombinación de ítems del GHQ-28 conocido, aunque también añaden algunos nuevos. Nuestros resultados son similares a los descritos por otros autores que han validado versiones en castellano del GHQ-28. Así en los resultados de Medina-Mora et al¹³, las escalas *depresión grave* y *disfunción social* coinciden también casi completamente con la versión original. Por su parte, Molina et al¹⁴ han publicado recientemente una réplica del análisis original de Goldberg en un intento de obtener un GHQ-28 alternativo en lengua castellana. Aunque sus resultados muestran algunas diferencias con los del presente trabajo, la estructura del GHQ-28 se mantiene de nuevo muy estable en las mencionadas 2 escalas. Esto confirma algo ya señalado con

Tabla 1 Resultados del análisis de componentes principales del GHQ-60, derivación de los ítems de la nueva versión del GHQ-28 y comparación con la solución previa

GHQ-60 ítem n. ^o ^a	Coficiente	Asignación previa ^b
Componente 1 (13,6% de varianza explicada): sueño, vigor, energía		
1. <i>Bien de salud y en plena forma</i>	0,711	A
17. <i>Dificultades para conciliar el sueño</i>	0,657	No recogido
18. <i>Dormir de un tirón toda la noche</i>	0,654	B
2. <i>Necesidad de un reconstituyente</i>	0,637	A
20. <i>Noches inquietas o intranquilas</i>	0,625	No recogido
11. <i>Despertar demasiado temprano</i>	0,623	No recogido
14. <i>Pérdida de sueño por preocupaciones</i>	0,620	B
3. <i>Sentirse agotado y sin fuerzas</i>	0,618	A
16. <i>Lleno de energía</i>	0,606	No recogido
4. <i>Sensación de estar enfermo</i>	0,577	A
23. <i>Pérdida de interés actividades</i>	0,516	No recogido
12. <i>Despertar cansado</i>	0,508	No recogido
Componente 2 (12,8% de varianza explicada): competencia social		
46. <i>Capaz de hacer frente a problemas</i>	0,689	No recogido
30. <i>Satisfecho manera de hacer cosas</i>	0,629	C
28. <i>Impresión de hacer bien las cosas</i>	0,624	C
36. <i>Capaz de tomar decisiones</i>	0,595	C
27. <i>Arreglarse tan bien como la mayoría</i>	0,580	No recogido
35. <i>Desempeñar papel útil en la vida</i>	0,561	C
42. <i>Capaz de disfrutar de actividades</i>	0,557	C
21. <i>Mantenerse ocupado y activo</i>	0,525	C
Componente 3 (10,7% de varianza explicada): ideas suicidas, desesperanza		
57. <i>Pensar en «quitarse de en medio»</i>	0,745	D
59. <i>Deseo de estar muerto y lejos</i>	0,739	D
60. <i>Idea repetida de quitarse la vida</i>	0,730	D
56. <i>La vida no merece la pena</i>	0,675	D
52. <i>Vivir la vida sin esperanza</i>	0,585	D
51. <i>Una persona que no vale para nada</i>	0,571	D
34. <i>Miedo de decir ciertas cosas</i>	0,501	No recogido
Componente 4 (13,5% de varianza explicada): ansiedad y síntomas somáticos relacionados		
6. <i>Opresión en la cabeza</i>	0,670	A
44. <i>Nervios a flor de piel y malhumorado</i>	0,652	B
9. <i>Oleadas de calor o escalofríos</i>	0,649	A
55. <i>Nervioso y «a punto de explotar»</i>	0,630	B
5. <i>Padecer dolores de cabeza</i>	0,628	A
39. <i>Agobiado y en tensión</i>	0,619	B
45. <i>Asustado o pánico sin motivo</i>	0,576	B
8. <i>Temor a desmayarse en público</i>	0,550	No recogido
43. <i>Tomarse las cosas a pecho</i>	0,549	No recogido
10. <i>Sudar mucho</i>	0,548	No recogido
47. <i>Todo se viene encima</i>	0,526	B
49. <i>Sentirse poco feliz o deprimido</i>	0,517	No recogido

A: síntomas somáticos; B: ansiedad e insomnio; C: disfunción social; D: depresión grave.

^a En cursiva y sombreados los ítems seleccionados para la nueva versión del GHQ-28.

^b Fuente: Lobo A et al⁶.

anterioridad para la escala parental (GHQ-60)¹⁵, y replicado para distintas estructuras factoriales de la versión en escalas (GHQ-28)^{16,17}, indicando una gran invarianza de las escalas de *depresión grave* y *disfunción social* del GHQ-28 en cuanto a su composición factorial.

En resumen, la estructura factorial del GHQ-28 encontrada en este trabajo a partir de un grupo de pacientes de atención primaria representativo de nuestro contexto asis-

tencial es, en líneas generales, muy similar a la estructura de su versión canónica. Por otro lado, la composición de ítems de las 2 escalas que presentan mayor variabilidad introduce variantes que suscitan una discusión de interés psicopatológico referida a algunas presentaciones sintomáticas de carácter inespecífico, que son muy frecuentes en contextos ambulatorios. El insomnio asociado a la anergia, y las características de los síntomas ansiosos, en los que la

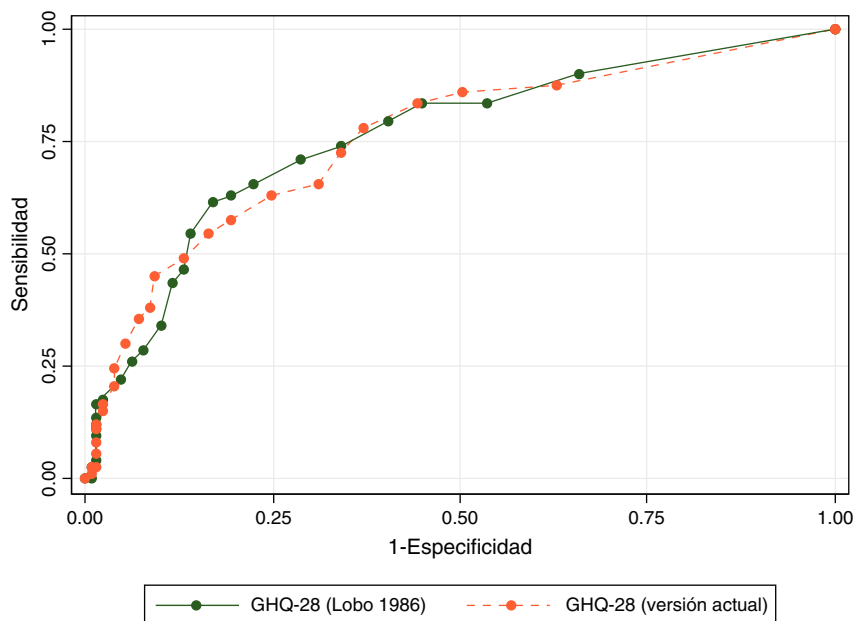


Figura 1 General Health Questionnaire en escalas (GHQ-28).

dimensión somática se hace más patente que en el GHQ-28 original, representan 2 aportaciones congruentes con la clínica habitualmente observada. Por último, estos resultados también indican la equivalencia de esta versión actualizada del GHQ-28 respecto a su versión más canónica⁶ en cuanto a su capacidad para discriminar entre casos psiquiátricos y no casos en una población de atención primaria de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia y a los profesionales que realizaron las entrevistas psiquiátricas con el SCAN su colaboración en este trabajo.

Lo conocido sobre el tema

- El GHQ es uno de los cuestionarios de cribado para trastornos mentales más extendidos en el mundo. Existen versiones de 60, 30, 28 y 12 ítems.
- El GHQ-28 está diseñado para usarlo en contextos comunitarios y de atención primaria, y especialmente apto para trabajar con pacientes ambulatorios.
- Su estructura factorial puede variar en función de la procedencia de las muestras estudiadas y los diferentes contextos analizados.

¿Qué aporta este estudio?

- Una revisión de la estructura factorial del cuestionario (GHQ-28) en una muestra de pacientes de atención primaria procedentes de nuestro medio asistencial.
- Un análisis de la estabilidad estructural y composición de ítems del GHQ-28, que introduce algunas variaciones sobre lo conocido.
- Una confirmación de la idoneidad del GHQ-28 para su uso en contextos de atención primaria en nuestro medio.

Bibliografía

1. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Brit J Psychiatry*. 1996;168 Suppl 30:S38-43.
2. Cleary PD, Golberg ID, Kessler LG, Nyez GR. Screening for mental disorder among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:837-40.
3. Lobo A, Muñoz P. Cuestionario de Salud General, GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. In: *Versiones en lengua española validadas*. Barcelona: Masson; 1996.
4. de la Revilla Ahumada L, de los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo J. 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;33:417-22.
5. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson Publishing Company; 1988.
6. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986;16:135-40.
7. Goldberg D, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139-45.

8. Retolaza A, Ballesteros J. GHQ-60: Revisión de su estructura factorial en pacientes de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;37:523.
9. Baez K, Aiarzagüena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Brit J Gen Pract*. 1998;48:1824-7.
10. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:589-93.
11. Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*. 1982;143:29-36.
12. Burgueño MJ, García-Bastos JL, González-Buitrago JM. Las curvas ROC en la evaluación de las pruebas diagnósticas. *Med Clin(Barc)*. 1995;104:661-70.
13. Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo-Serrano C, Mas CC, Ezbán M, Caraveo J, et al. The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Med*. 1983;13:355-61.
14. Molina JD, Andrade-Rosa C, González-Parra S, Blasco H, Real MA, Pintor C. The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *Eur Psychiatry*. 2006;21:478-86.
15. Werneke U, Goldberg DP, Yalcin I, Ustun BT. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 2000;30:823-9.
16. Gibbons P, Flores de Arévalo H, Mónico M. Assessment of the factor structure and reliability of the 28-item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4:389-98.
17. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among elderly Iranians. *Int Psychogeriatr*. 2007;19:623-34.