

Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín

Psychometric properties of the General health Goldberg GHQ-12 questionnaire applied at a hospital facility in the city of Medellín

Propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Geral de Goldberg GHQ-12 em uma instituição hospitalar da cidade de Medellín

Isabel Cristina Villa G.*

Crammily Zuluaga Arboleda**

Luisa Fernanda Restrepo Roldán***

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

Resumen

El Cuestionario de Salud General (GHQ-12) ha demostrado ser una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en población general y en población clínica, siendo uno de los instrumentos de tamizaje validado más utilizado en todo el mundo y uno de los más recomendados para ser empleado en encuestas de salud. El objetivo de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del GHQ-12 en un grupo de 85 pacientes, internados en un hospital de la ciudad de Medellín, con el fin de identificar la comorbilidad psicológica de sus problemas de salud. Una vez la semántica de la escala de calificación fue ajustada, se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante el método de componentes principales para dos factores, se encontró que la estructura factorial explica el 51.76% de la varianza. Para cada factor se agruparon los ítems y se nombraron como “bienestar psicológico” y “malestar psicológico”;

finalmente, se determinaron las puntuaciones normativas según el sistema de calificación GHQ, que realiza la calificación en sistema binario (0,1) y cuya media de puntuación fue de 5.34, lo que sugiere un punto de corte superior a 5 como indicador de percepción de malestar psicológico. Con base en el análisis se encontró que, si bien existe una estructura de dos factores, ésta se explicaría como dos partes de un mismo componente (positivo y negativo). El análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente alpha de Cronbach, mostró una buena consistencia interna y validez (.84). Luego de evaluar sus propiedades psicométricas se descartó el ítem 11 por no presentar una adecuada carga factorial. Se recomienda modificar el nombre del instrumento a Cuestionario de salud general reducido (GHQ-R, 2011), para ser implementado como instrumento de evaluación primaria en salud mental de esta población.

Palabras clave: cuestionario de salud mental, comorbilidad psicológica, evaluación psicológica, paciente hospitalizado, atención primaria

* Psicóloga, Magíster en Psicología, docente Facultad de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín (Colombia). Por favor dirigir la correspondencia al correo electrónico: Isabel.villa@upb.edu.co

** Psicóloga, coinvestigadora, profesional independiente. Correo electrónico: crammilyzuluaga@icloud.com

*** Psicóloga, especialista en Psicología Clínica. Servicio de Hospitalización, Hospital General de Medellín, Medellín (Colombia). Correo electrónico: psicologia@hgm.gov.co

Para citar este artículo: Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C. & Restrepo Roldán, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 532-545.

Abstract

The General Health (GHQ-12) Questionnaire has proven to be an effective tool for the evaluation of mental health in clinical patients and the general population, being one of the most validated screening instruments used in the world and one of the most recommended to be used in health surveys. The objective of this study was to evaluate the psychometric properties of GHQ-12, in a group of 85 patients admitted to a Hospital in the city of Medellín in order to identify the psychological comorbidity of their health problems. Once the semantics of the rating scale was adapted, a confirmatory factor analysis was performed using the method of principal components for two factors, and it was found that the factorial structure explains the 51.76% of variance. For each factor, the items were grouped and named as “psychological well-being” and “psychological discomfort”; finally, the normative scores according to the GHQ scoring system were determined, which uses a binary system (0, 1) and showed an average score of 5.34, which suggests a cutoff higher than 5 as an indicator of perception of psychological discomfort. Based on the analysis it was found that although there is a structure of two factors, this structure can be explained as two parts of the same component (positive and negative). The analysis of internal consistency using the Cronbach alpha-coefficient, showed a good internal consistency and validity (.84). After evaluating its psychometric properties item 11 was discarded for showing an inadequate factor loading. It is recommended to change the current name of the instrument to “general health short questionnaire (GHQ-R, 2011) to be implemented as an instrument of primary evaluation in Mental Health for this population.

Keywords: mental health questionnaire, psychological comorbidity, psychological evaluation, inpatient, primary care

Resumo

O questionário de saúde geral (GHQ-12) tem demonstrado ser uma ferramenta efetiva para a valoração da saúde mental na população geral e na população clínica, sendo um dos instrumentos de triagem validado mais utilizado no mundo inteiro e um dos mais recomendados para ser empregado nas enquetes. O objetivo deste estudo

foi avaliar as propriedades psicométricas do GHQ-12 num grupo de 85 pacientes, internados num hospital da cidade de Medellín, com o propósito de identificar a comorbidade psicológica dos seus problemas de saúde. Uma vez a semântica da escala de qualificação foi ajustada, realizou-se uma análise fatorial confirmatória por médio do método de componentes principais para dois fatores, encontrou-se que a estrutura fatorial explica o 51.76% da variância. Para cada fator se agruparam os itens e nomearam-se como “bem-estar psicológico e mal-estar psicológico”; finalmente, determinaram-se as pontuações normativas segundo o sistema de qualificação GHQ, que realiza a qualificação em sistema binário (0,1) e cuja média de pontuação foi de 5.34, o que sugere um ponto de corte superior a 5 como indicador da percepção de mal-estar psicológico. Com base na análise encontrou-se que, se bem existe uma estrutura de dois fatores, poderia ser explicada como dois partes de um mesmo componente (positivo e negativo). A análise de consistência interna utilizando o coeficiente alpha de Cronbach, mostrou uma boa consistência interna e validade (.84). Após e avaliar suas propriedades psicométricas descartou-se o item 11 por não mostrar uma adequada carga fatorial. Recomenda-se modificar o nome do instrumento a questionário de saúde geral reduzido (GHQ-R, 2011) para ser implementado como instrumento de avaliação primaria na saúde mental desta população.

Palavras chave: questionário de saúde mental, comorbidade psicológica, avaliação psicológica, paciente hospitalizado, atenção primaria

El Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E., es un hospital estatal de alta complejidad que actualmente lleva a cabo un proceso internacional de certificación de calidad, apoyado en The Joint Commission (JCI, USA). Como parte del proceso de mejora en la calidad de la atención y el cuidado de la salud, el grupo de psicología del área de hospitalización desarrolló un proyecto de investigación que contribuye a la evaluación de ingreso de los usuarios al servicio. La evaluación psicológica intrahospitalaria permite al personal de asistencia identificar los aspectos que en mayor medida están siendo impactados por el proceso de enfermedad y por la intervención misma; de esta

manera, es posible detectar de forma oportuna, las necesidades de atención psicológica y las complicaciones emocionales que interfieren en el proceso de recuperación o rehabilitación del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (2011) en su Carta Constitucional o Carta Magna, firmada por 61 Estados en Nueva York el 22 de julio de 1946, definió en su preámbulo, desde una dimensión positiva, la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo...” (párr. 2). De igual manera, definió la salud mental como “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (párr. 1).

A partir del rastreo de instrumentos afines con el objetivo del proyecto, el grupo investigador seleccionó la versión abreviada del Cuestionario de Salud General (GHQ). Este instrumento que fue desarrollado por Goldberg y Blackwell en la década de 1970, es una técnica elaborada en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, dando respuesta a la necesidad de los médicos y profesionales de la salud de detectar y evaluar objetivamente los niveles de salud. A raíz de esto, se creó un cuestionario de autorreporte de salud general. Este cuestionario inicial constaba de sesenta ítems, pero se han creado versiones abreviadas con 36, 30, 28, 20 y 12 ítems, respectivamente (Victoria, 1999).

El cuestionario surgió con el propósito de identificar dos tipos de problemas: la incapacidad para realizar las actividades diarias normales o adaptativas, y la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto, centrándose en alteraciones psicopatológicas muy básicas y conductas desadaptativas menores a nivel personal y social (Godoy-Izquierdo, Godoy, López-Torrecillas & Sánchez-Barrera, 2002).

Esta técnica fue desarrollada como un autoinforme dirigido a evaluar la situación actual del paciente. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg. Recorre cuatro áreas primor-

diales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenck y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (Victoria, 1999). Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su fin es detectar cambios en la función normal del paciente, sin determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. En términos generales, según su autor, el instrumento explora dos tipos de fenómenos: la percepción de incapacidad para funcionar desde el punto de vista psíquico a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (Goldberg, 1978). Cualquiera de estas versiones de la prueba está planteada como Escala Likert, redactada de forma positiva y negativa, con una puntuación que depende del estilo de la pregunta para determinar un grado estimado de severidad de la ausencia de salud mental.

El GHQ -12 evalúa la dimensión general de la salud autopercebida por el paciente, pero además, permite distinguir dos subdimensiones: bienestar psicológico, en sus ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12, que es definido por Victoria y González (2000) como un constructo que “expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social” (p. 588).

La segunda subdimensión es denominada por los autores como funcionamiento social y afrontamiento, evaluada en los ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11, y hace referencia a “la autoevaluación sobre la propia percepción de capacidad para atender los asuntos personales, afrontar las preocupaciones, decidir y atender los asuntos de la vida” (p. 588).

En cuanto a la normalización del instrumento en regiones distintas a la inglesa, donde fue diseñado, varios investigadores han identificado rangos de valor distintos como punto de corte para la identificación de casos probables de perturbación mental. En la estandarización chilena (Fullerton et ál., 2003; Humphreys et ál., 1991; Lewis et ál., 1995), los autores consideraron los valores de 0 a 4 del GHQ-12 como indicadores de ausencia de psicopa-

tología; de 5 a 6 como de psicopatología subumbral, y de 7 a 12 puntos como indicativos de presencia de psicopatología. En Cuba (Victoria, 1999) fue respondido con valoraciones en escala Likert, de 0 a 3 puntos, y calificado según este método. La puntuación total se calculó sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados de la escala (a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental). En esta versión, con un valor medio de 13.23 se considera que puntuaciones alrededor de 13 (entre 10 y 16) pueden ser considerados como normales; los puntajes por encima de 16 se consideran altos en términos de deterioro de la salud mental, mientras aquellos por debajo de 10 pueden ser considerados como bajos en cuanto al deterioro de la salud mental. En Brasil (Mari & Williams, 1985) y en España (López-Castedo & Fernández, 2005; Rocha et ál., 2011), los autores normalizaron la prueba mediante la puntuación GHQ, donde los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1). En estas dos últimas validaciones también se presentan como indicadores de ausencia de psicopatología puntuaciones menores entre 0 y 4, en tanto que puntuaciones superiores a 5 son indicadoras de psicopatología.

Con relación a su utilidad y uso, el GHQ-12 ha sido usado para valorar la salud mental en población general, así como en ciertos grupos específicos de población tales como adolescentes (López-Castedo & Fernández, 2005), adultos (Sanchez-López & Dresch, 2008), mujeres posparto (Navarro, Ascaso, García-Esteve, Aguado, Torres & Martín-Santos, 2007), entre otros. Simultáneamente, este cuestionario ha sido validado en diferentes países latinoamericanos y de habla hispana como Brasil (Mari & Williams, 1985), Cuba (Victoria, 1999), Chile (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz & Weil, 2003; Humphreys et ál., 1991; Lewis y Araya, 1995) y España (López-Castedo & Fernández, 2005; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2011; Sanchez-López & Dresch, 2008).

Respecto a la utilización del instrumento en población clínica, el GHQ-12 ha sido usado en diversas investigaciones y ha permitido identificar y caracterizar a la población estudiada en cuanto

a su salud mental. Estudios como los de Sánchez-López et ál. (2008) y Bones, Pérez, Rodríguez, Borrel y Obiols (2010) permitieron valorar la relación entre la salud mental y las variables socio-demográficas. Dos estudios evalúan la morbilidad psicológica con el instrumento (Frappell-Cooke, Gulina, Verde, Hughes & Greenberg, 2010; Grusu & Quatraro, 2009). Otros como el de Aydin y Uluşahin (2001), lo emplearon en grupos clínicos de tuberculosis pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), mostrando que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica presentaron mayores puntuaciones de discapacidad que el grupo sin comorbilidad psiquiátrica. Allgar, Neal y Pascoe (2003) determinaron con el instrumento los patrones de las consultas en medicina general y los niveles de morbilidad psicológica para las personas con cáncer y otras enfermedades crónicas.

Pastor et ál. (2009) lo utilizaron en un ensayo controlado de atención para pacientes con cáncer de mama, cuya pretensión fue medir si la rutina de exámenes clínicos cada seis meses mejora la morbilidad psicológica. Ananth, Jones, Rey y Tookman (2003) usaron el instrumento para valorar la comorbilidad psicológica asociada a la disfunción sexual como secuela del tratamiento para el cáncer. También en población oncológica, Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins y Saúl (2001) demostraron a partir del GHQ-12 que gran parte de la morbilidad psiquiátrica probable que experimentan los pacientes con cáncer, no se reconoce y, por lo tanto, no tiene tratamiento. Resultados que sugieren que los médicos necesitan habilidades de comunicación para identificar el momento en que los servicios psicológicos son necesarios y ser parte integral del tratamiento del cáncer. Carnes et ál. (2007) identificaron en el Reino Unido, a partir del GHQ-12, la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diversos cuadros clínicos de dolor crónico.

Tomando en consideración estos antecedentes, es claro que el GHQ-12 ha sido considerado por diversos autores como un cuestionario eficaz para evaluar la salud mental en diversos grupos poblacionales.

El objetivo del proyecto es validar el cuestionario GHQ-12 en la población usuaria del Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez

E.S.E., para identificar con éste la comorbilidad psicológica de los problemas de salud de los pacientes, como conducta de entrada en el ingreso de los usuarios al servicio de hospitalización.

Método

Participantes

Se administró el cuestionario GHQ-12 a 85 pacientes mayores de dieciocho años que ingresaron al servicio de hospitalización entre los meses de abril y junio de 2011 y que fueron atendidos por las diversas especialidades médicas del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutierrez E.S.E. La participación fue voluntaria, previa firma del consentimiento informado en el que se les explicó el objetivo, la justificación y el procedimiento a seguir en el proyecto de validación del cuestionario. La selección de los participantes se hizo por disponibilidad, según listado de los pacientes hospitalizados.

Instrumento

El cuestionario es una adaptación al español del General Health Questionnaire (GHQ-12) y está formado por doce ítems, siendo seis de ellos sentencias positivas y seis sentencias negativas. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ. El cuestionario presenta adecuada consistencia interna en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre .82 y .86. Los resultados de validación del GHQ-12 realizado en quince países del mundo son adecuados, con resultados de curva ROC que varían entre 83 y 85 (Goldberg et ál., 1997). Los investigadores en diversas latitudes han usado, entre otros, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), y un constructo de personalidad: la dimensión de neuroticismo del Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1985), a través del Inventario de Personalidad NEO-Revisado (NEO

PIR) de Costa y McCrae (1992), dimensión y facetas, especialmente por su contenido: depresión, ansiedad y vulnerabilidad al estrés, con las que se encontraron correlaciones negativas o inversas moderadamente altas (Mari & Williams, 1985; Victoria, 1999; etc.).

En todos los estudios de validación se calcularon los indicadores psicométricos del GHQ. Se establecieron los estadísticos básicos, los coeficientes de fiabilidad y la estructura factorial de la escala, a través del método de componentes principales y rotación varimax. En la versión cubana se realizó un análisis de contenido a los ítems de la escala GHQ, por parte de cuatro psicólogos expertos en el tema, con el fin de analizar la correspondencia de los ítems con la definición conceptual de la salud mental, y se estimaron adecuados. Se estableció la validez del GHQ, tomando como criterio escalas clásicas de evaluación de estados emocionales negativos (depresión y ansiedad), con las cuales las consideraciones teóricas donde se asume que la salud mental está inversamente relacionada con los síntomas de depresión y ansiedad permiten establecer una correlación negativa.

Para este estudio, la traducción original de la escala presentó dificultades de comprensión en los pacientes hospitalizados en la aplicación de la prueba en el piloto inicial, gran parte de ellos con un bajo nivel educativo. Por tanto, fue modificado el fraseo (redacción), cuidando mantener la semántica de la escala traducida de referencia para hacerla más comprensible para los usuarios del servicio. Inicialmente era: “Mucho más que lo habitual”, “Bastante más que lo habitual”, “No más que lo habitual” y “No en absoluto”; y fue modificada así: “Más que antes”, “Igual que antes”, “Menos que antes” y “No, nunca”.

Procedimiento

Para la administración del cuestionario y tomando como recomendación general para el análisis factorial la proporción en un rango de 5 a 10 sujetos por ítem, fueron seleccionados siete sujetos por cada uno de los doce ítems de la prueba, para un total de 85 pacientes hospitalizados. Éstos fueron escogidos usando la medida de proporción, según

el número de camas disponibles para cada una de las especialidades del servicio de hospitalización de la Institución. Los criterios de inclusión fueron: haber ingresado en las últimas 48 horas, respuesta positiva del paciente a la evaluación general del estado mental (ubicación en persona, tiempo y lugar), saber leer, no presentar una condición crítica de salud que impidiera el diligenciamiento o generara incomodidad o desgaste excesivo que pudiera interferir en la recuperación o el tratamiento intrahospitalario, y firma del consentimiento informado. Los autoinformes fueron suministrados directamente en las habitaciones de los pacientes, de manera individual, y entregados por cuatro profesionales en práctica del servicio de Psicología del Hospital, quienes fueron distribuidos por especialidad, y luego de haber recibido capacitación en el contenido del consentimiento informado, en la prueba y en la instrucción específica para suministrarla.

Los profesionales practicantes realizaron la lectura conjunta del consentimiento informado con los pacientes, donde se les comunicó de manera clara los propósitos y objetivos del estudio y la naturaleza de su participación; luego, permanecieron en la habitación de los pacientes que aceptaron participar, para atender cualquier dificultad o incompreensión respecto a las condiciones bioéticas relacionadas con el consentimiento informado o su diligenciamiento. Posteriormente, reunieron los cuestionarios diligenciados y los entregaron al equipo de investigadores para la construcción de la base de datos.

Análisis estadístico

Una vez construida la base de datos con las respuestas de la totalidad de la muestra, se analizó usando el paquete estadístico SPSS, versión 20. Inicialmente, se identificó la distribución sociodemográfica, la especialidad tratante, las condiciones generales de salud de los pacientes y la afiliación en salud, así como la distribución paramétrica de los datos recogidos. Posteriormente, se evaluaron los resultados del instrumento por análisis binario

(caso/no caso) y se compararon los resultados de salud mental general por cada variable sociodemográfica, para identificar posibles diferencias. Se realizó el análisis de validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio, mediante el método de componentes principales, y el análisis de la consistencia interna de la prueba por medio del coeficiente alpha de Cronbach.

Resultados

Aspectos sociodemográficos y del evento de hospitalización

Los 85 participantes se distribuyeron en grupos etarios (adulto joven= 18-35; adulto medio = 36-60; adulto mayor= 61 en adelante) y de género, de forma proporcional. La tabla 1 describe la distribución de los participantes según estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, tipo de afiliación al sistema de salud y número de hospitalizaciones previas en el último año, tipo de diagnóstico y pronóstico y especialidades médicas tratantes. Las más requeridas son ginecoobstetricia, ortopedia, medicina interna y cardiología.

Evaluación general de la salud

Para la evaluación general de la salud se obtuvo un puntaje promedio de 17.21 y una desviación de 6.77 en el sistema de calificación 0, 1, 2 y 3 (ver tabla 2). Para obtener dicha puntuación se sumó la calificación de cada uno de los ítems, con previa corrección de los ítems inversos (2, 5, 6, 9, 10).

También se realizó el sistema de calificación binario (0,1), y en éste la media de la puntuación fue de 5.34 y la desviación de 2.77.

Prueba K-S. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para establecer si las variables obtenían distribución paramétrica o no, y se encontró que poseen distribución normal (tabla 2). Por esta razón se utilizan estadísticos paramétricos como la prueba T y Anova.

Tabla 1
Características sociodemográficas y del evento de hospitalización

Variables sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje	Variables del estado de salud		Frecuencia	Porcentaje
Edad	Adulto joven	35	41.20	Diagnóstico	Agudo	31	36.50
	Adulto medio	31	36.50		Repetido	1	1.20
	Adulto mayor	19	22.40		Crónico	36	42.40
Sexo	Hombre	42	49.40		Terminal	1	1.20
	Mujer	43	50.60		Sin dato	16	18.80
Estrato	1	42	50.00	Pronóstico	Favorable	40	47.10
	2	27	32.10		Dudoso	9	10.60
	3	13	15.50		Desfavorable	4	4.70
	4	1	1.20		Sin dato	32	37.60
Escolaridad	Primaria	46	54.10	Especialidad tratante	Asma	1	1.20
	Secundaria	26	30.60		Cardiología	11	12.90
	Técnico	6	7.10		Cirugía	1	1.20
	Profesional	7	8.20		Cirugía general	1	1.20
Estado civil	Soltero	31	36.50		Cx. plástica	2	2.40
	Casado/unión libre	40	47.10		Dermatología	1	1.20
	Separado/divorciado	7	8.20		Gineco-obstetricia	20	23.50
	Viudo	7	8.20		Ginecólogo	1	1.20
Seguridad social	EPS	40	47.10		Medicina interna	12	14.10
	Régimen subsidiado	44	51.80		Nefrología	5	5.90
	Medicina prepagada	1	1.20		Neurocirugía	4	4.70
	Póliza de salud	0	0.00		Neurología	3	3.50
Número de hospitalizaciones (último año)	0	55	64.70	Oncología	4	4.70	
	1	11	12.90	Ortopedia	15	17.60	
	2	7	8.20	Psiquiatría	1	1.20	
	3	6	7.10	Urología	3	3.50	
	4	3	3.50				
	5	2	2.40				
	12	1	1.20				

Tabla 2
Prueba K-S para una muestra

	N	GHQ12		GHQ-Binario	
		85	85	85	85
Parámetros normales ^{a,b}	Media	17.21	5.34		
	Desviación típica	6.7	2.77		
Diferencias más extremas	Absoluta	0.11	0.14		
	Positiva	0.11	0.14		
	Negativa	-0.11	-0.10		
Z de Kolmogorov-Smirnov		0.99	1.31		
Sig. asintót. (bilateral)		0.31	.06		

a. La distribución de contraste es la normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Salud general según aspectos sociodemográficos: Se realizó análisis de Anova para las variables rango de edad, estrato y estado civil. En el caso de la variable sexo, se utilizó la prueba t para muestras independientes. Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas de la salud general de acuerdo a las variables nombradas (rango de edad: $F=2.21$; $p=.12$; sexo: $t=0.51$; $p=.61$; estrato: $F=1.07$; $p=.37$; estado civil: $F=0.75$; $p=.53$) (tabla 3).

Tabla 3
Salud general según rango de edad, sexo, estrato y estado civil

	Likert		GHQ-Binario		N
	media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	
Edad					
Adulto joven	15.57	6.26	4.69	2.33	35
Adulto medio	19.03	5.94	5.87	2.69	31
Adulto mayor	17.26	8.39	5.68	3.45	19
Total	17.21	6.8	5.34	2.77	85
Sexo	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Hombre	17.59	6.72	5.52	2.79	42
Mujer	16.83	6.88	5.16	2.77	43
Estrato	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
1	17.47	6.52	5.4	2.54	42
2	17.18	6.92	5.48	3.08	27

	Likert		GHQ-Binario		N
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	
3	15.69	7.42	4.54	2.63	13
4	29	.	11	0	1
5	12	.	3	0	1
Total	17.17	6.80	5.33	2.78	84
Estado civil	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Soltero	18.38	5.80	5.74	2.36	31
Casado/unión libre	16.12	7.18	5.13	2.86	40
Separado/divorciado	18.57	7.34	5.29	2.75	7
Viudo	16.85	8.19	4.86	4.1	7
Total	17.21	6.77	5.34	2.76	85

Salud general según aspectos de salud: Para ver si la salud mental variaba en función del sistema de seguridad social, la especialidad tratante y el tipo de diagnóstico, se utilizó un Anova y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de estas variables. La tabla 4 muestra las medias y las desviaciones típicas para cada una de las variables.

Tabla 4
Salud general según aspectos de salud

	Likert		GHQ-Binario		N
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	
Seguridad social					
EPS	16.45	6.99	5.1	2.74	40
Régimen subsidiado	18.22	6.24	5.66	2.74	44
Medicina prepagada	3	.	1	.	1
Total	17.21	6.77	5.34	2.76	85
Especialidad tratante	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Asma	22	.	7	.	1
Cardiología	18.45	6.31	5.73	2.97	11
Cirugía	13	.	3	.	1
Cirugía general	10	.	3	.	1 on

	Likert		GHQ-Binario		
Cx. plástica	18.5	9.19	5	4.24	2
Dermatología	25	.	9	.	1
Gineco-obstetricia	14.8	6.90	4.6	2.70	20
Ginecólogo	11	.	1	.	1
Medicina interna	17.25	8.50	5.5	3.39	12
Nefrología	17.2	7.32	5	2.73	5
Neurocirugía	19	4.32	6.25	1.26	4
Neurología	17.66	8.50	5.33	2.88	3
Oncología	13	9.13	3.75	3.20	4
Ortopedia	18.66	5.02	5.8	2.17	15
Psiquiatría	29	.	11	.	1 pr
Urología	21	3.60	7	1.73	3
Total	17.21	6.77	5.34	2.76	85
Diagnóstico	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Agudo	17.29	6.09	5.55	2.50	31
Repetido	29	.	11	.	1
Crónico	17.33	7.42	5.17	3.01	36
Terminal	11	.	4	.	1
Sin dato	16.43	6.45	5.06	2.59	16
Total	17.21	6.77	5.34	2.76	85
Pronóstico	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Favorable	16.37	6.33	5.08	2.51	40
Dudoso	17.33	6.22	5.44	2.74	9
Desfavorable	19	9.79	6.25	4.78	4
Sin dato	18	7.25	5.53	2.89	32
Total	17.21	6.77	5.34	2.76	85

Informe psicométrico de la prueba GHQ-12

En este informe se presenta el análisis de validez de constructo y de consistencia interna de la prueba GHQ-12. Para la validez del constructo se realizó el análisis factorial confirmatorio, mediante el

método de componentes principales. Además, se utilizó rotación varimax y se tuvieron en cuenta para los análisis aquellos ítems que tuvieran una carga factorial mayor de 0.50, tanto positiva como negativa. Para el análisis de consistencia interna se utilizó el coeficiente alpha de Cronbach.

Según el sistema de calificación GHQ, que realiza la calificación en sistema binario (0,1), la media de puntuación fue de 5.34 y la desviación fue de 2.767, lo que permite considerar un punto de corte mayor de 5 para considerar la existencia de un posible caso de vulnerabilidad en salud mental.

Para establecer si era posible realizar análisis factorial, se utilizó el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. Dichos estadísticos muestran que es adecuado realizar el análisis factorial (tabla 5).

Tabla 5
KMO y Prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.84
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	355.75
	<i>Gf</i>	66
	<i>p</i>	.000

Análisis de validez: Estructura factorial confirmatoria: Se realizó un análisis factorial confirmatorio para dos factores. Se encontró que esta estructura factorial explica el 51.768% de la varianza. Además, se descartó inicialmente el ítem 11, por no tener una carga factorial superior a 0.50.

Para el factor 1 se agruparon los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 12 y se nombró como “bienestar psicológico”; en el factor 2 se agruparon los ítems 2, 5, 6, 9, 10 y se nombró como “malestar psicológico”.

Se realizó después un análisis de consistencia interna mediante alpha de Cronbach y se encontró que ambos factores tienen índices adecuados de consistencia interna (.79 y .81, respectivamente). Por último, se determinó el peso de cada uno de los componentes a partir del análisis factorial consignado en la tabla 6.

Tabla 6
Matriz de componentes rotados según el análisis factorial confirmatorio de dos factores

	Componente	
	1	2
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	.643	
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?		.686
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	.506	
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	.672	
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?		.767
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?		.714
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	.694	
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	.778	
9. ¿Se ha sentido triste o deprimido?		.814
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?		.613
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?		
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	.770	
Alpha de Cronbach	.791	.806
Media	6.06	8.82
Desviación estándar	3.6	4.6

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: normalización varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en tres iteraciones.

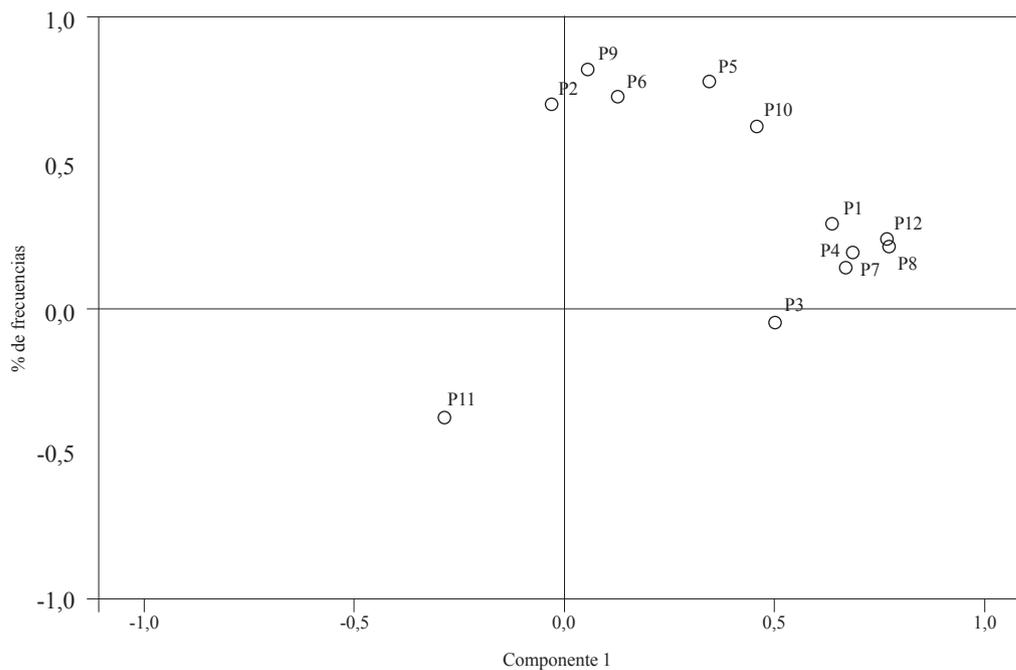


Figura 1. Estructura factorial confirmatoria de 2 factores x

La figura 1 muestra la agrupación de los ítems en dos factores y la carga factorial del ítem 11.

Consistencia interna. Finalmente, se presentan los estadísticos descriptivos y el alpha de Cronbach de la prueba (teniendo en cuenta la consideración de unidimensionalidad del instrumento) en la versión propuesta (de 11 ítems), así como la versión original con doce ítems (tabla 7).

Tabla 7
Estadísticos descriptivos y alpha de Cronbach de la prueba

	<i>N</i>	Mi- mo	Máxi- mo	Me- dia	Desv. típ.	Alpha de Cronbach
GHQ11	85	.00	28.00	14.88	7.09	.84
GHQ12	85	3.00	31.00	17.21	6.77	.78
<i>N</i> válido (según lista)	85					

Discusión

Esta investigación permitió evaluar algunas las propiedades psicométricas del instrumento sobre una muestra paramétrica de pacientes de la población hospitalaria de la Institución. Los resultados generales del análisis coinciden con otros estudios de estandarización realizados con versiones traducidas en Brasil (Mari & Williams, 1985), Cuba (Victoria, 1999), Chile (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz & Weil, 2003; Humphreys et ál., 1991; Lewis & Araya, 1995) y España (López-Castedo & Fernández, 2005; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2011; Sánchez-López & Dresch, 2008), donde el GHQ-12 muestra características psicométricas adecuadas. En otros estudios también ha sido probado como una herramienta efectiva para valorar la percepción de bienestar psicológico como dimensión global en población general (López-Castedo & Fernández, 2005; Navarro et ál., 2007; Sánchez-López & Dresch, 2008), y como medida de evaluación con pacientes clínicos para identificar comorbilidad con otras enfermedades, las repercusiones del tratamiento y las condiciones socioeconómicas de los pacientes estudiados (Allgar, Neal & Pascoe, 2003; Ananth, Jones, Rey &

Tookman, 2003; Aydin & Uluşahin, 2001; Bones, Pérez, Rodríguez, Borrel & Obiols, 2010; Carnes et ál., 2007; Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saúl, 2001; Frappell-Cooke, Gulina, Verde, Hughes & Greenberg, 2010; Grussu & Quatraro, 2009).

Respecto a la población estudiada, los resultados del análisis no evidencian diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la salud general, de acuerdo a las variables sociodemográficas y a las variables relacionadas con aspectos en salud (tipo de seguridad social, especialidad que le trata, tipo de diagnóstico y pronóstico), lo cual puede sugerir que la percepción de bienestar o malestar psicológico frente a sí mismo y al funcionamiento social personal se encuentra relacionada, principalmente, con factores intrínsecos, más que con factores extrínsecos o circunstanciales relativos a los problemas actuales de salud. Algunos estudios antes referenciados indican que la variación en las puntuaciones de la prueba estaba más asociada con comorbilidades psiquiátricas que con padecimientos físicos (Allgar, Neal & Pascoe, 2003).

Para realizar la evaluación general de salud de la muestra, se definió la puntuación según un sistema de calificación binario (0,1), similar al utilizado con una muestra de pacientes con cáncer de mama en Barcelona (6.70) (Sánchez, Torres, Camprubí, Vidal & Salamero, 2005), aunque difiere, sin embargo, de la media en población general en Madrid (8.52) (Sánchez & Dresch, 2008). La manera como se comporta la distribución de los resultados en el análisis factorial confirmatorio para dos factores, indica que la valoración binaria para identificar los casos de atención puede sugerirse en un punto de corte de resultado de 5 (5/6 NO CASO/CASO), tal como las investigaciones citadas lo trabajaron (Humphreys et ál., 1991).

Respecto al análisis de validez a partir del resultado obtenido en el análisis factorial confirmatorio de dos factores, se indica que existe una estructura de dos factores (positivo y negativo), y en el análisis de consistencia interna mediante alpha de Cronbach se encontró que ambos factores tienen índices adecuados de consistencia interna; sin embargo, se sugiere mantener la naturaleza unidimensional de la escala, es decir, que ésta se explicaría como dos partes de un mismo componente, en cuyo caso los

resultados del análisis de consistencia global de la escala también presentan resultados adecuados. Estas mismas conclusiones aparecen en Sánchez-López y Dresch (2008), donde también se presentan dificultades de agrupación, y en lo propuesto por Hankins (2008), Hu, Stewart-Brown, Twigg y Weich (2007), Werneke et ál. (2000) y Ye (2009), quienes consideran la naturaleza unidimensional del instrumento para evaluar la salud.

Como indica Rodríguez (1991), el GHQ no clasifica a las personas como sanas o enfermas, puesto que el contenido de los ítems hace referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas “sanas”. El modo en el que se distribuyan sus puntuaciones indicará mayor (con puntuaciones más altas) o menor probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico y, por tanto, una mayor o menor salud mental y bienestar psicológico.

En cuanto a los resultados de la estructura factorial confirmatoria de los doce ítems, es importante resaltar que el nombre de GHQ-12 debería ser reconsiderado, puesto que el número en el nombre de la prueba se otorga en virtud del número de ítems, y ya que el ítem 11 no posee carga factorial aceptable para esta población, la prueba podría nombrarse como Cuestionario de Salud General Reducido (GHQ-R).

Conclusiones

De acuerdo a las conclusiones de los estudios de normalización, así como de evaluación clínica, con población general, población específica y población clínica, el GHQ-12 se ha mostrado como una herramienta adecuada para valorar la salud mental general, dado que ha demostrado características psicométricas adecuadas tanto en población general como en población clínica. En este estudio presenta adecuadas propiedades psicométricas como escala unidimensional que evalúa dimensiones de “bienestar y malestar psicológico” en población hospitalaria.

Agradecimientos

El equipo de investigación que llevó a cabo el proyecto expresa sus agradecimientos a las per-

sonas que apoyaron su realización, en el marco de la relación interinstitucional. En este sentido, agradece a los funcionarios del Hospital General de Medellín, Fernando Hincapié Agudelo, subgerente de Procesos Asistenciales; Álvaro Quintero, del Programa de Investigaciones; Liliana Sánchez Díaz, líder del Programa Sistemas; Marta Cecilia Sepúlveda Valderrama, directora de Hospitalización; Juan David López Vahos, técnico en Sistemas. En la Universidad Pontificia Bolivariana, Mónica Uribe Ríos, directora de la Facultad de Ciencias de la Salud; Inés Milena David Díaz, coordinadora administrativa, Facultad de Ciencias de la Salud; Centro de Atención Psicológica; Clara Gärtner G., asesora en Metodología de Investigación, y como apoyo estadístico a Renato Zambrano.

Referencias

- Allgar, V., Neal, R. & Pascoe, S. (2003). Los pacientes con cáncer del patrón de consultas en atención primaria y los niveles de morbilidad psicológica: resultados de la Encuesta de Salud de Inglaterra. *Psicooncología*, 7 (12), 736-740.
- Ananth, H., Jones, L., Rey, M. & Tookman, A. (2003). El impacto del cáncer sobre la función sexual: un estudio controlado. *Medicina Paliativa*, 2 (17), 202-205.
- Aydin, I. & Uluşahin, A. (2001). Depresión, ansiedad comorbilidad y la discapacidad de la tuberculosis y los pacientes crónicos con enfermedad pulmonar obstructiva: aplicabilidad del GHQ-12. *Hospital General de Psiquiatría*, 2 (23), 77-83.
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez, M., Borrel, C. & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 3 (22), 389-395.
- Carnes, D., Parsons, S., Ashby, D., Breen, A., Foster, N., Pincus, T. & Underwood, M. (2007). El dolor crónico musculoesquelético raramente se presenta en un sitio solo cuerpo: resultados de un estudio de población del Reino Unido. *Reumatología*, 7 (46), 1168-1170.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. & Saúl, J. (2001). Morbilidad psiquiátrica y su reconoci-

- miento por los médicos en pacientes con cáncer. *British Journal of Cancer*, 8 (84), 1011-1015.
- Frappell-Cooke, W., Gulina, M., Verde, K., Hughes, J. & Greenberg, N. (2010). El manejo del trauma de riesgo reduce la angustia psicológica en las tropas desplegadas? *Medicina Ocupacional*, 8 (60), 645-650.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. & Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 2 (41), 103-109.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López-Torrecillas, F. & Sánchez-Barrera, M. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de Salud General de Goldberg -28". *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (14), 49-71.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.
- Goldberg, D. & Blackwell, B. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, (24), 18-23.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O. et al. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental health. *Psychological Medicine*, (27), 191-197.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. UK: NFER Nelson.
- Grussu, P. & Quatraro, R. (2009). Prevalencia y factores de riesgo de un alto nivel de la sintomatología de la depresión posparto en las mujeres italianas: una muestra extraída de las clases prenatales. *Psiquiatría*, 5 (24), 327-333.
- Hankins, M. (2008). The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*, (8), 355.
- Hu, Y., Stewart-Brown, S., Twigg, L. & Weich, S. (2007). Can the 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health? *Psychological Medicine*, (37), 1005-1013.
- Humphreys, D., Ibáñez, C., Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R. & Marchandon, A. (1991). Validación preliminar en Chile de una versión abreviada del Cuestionario General de Salud de Goldberg GHQ-12. *XLVI Jornadas anuales de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*. Santiago.
- Joint Commission International (2008). *Estándares de acreditación para hospitales* (3ª ed).
- Lewis, G. & Araya, R. (1995). Is the General Health Questionnaire (12 item) a culturally biased measure of psychiatric disorder? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (30), 20-25.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16 (1), 135-140.
- López-Castedo, A. & Fernández, L. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. *Perceptual & Motor Skills*, (100), 676-680.
- Mari, J. & Williams, P. (1985). Una comparación de la validez de dos cuestionarios de seguimiento psiquiátrico (GHQ-12 y CAR-20) en Brasil, con relativo análisis de características operativas (ROC). *Psychological Medicine*, 15 (3), 651-659.
- Navarro, P., Ascaso, C., Garcia-Esteve, L., Aguado, J., Torres, A. & Martín-Santos, R. (2007). Postnatal psychiatric morbidity: A validation study of the GHQ-12 and the EPDS as screening tools. *General Hospital Psychiatry*, 29 (1), 1-7.
- OMS (2011). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de junio de 2011, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Pastor, C., Higgins, B., Sabio, M., Yiangou, C., Dubois, D. & Kilburn, S. (2009). El cáncer de mama durante el seguimiento: un ensayo controlado aleatorio que compare el punto de acceso necesita frente examen clínico de rutina cada 6 meses. *Revista Europea de Enfermería Oncológica*, 1 (13), 2-8.
- Rodríguez, I. (1991). *Cambio en el bienestar psicológico en función de las transiciones que se producen al finalizar la Formación Profesional de primer ciclo*. Memoria de licenciatura no publicada, Universidad de Valencia.
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 125-139.
- Sanchez-López, M. & Dresch, V. (2008). Cuestionario de Salud General de 12 Items (GHQ-12): fiabili-

- dad, validez externa, y la estructura factorial en la población española. *Psicothema*, 20, 839-843.
- Sánchez, S., Torres, A., Camprubi, N., Vidal, A. & Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicoonconología*, 1 (2), 21-32.
- Ye, S. (2009). Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): The role of wording effects. *Personality and Individual Differences*, (46), 197-201.
- Victoria, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1 (15), 88-97.
- Victoria, C. & González, I. (2000). La categoría Bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 6 (16), 586-592.
- Werneke, U., Goldberg, D. P., Yalcin, I. & Ustun, B. T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, (30), 823-829.

Fecha de recepción: 1º de septiembre de 2011
Fecha de aceptación: 13 de junio de 2013