

Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios

Martha Romero Mendoza*
Ma. Elena Medina-Mora**

Summary

In this study a revision is made of the most significant results obtained by applying Goldberg's General Health Questionnaire (1972) to a sample of Mexican university students, to determine, among other things, the validity of a brief version of 28 items adapted for this type of population.

The most relevant results obtained regarding the global prevalence of emotional disorders in the studied population, as well as the proportion and the type of the most frequent disorders are also reported.

The investigation was made in a sample of 296 male and female students, who were taking two compulsory subjects, and to whom the version of 60 items of the GHQ was applied. The 134 students, whose answers included more than six items, were selected from the sample, as well as a random sample of those who presented less than 6 positive symptoms. Goldberg's Standardized Psychiatric Interview (1970) was applied to this sample. The interview was applied by one of the five psychologists previously trained in the application of the instrument and who obtained in this course a reliability between scores of + 0.84 when evaluating the presence, absence and severity of symptoms.

For the purpose of developing the brief version, all answers were re-scored according to the method of Likert (0, 1, 2, 3).

An analysis was made of the main components and a varimax rotation was then made, using a series of statistical packages.

It was found that 39.32% of the studied population had some type of illness needing specialized care. Among women, 53.07% showed symptoms of irritability; 51.84% of anxiety; 49.3% of depressed mood; 40.73% diminished concentration; 39.49% fatigue, and 32.09% sleep disorders.

Men obtained lower percentages, which were distributed in a different order: diminished concentration 44.82%; anxiety and irritability 41.36%; depressed mood 34.77%; sleep disorders 34.47%, and somatic symptoms 31.02%.

The factor analysis obtained 16 components with higher or equal Eigen value of 1, which explained 65.7% of the total variance. Four factors were conceptualized when the varimax rotation was made: Suicide ideation, mild depression, somatic symptoms and sleep disorders, and anxiety, each one with seven items explaining 38.95% of the total variance.

When re-scoring the 112 questionnaires of the sample, according to the 28 items of the brief version, it was found that the best cutting point which could provide an equilibrium between sensibility and specificity was 5/6. With this cutting point, and according to the SPI it was observed that 16.96% of the total sample had non-significant disorders; 30.35% could be considered as mild cases and 52.67%, as moderate cases.

Resumen

En el presente estudio se revisan los principales resultados que se obtuvieron aplicando el Cuestionario General de Salud de Goldberg, D.P. (1972) a una muestra de estudiantes universitarios mexicanos, para deter-

minar, entre otras cosas, la validez de una versión breve de 28 reactivos adaptada para este tipo de población.

Se presentan los resultados más relevantes que se obtuvieron sobre la prevalencia global de trastornos emocionales en la población estudiada, así como la proporción y el tipo de alteraciones más frecuentes.

La investigación se llevó a cabo en una muestra de 296 alumnos de uno y otro sexo, que tomaban 2 materias obligatorias, a los que les fue aplicado el GHQ en su versión de 60 reactivos. De ella se seleccionaron 134 sujetos cuyas respuestas incluían más de 6 reactivos, así como una muestra al azar de aquéllos que presentaron menos de 6 síntomas positivos. A esta muestra se le aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Goldberg D P y cols., 1970). La entrevista la llevó a cabo uno de los 5 psicólogos que habían sido entrenados previamente para que aplicaran el instrumento, y quienes en este curso obtuvieron una confiabilidad entre puntuaciones de + 0.84 al evaluar la presencia, la ausencia y la severidad de los síntomas.

Con la finalidad de desarrollar la versión breve, todas las preguntas fueron recalificadas de acuerdo con el método de Likert (0, 1, 2, 3). Primero se llevó a cabo un análisis de los componentes principales y después se realizó una rotación varimax utilizando una serie de paquetes estadísticos.

Se encontró que el 39.32% de la población que se estudió presentaba algún tipo de padecimiento que requería atención especializada. En el grupo de mujeres, el 53.07% mostró síntomas de irritabilidad; el 51.84%, de ansiedad; el 49.3%, de ánimo depresivo; el 40.73%, de disminución en la concentración; el 39.49%, de fatiga, y el 32.09%, de alteraciones en el sueño.

En el grupo de hombres, los porcentajes eran menores y estaban distribuidos en diferente orden jerárquico: disminución de la concentración, 44.82%; ansiedad e irritabilidad, 41.36%; ánimo depresivo, 34.77%; alteraciones en el sueño, 34.46%; y síntomas somáticos, 31.02%.

En el análisis de factores se obtuvieron 16 componentes con un valor de Eigen mayor o igual a 1, que explicaba el 65.7% de la varianza total. Cuando se realizó la rotación varimax pudieron conceptualizarse 4 factores: ideación suicida, depresión leve, síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño, y ansiedad, cada uno con 7 reactivos, que explican el 38.95% de la varianza total.

Al recalificar los 112 cuestionarios de la muestra de acuerdo con los 28 reactivos de la versión breve, se encontró que el mejor punto de corte que proporcionaba equilibrio entre sensibilidad y especificidad era el de 5/6. Con este punto de corte, y de acuerdo con la EPE, se observó que el 16.96% del total de la muestra presentaba trastornos no significativos; el 30.35% podía ser considerado como caso leve y el 52.67%, como caso moderado.

El Cuestionario General de Salud (GHQ, Goldberg, 1972) fue diseñado como una prueba de filtrado o tamizado para detectar la enfermedad psiquiátrica no psicótica. El cuestionario original consta de 60 reactivos, y de éste se han derivado otras versiones breves de 30, 20 y 12 reactivos.

Aunque su validez ha sido demostrada (Goldberg, D P, 1972, 1978), existe la necesidad de revalidar y recalibrar el Cuestionario General de Salud cuando se utiliza en lugares diferentes o en poblaciones con distintas caracterís-

* Investigadora de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

** Jefe de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

ticas (Tarnopolsky y cols, 1979), dado que su efectividad como prueba de tamizado puede variar de acuerdo con la población que haya sido identificada, con la forma de presentar las preguntas y con la prevalencia total de trastornos en una población específica.

Las diversas versiones breves han sido probadas en la comunidad (Finlay-Jones, Murphy, 1979), en la práctica médica general (Tennant, 1977; Medina-Mora y cols, 1983), en los estudios laborales (Jenkins, 1980) y en los pacientes ginecológicos (Worsley, Walters y Wood, 1978).

Estos estudios ponen en evidencia la efectividad del cuestionario en distintos ambientes; sin embargo, son pocas las investigaciones que se han realizado en gente joven que esté fuera del ambiente médico. Entre éstas destacan los estudios de Banks M (1983), llevados a cabo en 200 jóvenes de 17 años de edad, en Sheffield; y el estudio de Radovanovic y cols (1983), llevado a cabo en estudiantes de medicina de una universidad de Yugoslavia.

La adolescencia y la juventud son un período de crisis en el que se viven experiencias que son determinantes para la vida adulta. A pesar de ello, se desconocen, en gran medida, la prevalencia de trastornos emocionales que afectan a nuestra población universitaria y son pocos los instrumentos útiles y de bajo costo que permitan la detección precoz de esta problemática.

El objetivo de esta investigación fue el de obtener una versión breve del Cuestionario General de Salud, válida para detectar la psicopatología de los estudiantes universitarios, describir la estructura factorial de ésta y compararla con aquellas otras versiones aplicadas en diversas poblaciones de México, Estados Unidos, Inglaterra y Austria.

Asimismo, se presentan los resultados más relevantes de la prevalencia global de los trastornos emocionales de la población estudiada, así como la proporción y el tipo de alteraciones más frecuentes.

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario General de Salud (GHQ), que es un instrumento diseñado para identificar casos potenciales, pero que deja que los casos reales sean confirmados por una entrevista clínica, en este caso la Entrevista Estandarizada de Goldberg D P (1970). Esta entrevista fue desarrollada para llevar a cabo estudios comunitarios, y ha demostrado ser un instrumento sensible cuando se entrevista a una población que no se define a sí misma como caso, o que permanece fuera del escenario de un consultorio.

El cuestionario pretende evaluar la severidad del trastorno al momento de aplicarlo, y sus reactivos describen sentimientos anormales y aspectos de la conducta observada. Se pide a los sujetos estudiados que comparen el grado en el cual experimentan cada reactivo en ese momento, con el grado en el cual lo experimentan generalmente; es decir, en la medida en la que su estado actual difiere de su estado usual (Goldberg D P, 1972).

De esta manera, el cuestionario revela dos fenómenos: la incapacidad para realizar las funciones normales sanamente, y la aparición de un suceso de naturaleza tensionante. Es utilizado como un instrumento para detectar presuntos casos y así localizar a las personas que

tienen, en potencia, trastornos psiquiátricos. Ha sido utilizado exitosamente en varios países en su versión original de 60 reactivos y en sus versiones breves, en diferentes ámbitos: en la práctica general y en la comunidad (Goldberg y cols, 1976; Goldberg D P, Hillier V F, 1979; Medina-Mora y cols, 1984; Burvill, Knuiman y Finlay-Jones, 1984).

La validez del cuestionario en la población joven fue probada por Radovanovic y cols (1983), quienes la aplicaron a una muestra de estudiantes universitarios yugoslavos, y por Banks (1983), quien la aplicó a jóvenes ingleses de 17 años que habían abandonado los estudios.

En estudios anteriores realizados en México, se comprobó el poder discriminativo de los reactivos en una población con diferentes niveles de escolaridad (Martínez, 1980), así como la sensibilidad y la especificidad del instrumento, cuando fue utilizado en una población de la práctica médica general de tres diferentes niveles socioculturales. (Medina-Mora M E, 1983; Padilla G P; Ezbán M; Medina-Mora M E, 1984).

Método

En el presente estudio se consideró como población a los estudiantes universitarios de los primeros semestres (primer y tercer semestre) del turno vespertino de una facultad de la Universidad Nacional Autónoma de México. La investigación se llevó a cabo en una muestra de 296 alumnos de uno y otro sexo, asistentes a dos materias obligatorias, a quienes les fue aplicado el Cuestionario de Salud en su versión de 60 reactivos.

Como el 0.48% se negó a contestar el cuestionario, quedó un total de 204 mujeres y 91 hombres. La media de edad de la población fue de 20 años. En general, mostraron continuidad en los estudios (82.03%) y un promedio de más de 13 años escolares cursados (65.42%).

La mayoría eran solteros (85.76%) que estudiaban a la vez que trabajaban (59.66%) en puestos del tercer nivel: empleados bancarios, burócratas, dueños de un comercio pequeño, agentes viajeros, profesores de primaria, contadores privados, secretarías o recepcionistas (50.51%) (Cuadro 1).

Después de aplicar el cuestionario a los 295 alumnos, se seleccionaron 134 sujetos cuyas respuestas incluían más de seis reactivos (éste fue el punto de corte que se utilizó), así como una muestra al azar de aquéllos que presentaban menos de seis síntomas positivos.

A esta muestra se le aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Goldberg y cols, 1970).

En esta fase del estudio se obtuvo una tasa sin respuesta que fue ligeramente superior en las mujeres (17.83%) que en los hombres (12.12%). Sin embargo, la diferencia no llegó a ser significativa ($\chi^2 = 0.24$, $gl = 3$, NPS) El total de sujetos entrevistados fue de 112, de los cuales 83 eran mujeres (74.11%) y 29, hombres (25.89%).

La Entrevista la llevó a cabo uno de los cinco psicólogos que habían sido previamente entrenados para usar el instrumento. Durante el entrenamiento, 10 pacientes con diferentes niveles y tipos de patología fueron entrevistados y puntuados por los psicólogos de una manera independiente, quienes obtuvieron una confiabilidad entre puntuaciones de + 0.84 al evaluar la presencia, ausencia y severidad de síntomas.

Cuadro 1
Características demográficas de la población estudiada. N = 295

Edad:	17 a 22 años	70.84%	
	23 a 29 años	25.07%	
	30 a 41 años	4.05%	
Sexo:	Masculino	30.84%	
	Femenino	69.15%	
Estado Civil:	Soltero	85.76%	
	Casado	9.49%	
	Divorciado	1.35%	
	Viudo	0.34%	
	Unión libre	2.03%	
Trabajo:	Trabaja y estudia	59.66%	
	Estudia	40.33%	
Ocupación:	Primer nivel	1.35%	
	Segundo nivel	2.03%	
	Tercer nivel	50.51%	
	Cuarto nivel	3.72%	
	Quinto nivel	1.01%	
	Sexto nivel	0.34%	
	O no trabaja	41.01%	
Lugar de Origen:	Zona metropolitana	77.96%	
	Otra zona urbana	11.86%	
	Zona rural	1.69%	
¿Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico?	Si	No	
	• Psicoterapia	6.78%	83.73%
	• Hospitalización	1.60%	84.41%
	• Psicofármaco	2.37%	84.07%

Para corregir los efectos del sobremuestreo de los casos positivos del Cuestionario General de Salud para la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada y ciertos efectos de los reactivos sin respuesta, se ponderaron los datos, y estos pesos estratificados fueron utilizados para hacer el análisis de los datos. Este ajuste se llevó a cabo considerando la proporción de casos y la puntuación obtenida en el cuestionario (5/6) en relación con el número total de encuestados, presentando la misma puntuación en la población.

Con la finalidad de desarrollar una versión breve y balanceada del Cuestionario General de Salud, todas las preguntas fueron recalificadas de acuerdo con el método de Likert (0, 1, 2, 3). Se llevó a cabo un análisis de los componentes principales y después se realizó una rotación varimax, utilizando una serie de paquetes estadísticos.

Se eliminaron del estudio aquellos cuestionarios que tenían muchos reactivos sin contestar.

Resultados

Prevalencia global, validez y sensibilidad del cuestionario

Para obtener la prevalencia global, la validez y la sensibilidad del cuestionario, se compararon las calificaciones de los dos instrumentos de la siguiente forma: de la Entrevista Psiquiátrica se utilizó el diagnóstico global de severidad, y aquellos individuos que fueron calificados con 1

ó 2 se consideraron como que no eran casos, y a partir del 3, como casos.

En el Cuestionario General de Salud, cada reactivo se calificaba con 1 cuando el síntoma estaba presente, y sumando estos puntajes se obtuvo la calificación global. En este estudio se buscó aquel punto de corte que minimizara simultáneamente el número de falsos positivos y de falsos negativos. El punto de corte obtenido para la población total fue 4/5; esto es, que después de detectar cinco síntomas presentes en el cuestionario, podía ser considerado como "caso", con un grado de error conocido. La tasa de clasificación errónea fue del 28% con una sensibilidad y especificidad de 71.49% y 71.61%, respectivamente (Cuadro 2).

Se encontró que el 39.32% de la población estudiada presentaba algún tipo de padecimiento que requería de una atención especializada.

En el grupo de mujeres, el 53.07%* mostró síntomas de irritabilidad; el 51.84%, de ansiedad; el 49.37%, de ánimo depresivo; el 40.73%, de disminución en la concentración; el 39.49% de fatiga y el 32.09% de alteraciones en el sueño, que variaron de moderados a muy intensos.

En el grupo de hombres, los porcentajes fueron menores y se distribuyeron con diferente orden jerárquico: disminución de la concentración, 44.82%; ansiedad e irritabilidad, 41.36%; ánimo depresivo, 34.77%; alteraciones en el sueño, 34.47% y síntomas somáticos 31.02%.

Estos síntomas se confirmaron por lo que los psicólogos pudieron observar en el momento de la entrevista. En el sexo femenino predominó el ánimo depresivo (50.61%) y el contenido depresivo de pensamiento (46.90%), junto con la ansiedad moderada (37.03%) y la excesiva preocupación por las funciones corporales, sintomatología que sugiere que hay reacciones depresivas o cuadros psicósomáticos.

En el sexo masculino, la sintomatología sugirió que había cuadros ansiosos depresivos y una cierta disminución en la somatización. Estas manifestaciones fueron más severas en los hombres que en las mujeres (deprimidos: 48.26%; ansiosos: 44.81%; contenido depresivo del pensamiento: 31.02%; excesiva preocupación por las funciones corporales: 17.43%).

Cuadro 2

Estimación de la prevalencia de trastornos mentales obtenida por medio de los datos ponderados de la muestra en uno y otro sexo

Entrev. Cuestion.	No casos	Casos	Total
0 - 4	134	33	167
5 ó +	53	82	135
Total	187	115	302
Tasa de clasificación errónea			28.00%
Sensibilidad			71.49%
Especificidad			71.61%
% de falsos positivos			28.39%
% de falsos negativos			28.51%
Valor predictivo alto			0.60%
Valor predictivo bajo			0.19%
Prevalencia			39.32%

* Porcentajes obtenidos del total de sujetos de cada grupo.

Cuadro 3

Análisis de los componentes del GHQ, que no fueron rotados: 60 reactivos

Número del factor	Valor de Eigen	Varianza que explica (%)	Nombre del factor
1	14.55	24.25	Depresión
2	3.83	8.31	Disfunción social
3	3.016	3.28	Depresión severa
4	1.97	3.11	Ansiedad

Cuadro 4

Estructura factorial de la versión de 28 reactivos del GHQ (rotación varimax de la solución de 4 factores)

1	2	3	4
Ideación suicida	Depresión leve	Síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño	Ansiedad
51). ¿Ha pensado que Ud. no vale nada? 0.71	22). ¿Se tarda más tiempo en hacer las cosas? 0.62	3). ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? 0.66	5). ¿Ha tenido dolores de cabeza? 0.57
56). ¿Ha sentido que no vale la pena vivir? 0.63	36). ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? 0.61	14). ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones? 0.62	58). ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada? 0.54
52). ¿Siente que no se puede esperar nada? 0.62	28). ¿Ha sentido que por lo general hace bien las cosas? 0.59	13). ¿Se ha sentido demasiado cansado... para comer? 0.60	48). ¿Ha sentido que la gente se le queda viendo? 0.53
59). ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo? 0.62	7). ¿Siente que puede concentrarse en lo que hace? 0.58	20). ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas? 0.58	6). ¿Ha tenido pesadez en la cabeza? 0.51
50). ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo? 0.61	16). ¿Se ha sentido lleno de vida y energía? 0.58	12). ¿Al despertarse siente que no descansó? 0.56	8). ¿Ha sentido miedo de desmayarse en público? 0.48
57). ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio? 0.60	30). ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? 0.58	39). ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión? 0.56	55). ¿Se ha sentido nervioso y a punto de estallar constantemente? 0.43
60). ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza? 0.58	46). ¿Se ha sentido capaz de enfrentarse a sus problemas? 0.58	4). ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo? 0.52	38). ¿Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer? 0.41

38.9% de la varianza acumulada

Versión breve

Para obtener la versión breve del Cuestionario General de Salud se hizo un análisis de los principales componentes, y después se realizó una rotación varimax. En este análisis se obtuvieron 16 componentes con un valor de Eigen mayor o igual a 1, que explican el 65.7% de la varianza total. Cuando se hizo la rotación varimax, se pudieron conceptualizar cuatro factores. Estos factores explican el 38.95% de la varianza total.

Después de que se hizo la rotación varimax, los factores pudieron conceptualizarse fácilmente dado que pesaban más reactivos en cada uno de ellos. Tomando los siete reactivos que obtuvieron mayores pesos en cada factor fue posible construir 4 escalas (> 0.40). Ningún otro reactivo pesó significativamente en las diversas escalas (Cuadros 3 y 4).

Debido a que un factor general explica el 24.25% de la varianza en el análisis que no fue rotado, es inevitable que las diversas escalas no sean medidas puras de los cuatro

Cuadro 5

Promedio de los factores de las cuatro escalas sobre los cuatro factores. 38.95% de la varianza de estos factores

Rotación varimax de 28 reactivos

Factores	1 Depresión severa	2 Disfunción social	3 Síntomas somáticos	4 Ansiedad
Reactivos de la escala 1	0.6303	.18492	.1330	.0912
Reactivos de la escala 2	.09267	.5983	.1779	.1253
Reactivos de la escala 3	.14308	.14863	.5896	.1986
Reactivos de la escala 4	.12898	.13319	.2081	.5009

factores que fueron elegidos.

La extensión en la cual se cubren parcialmente se muestra en el cuadro 5, que describe el factor de peso promedio principal para cada escala en cada factor.

La versión de 28 reactivos como prueba de tamizado

Al recalificar los 112 cuestionarios de la muestra de acuerdo con los 28 reactivos de la versión breve, se encontró que el mejor punto de corte que proporcionaba equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, era el de 5/6. Con este punto de corte, y de acuerdo con el Diagnóstico Global de Severidad de la Entrevista, se vio que el 16.96% del total de la muestra presentaba trastornos no

significativos, el 30.35% podían ser considerados como casos leves y el 52.67%, como casos moderados.

Comparación de los resultados que se obtuvieron con otras versiones breves

El cuadro 6 resume siete versiones breves del Cuestionario General de Salud a fin de establecer una comparación entre los reactivos que las componen y la varianza que explican, y la versión de 28 reactivos probada en estudiantes universitarios.

En este orden de ideas, la versión de Medina-Mora y cols. (1984), de cuatro factores, es la más semejante a la presente investigación por tener 19 reactivos similares

Cuadro 6

Comparación de las diversas versiones breves del Cuestionario General de Salud

Versión	Nombre de escalas	Reactivos	Varianza acumulada
4 factores Goldberg y cols, 1976 <i>Población:</i> Blancos (E.U.A.)	1. Depresión y ansiedad 2. Insomnio y anergia 3. Funcionamiento social 4. Anhedonia	52,51,50,56,49 20,14,15,16, 7 21,36,27,35 31,32,54,42	51.5%
4 factores Goldberg y cols, 1976 <i>Población:</i> Negros (E.U.A.)	1. Depresión y ansiedad 2. Anhedonia 3. Anergia 4. Insomnio	52,51,50,56,49 31,46,53,21,54 16,15,42,35 14, 20	53.2%
6 factores Goldberg D P y Hillier V P, 1979 <i>Población:</i> Consulta externa en Inglaterra	1. Enfermedad general 2. Síntomas somáticos 3. Perturbaciones en el sueño 4. Disfunción social 5. Ansiedad y disforia 6. Depresión suicida	1, 2, 3, 4, 16 5, 6, 8, 9, 10 11,12,17,18,20 21,28,30,36,42 45,47,49,50,55 52,56,57,59,60	53.5%
4 factores Goldberg D P y Hillier V F, 1979 Consulta externa en Inglaterra	1. Síntomas somáticos 2. Ansiedad e insomnio 3. Disfunción social 4. Depresión severa	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 14,18,39,44,45,47,55 21,22,28,30,35,36,42 51,52,56,57,58,59,60	48%
6 factores Medina-Mora M E y cols, 1984 <i>Población:</i> Pacientes consulta externa en México	1. Síntomas somáticos 2. Perturbaciones en el sueño 3. Relaciones interper- soneles 4. Conducta observada 5. Ansiedad 6. Depresión severa	6, 3, 4, 16 18,17,20,11,12 31,32,33,36,35 24,42,25,30,28 38,34,45,50,48 59,57,60,56,52	46.6%
4 factores Medina-Mora M E y cols, 1984 <i>Población:</i> Pacientes consulta externa en México	1. Síntomas somáticos 2. Perturbaciones en el sueño 3. Disfunción social 4. Depresión severa	6, 3, 4, 5, 1,16,13 18,17,20,14,11,12,19 36,28,46,42,30,35,22 59,57,60,56,52,51,50	52.4%
5 factores Burvill, Knuiman y Finlay-Jones, 1984 <i>Población:</i> Comunidad y consulta externa en Australia	1. Enfermedad general 2. Perturbaciones en el sueño 3. Disfunción social 4. Ansiedad y disforia 5. Ideación suicida	1, 2, 3, 4, 16 11,14,17,18,20 28,30,35,36,54 39,40,47,49,55 52,56,57,59,60	46%
4 factores Este estudio 1984 <i>Población:</i> Estudiantes universitarios	1. Ideación suicida 2. Depresión leve 3. Síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño 4. Ansiedad	50,51,52,56,57,59,60 7,16,22,28,30,36,46 3, 4, 12,13,14,20,39 5, 6, 8,38,48,55,58	39%

Cuadro 7

Consistencia interna del Cuestionario General de Salud en su versión breve de 28 reactivos

Calificación en el cuestionario	Subescalas de la versión breve						Síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño
	Ideación suicida		Depresión leve		Ansiedad		
No se consideró como caso (n = 26) 0 a 5	0.19	0.490	0.26	0.450	0.34	0.620	0.11 0.430
Caso (n = 28) 6 ó más	1.32	1.620	2.67	1.900	2.51	1.330	2.67 1.660
	t = 4.289* gl = 108 r = 0.52		t = 8.526* gl = 108 r = 0.72		t = 8.887 gl = 108 r = .70		t = 7.772 gl = 108 r = 0.67

* Significativa al 0.05, 0.01 y al 0.001

que representan el 67.85%. En orden decreciente están las versiones de 6 y 4 factores de Goldberg y Hillier (1979), con 17 reactivos (60.71%); la de Burvill y cols. (1984), de cinco factores con 15 reactivos (53.57%); y por último, las versiones de Goldberg (1976) en poblaciones norteamericanas de blancos y negros, con 9 reactivos (32.14%) y 8 reactivos (28.57%), respectivamente.

Consistencia interna e Índice de validez de la versión breve del Cuestionario General de Salud

Para probar la consistencia interna de la versión breve que se obtuvo, se llevó a cabo una correlación entre las diversas subescalas que resultaron del análisis y de la calificación global del cuestionario en su versión de 28 reactivos.

La Subescala denominada "ideación suicida", obtuvo una $r = + 0.52$, siguiéndole la de "síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño" con $r = + 0.67$; la de "ansiedad", con $r = + 0.70$; y la de depresión leve, con la correlación más alta, $r = + 0.72$.

Para probar su potencial de discriminación entre los casos y los que no eran casos, con el punto de corte que se consideró óptimo se hizo un contraste de hipótesis utilizando la t de Student. El cuadro 7 muestra las diferencias significativas que hubo entre las respuestas al cuestionario de los casos y de los que no eran casos.

Todos los procedimientos para determinar la validez de una prueba específica se basan en las relaciones entre la actuación de dicha prueba y otros hechos observables independientemente, relativos al rasgo de conducta que se está considerando. En este estudio se investigó la relación que había entre la calificación global del cuestionario en su versión de 28 reactivos, y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

Las correlaciones que se obtuvieron en ideación suicida, $r = + 0.36$; depresión leve, $r = + 0.21$; ansiedad, $r = + 0.40$, y síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño, $r = + 0.29$, son índices que pueden considerarse como satisfactorios tomando en cuenta las limitaciones que le son inherentes a este cuestionario, tanto en su forma original como en esta versión breve, que no es una medida de atributos duraderos, ni evalúa la probabilidad

de recaer en el futuro. Al realizarse la prueba t de Student se observó (Cuadro 8), que en todas las subescalas las diferencias entre los puntajes obtenidos en ellas y lo que se considera como caso y no caso de acuerdo con la entrevista, son significativas al $p < 0.05$.

Conclusiones

El profesionalista de la salud mental que desee tratar a los adolescentes universitarios, deberá de tener siempre en mente que un porcentaje muy elevado de ellos no presenta cuadros claros o inequívocos de neurosis o psicosis iguales a los de los adultos. Existen equivalentes tanto somáticos como emocionales de la depresión (Friedman J, 1978). Estos equivalentes somáticos pueden incluir fatiga, dolor, dispepsia, náusea, mal sabor de boca, constipación e irritabilidad. Los equivalentes emocionales son la fagomanía, el aburrimiento, la anergia, la hipocondriasis, la atención difusa y la búsqueda constante de placer y estimulación.

También puede haber intentos de suicidio y al mismo tiempo negarlo o manejar la ideación suicida, convirtiéndola en una enfermedad psicósomática, o demostrarla por medio de una fuerte rebeldía.

Como se describió anteriormente, esta sintomatología, o sus equivalentes, desafortunadamente se encuentra presente en la población universitaria estudiada en porcentajes elevados, a diferencia de los hallazgos de Banks M (1983). Probablemente, esta sintomatología juegue un papel importante o contribuya a explicar la problemática de otra índole de los universitarios, como son el bajo rendimiento escolar, el ausentismo y la deserción escolar.

Las muestras de alejamiento y de sentimientos de minusvalía pueden vincularse, en algunos casos, con la dificultad que tienen algunos adolescentes para integrarse a algún grupo que les ayude a autoafirmarse.

Al analizarse la prevalencia global de los trastornos mentales hallados en esta investigación por medio de la versión de 60 reactivos, encontramos que la prevalencia de 39.32% no difiere mucho de los resultados obtenidos en otros países y en otras investigaciones utilizando los mis-

Cuadro 8

Índice de validez del Cuestionario General de Salud en su versión breve de 28 reactivos

	Subescalas de la versión breve						Síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño
	Ideación suicida		Depresión leve		Ansiedad		
Calificación en la entrevista	\bar{X}		\bar{X}		\bar{X}		\bar{X}
No se consideró como caso (n = 73)	0.72	1.200	1.89	1.920	1.710	1.230	1.32 1.410
Caso (n = 73)	1.70	1.850	2.54	1.990	2.81	1.58	2.40 2.020
	t = 4.039* gl = 108 r = 0.36		t = 2.289* gl = 108 r = 0.21		t = 5.119* gl = 108 r = 0.40		t = 4.172 gl = 108 r = 0.29

* Significativa al 0.05

mos procedimientos. Marks y cols. (1979) obtuvieron una prevalencia probable de 39.6%; Goldberg D P (1976) obtuvo el 20%; y Padilla G (1981), en un estudio realizado en la población mexicana de consulta externa, obtuvo el 34%.

Sin embargo, la prevalencia estimada de trastornos mentales puede considerarse como elevada si suponemos que la población universitaria debería ser una población más "sana" debido a los diversos privilegios y tamizados por los que atraviesan los alumnos para poder llegar a ser universitarios, y aunque estén sometidos a una serie de pruebas tensionantes, deberían estar libres de trastornos graves.

Una de las conclusiones importantes a las que se llegó por medio de este estudio, es la necesidad de ampliar el repertorio de instrumentos estandarizados y validados, como el Cuestionario General de Salud, para poder detectar a tiempo los trastornos emocionales de la población universitaria, ya que la etapa durante la cual permanecen en la universidad es un buen momento para resolver oportunamente los casos, aplicarles el tratamiento adecuado o dirigirlos a sitios de atención adecuada y poder hacer un pronóstico favorable (por la edad) para superar los problemas que tengan.

Con respecto a la versión breve, no debe pensarse que el factor es realmente lo que su nombre expresa (Goldberg D P, 1972), simplemente porque a los factores obtenidos les hayan sido asignados ciertos nombres: ideación suicida, depresión leve, síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño y ansiedad.

Estos nombres no son sino el medio por el cual se pueden conceptualizar, en especial, estos grupos de reactivos. Lo que es más, en cada uno de los análisis factoriales, realizados por medio del Cuestionario General de Salud, que han sido publicados, incluyendo el presente

estudio, hay un factor general subyacente a todos los reactivos que explica una gran parte de la varianza total.

Goldberg D P (1972) consideró que desde el punto de vista matemático, este factor general casi representa la escala de respuesta ofrecida para cada pregunta y, por lo tanto, puede ser conceptualizada como la forma en la que el paciente percibe el grado en el que difiere el estado general actual de su estado usual.

Es de llamar la atención el hecho de que en el análisis factorial existan subescalas (por ejemplo, la de ideación suicida), que independientemente del lugar del estudio, del tipo de población, de las tasas de prevalencia, etc., los reactivos que las conforman son muy semejantes, si no es que iguales.

Asimismo, podemos observar que los nombres que se les han dado a las diversas subescalas, concuerdan con las frecuencias de la sintomatología presente. Por otro lado, la varianza que se obtuvo en este estudio es menor que la obtenida en otro tipo de población, por lo que sería conveniente ampliar el cuestionario de manera que abarcara otro tipo de manifestaciones de tensión emocional, propias del adolescente, como pueden ser el *acting-out* (manifestado a través del pandillerismo, del alcoholismo, de la drogadicción, de la delincuencia, etc.) y la desinformación sexual, así como los problemas que ésta acarrea (enfermedades, embarazos no deseados, abortos, etc.).

Con la versión de 28 reactivos se logró obtener una correlación de $r = + 0.90$ por medio de la versión original. Sin embargo, tiene las mismas limitaciones que la versión de 60 reactivos.

Sería conveniente realizar otra investigación en una población universitaria más numerosa, utilizando la versión breve que se obtuvo y los mismos puntos de corte, de tal manera que se confirmara su validez y confiabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. BANKS M H: Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 13: 349-353, 1983.
2. BURVILL P W, KNUIMAN M, FINLAY-JONES R A: A factor analytic study of the 60 Item General Health Questionnaire in Australian community and general

- practice settings. *Aust and New Zealand J of Psychiatry*, 18: 256-262.
3. FINLAY-JONES R A, MURPHY E: Severity of psychiatric disorder and the 30 item GHQ. *Brit J Psychiat*, 13-14: 609-16, 1979.
 4. FRIEDMAN J: Counseling the depressed adolescent. *Psychiatric Annals*, 8: 8, agosto 1978.
 5. GOLDBERG D P, COOPER B, EASTWOOD M R, KEDWARD H B, SHEPHERD M: A standardized psychiatric interview suitable for use in community surveys. *Brit J Prev Soc Med*, 24: 18, 1970.
 6. GOLDBERG D P: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Institute of Psychiatry. Oxford University Press. 1972. Londres.
 7. GOLDBERG D P, RICKELS K, DOWNING R, HESBACHER P: A comparison of two psychiatric screening tests. *Brit J Psychiat*, 119: 61-67, 1976.
 8. GOLDBERG D P: *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing Company, Windsor, Inglaterra, 1978.
 9. GOLDBERG D P, HILLIER V F: A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9: 139-145, 1979.
 10. JENKINS R: Minore psychiatric morbidity in employed men and women and its contribution to sickness absence. *Psychological Medicine*, 10: 751-757, 1980.
 11. MARKS I N, GOLDBERG D P, HILLIER V F: Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 9: 337-353, 1979.
 12. MARTÍNEZ L P: Discriminación de grados de enfermedad mental por medio de un cuestionario. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México, 1980.
 13. MEDINA-MORA M E, PADILLA G P, CAMPILLO S C, MAS C, EZBÁN M, CARAVEO J, CORONA J: The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine*, 13: 355-361, 1983.
 14. PADILLA G P, MAS C, EZBÁN M, MEDINA-MORA M E: Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental*, 7 (3): 72-78, 1984.
 15. RADOVANOVIC Z, ERIC L J: Validity of the General Health Questionnaire in a Yugoslav student population. *Psychological Medicine*, 13: 205-207, 1983.
 16. TARNOPOLSKY A, HAND D J, Mc LEAN E K, HOWARD R, WIGGINGS R D: Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. *Brit J Psychiat*, 134: 508-515, 1979.
 17. TENNANT Ch: The General Health Questionnaire: a valid index of psychological impairment in Australian populations. *The Medical J Australia*, 2: 392-394.
 18. WORSLEY A, WALTERS W A W, WOOD E C: Responses of Australian patients with gynaecological disorders to the General Health Questionnaire: A factor analytic study. *Psychological Medicine*, 8: 131-138, 1978.

**Respuestas de la sección
AVANCES EN LA PSIQUIATRÍA
Autoevaluación**

1. E
2. D
3. A
4. D
5. E
6. D
7. C
8. B
9. A
10. B
11. E
12. A
13. D
14. D
15. D