

Adolescentes -- salud mental -- Ecuador

Tesis<sup>36</sup>  
RJ  
507  
.D48  
P37  
2011

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Prevalencia de dificultades de salud mental a nivel comunitario en una población urbana y rural en Ecuador usando el Cuestionario General de Salud (GHQ-12)**

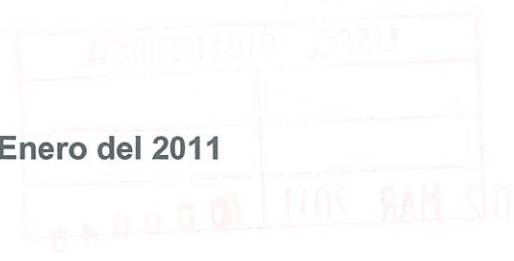
**Ana Lorena Paredes Sáenz**

97838

**Tesis de grado presentada como requisito para la obtención de título de médico**

**USFQ - BIBLIOTECA  
MEDICINA**

**Quito, Enero del 2011**



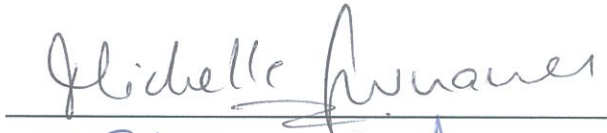
Universidad San Francisco de Quito  
Colegio de Ciencias de la Salud

## HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

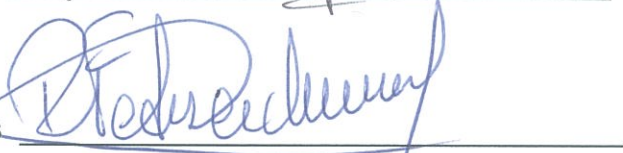
Prevalencia de dificultades de salud mental a nivel comunitario  
en una población urbana y rural en Ecuador usando el  
Cuestionario General de Salud (GHQ-12)

Ana Lorena Paredes Sáenz

Dra. Michelle Grunauer  
Directora de Tesis



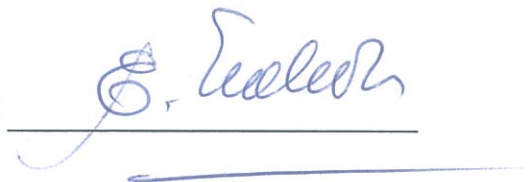
Dr. Rafael Febres-Cordero  
Miembro del Comité de Tesis



Dra. Michelle Grunauer  
Miembro del Comité de Tesis



Dr. Enrique Noboa  
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud



Quito, Enero del 2011

© Derechos de Autor

Ana Lorena Paredes Sáenz  
Dra. Michelle Grunauer

2011

Introducción  
mental  
de salud  
en el Ecuador  
comunitaria  
desórdenes  
General de

Métodos  
muestras  
Pichincha  
semana  
línea de  
entrevista  
salud

Resultados  
medios  
correlaciones  
género  
para

Conclusiones  
similar a la  
que se  
identificación  
servicios de atención

## Resumen

**Introducción:** Evidencia convincente prueba que los desórdenes de salud mental tienen un impacto importante en cuanto a morbimortalidad y costos de salud. A pesar del rol fundamental de las enfermedades en salud mental en el Ecuador no se han realizado estudios para evaluar su impacto a nivel comunitario. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de desórdenes de salud mental a nivel comunitario usando el Cuestionario General de Salud (GHQ-12 por sus siglas en inglés).

**Métodos:** Se realizó un estudio corte transversal que sigue un diseño de muestra multi-etapa para cubrir el área urbana y rural de la zona 14 en Pichincha, Ecuador. El GHQ-12 se aplicó a 140 sujetos en dos grupos una semana aparte. Se usó el modo de puntuación bimodal del GHQ-12. La línea de corte utilizada fue la media del puntaje total del GHQ-12. Se usaron estadísticas descriptivas para determinar la prevalencia de desórdenes de salud mental.

**Resultados:** Se encontró que la prevalencia de desórdenes de salud mental identificados como casos por el GHQ-12 es de 37.1%. La correlación con variables sociodemográficas no fue significativa para género, residencia en zona urbana o rural o estado civil. Fue significativa para edad.

**Conclusiones:** La prevalencia de casos identificados por el GHQ-12 es similar a la encontrada en otros países de América Latina. Recomendamos que se intensifiquen los esfuerzos para la promoción, prevención, identificación e intervención oportuna de enfermedades de salud en los servicios de atención primaria del Ecuador.

## Abstract

**Background:** Convincing evidence proves that mental health disorders have important impact in morbimortality and public health costs. In Ecuador mental health diseases constitute a significant portion of its global burden of disease. In spite of the fundamental role of mental health disorders in Ecuador no study has been carried out to assess its impact in general population. The aim of the present study is to determine the prevalence of mental health disorders in a community setting using the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).

**Methods:** A cross sectional multistage design with cluster random sampling procedure was conducted to cover the rural and urban area of zone 14 in Pichincha, Ecuador. The GHQ-12 was applied to 140 subjects in two clusters one week apart. Bimodal scoring of the GHQ-12 was employed. The threshold used was the mean GHQ score for the population of respondents. Descriptive statistics were used to determine the prevalence of mental health disorders.

**Results:** The prevalence of mental health disorders identified as "case" by the GHQ-12 was found to be 37.1%. Correlation with sociodemographical variables was not significant for gender, residency at rural/urban area or marital status, however was significant for age.

**Conclusions:** The prevalence of cases identified by the GHQ-12 concurs with similar studies in Latin America. We recommend that further efforts are made to prevent, identify and opportunely treat mental health disorders in Ecuadorian primary care settings.

## Tabla de contenidos

Introducción.....	2
Métodos.....	4
Resultados.....	5
Discusión.....	6
Referencias.....	7

## Introducción

Existe evidencia abundante sobre el considerable impacto de las patologías de salud mental en cuanto a morbilidad (1,2) y costos de salud (3, 4). Dicha evidencia establece a los trastornos de salud mental como un asunto prioritario para la salud pública, tanto a nivel mundial como en América Latina (2). En el Ecuador la carga que representa la patología de salud mental para el sistema de salud es significativo, considerando que el suicidio constituye la causa número 14 de muerte en el país (5). A pesar de su importancia no se han realizado estudios que demuestren la prevalencia de dificultades en esta área a nivel comunitario. Los escasos estudios de investigación se han realizado en pacientes que buscan ayuda en centros de salud, lo que representa un importante sesgo de selección. Por esta razón el presente estudio se realiza en una muestra poblacional para conocer la prevalencia de una muestra a nivel comunitario. El objetivo es conocer la prevalencia de dificultades de salud mental en la zona 14, en Pichincha-Ecuador utilizando el GHQ-12 (General Health Questionnaire-12) .

El GHQ es un instrumento utilizado para detectar casos de dificultades en el área de salud mental en escenarios fuera de clínicas psiquiátricas y a nivel comunitario. Originalmente fue desarrollado por Goldberg en 1970 como un cuestionario de 60 preguntas. Posteriormente se crearon versiones más cortas, incluyendo el GHC-30, GHC-28 y GHC-20. El GHC-12 ha ganado popularidad por su brevedad y fácil aplicación. También es apreciado por su eficacia para identificar grupos de riesgo

y su utilidad para obtener una idea general del estado de salud mental en tanto a nivel individual como a nivel comunitario (6).

Cada una de los doce items del GHC pregunta sobre la presencia de doce síntomas específicos durante los últimos siete días, como por ejemplo preocupación, insomnio, tensión, entre otros. Existen 4 respuestas posibles que varían desde ausente hasta mucho más de lo usual. El sistema original de puntuación utilizado por Goldberg asigna 1 a las repuestas “no, en absoluto” y “no más delo usual”, y 0 a “algo más que lo usual” y “mucho más de lo usual”. Esto resulta en un rango de puntuación de 0-12 en la suma total del GHC. Inicialmente, Goldberg propone que la línea de corte sea el 75% de la media del puntaje total. Desde su creación han existido controversias sobre la línea de corte adecuada debido a las variaciones encontradas al aplicar el GHC en distintas poblaciones (7). Dadas la falta de explicación para las variaciones encontradas en la determinación de la mejor línea de corte en el GHC-12, se realizó un análisis con información obtenida en un estudio en 15 centros realizado por la OMS (8). Dicho estudio determina que la mejor línea de corte para toda la población de entrevistados es la media del puntaje del GHC.

El GHC ha sido traducido a más de 30 idiomas y se ha aplicado en varios países (9, 10, 11, 1), incluyendo varios en América Latina (12, 13, 14, 15). Este cuestionario no ha sido validado en la población ecuatoriana. Sin embargo, un estudio en 15 centros de distintos países muestra que el GHQ-12 es una herramienta eficiente en la detección de dificultades en salud mental en países en vías de desarrollo, no presenta disminución de la eficiencia después de la



traducción y la edad, género y nivel de educación no afectan la sensibilidad y especificidad del GHC-12 (16).

## Métodos

Es un estudio de corte transversal que sigue un diseño de muestra multi-etapa. La primera etapa incluyó un diseño de muestra por clusters, se escogieron cuatro subgrupos del área 14. Dos representan el área urbana (Cumbayá y Tumbaco) fueron seleccionados como cluster 1. Los otros dos subgrupos, representan el área rural (Pifo y Yaruquí), fueron seleccionados como cluster 2. La segunda etapa incluyó la selección aleatorizada de cuadras en las que las personas viviendo en cada casa fueron seleccionadas, siguiendo también una selección aleatorizada. Los sujetos de estudio fueron convocados al Hospital de los Valles, Cumbayá. Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de medicina previamente capacitados. Se incluyeron todos los pacientes de dieciocho años o más. Se excluyeron los pacientes cuyos cuestionarios estaban incompletos. El diseño de estudio fue aprobado por el comité ético del Colegio de Ciencias de la Salud de la USFQ. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la aplicación de los cuestionarios.

Para establecer la prevalencia de dificultades en el área de salud mental se utiliza estadísticas descriptivas de la variable suma del puntaje total del GHQ-12. Se define la línea de corte como la media de la suma del puntaje del GHC para definir los casos identificados por el GHQ-12, según recomienda Goldberg (8). Se realizó

una regresión logística para correlacionar los casos positivos con las variables sociodemográficas.

## **Resultados**

Se entrevistaron 140 sujetos y se excluyeron 3 cuestionarios incompletos. La edad media fue de 45.7 años, 39.3% fueron hombres y 58.6% mujeres, 46,4% vive en el área urbana y 51.4 en el área rural. La media de la suma del puntaje total del GHQ-12 fue 5. Se recodificó el estado civil, encontrándose que el 72,9% tiene una pareja al momento, 10% no tiene pareja al momento y 12.9% nunca ha tenido pareja. Se usa este valor como línea de corte para la selección de casos positivos. La prevalencia de sujetos con dificultades en el área de salud mental identificados como casos por el GHQ-12 es de 37.7% (52 casos).

Se realizó una correlación logística para determinar la relación de casos identificados por el GHQ-12 con edad, estado civil y residencia en área urbana o rural. Se encontró una significancia estadística de 0.048 (Chi-cuadrado de la razón de verosimilitudes 15.636, Gl 8). Esto demuestra que sí existe una correlación débil entre los casos identificados de dificultad en el área de salud mental y las variable sociodemográficas. Individualmente se encontró que el estado civil, el lugar de residencia y el género no afectan significativamente en la detección de casos, con una significancia de 0.837, 0.107 y 0.232 respectivamente. Por otro lado, se encontró que la edad sí influye en la detección de casos, con una significancia de 0.043 (Chi-cuadrado de Wald 0.840, Gl 4). El segundo grupo de

edad, de 25 a 44 años tiene más probabilidad de tener dificultad en el área de salud mental.

## Conclusiones

Los resultados muestran que el 37.7% de los pacientes entrevistados en la población general tienen una dificultad en el área de salud mental. Esto significa que requieren evaluación ulterior para su tratamiento y solución. La casuística identificada es similar a la de en otros países en América Latina. En Santiago de Chile(6) se encontró una prevalencia de 53% de casos identificados por el GHQ-12 y Rio de Janeiro de 33.4%(1).

Solo se encontró un estudio que utilizan el GHQ-12 para identificar casos de dificultad en el área de salud mental a nivel comunitario que reporte correlación con factores sociodemográficos. Mofidi (3) encuentra que las solteras tienen puntajes más altos en el GHQ-12. También reporta que los sujetos identificados como "caso" eran más jóvenes que los sujetos "no caso". De igual forma que en nuestro estudio, tampoco encuentra correlación con el género (3).

Se recomienda dar prioridad a los problemas de salud mental dentro del sistema de salud de nuestro país. Se considera necesaria la aplicación de políticas que motiven la prevención y promoción de la salud mental. También se debe enfatizar en la detección e intervención temprana de enfermedades mentales.

Una limitación del presente estudio es la utilización de un instrumento de tamizaje que no ha sido validada en nuestra población. No se realizó ninguna evaluación adicional de los sujetos identificados como caso. Sin embargo, el cuestionario ha

sido validado en otras poblaciones de América Latina. Por otro lado, los resultados son aplicables únicamente a la población de estudio. Esto plantea la inquietud de la prevalencia de dificultades en el área de salud mental en poblaciones con mayor diversidad étnica.

## Referencias

1. Ustun T.B., J. L. Ayuso-Mateos, S. Chatterji, C. Mathers and C. J. L. Murray. *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. British Journal of Psychiatry (2004). 184, 386-392.
2. Kohn Robret, Itzhak Levav, José Miguel Caldas, Benjamin Vicente, Laura Andrade, Jorge Caravero-Anduaga, Shekhar Sexena y Benedetto Sarceno. *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Rev Pnam Salud Pública/pan Am J Public Health (2005) 18 (4/5): 229-240.
3. Himelhoch Seth, Wendy E. Weller, Albert W. Wu, Gerard F. Anderson, Lisa A. Cooper. *Chronic Medical Illness, Depression, an Use of Acute Medical Services Among Medicare Beneficiaries*. Medicare (2004) 42: 412-521
4. Simon Gregory E., Michael VonKorff, William Barlow. *Health Care Costs of Primary Care Patients With Recognized Depression*. Arch Gen Psychiatry (1995). 52:850-856.
5. Indicadores básicos de salud Ecuador 2007. MSP, INEC, UNFPA, y OPS. (2007)
6. Hoyemans Nancy, Anna A. Garssen, Gert P. Westert y Peter F.M. Verhaak. *Measuring mental health on the Dutch ppultion: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5*. Health and Quality of Life Outcomes (2004) 2:23
7. Lewis G. y R.I. Araya. *Is the Ghegeneral HEALTH Questionnaire (12 item) a culturally biased mesure of psychiatric disorder?*. Soc Psychiatry Psychiattr Epidemiol (1995) 30:20-25.
8. Goldberg D.P., T. Oldehinkel y J. Ormel. *Why GHQ threshold vares from place to another*. Psychological Medicine. (1998) 28:915-921.
9. C. Kihc, M. Rezaki, B. Rezaki, I. Kaplan, G. Ozgen, A. Sagduyu, MO. Ozturk. *General Health Quesionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care samples*. Soc Psychiatry Psychiattr Epidemiol (1997) 32:327-331
10. N. Mofidi, M. Ghazinour, M. Araste, L. Jacobsson & J. Richter. *General Mental Health, Quality of Life and Suicide-Related Attitudes Among Kurdish*

- People in Iran*. International Journal of Social Psychiatry. (2008) 54(5): 457-468
11. Emami Habib, Mehdi Ghzinour, Hamed Rezaeishiraz, y Jorg Richter. *Mental Health of Adolescents in Tehran, Iran*. Journal of Adolescent Health (2007) 571-576.
  12. Poblete, Fernando, Jaime Sapag y Thomas Bossert. *Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud*. Rev Med Chile (2008) 136: 230-239
  13. Medina-Mora, M. E., G. P. Padilla, C. Campillo-Serrano, C. C. Mas, M. Ezbán, J. Caraveo y J. Corona. *The factor structure of the GHQ: a scaled versión for a hospital's general practice service in México*. Psychological Medicine, 1983, 13, 355-361
  14. Gibbons Pat, Hilda Flores de Arévalo y Mauricio Mónico. *Assesment of the factor structure and reliability of the 28 item versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador*. International Journal of Clinical and Health Psychology (2004) vol 4, n|2: 389-398.
  15. Araya, R., R. Wynn y G. Lewis. *Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (1992) 27: 168-173.
  16. Goldberg, D. P., R. Gater, N. Sartorius, T. B. Ustun, M. Pccinelli, O. Gureje y C. Rutter. *The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care*. Psychological Medicine (1997), 27, 191-197.
  17. Gibbons, Pat, Hilda Flores y Mauricio Mónico. *Assessment of the Factor Structure of the GHQ-28 in El Salvador*. International Journal of Clinical and Health Psychology. (2004). Vol 4, n° 2, pp 389-398.
  18. Campo-Arias, Alberto. *Cuestionrio General de Salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia*. IATREIA. (2007). Vol 20 No. 1. Marzo.