

ANUARIO DE PSICOLOGÍA  
NUM. 21 - 1979 (2)

# EXPERIENCIAS CON EL USO DEL G. H. Q. EN UN DISPENSARIO DE REUMATOLOGÍA

JORDI FREIXAS,\* JORGE L. TIZÓN,\*\* MANUEL SALAMERO \*\*\*

\* Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, Servicio de Reumatología

\*\* Fundación Vidal i Barraquer, Departamento de Investigación,  
Colectivo de Investigaciones Psicopatológicas y Psicosociológicas

\*\*\* Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología

Con la colaboración en la recogida de datos del Equipo de Reumatología del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona (Dir. Dr. M. Casademont) y en su procesamiento, de J. Ricra (Centro de Cálculo del Instituto Químico de Sarriá).

## 1. INTRODUCCIÓN

A partir de nuestra experiencia con la administración sistemática de un cuestionario en una consulta de una especialidad médica exponemos en esta comunicación *en primer lugar* los resultados de dicha administración y las conclusiones clínicas que creemos poder extraer de ellos y *en segundo lugar* los efectos de dicha administración en la relación médico-enfermo (incluidos los aspectos de dinámica del equipo médico y relación médico-institución y enfermo-institución) y las ventajas y peligros que creemos que pueden deducirse de nuestra experiencia.

Desde hace cinco años uno de nosotros colabora con un equipo de reumatólogos en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona (Servicio de Reumatología, Dir. Dr. M. Casademont) en la atención de los pacientes que acuden a la consulta de reumatología de dicho hospital.

Inicialmente esta colaboración se limitó a asesorar a los reumatólogos tratantes sobre los aspectos psicológicos y/o psiquiátricos «añadidos» que ellos observaban en los pacientes que acudían a su consulta. Casi inmediatamente se planteó la necesidad, nacida de la dinámica del equipo así integrado, de constituir un cuerpo de conocimientos que se encontrara a disposición del equipo y de comunicarlo al exterior. Ello dio lugar a sucesivas investigaciones.

En un momento dado del funcionamiento del equipo surge la necesidad de modificar la concepción del mismo en cuanto a lo que es la medicina psicosomática. Esta concepción se superpone a la anterior y preside desde entonces el trabajo clínico y las investigaciones subsiguientes.

En efecto, a una *concepción «psicosomática» restringida* de la medicina (*Psicogénesis* de algunos síntomas somáticos; la psicosomática se ocupa de síntomas somáticos «funcionales» que se acompañan de —y son supuestamente causados por— síntomas psicológicos y/o psiquiátricos) oponemos una concepción de la patología como afectación del *individuo como totalidad* (psicofísica). Esto nos conduce a estudiar simultáneamente al paciente reumático desde el punto de vista somático y psicológico como dos aspectos de una misma realidad. El aspecto observado depende de la óptica desde la que se considere tal realidad.

Esta nueva formulación corresponde (además de a los ya citados fenómenos propios de la dinámica del equipo asistencial y de sus actividades) a la observación clínica, ya que:

A) En determinados enfermos (básicamente en aquellos casos en los que al principio se requería la colaboración del psicólogo o del psiquiatra) se observa bastante claramente la ansiedad manifiesta del paciente. El paciente

es más o menos consciente de ella y se observan unos mecanismos psicológicos destinados a combatirla.

B) En otros casos, en cambio, a primera vista se observa algo bastante diferente. Estos son los casos que al principio estudiamos como casos-control para compararlos con la población A) y en los que los reumatólogos decían no haber apreciado ningún «añadido» psicológico; los que en aquellos momentos se consideraban casos somáticos más puros. En ellos, lo que nos llama la atención *no es la sintomatología presente sino lo que está ausente*. Por ejemplo, en el caso de enfermedades muy invalidantes desde el punto de vista físico, apreciamos a veces la ausencia de *duelo* por las funciones perdidas e irreversibles y la insistencia del paciente en sus molestias somáticas. El hecho de que el médico le diga que esto forma parte de su enfermedad y tiene tal o tal pronóstico y le invite a reorganizar su vida de acuerdo con ello para poder desarrollar una cierta actividad creadora es perfectamente inútil. El paciente, en la entrevista con el médico, no hace más que seguir insistiendo en que tiene tales y tales molestias hasta que el médico «se lo saca de encima». (Es decir, que en esta segunda categoría de pacientes el problema no está en lo que dicen sino en *cómo* lo dicen y en lo que pasa en la relación con ellos.)

En esta segunda categoría de pacientes observamos, además, una dificultad para la sublimación, es decir, para llevar a cabo actividades creadoras (precisamente) y desarrollar intereses intelectuales, artísticos, relacionales, etc.

Los dos tipos de pacientes que hemos presentado forman los extremos de una continuidad. Un enfermo determinado no suele estar definitivamente incluido en el grupo A o el grupo B sino que posee más o menos características de uno y otro grupo. Podríamos decir, pues, que existen unos pacientes en los que predomina la forma psicológica de expresar la ansiedad. A esta forma psicológica de expresar la ansiedad la llamaremos, para entendernos, *factor de expresión simbólica o digital* (1, 2) y así diremos que en tal paciente incluido en el grupo «A» predomina el factor de expresión simbólica sobre el otro factor al que llamaremos *factor de expresión somática o analógico*. Este factor somático o analógico predomina en aquellos pacientes en los que la ansiedad se expresa preferentemente mediante la insistencia, durante la entrevista médica, en molestias somáticas.

Por otra parte se observa en la clínica cierta correspondencia entre esa adscripción y el diagnóstico somático hecha por el reumatólogo.

En esta situación surge la necesidad de «objetivar de algún modo los datos de nuestras observaciones con el fin de obtener posibilidades de aplicación clínica y ampliar de forma continuada el campo de la investigación psicósomática» (Casademont, Freixas y cols.) (3). Esta necesidad nos conduce a buscar un instrumento que nos permita objetivar nuestra investigación. Por sus características (Muñoz y cols.) (4) elegimos el GHQ. Desde entonces se realiza la administración sistemática del GHQ a todas las primeras visitas que acuden al Dispensario de Reumatología del Hospital de la Cruz Roja

de Barcelona. En este trabajo, además de citar las puntuaciones totales que dan los distintos grupos de pacientes nos proponemos estudiar el funcionamiento «interno» de las respuestas al cuestionario.

Una de las razones por las que elegimos el GHQ es su construcción: los primeros ítems hacen referencia a síntomas corporales y van pasando ulteriormente, en forma progresiva, a ocuparse de cuestiones más propiamente psicológicas. Esto, además de favorecer el acceso a los conflictos psicológicos (el paciente no siente las preguntas como una intromisión en su vida privada sino como el desarrollo coherente de una línea de exploración-investigación), nos proporciona unos ítems que contienen en distinta proporción lo que llamaremos provisionalmente un *factor de expresión «corporal»* y un factor de expresión *«propiamente psicológico»* de la ansiedad. Fácilmente podremos establecer una correspondencia entre estos factores de expresión y los citados anteriormente: el factor de expresión «propiamente psicológico» correspondería al que hemos denominado allí *«simbólico o digital»* y el factor de expresión «corporal», a nuestro anterior factor «somático» o «analógico». Así pues, nos será posible tratar de establecer una correlación entre nuestra valoración clínica del factor de expresión «somático» y del factor de expresión «simbólico» y los sucesivos ítems del GHQ.

A partir de ahí formulamos las siguientes *hipótesis de trabajo*:

1. El GHQ es positivo en la mayoría de los pacientes.
2. Puesto que las puntuaciones son más altas en aquellos pacientes que presentan una mayor ansiedad manifiesta (lo cual hemos confirmado contrastando individualmente la puntuación del GHQ con nuestra impresión clínica), la puntuación será más alta también en aquellos grupos diagnósticos reumatológicos en los que existe una mayor ansiedad manifiesta o un predominio del factor «simbólico o digital».

Y viceversa, la puntuación será más baja en aquellos grupos de diagnóstico reumatológico que cursan con un predominio del factor de expresión «somático o analógico».

3. Cuanto mayor sea la ansiedad no simbolizada (el factor de expresión «somático o analógico»), más se localizarán las respuestas en los ítems iniciales del GHQ, que hacen referencia a las expresiones de la ansiedad más somáticas o analógicas de los grupos de la clasificación expuesta en 2.2. Así consideramos, por nuestra experiencia clínica, que en el grupo «Reumatismos funcionales» existe una mayor componente de factor «digital» que en los grupos restantes.

## 2. MATERIAL

### 2.1. EL CUESTIONARIO

Hemos utilizado como instrumento de investigación el GHQ (General Health Questionnaire) de Goldberg, que a continuación describimos:

Fue desarrollado por Goldberg y Blackwell en 1970 (5) como método de identificación de casos psiquiátricos no psicóticos en la práctica clínica de medicina general y en la comunidad.

Ofrece 60 preguntas en su versión corta (la versión larga consta de 120 ítems), que recogen diversos aspectos de la patología. Las primeras hacen referencia a síntomas corporales pasando luego, de forma progresiva, a cuestiones «más propiamente psico(pato)lógicas». De esta forma evita despertar, de entrada, actitudes defensivas, sobre todo en sujetos que no se ven a sí mismos como pacientes psiquiátricos.

Sus limitaciones se centran en torno a tres grupos de pacientes psiquiátricos que no pueden ser detectados adecuadamente por el cuestionario:

- a) enfermos con una conducta marcadamente defensiva;
- b) pacientes con demencias, esquizofrenias crónicas y fases hipomaniacas;
- c) enfermos muy crónicos.

El cuestionario es autoadministrable y puede contestarse en un tiempo medio aproximado de diez minutos.

*La observación en él de 12 o más respuestas afirmativas en la tercera o cuarta columna indica la existencia de conflictos psicológicos importantes en el paciente encuestado, resultando que representamos con  $n$ .*

La calibración española del GHQ de Goldberg se llevó a cabo en la Clínica de Ntra. Sra. del Pilar de Elizondo y en las consultas ambulatorias de SMEDA (Pamplona) (4). Para la validación del mismo, la muestra tomada procedía de las consultas de medicina general del Hospital de la Cruz Roja y otras consultas privadas de la ciudad. El equipo de médicos y psicólogos que trabajó en la primera adaptación del test al castellano (P. E. Muñoz, J. L. Vázquez, F. Rodríguez Insausti, E. Pastrana y J. Varó, de Pamplona), llegó a las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La versión realizada del GHQ de Goldberg conserva una eficacia semejante a la versión original.

2.<sup>a</sup> La correlación entre el cuestionario, el estado clínico y el grado de severidad es claramente significativa.

3.<sup>a</sup> Es probable que el cuestionario no sirva para la identificación de casos de alcoholismo de nuestro país.

4.<sup>a</sup> Representa un valioso instrumento de investigación epidemiológica como técnica de «screening tests».

5.<sup>a</sup> Sus posibilidades de utilización son muy amplias.

## 2.2. NUESTRA MUESTRA

Desde hace algo más de un año, el cuestionario se entrega a todos los

**QUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (G.H.Q.)**

D.P. Goldberg

Escriba siempre con mayúsculas

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Fecha (con números)

Edad   Sexo (F=femenino; M=masculino)

Estado civil  Profesión

No escriba nada en este recuadro

Nº de archivo

Nº de cuestionario

Fecha 1ª visita

Ultima Institución Sanitaria donde se ha visitado: .....

¿Está en tratamiento actualmente del problema por el que consulta? (sí o no)

¿Cuántas veces aproximadamente ha venido a esta consulta? (con números)

¿En qué mes y en qué año lo hizo por primera vez? (con números)    
mes año

¿Cuántos años fue a la Escuela, Colegio, Universidad, etc. en total?

**INSTRUCCIONES**

Lea las preguntas que se hacen a continuación y luego respóndalas una por una atendiendo a su situación reciente. La información que usted proporciona es de fundamental importancia para el diagnóstico y tratamiento de su problema. El uso de dicha información quedará reservado a usted mismo y a su médico.

Escoja una sola respuesta (la más aplicable en su caso) por cada pregunta. Para señalar la respuesta elegida basta con que trace una cruz bien visible sobre el texto de la misma. Ejemplo:

ULTIMAMENTE...

5) ¿Ha padecido dolores de cabeza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
------------------------------------	-----------------	------------------------	---------------------------

**ULTIMAMENTE**

1) ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
2) ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3) ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4) ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5) ¿Ha padecido dolores de cabeza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6) ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
8) ¿Ha tenido temor a caerse desmayado en un sitio público?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
9) ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10) ¿Ha notado que suda mucho?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
11) ¿Se ha dado cuenta que se despierta demasiado temprano y es incapaz de volverse a dormir?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12) ¿Se despierta Vd. cansado?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
13) ¿Se ha sentido tan cansado que no tenía fuerza ni para comer?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
14) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
15) ¿Se ha sentido con la cabeza más clara y despejada?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos despejada que lo habitual	Mucho menos despejada que lo habitual
16) ¿Se ha notado lleno de energía?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos energía que lo habitual	Con mucho menos energía que lo habitual
17) ¿Ha tenido dificultades para coger o conciliar el sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

Adaptación castellana: P.E. Muñoz, J.L. Vázquez, F. Rodríguez Insausti, E. Pastrana, J. Varo (Pamplona)  
J.L. Tizón (Barcelona)

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (G.H.Q.)

ULTIMAMENTE...

D.P. Goldberg

18) ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
19) ¿Ha venido teniendo sueños que le asustan o le son desagradables?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
20) ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
21) ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
22) ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
23) ¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
24) ¿Ha perdido interés en su apariencia personal?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
25) ¿Se ha preocupado menos acerca de su vestir?	Más preocupado que lo habitual	Aproximad. lo mismo que lo habitual	Menos preocupado que lo habitual	Mucho menos preocupado
26) ¿Ha salido de casa tanto como tiene costumbre?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
27) ¿Se las ha arreglado tan bien como la mayoría de la gente lo haría en sus circunstancias?	Mejor que la mayoría	Más o menos lo mismo que la mayoría	Bastante peor que la mayoría	Mucho peor que la mayoría
28) ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Aproximad. lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
29) ¿Se ha venido retrasando antes de comenzar a trabajar o de ponerse a hacer las cosas de la casa?	No, en absoluto	No más retraso que lo habitual	Bastante más retraso que lo habitual	Mucho más retraso que lo habitual
30) ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho	Aproximad. lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
31) ¿Ha sido capaz de sentir calor y afecto por los que le rodean?	Más que lo habitual	Aproximad. lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
32) ¿Le ha resultado fácil entenderse con la gente?	Más fácil que lo habitual	Aproximad. lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
33) ¿Ha pasado mucho tiempo charlando con la gente?	Más tiempo que lo habitual	Aproximad. lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
34) ¿Ha tenido miedo de decir ciertas cosas a la gente, porque tiene la impresión de que va a hacer el ridículo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
35) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
36) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
37) ¿Ha sentido que no es capaz de empezar nuevas cosas?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
38) ¿Ha notado que se asusta ante cualquier cosa que tiene que hacer?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
39) ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
40) ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
41) ¿Ha vivido bajo la impresión de que la vida es una lucha continua?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
42) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
43) ¿Se ha tomado las cosas demasiado a pecho?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
44) ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
45) ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
46) ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
47) ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
48) ¿Ha tenido la sensación de que la gente le mira?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
49) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
50) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
51) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
52) ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
53) ¿Ve su futuro con esperanza?	Más que lo habitual	Aproximad. lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Con mucha menos esperanza que lo habitual
54) ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual	Aproximad. lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
55) ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
56) ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
57) ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
58) ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
59) ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
60) ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a su cabeza?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

Entrevistador

Adaptación castellana: P.E. Muñoz, J.L. Vázquez, F. Rodríguez Insausti, E. Pastrana, J. Varo. (Pamplona)  
J.L. Tizón (Barcelona)



pacientes que acuden por primera vez a nuestro dispensario sin ninguna otra consideración de edad, sexo, gravedad, etc.

En nuestro trabajo hemos utilizado la adaptación y formato gráfico realizados por J. L. Tizón (Barcelona).

Se ha dicho ya que el GHQ no tiene validez para enfermos muy crónicos. Aunque desde el punto de vista reumatológico muchos de nuestros pacientes podrían considerarse como tales, desde el punto de vista «psicosomático» (entendiendo como tal el concepto total del individuo en su vertiente somática y psíquica), consideramos que *algo sucede* actualmente por el solo hecho de consultar a un nuevo médico.

La muestra para el presente estudio se ha nutrido de los 111 primeros cuestionarios.

La síntesis órgano-biológica de los diversos síndromes reumáticos que constituyen el grupo, se ha estructurado según la siguiente clasificación (3):

- *Reumatismos degenerativos* (D)
- *Reumatismos inflamatorios* (I)
- *Reumatismos de partes blandas* (PB)
- *Reumatismos funcionales* (F)
- *Enfermos varios* (mal orientados a la consulta de reumatología).

La distribución por sexos y las características de edad y escolaridad, tanto para la población total como para los diferentes grupos diagnósticos que acabamos de mencionar, vienen expresados en las tablas 1 y 2.

### 3. ANALISIS ESTADISTICO DE LA EXPERIENCIA

I. En cuanto a la *primera hipótesis* (GHQ positivo en la mayoría de los pacientes), la distribución de GHQ positivos y negativos en las distintas categorías diagnósticas tomando como punto de corte 12 o más respuestas positivas ha sido expuesta en la tabla 3.

La comparación de la muestra reumatológica total con los valores obtenidos en una muestra de población general por Muñoz y cols. (4) (tabla 4) confirma claramente esta primera hipótesis ( $\chi^2 = 46,88$ ,  $gl = 1$ ,  $p < 0,001$ ).

II. En cuanto a la *segunda hipótesis* (GHQ con puntuaciones más altas en los grupos diagnósticos en los que existe un predominio del factor «digital»), las puntuaciones totales medias de los distintos grupos diagnósticos se detallan en la tabla 3.

Como puede verse, la puntuación total media del grupo F (en el que suponíamos un mayor paso específico del factor «digital») es notablemente más elevada que en los restantes grupos.

En cuanto a las medianas, se distribuyen en la forma expresada en la tabla 5. Esto quiere decir que la mediana de la puntuación total se sitúa:

- entre 21-20 en el grupo *F*,
- entre 11-20 en los grupos *I* y *Va*,
- entre 0-10 en los grupos *D* y *PB*.

Todo ello parece confirmar la segunda hipótesis ( $\chi^2=9,34$ ,  $gl=4$ ,  $P<0,10$ ).

III. Para estudiar la *tercera hipótesis* (los grupos en los que tiene más peso específico el factor «analógico» localizan más las respuestas en los ítems más «somáticos») prescindimos de los grupos *PB* y *Va*, puesto que cuentan con un número pequeño de individuos cada uno. Por otra parte, ambos grupos están mal ubicados desde el punto de vista *factor analógico* — *factor digital* que aquí nos interesa.

A fin de instrumentar esta tercera hipótesis, hemos elaborado dos *puntuaciones derivadas* del GHQ (*PD I* y *PD II*) del modo siguiente:

A partir del contenido semántico de los ítems hemos separado:

a) Los que se refieren a síntomas supuestamente «orgánicos» considerados por el consultante de forma aparentemente «objetiva» (por ejemplo, el ítem 5 del GHQ: «¿Ha padecido dolores de cabeza?») Estos ítems corresponden a los números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 y 10. Incluimos también los ítems que se refieren a trastornos del sueño considerados en forma supuestamente «objetiva» (por ejemplo, 17: «¿Ha tenido dificultades para coger o conciliar el sueño?»). Son los ítems números 11, 17 y 18.

b) Los que se refieren a síntomas supuestamente «orgánicos», pero considerados de una forma *más subjetiva* por el consultante (por ejemplo, el número 12: «¿Se despierta usted cansado?») Son los ítems números 7, 13, 15 y 16).

La *PD I* se obtiene dividiendo las respuestas positivas en a) + b) entre el total de respuestas positivas de todo el cuestionario:

$$PD I = \frac{a + b}{T}$$

La *PD II* se obtiene dividiendo las respuestas positivas en a) por el total de respuestas positivas en todo el cuestionario:

$$PD II = \frac{a}{T}$$

Con todo ello pretendíamos averiguar en qué proporción se concentran las respuestas al GHQ en los grupos de respuestas a) y (a + b) descritos.

A las muestras, tratadas como conjuntos, se le han aplicado la operaciones *PD I* y *PD II* en las frecuencias medias con que cada grupo responde a los ítems considerados. Dividiendo las sumas (*a*) y (*a + b*), por la media de la puntuación total de cada grupo se obtienen los valores siguientes:

*PD I* (% de la PT determinado por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17 18):

	<i>PD I</i>
— en los pacientes «degenerativos»	48,83 %
— en los pacientes «funcionales»	27,73 %
— en los pacientes «inflamatorios»	45,36 %

*PD II* (% de la PT determinado por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 17, 18):

	<i>PD II</i>
— en los pacientes «degenerativos»	33,37 %
— en los pacientes «funcionales»	19,95 %
— en los pacientes «inflamatorios»	33,56 %

Como resumen diremos que tanto en la *PD I* como en la *PD II* el valor obtenido es similar para los grupos en los cuales predomina el factor «analógico» y notablemente más bajo para el grupo en el que predomina el factor «digital», lo cual parece apuntar hacia una confirmación de nuestra tercera hipótesis (más respuestas «analógicas» en los grupos «degenerativo» e «inflamatorio»).

Por otra parte, hemos querido comprobar si ésta hipótesis podría ser válida para los casos individuales. Para ello hemos aplicado las operaciones *PI* y *PII* a cada uno de nuestros 100 cuestionarios individuales válidos, obteniendo los resultados que figuran en las tablas 6; 7; 8 y 9.

Estos resultados coinciden en la falsación de la hipótesis aplicada a los cuestionarios individuales. Y ello no es, en definitiva, sino una nueva confirmación de las dificultades, tantas veces enunciadas y discutidas en psicología, de aplicar al estudio del caso individual los resultados de los cuestionarios «objetivos». Estas dificultades deben incitar a todo reumatólogo o médico con una orientación psicósomática a tomar una serie de precauciones mínimas en la interpretación de los datos proporcionados por el GHQ o por cualquier otro cuestionario cuando se trata de realizar un trabajo *clínico*.

#### 4. REFLEXIONES SOBRE NUESTRA EXPERIENCIA

La reflexión sobre nuestra experiencia con la administración del GHQ a la población (en las condiciones mencionadas) nos lleva a considerar que,

en la práctica, la administración sistemática del cuestionario tiene una serie de ventajas e inconvenientes para el médico y el paciente, ventajas e inconvenientes que trataremos de exponer a continuación.

#### 4.1. VENTAJAS PARA EL MÉDICO

Desde el *punto de vista del médico*, algunos de los aspectos positivos son:

1. Confirma la existencia del padecimiento psicológico en el paciente funcional. Muchos equipos médicos, formados en la tradición más puramente antipsicológica tienen una ceguera casi absoluta ante los padecimientos psicológicos del enfermo, ceguera que se acompaña a menudo de una absoluta intolerancia a nivel del contacto personal. Si bien entienden intelectualmente que «debe de haber algo psicológico», su negación emocional continua no les permite detectarlo. El cuestionario puede servir de evidencia y el médico aprovecharlo para combatir su tendencia a rechazar al enfermo pensando que «no le pasa nada».

2. Permite detectar también los padecimientos psicológicos en el paciente «somático». En los equipos médicos poco sensibilizados esto puede producir una gran sorpresa (e incluso incredulidad). Sin embargo, puede ser materia de reflexión para el médico y ayudarle así a recuperar la dimensión psicológica de la enfermedad como afectación no sólo del *soma* sino del *hombre como totalidad* (psicosociobiológica).

3. Se presenta como objeto de estudio y favorece el interés intelectual del médico por la orientación psicósomática de la medicina. Esto puede permitir al médico interesarse, incluso emocionalmente, por el enfermo funcional (como objeto de investigación y estudio) y por tanto «quererle más», lo cual redundará en beneficio de la atención prestada al enfermo: *a)* a nivel de la relación y *b)* porque el médico estudia y conoce mejor la patología «funcional», mejorando así los instrumentos terapéuticos de todo tipo que tiene a su disposición y pone al servicio de este tipo de pacientes.

4. Este mismo interés intelectual y sus consecuencias pueden llegar a extenderse a la dimensión psicológica de los procesos en los cuales existe afectación orgánica detectable.

5. La relación médico-enfermo se plantea habitualmente como una relación muy *oral* en la que la función del médico es la de darlo todo y la del enfermo es la de recibir pasivamente. En el caso de la «órganoneurosis»\* ello suele acompañarse de una actitud muy voraz y muy demandante o exigente por parte del paciente. Este reclama del médico que le dé *cosas* materiales y cuando el profesional no lo hace, el paciente le vive «como una

\* Por dudoso que sea conceptualmente este término, lo preferimos al de «enfermedad psicósomática», que para nosotros no designa un tipo específico de enfermedades sino una forma de concebir la enfermedad (como afectación del individuo total, considerado tanto en su vertiente psíquica como somática).

madre cruel que hace sentir hambre y sed a sus hijos». Ocurre a menudo que si el médico no da nada que el paciente pueda recibir, éste cambia de médico o se automedica por su cuenta, por ejemplo. Y las invitaciones a una conducta menos regresiva, la fijación de límites, etc., muchas veces el paciente no las vive como *algo que se le da* sino como *algo que se le quita*. Por otra parte, los tratamientos habituales suelen fracasar sistemáticamente uno tras otro. El médico siente que está en una situación en la que debería dar algo, en la que se le está reclamando mucho y en la que no está dando nada (o por lo menos así lo siente y se lo hace sentir al paciente) y es incapaz de dar nada que tenga una mínima utilidad para el paciente. En esta situación, vive el hecho de entregar un cuestionario al enfermo como una dádiva de algo material (aunque no sólo como eso, cuando las cosas van bien) y deja de sentirse tan inoperante y tan culpable.

Este *algo* material es al mismo tiempo el representante simbólico de una serie de atenciones reales que se derivan del hecho de administrar un cuestionario al paciente y que estamos tratando de exponer en esta sección de nuestra comunicación.

6. Un corolario de lo anterior es que el hecho de «dar» un cuestionario al enfermo y de darle la atención que se deriva de este cuestionario sirve como alternativa y permite interrumpir la escalada de tratamientos y exploraciones somáticas cada vez más agresivos descrita por Balint (6) y que se da casi constantemente en la práctica médica actual.

7. Otra ventaja que se deriva de lo dicho en 5 es que cuando el médico siente que está dando algo útil y que ya no es tan inoperante ante la enfermedad, disminuye las exigencias que se hace a sí mismo de comportarse como un *dador* y puede comportarse más como un *médico*, es decir como alguien que *piensa* y que ayuda a pensar y no como alguien que *da*. De esta forma puede cumplir más eficazmente su función de establecer diagnósticos, buscar tratamientos adecuados, etc., no bajo la presión de la ansiedad y la voracidad del enfermo sino «porque es lo más razonable» y asume una actitud menos ansiosa y más «pensante» ante la enfermedad, con la que puede identificarse el enfermo y obtener de esta identificación beneficios considerables.

8. El hecho de que el cuestionario se ocupe de buscar los síntomas concretos de «organoneurosis» libera al médico de la necesidad de tener que indagar por ellos. Al confiar al cuestionario la faceta de recogida de información, el médico puede concentrarse en la propia comunicación del paciente y, optativamente, en la relación psicoterapéutica.

9. Por desgracia, numerosos equipos médicos en nuestro país son muy poco competentes ante las «órganoneurosis» y ante los aspectos psíquicos del «hombre enfermo» (7). Tienen una gran dificultad para hacer una exploración psicósomática y se beneficiarían de algún tipo de guía. El GHQ puede serles útil en este sentido (de hecho, es un *resumen de historia psicósomática*).

10. Al dotar al médico de un instrumento para el abordaje de la realidad psicológica del enfermo, el médico no se ve obligado a recurrir a la *vía insti-*

funcional que cultiva y perpetúa la escisión psique-soma: la remisión al psiquiatra. No podemos extendernos aquí sobre esta práctica y sus cotidianas consecuencias. El tema ha sido abordado por numerosos autores, entre ellos, por nosotros mismos (8, 9). Bástenos decir aquí que al perpetuar la escisión psique-soma, la enfermedad se produce siempre en aquel elemento de la díada que no se está tratando. Al poder prescindir del psiquiatra, el médico puede utilizar su «relación privilegiada» con el enfermo [Balint (6) (10)] y ayudarle a no escindirse y a tratar sus problemas como totalidad psicósomática.

11. Por esto mismo, de cara al enfermo, el médico no aparece ya tanto como un personaje dedicado a fomentar la escisión psique-soma, sino más bien a integrar ambos aspectos. El enfermo puede identificarse con este aspecto integrador del médico y obtener así notables beneficios.

#### 4.2. VENTAJAS PARA EL PACIENTE

En cuanto al *enfermo*, la administración de un cuestionario de este tipo también tiene una serie de *ventajas*, algunas de las cuales están relacionadas con las ventajas que tiene para el médico. Podríamos esquematizarlas del modo siguiente:

- A) Mejora la disposición del médico y por tanto su relación con el enfermo.
- B) Mejora la atención de todo tipo (incluso «técnica») que recibe el enfermo.
- C) Suscita *nuevas actitudes* en el médico con las cuales puede identificarse el enfermo y mejorar así sus propias actitudes ante su enfermedad. Estas actitudes serían al menos las siguientes:

- interés por y valorización de la salud y no de la enfermedad,
- interés por y valorización de lo psíquico y no exclusivamente de lo somático,
- interés por y valorización de lo maduro, pensante y activo frente a lo regresivo, demandante y pasivo,
- integración, en vez de disociación, de los aspectos psíquico y somático del individuo considerado como individuo total.

Estas ventajas derivadas de las modificaciones que se introducen en la actitud del médico y en la relación, reciben varios tipos de concreción en la experiencia clínica:

1. Tal como decíamos en 4.1.5. los pacientes afectos de órganoneurosis suelen tener unas necesidades orales muy intensas, que sienten como intolerables y que el médico no puede satisfacer nunca. Estas necesidades condicionan lo que el paciente *puede recibir* en la relación médico-paciente y, por tanto, lo que puede ser útil para él.

En nuestra experiencia, curiosamente, parece que el cuestionario GHQ es vivido como algo que el médico da al paciente y que éste puede recibir. Nos ha sorprendido incluso el hecho de que el 100 % de los pacientes a los que se les ha entregado el cuestionario lo han devuelto cumplimentado. Esto puede indicar, a nuestro juicio, o bien un grado extremo de sometimiento al médico (lo cual se contradice con lo mal que muchos de estos pacientes siguen otras prescripciones) o bien que el paciente considera y/o espera de algún modo obtener algún beneficio de este cuestionario. Al mismo tiempo que satisface en forma limitada las necesidades regresivas orales de estos pacientes, creemos que el hecho de administración el GHQ es vivido por ellos como algo que puede dar lugar a la asunción por su parte de algún otro tipo de actitud más progresiva que pueda beneficiarles.

2. El hecho en sí de rellenar un cuestionario representa para el enfermo interrogarse sobre su problemática psíquica. Es decir:

a) La asunción de una actitud activa, encaminada a la toma de conciencia —o a movilizar las defensas contra esa toma de conciencia—. En este sentido, se trasciende el modelo médico tradicional (médico omnipotente-enfermo regresivo y pasivo), que resulta tan inoperante en el abordaje psicossomático (Freixas, Casademont y cols.) (8).

b) El considerar la existencia de lo «psíquico» o de «la realidad interna» que a menudo está negada en este tipo de pacientes.

3. Los primeros ítems del GHQ hacen referencia a síntomas corporales. Ulteriormente las preguntas van pasando, en forma progresiva, a ocuparse de cuestiones más propiamente psicopatológicas. Este tipo de progresión favorece el acceso a los conflictos psicológicos: el paciente no siente las preguntas como una irrupción en su vida privada sino como el desarrollo coherente de una línea de exploración-investigación en la cual se siente invitado a participar él mismo. Así se evita despertar actitudes de defensa masivas y se favorece la colaboración y la participación del enfermo.

4. La administración del GHQ constituye una alternativa a la exploración psiquiátrica realizada por un especialista. En ésta ocurre a menudo que tras ella el paciente vuelve al médico para colocarse en una actitud muy poco colaboradora que justifica diciendo que «ya lo ha dicho todo y no tiene nada que añadir». Se ha «vaciado» de todas las ansiedades depositándolas en un «especialista» al que probablemente no volverá a ver. En cambio el GHQ constituye un material escrito que es posible comentar con el paciente, utilizándolo como punto de referencia para seguir explorando (el paciente en colaboración con el médico) las ansiedades y conflictos del paciente.

#### 4.3. INCONVENIENTES PARA MÉDICO Y PACIENTE

Al lado de estas ventajas para el médico y paciente, la administración del GHQ en una consulta de medicina puede tener también *aspectos negativos no menos importantes*.

1. El GHQ puede ser utilizado para *sustituir* (y en casos no tan extremos, *mediatizar*) el contacto personal con el paciente. En lugar de invitar al paciente a explorar sus padecimientos, el médico se dedica en este caso a «hacerle las preguntas» del GHQ.

Todo queda así reducido al modelo médico tradicional (enfermo infantil pasivo - médico adulto omnipotente), con el agravante de que el cuestionario sirve para obsesionalizar al médico y aumentar la distancia en la relación. Se interpone como una barrera: el enfermo ya no le habla al médico sino que el enfermo le habla al cuestionario. El médico recobra su omnipotencia perdiendo su condición de adulto e identificándose de una forma muy primaria con la omnipotencia del cuestionario.

2. Habíamos señalado ya en 4.1.5.) y en 4.1.7.) la función del GHQ de tranquilizar al médico y decíamos que el médico podía utilizar esta tranquilización para ocuparse mejor (sin tantas ansiedades) del enfermo. Pero se trata de un arma de doble filo: el médico puede limitarse a *dar* el cuestionario y ocuparse menos todavía del enfermo porque la ansiedad ya no le compele tanto a ello. En el caso más simple no cambia nada; sólo que el médico está más tranquilo, disminuye su «mala conciencia». Cuando las cosas van peor, el médico sigue identificándose con su papel de *dador* y puesto que *da* un cuestionario, no sólo disminuye su culpa sino que aumenta su sentimiento de omnipotencia. En nuestra experiencia hemos visto que esto puede llegar fácilmente a grados extremos y el médico entra prácticamente en un delirio megalománico. (Un médico bromeaba sobre la percepción, en él mismo y en buena parte del equipo de esta actitud: «*Los curamos a todos con el GHQ*».)

3. Otra posibilidad es que la administración del GHQ no modifique nada en absoluto y se convierta en una actuación rutinaria y burocrática. Los da y recoge la secretaria, se archivan junto a los exámenes complementarios y, como ellos, nadie los mira más que superficialmente y quedan coleccionados como todo en este modelo de *asistencia para coleccionistas* tan habitual en nuestros hospitales.

4. La confirmación de padecimiento psicológico que se obtiene con el GHQ puede ser utilizada como coartada para no hacer nada por los pacientes funcionales. «*Puesto que lo que tienen es psicológico*»... el médico considera que no pertenecen a su especialidad y se limitará a recibirlos y despacharlos rápidamente en el mejor de los casos... «*porque tiene cosas más importantes que hacer*».

5. Este mismo hecho puede ser también una coartada para desprenderse de los molestos pacientes funcionales remitiéndoles al psiquiatra. (Puesto que el GHQ es positivo el paciente *sale* de la especialidad del médico en cuestión y *entra* en la del psiquiatra). Hemos hablado ya (4.1.10 y 4.2.4) de las problemáticas consecuencias de la remisión al psiquiatra. En este caso, además, el paciente pasa por la penosa experiencia de ser rechazado por el médico.

6. Lo que acabamos de decir de los pacientes funcionales se aplica también a los pacientes con mayor afectación orgánica. Sólo que lo rechazado



entonces por el médico es la dimensión psicológica del paciente. El médico accede a tratar los síntomas físicos por medios físicos y químicos y el rechazo de lo restante es el expuesto en 4.3.5. Esta actitud tiene el agravante de que para complacer al médico el paciente debe volverse cada vez más orgánico. Su esperanza pasa a ser la de estar muy enfermo orgánicamente para complacer a este médico que rechaza todo lo demás. Y adopta una conducta coherente con ello, con lo cual el médico se convierte en un factor enfermador, iatrogénico más.

7. Otra variedad del rechazo en base a la confirmación del padecimiento psicológico es aquella en la que el médico utiliza tal confirmación de padecimiento psicológico para negar la posibilidad de afectación orgánica, ignorando incluso los síntomas más obvios. La consecuencia de esta actitud es que la tasa de morbilidad y de mortalidad aumenta impresionantemente entre estos enfermos [Dentre (11)] [Slater (12)] haciendo estudios de control con pacientes antes diagnosticados como *histéricos*, observa que se confirma en un elevado porcentaje de ellos la presencia de una enfermedad física al cabo de un tiempo variable del diagnóstico psiquiátrico positivo).

8. Una tendencia que hemos observado a menudo en los médicos, cuando coexisten síntomas psicológicos y somáticos, consiste en querer considerar unos la *causa* de los otros. En general, cuando no se hallan lesiones orgánicas detectables se invoca el resultado positivo del GHQ para «demostrar» la «etiología psíquica» de este padecimiento funcional; y cuando existen lesiones orgánicas importantes y un GHQ positivo, se atribuye esta positividad a los fenómenos psicológicos secundarios al padecimiento orgánico. Esto constituye un tremendo apriorismo. Nada en el GHQ indica que los padecimientos psicológicos detectados puedan tener relación de causa o consecuencia (ni siquiera relación alguna) con una afección somática cualquiera.

Extraer de él estas consecuencias representa que es inútil pasarlo porque no hará más que reforzar un perjuicio del médico en cuanto a la etiología.

9. Otra tendencia que hemos observado en los médicos es la de utilizar la puntuación del GHQ como criterio de salud mental: a una puntuación mayor, más grave es la «enfermedad psíquica» del paciente y viceversa. Esto constituye un serio error en medicina psicosomática. Si bien el propio Goldberg (13) ha utilizado en este sentido el GHQ en pacientes neuróticos y deprimidos, consideramos, tal como hemos expuesto en la discusión de los resultados, que el GHQ no mide la gravedad de los conflictos psicológicos (14) sino la representación a nivel simbólico de los conflictos psicológicos, la cual depende a) de la intensidad de los conflictos y b) de las posibilidades de representación simbólica de que disponga el individuo. Nuestra creencia es que estas posibilidades de representación simbólica están muy afectadas en el paciente que sufre una órgano-neurosis, en el cual la enfermedad se manifiesta en el órgano de una forma presimbólica (de una forma analógica, por oposición a la forma digital en la que se representaría a nivel psicológico).

Sin embargo, aunque el GHQ pierda esta utilidad cuantitativa conserva

su utilidad cualitativa: los resultados se corresponden casi siempre con nuestra impresión clínica del enfermo.

10. Corolario a lo anterior es el peligro de considerar un cuestionario falsamente negativo como una confirmación de la ausencia, en un enfermo de este tipo, de conflictos psicológicos. Goldberg (5) detecta clínicamente 3 grupos de falsos negativos:

- a) enfermos con conductas marcadamente defensivas,
- b) dementes, esquizofrénicos crónicos, fases hipomaniacas,
- c) enfermos muy crónicos.

Creemos que se puede referir esta agrupación no a diagnósticos clínicos sino a *elementos de la personalidad*:

- a) defensas que consisten en interferir con la percepción de la realidad interna,
- b) importancia de los núcleos psicóticos,
- c) adaptación a la enfermedad con disminución de la ansiedad y de la intensidad del conflicto conscientes aún a costa de un empobrecimiento de las potencialidades de realización personal.

Ante un cuestionario negativo, debe sopesarse la importancia de estos elementos. Los médicos tienen a menudo interés en detectar casos *sólo orgánicos* debido quizá a su formación antipsicológica. Ello aumenta la probabilidad de que los *falsos negativos* sean considerados como psicológicamente sanos, con el peligro que esto comporta de no atender adecuadamente al paciente en cuestión.

##### 5. COMENTARIOS ACERCA DE LA UTILIDAD DE LOS SCREENING TEST EN LA CLÍNICA PSICOSOMÁTICA

En el apartado anterior (3) nos hemos centrado en la utilidad de un *screening test* concreto (el GHQ) en cuanto a la atención directa del paciente individual. De esta forma hemos visto que podíamos mejorar la atención que recibe el paciente:

- a) desde el punto de vista afectivo-relacional y
- b) desde el punto de vista científico-intelectual.

Al mismo tiempo el GHQ podía ser utilizado para todo lo contrario: a) para interponerse en la relación y fomentar la incompreensión (incluso intelectual) y b) para la desvalorización de la conflictiva del enfermo.

Además de esta óptica en cuanto al paciente individual, si la administración es sistemática, los *screening tests* pueden tener otras utilidades:

1. En primer lugar, *permiten al equipo médico valorar su propio funcionamiento como equipo*. Al retestar a los pacientes con las adecuadas precauciones podemos saber cuánto y en qué sentido se han modificado sus padecimientos psicológicos. Estos datos, comparados con las exploraciones somáticas, nos permiten ver cuánto y en qué sentido se ha modificado el padecimiento *total* (psicosomático) del paciente.

Esto es así en el «caso» individual. Sin embargo, al considerar la totalidad de los pacientes podemos observar unas determinadas tendencias que suponemos son fruto de la actuación del equipo. Esta observación debería permitirnos replantear nuestra actuación para tratar de modificarla adecuadamente de tal modo que puedan llegar a coincidir las tendencias observadas con lo que consideramos que deberían ser evoluciones hacia la salud.

2. En segundo lugar, *constituyen un instrumento para la investigación*: Se dispone de un banco de datos procedentes de todos los pacientes, escalados e incluso computerizables. Ello permite comparar los resultados globales o las puntuaciones ítem por ítem y correlacionarlos con el estado clínico del paciente o con los resultados de determinadas pruebas clínicas. Esto desde un *punto de vista estático*. Desde un *punto de vista dinámico*, puede hacerse la correlación de las modificaciones en determinadas puntuaciones con las modificaciones en diferentes manifestaciones clínicas o en los resultados de diferentes pruebas clínicas.

3. A todo lo anterior debemos añadir que la aplicación de un *screening test* del tipo del GHQ *no representa un despilfarro*. En primer lugar, por el reducido coste de la prueba. Compárese el coste en material y tiempo de trabajo de este cuestionario con el coste en material y tiempo de trabajo de determinadas pruebas complementarias de rutina que se piden sistemáticamente en los hospitales y los beneficios que es posible obtener de ambos y veremos que, con un buen aprovechamiento, la introducción sistemática del GHQ en una consulta de medicina es una de las innovaciones no sólo más «baratas» sino también más «rentables» que puedan hacerse.

Es una demostración más de que la implantación de nuevas *tecnologías* mejoradoras de la asistencia muchas veces no consiste en la introducción de nuevas máquinas, artificios electrónicos o productos químicos, sino en un mejor aprovechamiento del potencial humano (psicológico y social) de los trabajadores sanitarios.

## RESUMEN

El trabajo refiere la experiencia de utilización sistemática de un *screening test*, el *General Health Questionnaire* de Goldberg, en una consulta de reumatología de un hospital general. La administración del cuestionario se intenta

realizar dentro de una asistencia basada en la atención del *individuo como totalidad* (psicofísica) y no en concepciones biológicas (clásicas) o dualistas («psicosomáticas» restringidas).

Los datos procesados demuestran:

1. que a dicha consulta acuden numerosos consultantes con problemas psicológicos importantes;

2. que el GHQ da puntuaciones más altas en los grupos de diagnóstico reumatológico para los que se hipotetizó una predominio del *factor digital* en sus comunicaciones (el grupo de pacientes del que se hipotetizó una mayor capacidad de semiotización, de representación psicológica de sus conflictos: ¿mayor grado de ansiedad manifiesta?);

3. que podría apuntarse con cierta probabilidad que los grupos en los cuales tiene más peso específico el factor «analógico» localizan más las respuestas en los ítems más «somáticos».

Todo ello significa no sólo una muestra de la utilidad de GHQ en la clínica reumatológica sino, indirectamente, un apoyo para una asistencia integrada, no reduccionista, de los pacientes de tales consultas. Con el objetivo de evitar tanto las concepciones idealizadas y omnipotentes como las biologizadoras y despectivas con respecto a la utilidad de las orientaciones psicológicas en la práctica reumatológica (y médica en general), los autores efectúan una serie de reflexiones sobre su experiencia, describiendo las ventajas e inconvenientes que para el profesional y el paciente tiene la utilización sistemática de los cuestionarios en la asistencia sanitaria.

## RÉSUMÉ

Ce travail présente un rapport de l'emploi systématique d'un *screening test*, le *General Health Questionnaire* de Goldberg dans une consultation de rhumatologie d'un hôpital général. On a taché d'administrer le questionnaire dans le cadre d'une assistance basée sur la conception de l'individu comme totalité (psychophysique) et sur le dépassement des conceptions biologistes (classiques) ou dualistes («psychosomatiques» restreintes).

Les données processées démontrent:

1. que de nombreuses consultations sont faites par des individus atteints de problèmes psychopathologiques sérieux.

2. que le GHQ produit des notes plus hautes chez les groupes de diagnostic rhumatologique aux communications des membres desquels les hypothèses rattachaient un plus grand poids du *facteur digital* (le groupe de malades où l'on supposait une plus grande capacité de sémiotisation, de représentation psychologique des conflits: un plus grand degré d'anxiété manifeste?

3. qu'il est probable que les groupes où le facteur «analogue» a un plus grand poids répondent d'avantage positivement aux item plus «somatiques».

Tout cela représente non seulement une preuve de l'utilité du GHQ dans la clinique rhumatologique mais aussi, indirectement, la possibilité d'une assistantes intégrée, non réductionniste des consultants de ce genre. A fin d'éviter les conceptions idéalisées et tout-puissantes, et les conceptions biologisatrices qui méprisent l'utilité du point de vue psychologique dans la pratique rhumatologique (et médicale, en général), les auteurs font quelques réflexions sur leur expérience, où ils décrivent les avantages et les inconvénients, pour le professionnel et pour le patient, de l'usage systématique des questionnaires dans l'assistance médicale.

#### SUMMARY

This paper presents a report on an experience of systematic use of a screening test, the Goldberg's General Health Questionnaire, in a rheumatology consulting office of a general hospital. The administration of the questionnaire has tried to be performed in the frame of an assistance based on the attention to the *individual as a whole (psychophysically)* versus the biologicistic (classic) or dualistic (restricted «psychosomatic») conceptions.

The processed data show:

1. The frequent attendance to the office of individuals suffering from serious psychological problems;
2. that the GHQ shows higher notes in the rheumatologic diagnostic groups to which communications the hypothesis supposed a prevalence of the *digital factor* (the group of patients to which was supposed a greater capacity of semiotization, of psychological representation of their conflicts; a higher degree of manifest anxiety?);
3. that it is probable that the groups in which the «analogic» factor is prevalent tend to locate more their answers in the more «somatic» items.

All this means not only a prove of the benefits of the use of the GHQ in the rheumatologic clinics but also, indirectly, a support for an integrated, non reductionist, assistance to this populations of patients. To avoid both idealized and omnipotent conceptions, as much as biologist ones and those that disregard the usefulness of the psychological point of view for the rheumatologic (and medical) practice, the authors bring some reflections on their experience: they describe the advantages and disadvantages, for the physician and for the patient, of the systematic use of questionnaires in medical assistance.

#### RESUM

El treball informa d'una experiència d'administració sistemàtica d'un *screening test*, el *General Health Questionnaire* de Goldberg, en una consulta de reumatologia d'un hospital general. Hom a intentat de portar a terme

l'administració del qüestionari en el marc d'una assistència basada en l'atenció a l'individu com a totalitat (psicofísica) i no en concepcions biològiques (clàssiques) o dualistes («psicosomàtiques» restringides).

Les dades processades mostren:

1. que, a la consulta esmentada, hi concorre un nombre notable d'individus que pateixen problemes psicològics importants;

2. que el GHQ recull puntuacions més altes en els grups de diagnòstic reumatològic als pacients dels quals les hipòtesis havien atribuït un predomini del factor digital en llurs comunicacions (el grup de pacients als quals se'ls suposava una major capacitat de semiotització, de representació psicològica de llurs conflictes: un major grau d'ansietat manifesta?);

3. que es relativament probable que els grups en els quals el factor «analògic» té més pes específic tendeixin a localitzar més respostes en els ítems més «somàtics».

Tot això representa no només una prova de la utilitat del GHQ en la clínica reumatològica sino que, indirectament, recolza els plantejaments que preconitzen una assistència integrada, no reduccionista, dels pacients d'aquesta mena de consultes. Per tal d'evitar, d'una banda les concepcions idealitzades i omnipotents, i d'altra les biològitzadores i aquelles que menyspreen la utilitat del punt de vista psicològic en la pràctica mèdica, els autors fan una sèrie de reflexions sobre llur experiència, on descriuen els avantatges i els inconvenients que té, per al professional i per al malalt, la utilització sistemàtica dels qüestionaris en l'assistència sanitària.

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS

	N.º Indiv.		Edad		Escolaridad	
	N.º	%	Media	D.T.	Media	D.T.
Degen.	47	45,63	53,91	12,81	7,56	4,15
Func.	27	26,21	36,53	12,13	8,90	3,51
Inflam.	12	11,65	49,66	16,35	7,42	4,11
P. Blan.	4	3,88	48,75	14,17	14,33	10,11
Varios	12	11,65	47,83	15,63	9,40	4,06
Total Pobl.	103	100,00	47,95	15,03	8,41	4,36

TABLA 2

## CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE VARONES Y MUJERES

	<i>N.º Indiv.</i>		<i>Edad</i>		<i>Escolaridad</i>	
	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>
Varones	19	18,45	52,00	16,42	8,69	5,05
Mujeres	81	78,64	47,00	14,63	8,36	4,26
Total Pobl.	103	100,00	47,95	15,03	8,41	4,36

TABLA 3

## FRECUENCIAS DE POSITIVOS Y NEGATIVOS, MEDIA ARITMÉTICA DE LA PUNTUACION. (Punto de corte: 11/12)

	<i>Positivos</i>		<i>Negativos</i>		<i>Punt. media</i>	<i>D.T.</i>
	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>		
Degen.	28	59,57	19	40,43	17,63	13,36
Func.	25	92,59	2	7,41	23,22	10,22
Inflama.	9	75,00	3	25,00	15,41	5,14
P. Blan.	2	50,00	2	50,00	12,50	13,22
Varios	7	58,33	5	41,67	16,33	10,82
Total. Pobl.	73	70,87	30	29,12	18,46	11,71

TABLA 4

## COMPARACION DE LA MUESTRA REUMATOLÓGICA CON UNA MUESTRA DE «POBLACION GENERAL» \*

	<i>Negativos</i>	<i>Positivos</i>	<i>Totales</i>
Muestra reumatológica	30	73	103
Muestra de «población general» *	45	6	51

\* Datos procedentes del trabajo de Muñoz y cols.<sup>4</sup>

TABLA 5

## FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LOS DIFERENTES INTERVALOS DE RESPUESTAS POSITIVAS AL GHQ

	0-11		12-20		21-30		31-40		41-50		Totales
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	
Deg.	19	40,42	11	23,40	10	21,27	3	6,38	4	8,51	47
Func.	2	7,40	9	33,33	10	37,33	4	14,81	2	7,40	27
Inflam.	3	25,00	6	50,00	3	25,00	—	—	—	—	12
P. B.	2	50,00	1	25,00	1	25,00	—	—	—	—	4
Varios	4	33,33	5	41,66	1	8,33	2	16,66	—	—	12
Sin Dg.	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	1
TOTALES	30		33		25		9		6		103

TABLA 6

PUNTUACIÓN DERIVADA I: porcentaje de la puntuación total determinado por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18.

	Media	Desviación típica	N
Degenerativos	43,84	21,37	46
Funcionales	40,96	18,59	27
Inflamatorios	45,79	20,06	12

TABLA 7

## ANÁLISIS DE VARIANZA PARA EL CÁLCULO DE LA SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS

Fuente de variación	Grados	Suma cuadrados	Media cuadrados	F
Inter	2	234,70	117,35	0,036
Intra	82	263967,50	3219,12	(n.s.)

Nota: Eliminado el cuestionario núm. 96 (grupo degenerativo) por excesivo número de respuestas en blanco.



TABLA 8

PUNTUACIÓN DERIVADA II (P.D. II): porcentaje de la puntuación total determinado por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 17, 18.

	Media	Desviación típica	N
Degenerativos	34,89	21,64	46
Funcionales	29,54	18,68	27
Inflamatorios	33,75	14,86	12

TABLA 9

PUNTUACIÓN DERIVADA II: Análisis de varianza.

Fuente de variación	Grados	Suma cuadrados	Media cuadrados	F
Inter	2	493,30	246,65	0,621
Intra	82	32575,82	397,27	(n.s.)

Nota: Eliminado el cuestionario núm. 96 (grupo degenerativo) por excesivo número de respuestas en blanco.

## BIBLIOGRAFÍA

1. WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H., y JACKSON, D. D.: *La comunicación humana*. «Tiempo contemporáneo». Buenos Aires, 1976.
2. SZASZ, T.: *El mito de la enfermedad mental*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1973.
3. CASADEMONT, M.; FREIXAS, J.; APARICIO, D.; DALMAU, J.; DAUDER, A.; FÍGULS, R.; MARCOS, J. y TORRES, R.: «Identificació de casos psiquiàtrics a la consulta reumatològica per mitjà de l'aplicació del "General Health Questionnaire" de Goldberg». *L'Internista*, n.º 4 (I): 1978.
4. MUÑOZ, P. E.; VÁZQUEZ, J. L.; RODRÍGUEZ-INSAUSTI, F.; PASTRANA, E., y VARO, J.: Adaptación española del General Health Questionnaire (G.H.Q.), de D. P. GOLDBERG: (Un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad). *Comunicación presentada al XIII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. A.E.N., Mérida, 1975.
5. GOLDBERG, D. P. y BLACKWELL, B.: «Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification». *Brit. Med. J.*, 2: 439-443, 1970.
6. BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros Básicos. Buenos Aires, 1971.
7. VON WEIZSÄCKER, V.: *El hombre enfermo*. Luis Miracle (Ed.), Barcelona, 1956.
8. FREIXAS, J.; CASADEMONT, M.; BARDINA, A.; APARICIO, D.; FÍGULS, R.; DAUDER, A.; TORRES, R., y DALMAU, J.: «Importancia de la conflictiva psíquica en la semiología reumatológica». Comunicación presentada a la *Reunión Semestral de la S.E.R. del 4 de diciembre de 1976 en Barcelona*.
9. TIZÓN, J. L.: «Pacientes orgánicos y "funcionales" en la práctica general: una propuesta alternativa y utópica». Trabajo incluido en la *I Ponencia de la XVI Reunión Nacional de la Sociedad de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Granada, diciembre de 1978. (Editada por SEMPP: Granada 1978.)

10. BALINT, M. y BALINT, E.: *Técnicas psicoterápicas en medicina*. Siglo XXI. México, 1976.
11. DETRE, T. P. y JARECKI, H. G.: *Modern Psychiatric Treatments*. Traducción castellana: *Terapéutica psiquiátrica*. Salvat Edr., Barcelona, 1974.
12. SLATER, E. y GLITIERE, E.: «Follow-up of patients diagnosed as suffering from hysteria». *J. Psychosom. Res.*, 9:9-13, 1965.
13. GOLDBERG, D. P.; COOPER, B.; EASTWOOD, M. R.; KEDWARD, H. B., y SHEPHERD, M.: «A standardized Psychiatric Interview for use in Community surveys». *Brit. Med. J.*, 2: 439-443, 1970.
14. TIZÓN, J. L.; SALAMERO, M.; DE LA LAMA, E.; DÍAZ-MUNGUIRA, J. M., y FREIXAS, J.: «El uso del G.H.Q. en diversos medios ambulatorios y su comparación con la población general». Trabajo incluido en la *I Ponencia de la XVI Reunión Nacional de la Sociedad de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Granada, diciembre de 1978. (Editado por SEMPP: Granada, 1978.)