

# Estudio de validación de la Escala de Salud Personal (ESP) en Lima, Perú

Dra. María Isabel Zapata-Vega, Dr. Juan Enrique Mezzich,  
Dr. Guido Mazzotti, Dr. Robert De la Grecca,  
Dr. Jean-Pierre Llanos y Dra. Juana Hernández

## RESUMEN

**Introducción:** Uno de los hallazgos más importantes en la atención primaria de la salud mental de la década pasada fue que la mayoría de los pacientes psiquiátricos sean vistos inicialmente por profesionales de salud general o de atención primaria a la salud, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Es por ello, que un diagnóstico psiquiátrico efectivo a nivel básico de atención primaria es de crucial importancia. Los métodos pioneros desarrollados para identificar posibles casos de trastornos mentales incluyen al General Health Questionnaire (GHQ) y al Self-Reporting Questionnaire (SRQ). La Escala de Salud Personal (ESP) es un instrumento breve recientemente desarrollado para la detección de casos potenciales de trastornos mentales. La ESP está compuesta por 10 ítems incluyendo seis preguntas sobre quejas psicológicas y somáticas, tres sobre funcionamiento adaptativo y una sobre auto-evaluación acerca de tener un problema emocional y la necesidad de ayuda profesional. El presente artículo resume información sobre la confiabilidad y validez discriminativa de la ESP en Lima, Perú.

**Metodología:** El estudio de confiabilidad se realizó en una muestra de pacientes hospitalizados en un servicio de medicina general. La validez discriminativa se estudió comparando una muestra de pacientes psiquiátricos (casos) con los trabajadores de un hospital (controles). **Resultados:** Se encontró un coeficiente de correlación de prueba-postprueba significativo ( $r=0.86$ ); el punto de corte óptimo para clasificar a un sujeto como posible caso psiquiátrico o no, se encontró en 8/9 con un porcentaje de clasificación correcta del 78%.

**Conclusión:** Los resultados se comparan favorablemente con los de otros instrumentos breves ampliamente utilizados en todo el mundo.

## Estudo da validação da Escala de Saúde Pessoal (ESP) em Lima, Peru

### RESUMO

**Introdução:** Uma das constatações mais importantes da última década referente aos cuidados primários à saúde mental foi que a maioria dos pacientes psiquiátricos seja atendida inicialmente por profissionais para cuidados primários à saúde ou por clínicos gerais; isto ocorre tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Portanto, é de crucial importância um diagnóstico psiquiátrico eficiente nos níveis básicos de cuidados primários. As metodologias pioneiras desenvolvidas para identificar possíveis casos de transtornos mentais incluem o General Health Questionnaire (GHQ) e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ). A Escala de Saúde Pessoal (ESP) é um instrumento breve e recém-desenvolvido para a detecção de potenciais casos de transtornos mentais. A ESP é composta de 10 itens que incluem seis perguntas sobre queixas psicológicas e somáticas, três sobre funcionamento adaptativo e uma de auto-avaliação a respeito da presença de problemas emocionais e da necessidade de ajuda profissional.

A presente publicação resume as informações sobre a confiabilidade e validade discriminante da ESP em Lima, Peru.

**Metodologia:** O estudo de confiabilidade foi realizado em uma amostra de pacientes hospitalizados num serviço de medicina geral. A validade discriminante foi estudada pela comparação entre uma amostra de pacientes psiquiátricos (casos) e uma de funcionários de um hospital (controles).

**Resultados:** Foi observada uma correlação teste-reteste significativa ( $r=0,86$ ); o ponto de corte ideal para classificar um sujeito como possível caso psiquiátrico ou não foi 8/9 com uma porcentagem de classificação correta de 78%.

**Conclusão:** Os resultados são favoravelmente comparáveis com os de outros

instrumentos breves amplamente usados em todo o mundo.

## Validation study of the Personal Health Scale (PHS) in Lima, Peru

### ABSTRACT

**Introduction:** A key finding in mental health care in the past decade has been that the majority of psychiatric patients are seen first by general or primary care professionals rather than by psychiatrists, in both developed and developing countries. Therefore effective psychiatric diagnosis at a basic level in these settings is of utmost importance. Pioneering procedures developed to screen for the likelihood of mental disorders include the General Health Questionnaire (GHQ) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). More recently, a brief screen, the Personal Health Scale (PHS), has been designed to detect potential cases of mental illness. It is composed of 10 items, including six questions on complaints about psychological and somatic affective symptoms, three on adaptive functioning, and one on a global self-evaluation of having emotional problems and needing professional help. The paper summarizes information on the reliability and discriminant validity of the PHS (in Lima, Peru).

**Method:** The reliability study was applied in a sample of general medicine inpatients. The discriminant validity was studied by comparing psychiatric patients (cases) and hospital workers (controls).

**Results:** A significant Test-Retest Reliability Coefficient ( $r=0.86$ ); the best cut-off point to classify a patient as a possible psychiatric case, was found in 8/9, with an overall correct classification, for a total score of 78%.

**Conclusion:** The results compared favorably with those of other widely used short screening instruments.

La doctora Zapata-Vega es médico residente en el Programa de Psiquiatría, Mount Sinai, al Elmhurst Hospital Center en Nueva York, NY.

El doctor Mezzich es profesor de psiquiatría en la Escuela de Medicina, Mount Sinai, New York University, en Nueva York, NY.

El doctor Mazzotti es jefe del Departamento de Investigación y Epidemiología en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en Lima, Perú.

El doctor Robert de la Grecca trabaja para la Oficina de Medicina Preventiva en la Asociación Civil Asistencia Social Cristal en Lima, Perú.

El doctor Llanos es un médico residente en la Programa de Pediatría en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú.

El doctor Hernández es un profesor en la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Lima, Perú.

Los autores no reportan ningún tipo de apoyo académico, financiero, u otro para la realización de este trabajo.

**Introducción**

A través de los años se han desarrollado múltiples instrumentos para contribuir a la identificación de trastornos mentales a nivel primario de atención de salud, sin embargo, sigue siendo alta la necesidad de instrumentos más efectivos y eficientes. La importancia de esto radica en que la mayoría de los pacientes psiquiátricos son atendidos inicialmente en los servicios de medicina general y no en los servicios de salud mental.<sup>1</sup> Así mismo, se ha documentado que, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los trastornos mentales no-psicóticos (especialmente la depresión) se encuentran entre las razones más frecuentes de consulta médica.<sup>1,2</sup> Además, con frecuencia los médicos no psiquiatras no reconocen correctamente los problemas psiquiátricos,<sup>3-5</sup> particularmente cuando se presentan aunados a una sintomatología somática, lo cual lleva a un tratamiento inadecuado.

Uno de los instrumentos más conocidos es el General Health Questionnaire (GHQ),<sup>6</sup> que contiene 60 síntomas centrados en la psicopatología más frecuente (en particular, la depresiva) que presenta la mayoría de los pacientes. Se han publicado experiencias sobre su uso a nivel mundial.<sup>7,8</sup> Otro de los instrumentos desarrollado para estudiar la prevalencia de trastornos mentales a nivel de atención primaria, específicamente en

países en desarrollo, es el Self-Reporting Questionnaire (SRQ).<sup>1,9</sup> Inicialmente, el SRQ estaba compuesto por 20 ítems sobre sintomatología de ansiedad y depresión: 4 ítems para la identificación de trastornos psicóticos, 1 para trastorno convulsivo y 5 para la identificación de problemas de alcohol, que se agregaron posteriormente. Algunas de estas versiones se usan en diferentes partes del mundo,<sup>10-14</sup> incluyendo a los países latinoamericanos.<sup>15-17</sup>

La Escala de Salud Personal (ESP) se desarrolló como un esfuerzo para obtener un instrumento más eficiente y efectivo en la identificación de trastornos mentales en una variedad de ambientes incluyendo los de la atención primaria de la salud. La estructura multidimensional de la escala se basó en una definición comprensiva y prototípica de enfermedad mental, desarrollada empíricamente en la Universidad de Pittsburgh.<sup>18</sup> El modelo propone que la clave para la identificación de enfermedad mental incluya tanto elementos sintomáticos como el deterioro en el funcionamiento social. Los componentes sintomáticos de la escala se derivaron del análisis correlacional de una base de datos sobre evaluaciones realizadas con el Self-Reporting Questionnaire (SRQ) en Nicaragua.<sup>19,20</sup> Se seleccionaron seis ítems sintomatológicos que correlacionaron altamente con la presencia de enfermedad mental. Se

observó que estos ítems correspondieron a la expresión somática y psicológica de trastornos depresivos y de ansiedad. El segundo componente de la ESP indaga sobre el funcionamiento adaptativo. Más específicamente, incluye tres ítems referidos a áreas claves del funcionamiento ocupacional, familiar y social en general. El tercer componente de la escala, representado por el décimo ítem sobre auto-evaluación global es consistente con las teorías que dan una importancia prominente a la auto-percepción del individuo acerca de la presencia de problemas y de su necesidad de atención.<sup>21,22</sup>

Los ítems de la ESP se presentan en la Tabla 1. Cada ítem se califica en una subescala de 3 puntos, de acuerdo a su frecuencia de presentación durante el mes anterior; y el puntaje para cada ítem se asigna de la siguiente manera: 0, raramente; 1, a veces; y 2, casi siempre. En consecuencia, el puntaje total de la escala puede variar de 0 a 20.

El objetivo del presente estudio de observación fue determinar la confiabilidad (Evaluación-Revaluación) y la validez discriminativa de la ESP en Lima, Perú, como un instrumento para identificar la presencia de posibles trastornos mentales en general.

**Metodología**

Este estudio fue realizado bajo el auspicio del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado

**Tabla 1**  
**Escala de Salud Personal**

(Adaptado de JE Mezzich, JT Caldera, CE Berganza, 1994)

Indique con un círculo la frecuencia con la cual ha experimentado lo siguiente durante el MES PASADO (desde hace 4 semanas hasta hoy).

Ítem	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	0	1	2
2. ¿Se ha asustado o alarmado con facilidad?	0	1	2
3. ¿Se ha sentido nervioso o tenso?	0	1	2
4. ¿Se ha sentido triste?	0	1	2
5. ¿Le ha sido difícil disfrutar de sus actividades diarias?	0	1	2
6. ¿Se ha sentido cansado?	0	1	2
7. ¿Ha dejado de asistir o hacer su trabajo? (Como trabajador remunerado, estudiante o en casa)	0	1	2
8. ¿Ha dejado de relacionarse o de llevar a cabo actividades con sus familiares?	0	1	2
9. ¿Ha dejado de relacionarse con gente de su comunidad?	0	1	2
10. ¿Ha sentido que tiene problemas emocionales y que requiere de atención profesional?	0	1	2

Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN). El cuestionario consistió en dos partes: la primera correspondió a una ficha de identificación demográfica y la segunda a la ESP. Cada sujeto dio su consentimiento verbal para participar en el estudio y recibió el cuestionario de manos de un estudiante de medicina familiarizado con los principios de la evaluación psiquiátrica.

El estudio se dividió en 3 fases: piloto, de confiabilidad y de validez discriminativa.

**Tabla 2**  
Confiabilidad (prueba-postprueba): Coeficientes y correlación calculados para cada ítem, sub-grupos de ítems (1-6, 7-9, 10) y para el puntaje total

Ítem	r
1	0.585
2	0.856
3	0.525
4	0.816
5	0.000
6	0.728
(1-6)	0.855
7	0.313
8	0.061
9	0.363
(7-9)	0.374
10	0.497
Puntaje Total	0.866

Zapata-Vega MI, Mezzich JE, Mazzotti G, et al. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 1. Num 1. 2001.

## Estudio Piloto

Se aplicó la ESP a un grupo piloto para evaluar las dificultades en su aplicación en una muestra en Lima, Perú. El grupo piloto (n=20) estuvo formado por pacientes hospitalizados en una unidad de medicina general en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). Se encontraron algunas dificultades en las categorías para indicar la frecuencia de presentación de los ítems y esto llevó a que se ajustaran a "nunca," "a veces" y "siempre."

## Confiabilidad de la ESP

La muestra incluyó a 30 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina general del HNCH. Cada sujeto fue entrevistado dos veces y por dos entrevistadores distintos (A y B), con una diferencia de 1 a 3 días.

## Validez discriminativa de la ESP

Se compararon dos muestras, una psiquiátrica y una de control. La muestra de pacientes psiquiátricos, incluyó 50 pacientes admitidos recientemente al INSM HD-HN (ambulatorios, n=46, hospitalizados, n=4), de ambos sexos, edades entre 18 y 65 años y con un diagnóstico psiquiátrico reconocido por sistemas estándar (ICD-9 o *DSM-III-R*) incluyendo una muestra amplia de trastornos psicóticos y no-psicóticos. Se excluyó del estudio a aquellos pacientes cuya condición psicopatológica extrema no les permitiera contestar el cuestionario apropiadamente. La muestra control se compuso de 50 trabajadores

del HNCH, excluyendo estudiantes de medicina y médicos, sin problemas psiquiátricos obvios ni historia de tratamiento psiquiátrico previo, de ambos sexos, y edades entre 18 y 65 años.

## Resultados

### Estudio de confiabilidad

El coeficiente de confiabilidad (prueba-postprueba) se computó en términos del coeficiente de correlación de Pearson entre los resultados de las dos entrevistas realizadas para cada uno de los 30 sujetos hospitalizados en Medicina General. Este coeficiente se computó para cada ítem, para subgrupos de ítems (1-6, 7-9 y 10) y para el puntaje total, que constituye el resultado más significativo de la ESP (Ver Tabla 2). Los coeficientes de correlación más bajos fueron para los ítems 5 y 8. Se observó un alto coeficiente de confiabilidad para el puntaje total,  $r=0.86$ , lo cual constituye el principal hallazgo del estudio.

Además, las medias para el puntaje total de la primera entrevista (7.57) y la segunda entrevista (7.9) fueron comparables entre ellas, es decir, no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambas ( $P=0.56$ ).

### Estudio de validez discriminativa:

La Tabla 3 muestra las medias del puntaje total de las muestras de pacientes psiquiátricos y de los trabajadores del hospital. Todos los ítems, especialmente el puntaje total, presentaron una diferencia altamente signifi-

**Tabla 3**  
Estudio de validez discriminativa: comparación entre la muestra de pacientes psiquiátricos (casos) y otra de trabajadores de hospital (controles) para los enunciados de la ESP y el puntaje total

Ítems	Pacientes psiquiátricos	Trabajadores hospitalarios	P
1	1.16	0.600	0.000
2	1.12	0.56	0.000
3	1.36	0.74	0.000
4	1.30	0.82	0.000*
5	1.12	0.50	0.000
6	1.24	0.92	0.017*
(1-6)	7.28	4.12	0.000*
7	0.84	0.22	0.000*
8	0.76	0.34	0.004*
9	1.08	0.46	0.000*
(7-9)	2.66	1.02	0.000*
10	1.44	0.44	0.000
Puntaje Total	11.40	5.62	0.000*

Zapata-Vega MI, Mezzich JE, Mazzotti G, et al. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 1. Num 1. 2001.

ficativa, lo cual demuestra la validez discriminativa de la ESP.

La Tabla 4 muestra los puntos de corte óptimos encontrados por análisis discriminativo de las muestras de pacientes y trabajadores. Además, presenta los porcentajes de clasificación correcta, sensibilidad y especificidad respectivos.

**Discusión**

Los resultados de validación de la ESP en esta muestra sudamericana son bastante sólidos y promisorios. Es un hecho que los resultados de cada parámetro evaluado se comparan

favorablemente con los de otros cuestionarios abreviados reportados en la literatura internacional.

En cuanto a la confiabilidad, la ESP estudiada en Lima obtuvo un resultado sustancial (0.86) comparable con otros estudios, por ejemplo el de Piccinelli y col., en 1993,<sup>23</sup> que obtuvo coeficientes de correlación entre 0.81–y 0.84 para la versión italiana del GHQ-12.

Con respecto al análisis discriminativo, la ESP (considerando los estudios de Nicaragua<sup>26</sup> y Perú) mostró, en promedio, una clasificación correcta del 83%, superior a los estudios inter-

nacionales conducidos con otros instrumentos breves (GHQ-12, SRQ-20/24), como se muestra en la Tabla 5.

En conclusión, se puede decir que la ESP ha demostrado que alcanza medidas similares en los estudios de Centro y Sudamérica y que sus resultados se comparan favorablemente con aquellos de otros instrumentos (GHQ-12, SRQ-20/24), con la ventaja adicional de ser el más breve de todos. Es por ello, que se puede recomendar como un instrumento eficiente para la detección de posibles casos psiquiátricos en una variedad de ambientes de atención de salud. **PSI**

**Tabla 4**  
Estudio de validez discriminativa: puntos de corte óptimos, porcentaje de clasificación correcta, sensibilidad y especificidad

Subgrupos de Ítems (y rango de puntaje)	Mejores puntos de corte	Clasificación correcta	Sensibilidad	Especificidad
I. Síntomas (0-12)	5	72%	86%	58%
II. Funcionamiento (0-6)	3	72%	52%	92%
III. Auto-evaluación (0-2)	1	74%	88%	60%
Puntaje Total (0-20)	9	78%	74%	82%

Zapata-Vega MI, Mezzich JE, Mazzotti G, et al. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 1. Num 1.2001.

**TABLA 5**  
Comparación entre la ESP y otros instrumentos en cuanto a sus valores estadísticos

Autor	Lugar	Escala	Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad	Clasificación Correcta
Mari & Williams, 1985 <sup>15</sup>	Sao Paulo, Brazil	GHQ-12	3/4	85%	79%	82%
			7/8	83%	80%	81%
Okasha et al., 1990 <sup>7</sup>	Egipto	GHQ-28	7/8	62.9%	82.9%	80%
Piccinelli et al., 1993 <sup>23</sup>	Verona, Italia	GHQ-12	9/10	71-75%	73-76%	
Gureje & Obikoya, 1990 <sup>26</sup>	Ibadan, Nigeria	GHQ - 12		68%	70%	
Politi et al., 1994 <sup>25</sup>	Cremona Milán & Pavia, Italia	GHQ-12	8/9	68%	59%	60%
Harding et al., 1980 <sup>1</sup>	Cali, Colombia;		10/11			
	Haryana, India;	SRQ-24	5/6	73-83%	72-85%	76-82%
	Khartoum, Sudan;		3/4			
	Manila, Filipinas		6/7			
Carta et al., 1993 <sup>14</sup>	Sardinia, Italia	SRQ-24	7/8	90%	70%	
Colareta, 1993 <sup>17</sup>	Pacaraos, Perú	SRQ-20	1/2	86%	75.8%	
Mezzich et al., 1994 <sup>24</sup>	León, Nicaragua	PHS	8/9			87%
Zapata et al. este estudio	Lima, Perú	PHS	8/9	74%	82%	78%

Zapata-Vega MI, Mezzich JE, Mazzotti G, et al. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 1. Num 1. 2001.

## Referencias

1. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10:231-241.
2. Goldberg DP. Psychiatric disorders (a series on screening for disease). *Lancet.* 1974;ii:1245-1247.
3. Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H. The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91:52-56.
4. Schwab JJ. Depression in patients of internists. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation.* 1983;5:429-437.
5. Jones LR, Badger LW, Fincken RP, et al. Inside the hidden mental health network. Examining mental health care delivery of primary care physicians. *Gen Hosp Psychiatry.* 1987;9:287-293.
6. Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire.* London, England: Oxford University Press; 1972.
7. Okasha A, Khalil AH, Hakeem RA. Screening for minor psychiatric morbidity using the General Health Questionnaire in an Egyptian population. Paper presented at the International Symposium on Psychiatric Diagnosis, Tokyo, September 1990.
8. Medina-Mora ME, Padilla GP, Mas CC. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 1985;31:53-61.
9. Climent CE y de Arango MV. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1983.
10. Kortmann F, ten Horn S. Comprehension and motivation in responses to a psychiatric screening instrument. Validity of the SRQ in Ethiopia. *B J Psychiatry.* 1988;153:95-101.
11. Nimgaonkar SL, Sundaram KR, Wig NN. Reliability the SRQ-20. *B J Psychiatry.* 1986;149:246.
12. Spencer J. The use of SRQ-20 in primary care. *World Psychiatry.* 1993;1:18-20.
13. Beiser M, Waxler-Morrison N, Iacono WG, Lin T-Y. A measure of the "sick" label in psychiatric disorder and physical illness. *Soc Sci Med.* 1987;25:251-261.
14. Carta MG, Carpiniello B, Cicone V, et al. Standardization of a psychiatric screening test for use by general practitioners in Sardinia. *Acta Psychiatr Scand.* 1993;87:342-344.
15. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985;15:651-659.
16. Vicente B, Uribe M, Saldívar S, et al: Evaluación comparativa de la validez del SRQ como instrumento de screening en el nivel primario de atención. *Rev Psiquiatría IX.* 1992;1003-1008.
17. Colaneta JR. Prevalencia de *Enfermedades Psiquiátricas en una Comunidad Rural.* Tesis para optar el Título de Médico-Cirujano. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.
18. Mezzich JE. An empirical prototypical approach to the definition of psychiatric illness. *B J Psychiatry.* 1989;154:42-46.
19. Penayo U, Kullgren G, Caldera JT. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;82:82-85.
20. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Bol Of Sanit Panam.* 1992;113:137-149.
21. Allport GW. *The Person in Psychology.* Boston, Mass.: Beacon Press; 1968.
22. Strauss JS. The Person-Key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry III. *B J Psychiatry.* 1992;161(suppl 18):19-26.
23. Piccinelli M, Bisoffi G, Bon MG, et al. Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice: a comparison between three scoring methods. *Compr Psychiatry.* 1993;34:198-205.
24. Mezzich JE, Caldera JT, Berganza CE. Psychiatric diagnosis in primary care and the personal health scale. In: Beigel A, Lopez-Ibor JJ, Costa e Silva JA, eds. *Past, Present, and Future of Psychiatry.* Singapore World Scientific Publishing; 1994.
25. Gureje O, Obikoya B. The GHQ-12 as a screening tool in primary care setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25:276-280.
26. Politi PL, Piccinelli M, Wilkinson G. Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;90:432-437.