

Replicabilidad de la escala global de evaluación psiquiátrica en el medio colombiano

Luis F. Gaviria, M.D.¹
 Wilfredo Arévalo, M.D.¹
 Agatha León, Psicóloga²

RESUMEN

Los diferentes instrumentos o escalas de evaluación utilizados en psiquiatría miden síntomas como depresión, angustia o desajuste social, pero no permiten una evaluación total del funcionamiento del paciente. La Escala Global de Endicott (Global Assessment Scale) es un instrumento adecuado y valedero para medir la gravedad general del enfermo ya sea en un momento dado o bien a lo largo de un período

comprendido desde la aparición del trastorno psiquiátrico severo hasta la salud. La evaluación de 32 historias clínicas por parte de dos psiquiatras muestra un alto coeficiente de correlación (0.86) y permite asegurar la confiabilidad en su manejo y utilización. Es un instrumento útil para evaluar pacientes hospitalizados y ambulatorios, bien en hospitales especializados o en centro de atención primaria. Permite además predecir recaídas y desarrollar acciones preventivas.

Como en los últimos 25 años ha surgido un interés creciente por evaluar estados patológicos como la depresión, la angustia, la manía y la esquizofrenia, se han diseñado varios tipos de escalas o instrumentos evaluativos.

El término escala, en su sentido más amplio, hace referencia a un procedimiento o instrumento que puede suministrar uno o más índices cuantitativos de una determinada condición o estado patológico; en un sentido más particular, se puede referir a un juicio sobre la presencia o ausencia de un rasgo determinado. Las así llamadas "escalas de evaluación" consisten en instrumentos donde se requieren juicios que elabora alguien distinto del propio sujeto evaluado.

Hacia la década de 1920 se desarrollaron varias escalas de

evaluación y por la época de 1930 y 1950, la aparición de las terapias somáticas y farmacológicas, respectivamente, hizo necesario diseñar escalas apropiadas para medir y evaluar en forma adecuada la eficacia de los nuevos tratamientos. En épocas más recientes se diseñaron algunas escalas destinadas a la medición de la psicopatología y el funcionamiento social, así como otras que permiten comparar diversos parámetros. Hacia 1980 había ya cerca de 45 escalas distintas para evaluar el tratamiento psiquiátrico, con base en apreciar y medir variables tales como síntomas depresivos, ajuste social, psicopatología observable, funciones del yo o bien salud mental global.

Entre todas las escalas e instrumentos valdría la pena mencionar y a manera de ejemplos, el Cuestionario de 16 Factores de Personalidad de Catell, para analizar el efecto de la terapia en la personalidad¹; el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota² desarrollado por Hathaway & McKinley para evaluar síntomas, actitudes y rasgos de personalidad; la Escala de Ajuste Social (SAS) que idearon

1. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
 2. Investigadora Asociada, Organización Mundial de la Salud.

Weissman *et al*³; y las Escalas de Ansiedad⁴ y Depresión⁵ de Hamilton que se publicaron en 1959 y 1960, respectivamente.

Todas las escalas poseen un alcance específico y determinado de antemano; unas están diseñadas para evaluar los rasgos de personalidad, otras el ajuste social, la psicopatología observable o bien el grado de depresión o ansiedad. Según sus características particulares miden síntomas o síndromes, pero no facilitan realizar una medición global del funcionamiento del enfermo. Además, la forma de aplicación de una escala o instrumento varía según sea el propio paciente quien responda o un profesional que observe al enfermo o bien que los datos los suministre un informante idóneo distinto al individuo evaluado.

Se eligió la Escala Global de Evaluación (Global Assessment Scale, GAS) publicada en 1976 por Endicott *et al*⁶ porque permite medir la gravedad general del trastorno en un paciente, ya sea en un momento dado o a lo largo de un período específico y enmarcarlo dentro de un "continuum" comprendido desde el trastorno psiquiátrico severo hasta la salud.

Además de estas características, la escala posee un valor predictivo que permite, dentro de cierto margen de precisión, pronosticar el curso y la evolución de un paciente, así como la probabilidad de readmisión hospitalaria. Esta escala no se limita a medir o a evaluar la angustia, la depresión o los estados delirantes o psicóticos como hechos aislados, sino que los enmarca dentro de un contexto global.

La escala, conocida con sus abreviaturas en inglés como GAS, se desarrolló con base en la Health Sickness Rating Scale (HSRS) elaborada en 1962 por Luborsky⁷. La HSRS consiste en una escala de 100 puntos, mediante la cual se puede relacionar el funcionamiento de la personalidad, la severidad de los síntomas, la calidad de las relaciones interpersonales y la predicción de mejoría en psicoterapia, así como el resultado del tratamiento que recibe el paciente.

Endicott *et al*⁶ encontraron que si bien la HSRS era muy útil para evaluar la respuesta al tratamiento, su aplicación en la práctica ofrecía muchos problemas. Por tanto, modificaron de tal manera la HSRS que a la postre el resultado fue un nuevo instrumento más ágil y de más fácil aplicación en el campo clínico, tanto por médicos y entrevistadores entrenados, como por parte del personal auxiliar. Se puede utilizar además en trabajos clínicos de campo y como el entrenamiento para su uso no requiere mayor tiempo, es posible emplearla bien en entrevistas

directas con el paciente, o a través de la lectura de una historia clínica o en entrevista con familiares del enfermo.

En los últimos años se ha utilizado por distintos autores para propósitos diversos. En efecto, Zheng *et al*⁸ la destinaron a la validez de la versión china de la Escala de Depresión de Hamilton. Westermeyer & Neider⁹ la usaron para medir el funcionamiento social de un grupo de drogadictos y encontraron que la escala permitía evaluar muy bien los contactos sociales de ellos. A mayor contacto social, el funcionamiento del paciente es mejor.

Hegerl *et al*¹⁰ realizaron un estudio con 36 esquizofrénicos ambulatorios donde se emplearon potenciales evocados como posibles predictores de la evolución de la enfermedad. Se encontró que los enfermos afectados en forma más severa, con un puntaje GAS menor de 65, presentaban fases de latencia más cortas que aquellos con un puntaje mayor o igual a 65. El período corto de latencia mediante el uso de potenciales evocados estaría relacionado hipotéticamente con un mal pronóstico¹⁰.

Harding *et al*¹¹ eligieron la GAS como el instrumento más adecuado para medir el desempeño social y psicológico general en un estudio a lo largo de 32 años de 269 pacientes con enfermedad mental severa; usaron además la Escala de Niveles de Funcionamiento de Strauss & Carpenter¹², y encontraron una correlación alta ($r=0.88$) entre los puntajes de esta escala y los datos de la GAS⁶.

Además, hay una versión para niños de la GAS (Children's Global Assessment Scale, CGAS), utilizada por Bird *et al*¹³ en un estudio piloto que se hizo en Puerto Rico para evaluar la severidad de los desórdenes psiquiátricos infantiles; los autores señalaron la propiedad discriminatoria de la escala y el valor que posee para complementar otros métodos diagnósticos⁷.

DESCRIPCIÓN DE LA GAS (Apéndice)

La escala consiste en un conjunto de 10 niveles de funcionamiento definidos por una serie de criterios indicadores, que van desde la ausencia de síntomas, con un óptimo de funcionamiento, hasta perturbaciones tales que obligan a la supervisión constante de la persona. A cada uno de los 10 niveles corresponde un puntaje de 10, de tal suerte que una calificación 1 representaría al individuo más enfermo, mientras que 100 señala al sujeto hipotéticamente más sano. Los intervalos se establecen de 1 a 10, de 11 a 20 y así en forma sucesiva. Los dos puntajes más altos, 81 a 90 y 91 a 100 "son para aquellas pocas y afortunadas personas que no sólo no tienen psicopatología significativa, sino que también presentan muchos gastos perte-

necientes a la categoría de "salud mental positiva", a saber, funcionamiento óptimo, un amplio campo de intereses, eficacia social, cordialidad e integridad", según señalan Endicott *et al*⁶. El intervalo de 71 a 80 corresponde a aquellas personas con un mínimo o nada de psicopatología, pero que carecen de los atributos de "salud mental positiva". Entre 1 y 70 estaría la gran mayoría de individuos en tratamiento; a un gran número de pacientes ambulatorios les correspondería un puntaje de 31 a 70 y la mayoría de los enfermos hospitalizados estaría en el rango de 1 a 40.

Al evaluar un enfermo se debe seleccionar el intervalo menor o grupo de síntomas que describa en la forma más adecuada el funcionamiento o desempeño durante la semana inmediatamente anterior a la evaluación. Si un sujeto requiere supervisión constante para evitar que se hiera, o si surge un estado de agitación maníaca, se debe clasificar en el intervalo 11 a 20; dadas sus características se determinará si está más cerca del intervalo inmediatamente superior o inferior para decidir el punto del intervalo respectivo para clasificarlo: si se encuentra más cerca del intervalo inferior (1 a 10) se dará un puntaje de 11, 12 ó 14; si está más próximo al superior (21 a 30) se calificará con 17, 18 ó 19.

Al clasificar un enfermo se debe tener en cuenta su funcionamiento y los síntomas presentes *durante la semana anterior*, haciendo caso omiso del pronóstico, la naturaleza del trastorno o el posible diagnóstico previo. Tampoco debe afectar la clasificación el hecho de recibir o no tratamiento.

Una notoria ventaja de la GAS, que se suma a la facilidad de su aplicación, es que la fuente de información puede ser la historia clínica, la entrevista o los datos suministrados por un informante idóneo y confiable.

Puesto que la escala comprende un amplio rango de variaciones en la severidad, se puede utilizar tanto en sujetos ambulatorios de la comunidad, como en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Las cualidades psicométricas de la escala, en términos de confiabilidad y validez coincidente las determinaron Endicott *et al*⁶ mediante varios estudios, uno de los cuales consistió en aplicar la escala a 120 historias clínicas de pacientes hospitalizados por parte de 5 investigadores; el coeficiente de correlación fue de 0.69, con un error estándar de 5.0. En otro estudio⁶ dos investigadores examinaron conjuntamente a cada uno de 41 enfermos admitidos recientemente al hospital; uno de los entrevistadores realizó una entrevista y el otro entrevistador

preguntaba de manera ocasional para aclarar algún aspecto pertinente. Al terminar la entrevista, cada uno de ellos efectuó una clasificación independiente; el coeficiente de correlación entre los dos puntajes fue 0.75.

OBJETIVOS

Como la escala es un instrumento de fácil empleo, de apreciable confiabilidad y que además permite predecir recaídas, se decidió aplicarla en la evaluación de pacientes psiquiátricos de Cali, utilizando para ello historias clínicas y comparar estos resultados con los de otros autores.

El objetivo inmediato era establecer la repetibilidad de la escala, con miras a usarla en el futuro para evaluar pacientes psiquiátricos hospitalizados o ambulatorios y en especial para quienes reciben atención primaria en psiquiatría.

METODOS

A. Traducción de la escala y su empleo. El primer paso consistió en traducir la escala y familiarizarse con su uso. Para tal efecto dos psiquiatras, mediante un estudio previo de la escala realizaron un ejercicio preliminar, aplicándola por separado a un grupo de diez historias clínicas para conocer adecuadamente los intervalos de síntomas. Asignaron a cada historia un puntaje que se discutía en cada paso para lograr un consenso respecto al estado del enfermo.

B. Pruebas de confiabilidad. Se realizó una primera prueba de confiabilidad al dar a conocer la escala a otro psiquiatra e ilustrarlo sobre su modo de empleo. Luego se le solicitó que aplicara el instrumento al mismo grupo de 10 historias que ya habían sido evaluadas por uno de los psiquiatras participantes en el ejercicio preliminar.

En la segunda prueba de confiabilidad los dos psiquiatras anteriores revisaron también por separado 32 historias clínicas, y asignaron un puntaje a cada una de ellas.

El grupo de 32 historias clínicas pertenece al conjunto utilizado localmente para la revisión del Proyecto de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud¹⁴. Se trata de historias elaboradas con uniformidad de criterio por miembros del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Los puntajes correspondientes a las dos pruebas de confiabilidad se entregaron a un colaborador independiente para efectuar un análisis estadístico mediante la obtención del

coeficiente de correlación de interclases (CCI)¹⁵.

DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS

Los puntajes dados por la pareja de evaluadores que aplicó la escala al grupo de 10 historias clínicas, mostraron un CCI muy alto de 0.94. El CCI en el caso del grupo de 32 historias fue de 0.86. En la medida en que el coeficiente se aproxime más a 1 el grado de confiabilidad es más alto y cualquier cifra de 0.7 ó superior se puede considerar como muy buena o excelente.

Cuadro 1
Casos Clínicos ICD -10. Puntaje GAS

Caso N°	Evaluador 1	Evaluador 2
1	31	42
2	25	25
3	43	45
4	24	10
5	36	42
6	25	25
7	19	12
8	24	18
9	41	35
10	22	25
11	20	20
12	33	35
13	23	12
14	28	28
15	35	25
16	21	22
17	31	28
18	48	51
19	46	45
20	41	38
21	28	30
22	44	42
23	12	12
24	42	38
25	39	28
26	43	42
27	40	38
28	23	25
29	38	42
30	43	38
31	44	35
32	41	42

Coeficiente de correlación 0.856.

ANALISIS, DISCUSION Y COMENTARIOS

En uno de los estudios realizados por Endicott *et al*⁶, la aplicación de la escala a 120 historias clínicas de pacientes hospitalizados, dio un CCI de 0.69, inferior al obtenido en Cali para el análisis de las 32 historias clínicas que fue de 0.86, pero este valor es igual al de Endicott *et al*⁶ en uno de los estudios de confiabilidad sobre 34 "casos-ejemplo" del HSR.

Las diferencias en los valores del CCI observados en las

dos pruebas que se hicieron en Cali, pueden estar relacionadas con el tamaño de la muestra, pero en ambos casos el coeficiente es bastante alto y comparable con los obtenidos en otros estudios.

La aplicación de la escala es sencilla y la podría llevar a cabo personal no necesariamente médico, mediante un adiestramiento adecuado que no requiere largo tiempo para familiarizarse con su uso y aplicabilidad. Permite además evaluar a un paciente dentro de un "continuum de enfermedad-salud o recuperación" sin tener en cuenta solamente síntomas aislados como angustia, depresión o delirios, sino más bien como enmarcados dentro de su contexto social y de sus capacidades. Igualmente se podría utilizar como guía o criterio para la hospitalización de una persona porque permite unificar diversos elementos de juicio, así como para predecir, con un margen apreciable de certeza, el curso de la enfermedad y las recaídas en el momento del egreso del paciente.

CONVENIENCIA DE EMPLEO EN EL MEDIO COLOMBIANO

Una de las ventajas de la GAS es la facilidad de su utilización. La pueden aplicar los profesionales en salud, con el requisito previo de conocer su manejo y sus características. Es posible usarla en pacientes hospitalizados y ambulatorios, y también en quienes consultan los centros de salud de atención primaria. Como la escala permite evaluar la gravedad general de un trastorno y la posibilidad de recaída con un apreciable margen de certeza, facilita ciertas acciones preventivas en el manejo de los pacientes. Además, la pueden emplear el personal médico y paramédico en la consulta general y de esta manera efectuar remisiones más correctas a los centros especializados en atención psiquiátrica. Con excepción de la GAS las otras escalas miden síntomas o síndromes pero no facilitan una medida global del funcionamiento del enfermo. Sin embargo, es necesario destacar que los altos niveles de repetibilidad observados se obtuvieron en pacientes psiquiátricos, con puntajes entre 20 y 50 en la escala GAS. Aunque se puede pensar que su comportamiento sea igual si se aplica a personas menos enfermas (puntajes entre 50 y 100), no hubo la oportunidad de hacerlo en esas condiciones.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen muy sinceramente al doctor Carlos A. León, Profesor Emérito, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, sus sugerencias, estímulos y ayuda constantes durante la realización del presente trabajo.

Apéndice

Global Assessment Scale (GAS)
(Escala Global de Evaluación, EGE)

Robert L. Spitzer, MD, Miriam Gibbon, MSW, Jean Endicott, Ph.D.

Clasifique el nivel de funcionamiento más bajo del paciente en la última semana, seleccionando el rango más bajo que describa su funcionamiento, basado en un continuum hipotético de salud mental-enfermedad. Por ejemplo, una persona cuyo comportamiento está influido considerablemente por delirios (rango 21-30) se le debe clasificar en ese rango aunque tenga "impedimentos mayores en muchas áreas" (rango 31-40). Utilice los niveles intermedios cuando sea apropiado (p.e., 35, 58, 63). Clasifique el funcionamiento real independiente de si el sujeto recibe o no medicación y si requiere ayuda u otro tipo de tratamiento.

- 100 Sin síntomas; funcionamiento superior en una amplia escala de actividades; los problemas de la vida "nunca se le salen de las manos", es buscado por otros por su cordialidad e integridad.
- 91
- 90 Puede presentar síntomas pasajeros, pero tiene buen funcionamiento en todas las áreas; interesado y comprometido en una amplia escala de actividades. Socialmente efectivo y casi siempre satisfecho con la vida. Las preocupaciones "usuales" sólo se le salen de las manos ocasionalmente.
- 81
- 80 Puede presentar síntomas mínimos con un pequeñísimo impedimento funcional. Hay preocupaciones de grado variable; algunas veces los problemas se le salen de las manos.
- 71
- 70 Algunos síntomas benignos (p.e. talante depresivo e insomnio leve) o ciertas dificultades en varias áreas del funcionamiento, pero en general el desempeño es bueno; mantiene algunas relaciones interpersonales significativas y la mayoría de la gente sin entrenamiento no lo considera "enfermo".
- 61
- 60 Síntomas moderados, o bien se desempeña con ciertas dificultades (p.e., pocos amigos y estado de ánimo abatido, humor depresivo y dudas enfermizas sobre sí

- 51 mismo; humor eufórico y "presión" al hablar; conducta antisocial moderadamente severa).
- 50 Cualquier sintomatología seria o menoscabo en el funcionamiento considerado por la mayoría de los clínicos como digno de tratamiento o atención (preocupaciones o gestos suicidas, rituales obsesivos severos, ataques frecuentes de ansiedad, severo comportamiento antisocial, ingestión compulsiva de alcohol).
- 41
- 40 Notable menoscabo en algunas áreas tales como el trabajo, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p.e., una mujer deprimida, que evita las amistades, descuida y desatiende a la familia y es incapaz de realizar las labores domésticas) o algún menoscabo en el juicio de realidad o en la comunicación (el lenguaje es confuso, ilógico o incoherente) o ha ocurrido un intento grave de suicidio.
- 31
- 30 Incapaz de funcionar en casi todas las áreas (p.e., permanece en la cama todo el día) o la conducta está considerablemente afectada por delirios o alucinaciones, o bien hay un serio menoscabo en la comunicación (incoherencia o indiferencia) o en el juicio (conducta francamente inapropiada).
- 21
- 20 Necesita algún grado de supervisión para evitar que se haga daño o hiera a otros, o para mantener un mínimo de higiene personal (p.e., intentos repetidos de suicidio, frecuentemente es violento, presenta agitación maníaca o manosea sus excrementos) o menoscabo severo en la comunicación (acentuada incoherencia o mutismo).
- 11
- 10 Requiere supervisión constante durante varios días para impedir que se lesione o hiera a otros, o no realiza esfuerzo alguno para mantener un mínimo de higiene personal.
- 1

REFERENCIAS

1. Catell, RB. Evaluating therapy as total personality change: theory and available instruments. *Am J Psychother*, 1966, 20: 69-88.
2. Dahlstrom, WG & Welsh, GS. *An NMPI handbook: a guide for use in clinical practice and research*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1960.
3. Weissman, MM, Paykel, ES, Siegel, R & Klerman, GL. The social role performance of depressed women: comparisons with a normal group. *Am J Orthopsychiatry*, 1971, 41: 390-405.
4. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959, 32: 50-55.
5. Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23: 56-62.
6. Endicott, J, Spitzer, RL, Fleiss, JL & Cohen, J. The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1976, 33: 766-771.
7. Luborsky, L. Clinicians' judgements of mental health. *Arch Gen Psychiatry*, 1962, 7: 407-417.
8. Zheng, YP, Zhao, JP, Phillips, M, Liu, JB, Cai, MF, Sun, SQ, Huang, MF. Validity and reliability of the Chinese Hamilton pathology among substance abusers. *Am J Psychiatry*, 1988, 145: 1265-1269.
10. Hegerl, U, Gaebel, W, Gutzman, H & Uldrich, S. Auditory evoked potentials as possible predictor of outcome in schizophrenic outpatients. *Int J Psychophysiology*, 1988, 6: 207-214.
11. Harding, C, Brook, GW, Ashikaga, T, Strauss, JS & Breier, A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness I. Methodology study sample, and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry*, 1987, 144: 718-726.
12. Strauss, JS & Carpenter, WT Jr. Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five years outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*, 1977, 34: 159-163.
13. Bird, HR, Canino, G, Rubio-Stipec, M & Ribera, JC. Further measures of the psychometric properties of the children's global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1987, 33: 821-824.
14. CIE -10. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. Capítulo V (F). Trastornos Mentales del Comportamiento y del Desarrollo, borrador, 1986 para estudios de campo.
15. Bartko, JJ, Strauss, JS & Carpenter, WT. Selecting techniques for evaluating the reliability of psychiatric data, en: J Bartko y W. Gulbinat, eds. *Multivariate statistical methodologies used in the International Pilot Study of Schizophrenia*. National Institutes of Mental Health, Bethesda, 1980.