

L. Ezpeleta
R. Granero
N. de la Osa

Evaluación del deterioro en
niños y adolescentes a través
de la Children's Global
Assessment Scale (CGAS)

Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.
Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona).

*Assessment of impairment in
children and adolescents with
the Children's Global
Assessment Scale (CGAS)*

Correspondencia:
L. Ezpeleta
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social
Universitat Autònoma de Barcelona
Edifici B
08193 Bellaterra (Barcelona)

RESUMEN

El objetivo del trabajo ha consistido en estudiar las propiedades psicométricas en muestras españolas de la escala Children's Global Assessment Scale (CGAS), que valora el grado de deterioro funcional que presenta el niño. Tras evaluar 337 niños y adolescentes que acudían a centros pediátricos o psiquiátricos con una entrevista diagnóstica estructurada, se adjudicaba la puntuación de deterioro. La escala CGAS es un instrumento fiable, en el tiempo y entre evaluadores, y válido, ya que diferencia a grupos de sujetos con y sin psicopatología y a sujetos con diferente número de trastornos. Se recomienda la inclusión de medidas independientes de deterioro funcional en la evaluación psicodiagnóstica, en general, y en la

investigación clínica y epidemiológica, en particular.

PALABRAS CLAVE

Deterioro. Evaluación. Gravedad.

ABSTRACT

The objective was to determine the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale (CGAS), a measure of functional impairment, in Spanish samples. After evaluating 337 pediatric and psychiatric children with a structured diagnostic interview, a score of impairment was assigned. The CGAS is a reliable instrument, in time and interrater, and valid, because it differentiates between subjects with and without psychopathology and between subjects with a different number of disorders. The inclusion of independent measures of impairment in psychodiagnostic assessment, in general, and in clinical and epidemiological research, in particular, is recommended.

Nota de la Redacción:

Este trabajo se ha llevado a cabo gracias a la ayuda DGICYT PM95-126 del Ministerio de Educación y Cultura (España).

KEY WORDS

Impairment. Assessment. Severity of disorders.

INTRODUCCIÓN

Muchas de las conductas que estudiamos en el campo de la psicopatología de la infancia y la adolescencia, podrían ser descritas como conductas normales que se desvían del curso normal del desarrollo por diferentes razones (intensidad, frecuencia, duración, etc.), provocando un "fracaso adaptativo" (1, 2). Así, cuando evaluamos la psicopatología, encontramos que muchas "conductas anormales" son muy prevalentes en la población (por ejemplo, los tics, la tristeza, sentirse ansioso, etc.). Uno de los papeles fundamentales de los clínicos consiste en establecer si estas conductas son "problemas reales" que deben ser derivados a centros especiales para que reciban tratamiento. Para ello, se considera, entre otras cosas, la existencia de cierto grado de deterioro o incapacidad, es decir, se tienen en cuenta las consecuencias que la conducta anormal produce en el individuo. La International

Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (3) distingue tres grados de afectación: *Deterioro (Impairment)*, "cualquier pérdida o anomalía (disminución) de una estructura anatómica o función psicológica"; *Incapacidad (Disability)*, "cualquier restricción o impedimento (resultante del deterioro) para ejecutar una actividad en la manera o dentro del rango que se consideraría normal para el ser humano", y el *Handicap*, "cualquier desventaja para el individuo resultante del deterioro o de la incapacidad, que limita u obstaculiza la realización o rol que es normal para el individuo". En la figura 1 se ilustra esquemáticamente, y a modo de ejemplo, las relaciones que existen entre estos tres grados de afectación, referidas al problema concreto de no comer.

Evaluar el grado en el que un individuo se ve afectado por un problema de conducta es importante para detectar, adecuadamente, a aquellos individuos que necesitan ayuda. Se estima que entre un 11 y un 20% de los niños y adolescentes necesitan algún servicio de salud mental, que la mitad de ellos reciben tratamiento y que, cuando lo reciben, en algunos casos no es el más adecuado (4, 5). Bird et al (6) señalan que considerar el grado de deterioro es

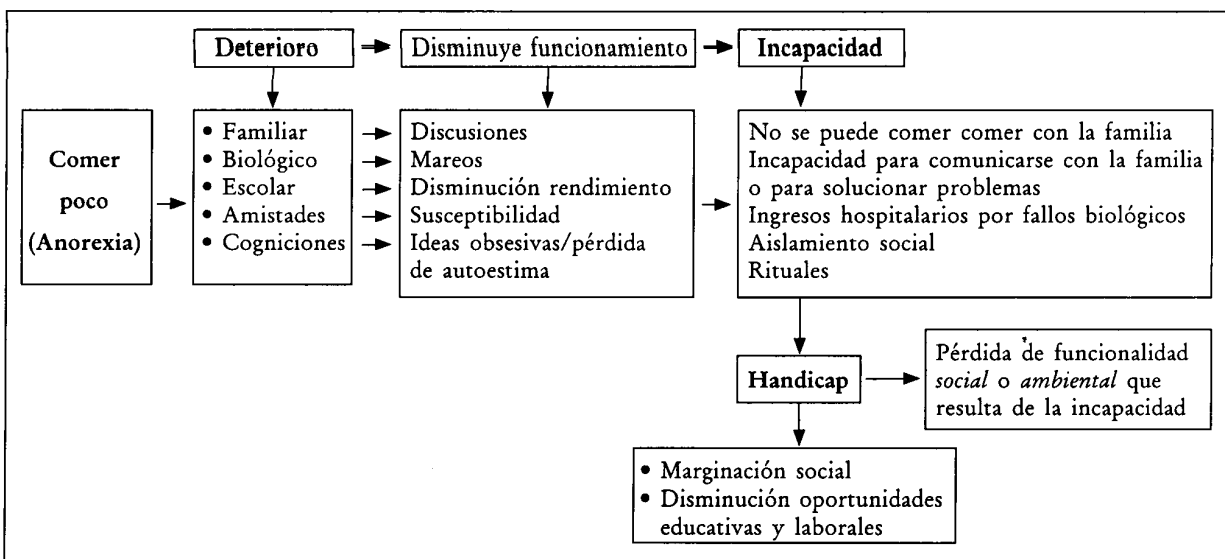


Figura 1.

20 importante tanto en el campo de la clasificación de la psicopatología, para diferenciar entre conductas anormales y normales, como en los estudios comunitarios, donde los síntomas aparecen poco marcados, para identificar casos y no casos.

Recientemente, la última versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV⁽⁷⁾ ha introducido en la definición de muchos trastornos, aunque no en todos, la existencia de "malestar o deterioro significativo en áreas importantes de la actividad del individuo". Esto implica que se debería incluir alguna medida estandarizada de deterioro cuando evaluamos la psicopatología.

La revisión de la literatura sobre niños y adultos demuestra que los instrumentos de medida del deterioro son escasos⁽⁸⁾. En la infancia, tan sólo se han desarrollado tres instrumentos estandarizados para evaluar el grado de deterioro que ocasiona la psicopatología en el niño. La Children's Global Assessment Scale (CGAS)⁽⁹⁾, derivada de la Global Assessment Scale de adultos de Endicott et al⁽¹⁰⁾, se creó como una medida unidimensional para sintetizar en una sola puntuación el nivel de funcionamiento más bajo de niños y adolescentes de cuatro a 16 años. Se puede considerar que es una adaptación para niños y adolescentes del eje V de los sistemas de clasificación DSM. Un planteamiento opuesto es el de la Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)^(11, 12), que se ha concebido como un instrumento multidimensional que evalúa el nivel de funcionamiento en cinco áreas: ejecución de roles, cognición, conducta hacia los otros, humor y emociones y uso de sustancias. Estos dos instrumentos deben ser completados por clínicos o personal previamente entrenado en el uso, después de una extensa evaluación del caso (o del historial del caso). Finalmente, considerando la necesidad de desarrollar medidas de deterioro que no requirieran juicio clínico, Bird et al⁽⁶⁾ desarrollaron la Columbia Impairment Scale (CIS) que evalúa el deterioro a través de las respuestas de los niños y/o de sus padres a 13 ítems sobre relaciones interpersonales, psicopatología, problemas en el colegio y en casa, y uso del tiempo libre.

De las tres medidas anteriores, la que más se ha utilizado y cuenta con más información es la es-

cala CGAS. Dado que no disponemos de instrumentos adaptados a la población española para evaluar el deterioro, y considerando la sencillez y comodidad de uso de esta escala, optamos por su utilización. Así, el objetivo de este trabajo consiste en informar de las propiedades psicométricas de este instrumento en muestras españolas.

MÉTODO

Sujetos

La muestra utilizada estaba compuesta por 337 niños de siete a 17 años. En el grupo de casos había 208 (62%) sujetos psiquiátricos, con una edad media de 12,81 años (DE = 3,08) procedentes de tres centros de asistencia psiquiátrica primaria para niños y adolescentes. El 44% (n = 91) pertenecían al sexo masculino y el 56% (n = 117) al femenino. Siguiendo el Índice de Posición social de Hollingshead⁽¹³⁾, el 91% pertenecían a niveles bajos y medios bajos, y el 9% a las clases alta y media-alta.

El grupo control estaba compuesto por 129 (38%) niños pediátricos, con una edad media de 11,6 años (DE = 3,06). El 38% (n = 49) eran del sexo masculino y el 62% (n = 80) del femenino. El 87% pertenecía a niveles socioeconómicos bajos y medio-bajos y el 13% a niveles altos y medio-altos.

Medidas

El estado diagnóstico de los niños se estableció a través de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R)⁽¹⁴⁾ en sus tres versiones: para niños (6-12 años), adolescentes (13-17 años) y padres. La DICA-R es una entrevista diagnóstica estructurada, que cubre las categorías diagnósticas más frecuentes en niños y adolescentes. Este protocolo se ha adaptado y validado para la población española y se han obtenido satisfactorias propiedades psicométricas⁽¹⁵⁻²⁰⁾.

Para la evaluación del deterioro se utilizó la CGAS, citada anteriormente. La escala se puntúa en un rango de 1 (máximo deterioro) a 100 (fun-

cionamiento normal). Puntuaciones superiores a 70 indican una adaptación normal⁽⁹⁾. La CGAS ha obtenido en diversos estudios buena fiabilidad entre entrevistadores (ICC entre ,62 y ,93)^(9, 21-24) y test-retest (ICC = .85)^(9, 21, 22), correlaciones significativas con otras medidas^(9, 21, 22, 24) y diferencia entre sujetos de grupos distintos^(9, 21-23, 26, 27).

Procedimiento

Tras obtener el consentimiento informado escrito de los padres y el asentimiento verbal del niño para participar en el estudio, investigadores diferentes, previamente entrenados en el uso de la entrevista DICA-R y del CGAS, entrevistaron simultáneamente a los niños y a sus padres. Una vez obtenida la información diagnóstica, asignaban la puntuación de deterioro (CGAS), valorando el grado de adaptación funcional durante el último mes.

La fiabilidad test-retest y el acuerdo entre el nivel de gravedad, derivado de la información de los padres y del niño, se analizó con coeficientes de correlación intraclase. Hubo una media de 11 días entre el test y el retest. La comparación del CGAS en diferentes modelos psicopatológicos se hizo a través de modelos de regresión lineal múltiple, ajustados por sexo y edad. Para este análisis se crearon distintos grupos de trastornos. Los grupos "puros" indican que los sujetos sólo sufrían un tipo de trastorno de los valorados en la entrevista, mientras que los "comórbidos" podían sufrir más de un trastorno de cualquier categoría nosológica. De forma similar, los grupos "sanos" integran niños que no padecían ninguno de los trastornos valorados en la DICA-R.

Para establecer el punto de corte óptimo se realizó un análisis de curvas ROC, usando dos criterios para clasificar: el grupo de procedencia (psiquiátrico o pediátrico) y la presencia o ausencia de psicopatología en la entrevista diagnóstica.

RESULTADOS

Las correlaciones intraclase para estudiar la fiabilidad test-retest fueron superiores a ,40 para los

Tabla 1 Fiabilidad Test-retest y entre Entrevistadores para la CGAS (Coeficientes de correlación intraclase)

	N	CCI	P	IC95% CCI
<i>Test-retest</i>				
Niños	43	0,44	0,0012	0,17 a 0,65
Adolescentes	45	0,53	0,0001	0,29 a 0,71
Padres	167	0,65	< 0,00005	0,55 a 0,73
<i>Entre entrevistadores</i>				
Niños	15	0,81	0,0001	0,52 a 0,93
Adolescentes	8	0,68	0,0072	0,02 a 0,93
Padres	19	0,92	< 0,00005	0,80 a 0,97

tres grupos de informantes (niños, adolescentes y padres), lo que indica una buena estabilidad temporal de la medida (tabla 1). Los que proporcionaron la información más estable para establecer el deterioro fueron los padres, seguidos de los adolescentes y niños en este orden. En el caso de la fiabilidad entre entrevistadores, los valores obtenidos fueron excelentes (correlaciones intraclase próximas o superiores a ,70), reflejando consistencia en la forma en que los entrevistadores valoraron el nivel de gravedad de los síntomas evaluados (tabla 1). En este caso, también fueron los padres los que proporcionaron la información que los entrevistadores valoraron de forma más

Tabla 2 Acuerdo en la Evaluación CGAS Obtenida de la Información de los Niños y la de sus Padres (coeficientes de correlación intraclase)

	N	CCI	P	IC95% CCI
<i>Psiquiátricos</i>				
Niños	133	0,36	< 0,00005	0,19 a 0,50
Adolescentes	169	0,58	< 0,00005	0,47 a 0,67
<i>Pediátricos</i>				
Niños	61	0,59	< 0,00005	0,40 a 0,73
Adolescentes	19	0,38	< 0,0375	0,00 a 0,70

Tabla 3 Comparación del CGAS en Diferentes Modelos Psicopatológicos (Resultados ajustados por sexo y edad)

	Niños y adolescentes				Padres			
	N	B	p	IC 95% B	N	B	p	IC 95% B
Patológicos-Sanos	213-113	-15,857	< 0,00005	-12,71 a -19,00	181-87	-13,617	< 0,00005	-10,19 a -17,03
Internalizados puros-Sanos	59-113	-15,798	< 0,00005	-11,87 a -19,73	50-87	-11,455	< 0,00005	-6,44 a -16,47
Externalizados puros-Sanos	10-113	-24,089	< 0,00005	-0,49 a -16,08	27-87	-15,143	< 0,00005	-9,64 a -20,64
Estado de ánimo puros-Sanos	5-113	—	—	—	8-87	-13,849	0,0104	-3,33 a -24,37
Ansiedad puros-Sanos	27-113	-11,375	< 0,00005	-6,19 a -16,56	27-87	-9,244	0,0012	-3,75 a -14,74
C, Alimentaria puros-Sanos	7-113	-17,782	0,0003	-8,28 a -27,29	3-87	—	—	—
Eliminación puros-Sanos	30-113	-1,347	0,5910	-6,29 a 3,60	36-87	-4,322	0,0814	-9,19 a 0,55
Comórbidos								
TDAH-Sanos	14-113	-25,860	< 0,00005	-19,21 a -32,51	40-87	-22,823	< 0,00005	-18,14 a -27,51
Negativismo-Sanos	45-113	-27,161	< 0,00005	-22,83 a -31,49	34-87	-14,233	< 0,00005	-9,07 a -19,43
Tr. de conducta-Sanos	38-113	-26,803	< 0,00005	-22,13 a -31,48	14-87	-18,517	< 0,00005	-11,00 a -26,04
Depresión-Sanos	42-113	-28,703	< 0,00005	-24,09 a -33,31	22-87	-18,586	< 0,00005	-11,54 a -25,63
Distimia-Sanos	24-113	-28,653	< 0,00005	-23,02 a -34,28	21-87	-14,689	< 0,0001	-7,47 a -21,91
Ansiedad separación-Sanos	57-113	-16,062	< 0,00005	-11,94 a -20,19	26-87	-13,430	< 0,00005	-7,77 a -19,10
Evitación-Sanos	15-113	-21,433	< 0,00005	-14,39 a -28,47	12-87	-11,420	< 0,0081	-3,04 a -19,81
Ansiedad excesiva-Sanos	53-113	-24,189	< 0,00005	-19,97 a -28,41	27-87	-19,651	< 0,00005	-14,30 a -25,00
Fobias-Sanos	21-113	-26,209	< 0,00005	-20,47 a -31,95	22-87	-15,771	< 0,00005	-9,63 a -21,91
Tr. Obsesivo-compulsivo-Sanos	3-113	—	—	—	0-87	—	—	—
Tr. Estrés posttraumático-Sanos	11-113	-22,834	< 0,00005	-15,07 a -30,60	3-87	—	—	—
Anorexia-Sanos	16-113	-23,970	< 0,00005	-17,14 a -30,80	8-87	-14,842	< 0,0047	-4,68 a -25,01
Bulimia-Sanos	11-113	-29,616	< 0,00005	-21,76 a -37,47	4-87	—	—	—
Enuresis-Sanos	72-113	-12,580	< 0,00005	-8,52 a -16,64	58-87	-10,95	< 0,00005	-6,35 a -15,55
Encopresis-Sanos	17-113	-7,625	< 0,0243	-1,01 a -14,24	22-87	-15,475	< 0,00005	-9,21 a -21,74
Número de trastornos	337	-5,449	< 0,00005	-4,63 a -6,27	276	-5,91	< 0,00005	-4,65 a -7,17

consistente, seguidos por los niños y después los adolescentes.

El acuerdo entre la información proporcionada por los niños y la de sus padres osciló entre bueno y moderado, dependiendo de la edad y del grupo de procedencia de los sujetos (tabla 2). Los valores más bajos de las correlaciones intraclase se obtuvieron en el grupo de los niños psiquiátricos y en el de los adolescentes pediátricos.

La comparación del CGAS en diferentes modelos de psicopatología dio, en casi todos los casos, resultados significativos (tabla 3) que indican que la puntuación del deterioro en la escala CGAS es capaz de diferenciar a los niños sanos de los que padecen algún trastorno. Por ejemplo, los niños que padecen Bulimia difieren significativamente de los sa-

nos en promedio 29 puntos, es decir, que su funcionamiento está 29 puntos más afectado. Según la información de los niños y de los padres, pertenecer a los grupos con psicopatología predice un grado de deterioro mayor en comparación con el grupo de niños sanos. La única excepción, tanto utilizando la información suministrada por el niño como la de los padres, se encontró en los trastornos de la eliminación. En ambos casos, la puntuación del deterioro de los niños que sólo padecen trastornos del control de los esfínteres no difirió de la de los niños sanos. Es decir, que el nivel de funcionamiento en ambos grupos fue similar.

El número de trastornos también hizo diferir significativamente el grado de deterioro (tabla 3). Así por ejemplo, según el informe de los niños, por cada trastorno presente, la puntuación CGAS

Tabla 4 Curvas ROC. Determinación del Punto de Corte Óptimo y Área bajo la Curva

	<i>Clasificación</i> <i>Grupo de procedencia</i>	<i>Clasificación</i> <i>Presencia de psicopatología</i>
Niños (n = 146)	Punto de Corte = 71 Sensibilidad = 85,07 Especificidad = 66,23 Área = 0,7939	Punto de Corte = 71 Sensibilidad = 80,00 Especificidad = 59,76 Área = 0,7516
Adolescentes (n = 191)	Punto de Corte = 65 Sensibilidad = 83,33 Especificidad = 80,31 Área = 0,8943	Punto de Corte = 70 Sensibilidad = 73,21 Especificidad = 81,89 Área = 0,8407
Padres (n = 276)	Punto de Corte = 70 Sensibilidad = 83,10 Especificidad = 77,61 Área = 0,8735 Prevalencia _N = 79/146 = 54,1% Prevalencia _A = 129/191 = 67,5% Prevalencia _P = 204/276 = 73,9%	Punto de Corte = 68 Sensibilidad = 72,41 Especificidad = 76,84 Área = 0,7844 Prevalencia _N = 83/139 = 59,7% Prevalencia _A = 130/187 = 69,5% Prevalencia _P = 181/268 = 67,5%

disminuyó entre cinco y seis puntos (con una confianza del 95%), indicando mayor afectación en el funcionamiento. Sin embargo, al agrupar los trastornos en internalizados puros y externalizados puros no existieron diferencias significativas en cuanto al grado de afectación (niños: $B = 4.68$, $p = 0,278$, IC 95%: $-3,87$ a $13,23$; padres: $B = 0,01$, $p = 0,997$, IC 95%: $-6,98$ a $7,0$).

En la tabla 4 se recoge la información más relevante del análisis de curvas ROC. Cuando se utilizó como criterio la presencia de psicopatología en la DICA-R, el punto de corte óptimo de la escala CGAS se sitúa entre 68 y 71. Teniendo en cuenta el grupo de origen, los mejores valores de sensibilidad y especificidad se encuentran entre los puntos de corte 65 y 71. La tabla 5 sintetiza los valores

Tabla 5 Determinación de los Valores Predictivos (porcentajes) para Diferentes Valores de Probabilidad Previa de los Trastornos

	<i>Clasificación: Grupo de Procedencia</i>						<i>Clasificación: Presencia de Psicopatología</i>					
	Niños		Adolescentes		Padres		Niños		Adolescentes		Padres	
	PC = 71	PC = 65	PC = 70	PC = 71	PC = 70	PC = 68	PC = 71	PC = 70	PC = 68	PC = 71	PC = 70	PC = 68
	$s=85,07; e=66,23$		$s=83,33; e=80,31$		$s=83,10; e=77,61$		$s=80,00; e=59,76$		$s=73,21; e=81,89$		$s=72,41; e=76,84$	
	VPP	VPN	VPP	VPN	VPP	VPN	VPP	VPN	VPP	VPN	VPP	VPN
P = 0,50	71,58	81,60	80,89	82,81	78,78	82,12	66,53	74,92	80,17	75,35	75,77	73,58
P = 0,40	62,68	86,94	73,83	87,84	71,22	87,32	57,00	81,76	72,94	82,10	66,58	80,69
P = 0,30	51,91	91,19	64,46	91,83	61,40	91,46	46,01	87,46	63,40	87,70	57,26	86,66
P = 0,20	38,64	94,66	51,41	95,07	48,13	94,84	33,20	92,28	50,26	92,44	43,87	91,76
P = 0,10	21,87	97,56	31,98	97,75	29,20	97,64	18,09	96,41	30,99	96,49	25,78	96,16
P = 0,05	98,83	11,71	18,22	98,92	16,34	98,87	9,47	98,27	17,54	98,31	14,13	98,15
P = 0,02	4,89	99,54	7,95	99,58	7,04	99,56	3,90	99,32	7,62	99,34	6,00	99,27

PC: Punto de corte; P: Probabilidad previa; VPP: Valor predictivo para positivos; VPN: Valor predictivo para negativos.

- 24 predictivos para diferentes puntos de corte considerando el grupo de procedencia, la presencia de psicopatología y los valores de probabilidad previa (supuestos) de los trastornos psicológicos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que la valoración del grado de deterioro con la escala CGAS es fiable, en el tiempo y entre los usuarios, y válida, ya que diferencia a grupos de sujetos con y sin psicopatología y a sujetos con diferente número de trastornos. Estas características, junto a la sencillez de uso y la codificación numérica, la convierten en un instrumento idóneo para ser introducido en la evaluación psicopatológica. Puede ser de especial interés para incluirla en estudios epidemiológicos dentro de los algoritmos diagnósticos elaborados para las entrevistas estructuradas. Weissman, Werner y Fendrich⁽²³⁾ ya señalan que la inclusión de medidas de deterioro ayuda a ajustar los valores de prevalencia de los trastornos en muestras de la población general.

Diversos trabajos han mostrado que existen efectos de la edad sobre la estabilidad de las medidas^(18, 27, 28). Es probable que el análisis de las consecuencias que los problemas tienen en el funcionamiento cotidiano pueda verse afectado por la madurez cognitiva de los sujetos. Esto explicaría por qué, a medida que aumenta la edad, la puntuación CGAS se mantuvo más estable.

Para los entrevistadores, el grupo de edad en el que fue más difícil establecer el grado de deterioro funcional fue la adolescencia. Es precisamente en este grupo en el que podríamos encontrar la patología más complicada, en ocasiones difícil de diferenciar de lo que son las conductas normales propias del período adolescente (por ej. los sentimientos de disforia), y en otras que cursan con poco *insight* (por ej. la anorexia).

Investigaciones previas con diferentes instrumentos de medida han puesto de manifiesto que el acuerdo entre fuentes de información distintas (padres e hijos) tiende a ser bajo^{15,29,30}, hecho que se interpreta como el reflejo de la especificidad situacional en la que cada informante observa. En nues-

tro estudio, parece que el acuerdo sobre el grado de deterioro funcional a partir de la información que proporcionan los niños y sus padres, aunque es de nivel adecuado, varía en función del grupo de procedencia y de la edad, existiendo mayor concordancia entre los adolescentes psiquiátricos y sus padres, y entre los niños pediátricos y sus padres. Las características de cada período evolutivo podrían ayudar a entender estas discrepancias.

Coincidimos con los autores de la escala y con Steinhausen⁽²²⁾ en situar el punto de corte en funcionamiento que mejor discrimina a los sujetos con y sin trastornos o psiquiátricos y pediátricos en el valor ≤ 70 . Sin embargo, para Bird et al⁽³¹⁾ este valor sólo detectaría a los casos probables, mientras que a partir de puntuaciones ≤ 61 se identificaría a los casos definitivos.

Las diferencias en las puntuaciones del deterioro de los niños sanos frente a los patológicos (tanto puros como comórbidos) fueron muy marcadas. Teniendo en cuenta la estructura del instrumento, esto significa situar el grado de afectación con una diferencia de entre dos y tres categorías. Es interesante comprobar que los niños que sólo padecen trastornos de la eliminación no presentan un funcionamiento diferente al de los niños sanos. Este hallazgo, si se confirmara en muestras más numerosas, podría tener consecuencias en la organización de los sistemas de clasificación y confirmaría la opinión de algunos autores que indican que la enuresis no debería contemplarse como un trastorno psicológico⁽³²⁾.

Según muestra el análisis de regresión múltiple, los niños que padecen sólo trastornos internalizados o sólo trastornos externalizados pueden estar igualmente de afectados en su funcionamiento. No ha sido posible hacer comparaciones entre categorías específicas por el pequeño tamaño de las muestras, pero otros estudios han hallado diferencias. Por ejemplo, se ha observado que los niños con fobia social o ansiedad y depresión estaban más afectados que los que padecían ansiedad excesiva⁽³³⁾; los que sufrían depresión y trastorno de conducta presentaban mayor deterioro que los que tenían ansiedad⁽³⁴⁾; y los que tienen trastornos afectivos y trastorno por déficit de atención con hiperactividad estaban más afectados que los que

sufrían negativismo, ansiedad de separación y trastorno adaptativo⁽³¹⁾.

Son diversos los autores que justifican la utilización de medidas de deterioro en el proceso de evaluación diagnóstica^(22, 35, 36). También somos partidarios de incluir este tipo de medidas y añadiríamos que, puesto que el deterioro se define como la disminución de una función ocasionada por un trastorno psicológico, consideramos que la evaluación de los síntomas no debería estar incluida en la medida de deterioro, sino que debería ser una medida independiente. En este sen-

tido, la CGAS sería el único instrumento para niños que cumpliría este requisito, ya que tanto la CAFAS como la CIS incluyen algunos apartados de sintomatología. El hecho de que los resultados del CGAS sean similarmente buenos en diferentes comunidades^(9, 21), incluyendo la nuestra, sugiere que puede ser aplicada transculturalmente, con las consecuentes ventajas de cara a una inclusión en los sistemas de clasificación o la posibilidad de comparación de las medidas de frecuencia resultantes en estudios epidemiológicos.

25

BIBLIOGRAFÍA

1. Mash EJ, Dozois DJ. Child psychopathology. A developmental systems perspective. En: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child psychopathology*. New York: Guilford; 1996. p. 3-60.
2. Rutter M, Shaffer D. DSM-III, a step forward or back in terms of the classification of the child psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980;19:371-94.
3. WHO. The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps [On line]. Available: <http://www.who.ch/whosis/icidh.htm>; 1998.
4. Costello EJ. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:836-41.
5. Costello EJ, Burns BJ, Angold A, Leaf PJ. How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:1106-16.
6. Bird HR, Shaffer D, Fisher P, Gould M, Staghezza B, Chen JY, Hoven C. The Columbia Impairment Scales (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *Int J Methods Psychiatry Res* 1993;3:167-76.
7. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Washington, DC: Author; 1994.
8. Goldman HH, Skodol, AE, Lave TR. Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-56.
9. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1228-31.
10. Endicott J, Spitzer R, Fleiss J, Cohen J. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-71.
11. Hodges K. Child and Adolescent Functional Assessment Scale. Unpublished manuscript, Vanderbilt Child Mental Health Services Evaluation project, 1990, 1994, 1995.
12. Hodges K, Bickman L, Kurtz S. Multidimensional measure of level of functioning for children and adolescents. En: Algarin A, Friedman RM, eds. *A system of care for children's mental health: Expanding the research base*. 1. Tampa, FL: Research and Training Center for Children's Mental Health, University of Florida; 1991. p. 149-54.
13. Hollingshead AB. Four factor index of social status. Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology; 1975.
14. Reich W, Shayka JJ, Taibleson Ch. Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry; 1991.
15. Ezpeleta L, de la Osa N, Doménech JM, Navarro JB, Losilla JM. La Diagnostic Interview for Children and Adolescents-DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1995;22:153-63.
16. Osa N de la, Ezpeleta L, Doménech E, Navarro JB, Losilla JM. Fiabilidad entre entrevistadores de la Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños y Adolescentes (DICA-R). *Psicothema* 1996^a;8:359-68.
17. Osa N de la, Ezpeleta L, Doménech E, Navarro JB, Losilla JM. Validez convergente y discriminante de la Entrevista Diagnóstica Estructurada DICA-R. *Clín Salud* 1996^b;7:181-94.
18. Ezpeleta L, Osa N de la, Doménech JM, Navarro JB, Losilla JM. Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-DICA-R. *Psicothema* 1997;9:529-39.
19. Ezpeleta L, Osa N de la, Júdez J, Doménech JM, Navarro JB, Losilla JM. Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents-DICA-R in a Spanish outpatient sample. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:431-40.
20. Granero R, Ezpeleta L, Doménech JM, de la Osa N. Characteristics of the subjects and interview influencing the test-retest reliability of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:963-72.

- 26
21. Bird H, Canino G, Rubio-Stipec M, Ribera JC. Further Measures of the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:821-4.
 22. Steinhausen HC. Global assessment of child psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26:203-6.
 23. Weisman MM, Warner V, Fendrich M. Applying impairment criteria to children psychiatric diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:789-95.
 24. Green B, Shirk S, Hanze D, Wanstrath J. The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: An empirical evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1158-64.
 25. Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:648-56.
 26. Vandvick IH. Mental Health and psychosocial functioning in children with recent onset of rheumatic disease. *J Child Psychol Psychiatry* 1990;31:961-71.
 27. Hodges K, Cools J, McKnew D. Test-retest reliability of a clinical research interview for children: The Child Assessment Schedule Psychol Assessment: *J Consulting Clin Psychol* 1989;1:317-22.
 28. Roberts RE, Solovitz BL, Chen Y, Casat Ch. Retest stability of DSM-III-R diagnoses among adolescents using the Diagnostic interview Schedule for Children (DISC-2.1C). *J Abnorm Child Psychol* 1996;24:349-62.
 29. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/Adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987;101:213-22.
 30. Seiffge-Krenke I, Kollmar F. Discrepancies between mother's and father's perceptions of son's and daughter's problem behaviour: A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:687-97.
 31. Bird H, Yager T, Staghezza B, Gould M, Canino G, Rubio-Stipec M. Impairment in the epidemiological measurement of childhood psychopathology in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:796-803.
 32. Toro J. *Enuresis: Causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca; 1992.
 33. Beidel DC. Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30: 545-52.
 34. Gureje O, Omigbodun OO. Children with mental disorders in primary care: functional status and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:310-4.
 35. Steinhausen HC, Erdin A. Correlates of the DSM-III-R Global Assessment of Functioning Scale in patients attending a child and adolescent psychiatric service. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1992;1:105-10.
 36. Manassis K, Hood J. Individual and familial predictors of impairment in childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:428-34.