

Validación de la versión en español de la *Brief Psychiatric Rating Scale for children* para trastornos psiquiátricos en niños, en dos hospitales de Bogotá, Colombia

MARÍA FERNANDA CUJIÑO-CANO¹, ROBERTO CHASKEL², JOSÉ DANIEL TOLEDO³

RESUMEN

OBJETIVO. Validar la Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) en Colombia, realizando la adaptación transcultural, el estudio piloto y la medición de sus características psicométricas. **MÉTODO.** La adaptación transcultural se realizó con la traducción y la retraducción del instrumento, por un grupo de personas idóneas; posteriormente, se realizó la validación por jueces, por un grupo de psiquiatras infantiles como expertos temáticos y por un corrector de estilo como experto gramatical. Se realizó el estudio piloto con una muestra de 30 pacientes y, finalmente, se evaluó la consistencia interna, la validez y confiabilidad de la escala en una muestra de 210 pacientes que consultaron a los servicios de consulta externa de psiquiatría infantil en dos hospitales de tercer nivel de Bogotá. **RESULTADOS.** La escala muestra un alfa de Cronbach de 0,852. Se estableció que todos los ítems son pertinentes y le aportan a la prueba en general. Con el análisis factorial se encontró que los cinco dominios de la prueba muestran una varianza total explicada del 63,9%. La correlación de Pearson entre la BPRS-C y la Children's Global Assessment Scale (C-GAS) fue significativa pero inversa, como era de esperar, por lo que miden estas pruebas. Las tablas de contingencia para cada pregunta así como la prueba de ji cuadrado evidencian que los ítems están relacionados de forma significativa con el diagnóstico. **CONCLUSIONES.** La BPRS-C es un instrumento que cuenta con una adecuada consistencia interna, validez y confiabilidad en Colombia.

PALABRAS CLAVE: Estudio de validación, Escalas de evaluación psiquiátrica, Psiquiatría infantil, Brief Psychiatric Rating Scale.

SUMMARY

OBJECTIVE: To validate the Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) in Colombia making the transcultural adaptation, pilot study and measuring the psychometric characteristics of the scale. **Method:** The transcultural adaptation was made with the translation and retranslation of the scale by a group of experts, judge validation was made by a group of child psychiatrists as theme experts and a style corrector as the grammatical expert. The pilot study was made with a group of 30 patients. Evaluation of the intern consistency, validity and

confiability were measured in a sample of 210 patients that consulted to the outpatient service of child psychiatry in two third level hospitals of Bogotá. **RESULTS:** Cronbach's alpha was 0,852. All the items are pertinent and contribute to the test. The factorial analysis found that the 5 domains of the scale show a total explained variance of 63%. The correlation between the BPRS-C and the (Children's Global Assessment Scale) C-GAS using Pearson's correlation is significative but inverse as was expected. Finally tables of contingency for each question and a Chi-square test show that the items are related significantly with the diagnosis. **CONCLUSIONS:** BPRS-C is an instrument that has an adequate internal consistency, validity and reliability in Colombia.

KEY WORDS. Validation study, Psychiatric rating scale, Child psychiatry, Brief Psychiatric Rating Scale.

1. Estudiante del postgrado de Psiquiatría, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
2. Jefe, Psiquiatría Infantil y Adolescencia, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Hospital Militar Central. Profesor asociado, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
3. Director, Departamento de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La práctica psiquiátrica tiene un alto componente subjetivo tanto para la valoración como para poder realizar un diagnóstico.⁽¹⁾ Los síndromes clínicos en esta especialidad corresponden a agrupaciones diagnósticas que se definen tanto por sus criterios de síntomas como por el curso que presentan a lo largo del tiempo, lo que hace más difícil una medición objetiva de los mismos.⁽²⁾ Por esto, se usan escalas de medición, con el fin de poder contar con herramientas que ayuden tanto en la clínica como en el ámbito investigativo.⁽²⁾ Las escalas en psiquiatría permiten corroborar la presencia de los síntomas y dar una aproximación de la gravedad de los mismos. Esto permite una impresión menos subjetiva, mejora la comunicación entre expertos y facilita la comparación de los datos obtenidos por los mismos.⁽³⁾

En la actualidad existen dos sistemas de diagnóstico reconocidos a nivel internacional que aglomeran las enfermedades por agrupaciones sintomáticas. Son el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cuarta edición (DSM-IV)⁽⁴⁾ y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).⁽⁵⁾ El problema que existe con estas clasificaciones es que los eventos descritos en ellas no son independientes, pues el diagnóstico psiquiátrico es un proceso de interacción continua que depende tanto de factores internos como externos del propio clínico que hace el diagnóstico añadiendo un componente de subjetividad.⁽⁶⁾

En 1962 se publicó la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS, Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica),⁽⁷⁾ la cual ha sido ampliamente utilizada por los clínicos desde ese entonces. Esta escala fue desarrollada con el fin de medir la evolución de los síntomas en pacientes psicóticos en general y fue hecha en pacientes hospitalizados con esta entidad. Posteriormente, se evidenció que la BPRS era una escala de dominio público que servía para medir en el tiempo la gravedad de los síntomas psiquiátricos en general y no solo para los pacientes psicóticos.⁽¹⁾ La BPRS ha sido usada, no solo en pacientes con esquizofrenia, sino también en pacientes deprimidos, con trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación y autismo.⁽⁸⁾

La BPRS ha sido el instrumento psicométrico más ampliamente utilizado y aplicado por psiquiatras en el mundo. Su uso concomitante con una escala de medición de deterioro funcional ha demostrado que proporciona una evaluación muy completa de los pacientes psiquiátricos y permite objetivar la eficacia o no de diferentes tratamientos a lo largo del tiempo.⁽⁷⁾

El uso más frecuente de esta escala es la medición de la efectividad tanto de las intervenciones terapéuticas realizadas en pacientes en el ámbito clínico como la evaluación de la efectividad de nuevas intervenciones terapéuticas en el ámbito investigativo.⁽²⁾ Se ha realizado una serie representativa de estudios que ha demostrado que las características psicométricas de la BPRS permiten evaluar tanto la respuesta clínica como el pronóstico de los pacientes, lo que permite, así, a los clínicos definir mejor los tratamientos que van a implementar en sus pacientes y la decisión de continuarlos o cambiarlos de acuerdo a la respuesta.⁽⁹⁾

El uso más frecuente que ha tenido la BPRS en las últimas décadas ha sido el de medir la eficacia de tratamientos farmacológicos con antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos, incluyendo también a los antipsicóticos atípicos.⁽¹⁰⁻¹²⁾ También ha sido usada para comparar conceptos diagnósticos que se dan entre los diferentes países.⁽¹³⁾ Se ha visto que la BPRS es una escala fácil de comprender y de aplicar, es diligenciada por clínicos en base a la información recogida durante la entrevista clínica y de la observación directa del paciente durante la consulta. El tiempo de aplicación aproximado es de 30 minutos.⁽²⁾

Originalmente la escala constaba de 16 ítems, en 1972 se adicionaron dos ítems más (excitación y desorientación), y actualmente existe tanto la versión de 18 ítems como una que incluye 21.⁽²⁾ La BPRS es una de las escalas que más modificaciones ha tenido con el tiempo, como es el caso de la versión corta de 10 ítems, propuesta por Bech y col.,⁽¹⁴⁾ y versiones expandidas, como las de Breier y col.,⁽¹⁵⁾ de Lukoff y col.,⁽¹⁶⁾ y de Strakowski y col.⁽¹⁷⁾ La BPRS ha sido también modificada para ser de autorreporte,⁽¹⁸⁾ así como para su uso en niños.⁽¹⁹⁾ De acuerdo a la intensidad de la sintomatología, la BPRS se puntúa de 0 a 6 o de 1 a 7. En Europa, se prefiere la puntuación de la BPRS de 0 a 6 y en Estados Unidos, la de 1 a 7.⁽⁸⁾ El grupo de Bech recomienda la puntuación de 1 a 7, en tanto que el grupo de Meltzer, la puntuación de 0 a 6.⁽¹⁵⁾

Originalmente, la BPRS se usaba sin descripción detallada que indicara la forma de puntuar cada uno de los ítems; sin embargo, se han realizado versiones que incluyen explicaciones detalladas para cada uno de los valores y que son conocidas como anclajes que mejoran la confiabilidad de las puntuaciones obtenidas otorgándoles mayor objetividad.⁽²⁰⁾

En los estudios realizados en diversos países del mundo se ha observado que la BPRS es válida y confiable. La

confiabilidad interevaluador es adecuada y reporta coeficientes de correlación de Pearson mayores de 0,8 en la mayoría de ellos, así, esta es una medida adecuada.⁽²¹⁾ En cuanto a la validez de criterio, los estudios han mostrado unos niveles de adecuada correlación con otras escalas.⁽²²⁾ Se ha evaluado la sensibilidad al cambio que tiene la escala comparándola con otros instrumentos, como la escala de impresión clínica global⁽²³⁾ y la escala de depresión de Hamilton,⁽²⁴⁾ y se ha encontrado resultados favorables. Existen, en el momento, traducciones validadas de la BPRS en un amplio número de idiomas.^(13, 25-27)

La BPRS tiene dos ventajas importantes, puede ser diligenciada en un período de tiempo relativamente corto y su amplia aceptación hace que los resultados obtenidos en un ensayo clínico sean directamente comparables con otros de las mismas condiciones.⁽²¹⁾ La escala tiene una excelente sensibilidad al cambio, lo cual es muy útil para identificar los efectos terapéuticos, bien sean de medicamentos o de otras intervenciones sistemáticas.⁽⁸⁾

La BPRS para niños recibe el nombre de *Brief Psychiatric Rating Scale for Children* (BPRS-C). Fue desarrollada con el fin de tener un perfil descriptivo aplicado a un amplio rango de psicopatología en niños y adolescentes.⁽²⁸⁾ Ha sido utilizada en ensayos clínicos, investigación y en la práctica clínica general, y se ha convertido en un instrumento importante para medir los resultados de los tratamientos instaurados por los clínicos a los niños.⁽²⁹⁾

La BPRS-C es un instrumento compuesto por 21 ítems, cuyo diligenciamiento está basado en la entrevista clínica con el niño, en la observación de su comportamiento, y en la entrevista con los padres del niño.⁽²⁹⁾ Los datos obtenidos en la versión con anclajes de la BPRS-C indican mejoría en la confiabilidad y validez en general, una buena consistencia interna y puntajes mejorados.⁽²⁹⁾ Instrumentos como la BPRS-C son comúnmente usados como medida del progreso en el tratamiento o en la evaluación del resultado del mismo. Es importante que estos

instrumentos sean fáciles de usar por el personal que está a cargo de los pacientes y requieran mínimo entrenamiento, sin sacrificar la confiabilidad y validez de los resultados obtenidos.⁽²⁹⁾

En general, la falta de escalas validadas en Colombia limita su uso en la práctica clínica y hace que en nuestro país la investigación en este campo se encuentre muy limitada. De lo anterior, se deduce que para poder llevar a cabo una investigación en el área de psiquiatría que mida los síntomas de un trastorno, la evolución de una enfermedad o que confirme un diagnóstico se requiere de escalas que hayan sido debidamente validadas.

La BPRS para adultos fue validada en Colombia, en el año 2005, por Ricardo Sánchez, médico psiquiatra de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Es un instrumento que puede ser utilizado tanto en la práctica clínica como con fines investigativos, lo que es un gran aporte para nuestra especialidad.⁽²⁾ La presente investigación pretende que los clínicos dispongan de un instrumento como la BPRS-C validada en nuestro medio para ser utilizados con fines clínicos e investigativos.

METODOLOGÍA

El proceso de validación de esta escala constó de tres fases que son sintetizadas en la Tabla 1.

• Adaptación transcultural

Se realizó la traducción del inglés al español y, posteriormente, la retraducción del español al inglés de la escala BPRS-C y los puntos de anclaje, por parte de un grupo de psicólogas bilingües. Se realizó una comparación entre las dos versiones de la escala en inglés encontrando que se respetaba el contenido de la escala. Un comité de expertos temáticos conformado por seis psiquiatras infantiles realizaron la validez de apariencia y de contenido del instrumento. Posteriormente, un corrector de estilo como experto gramatical realizó los últimos ajustes de la escala.

Tabla 1. Fases del proceso de validación de esta escala

Etapas de la validación de la escala	Descripción
▶ Fase 1: Adaptación transcultural	Traducción, retraducción y validación por jueces
▶ Fase 2: Prueba piloto	Aplicación del instrumento y realización de las modificaciones pertinentes
▶ Fase 3: Aplicación de la prueba y análisis psicométrico	Aplicación del instrumento a 10 pacientes por cada uno de los ítems que conforman la escala y análisis de los resultados (consistencia interna, validez y confiabilidad)

● Estudio piloto

En esta fase participaron tres clínicos, supervisados por un experto en entrevista psiquiátrica, que aplicaron la versión de la escala a 30 niños de la consulta externa de psiquiatría infantil en un hospital de tercer nivel de Bogotá. No se evidenciaron mayores dificultades en la comprensión ni la aplicación de la escala.

● Análisis de confiabilidad

Se estimó la necesidad de aplicar la prueba a 210 niños en esta fase pues la recomendación es incluir entre cinco y diez niños por cada uno de los ítems de la escala.⁽³⁰⁾ El análisis de consistencia interna fue medido mediante los coeficientes alfa de Cronbach, para establecer si los ítems tenían la medida adecuada de homogeneidad. Esto se realizó tanto para la prueba en general como para cada uno de los dominios sintomáticos.

Análisis factorial confirmatorio

Con el fin de corroborar la pertenencia de cada ítem en cada uno de los cinco dominios de la prueba se realizó un análisis factorial.

Correlación entre pruebas

Se aplicó simultáneamente la escala BPRS-C y la escala C-GAS –que mide la funcionalidad global en niños–, con el fin de evaluar la validez de criterio concurrente. La C-GAS es una escala homóloga del GAF (*Global Assessment Functioning*) en los adultos que describe las posibles alteraciones que se pueden observar en el desempeño de los niños en actividades cotidianas, como el juego y el estudio. Esto se realizó en un grupo de 80 pacientes de los evaluados en la fase de confiabilidad mediante la correlación de Pearson.

Análisis de la validez

Con el fin de realizar un análisis para evaluar la relación de dependencia entre los diagnósticos y los ítems que los miden, se realizó, en cada uno de los casos, la debida tabla de contingencia para cada pregunta así como una prueba de ji cuadrado.

Todos los procedimientos estadísticos utilizados para el análisis de los datos del presente estudio se realizaron con el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 16.

RESULTADOS

Características demográficas

Se evaluaron 210 pacientes que consultaron ambulatoriamente al servicio de consulta externa de psiquiatría infantil, 137 niños (65,2% de la muestra) fueron evaluados en el Hospital Militar Central de Bogotá y 73 niños, en la Fundación Hospital de la Misericordia. En cuanto a la procedencia de los pacientes, se observó una predominancia de pacientes de Bogotá, 175 pacientes (83,3%). El promedio de edad de los pacientes fue 6,64 años, con una desviación estándar de 3,73. Cuando los pacientes son distribuidos por grupos de edad, se observa un predominio importante de dos de los grupos etarios, niños entre los 6 y los 10 años (41%) y entre los 11 y 15 años (39%). La mayoría de los niños (83,3%) se encontraba escolarizado en instituciones de educación regular, 7,6% asistía a instituciones de educación especial, 8,6% estaba desescolarizado y una paciente se encontraba realizando estudios universitarios. La distribución porcentual de la muestra por diagnóstico se grafica en la Figura 1.

Análisis de confiabilidad de toda la prueba

Con el fin de determinar la consistencia interna de la BPRS-C se utilizó el alfa de Cronbach y se obtuvo un valor de 0,852 para toda la escala, lo que indica que existe una alta consistencia interna de la prueba. Se evaluó la pertinencia de cada uno de los ítems de la prueba en general. En el caso de la BPRS-C, se pudo observar que todos los ítems de la prueba aportan a la escala en general, puesto que se mantiene o disminuye el valor al ser eliminados. Lo anterior se hizo calculando el alfa de Cronbach de la escala al eliminar cada uno de los ítems.

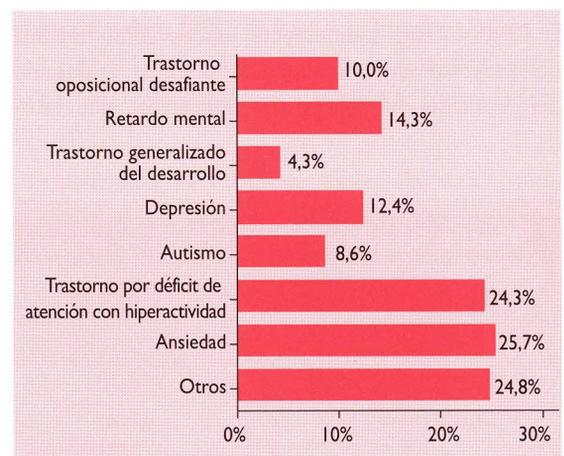


Figura 1. Distribución porcentual de la muestra por diagnóstico.

Análisis de confiabilidad de cada uno de los dominios de la escala

Para los tres ítems que incluye el dominio de suspicacia-hostilidad se encontró un alfa de Cronbach de 0,736, lo que significa que tiene una adecuada consistencia interna. Los ítem 1 y 2 se correlacionan de forma positiva, lo que contribuye a que tengan una consistencia interna alta. Esto no ocurre con el ítem 3, el que al ser retirado hace que aumente la consistencia del dominio. En cuanto a los cinco ítems que incluye el dominio de ansiedad-depresión, el alfa de Cronbach fue de 0,644, lo que indica que estos ítems tienen una consistencia interna media alta. En el caso de este dominio, se evidencia que todas las preguntas son necesarias y se correlacionan positivamente entre sí. Para el dominio de trastornos del pensamiento que incluye cuatro ítems, se

encontró un alfa de Cronbach de 0,477, que indica una consistencia interna media baja; tras el respectivo análisis, se pudo observar que al retirar el ítem 13 de la escala, los otros tres ítems (7, 8 y 9) se correlacionan de manera positiva para este dominio. Para el dominio de activación, al que pertenecen cinco ítems de la escala, se encontró un alfa de Cronbach de 0,707, lo que indica una consistencia interna alta. En general, los ítems de este dominio se correlacionan de manera positiva entre sí y son necesarios para mantener la consistencia interna. Finalmente, al dominio de anergia pertenecen cuatro elementos y al analizarlo se encontró un alfa de Cronbach de 0,86, lo que indica una consistencia interna alta entre los elementos. Al igual que en el caso anterior, los ítems de este dominio se correlacionaron de manera positiva y son necesarios para mantener la consistencia interna.

Tabla 2. Análisis factorial de los dominios

Componente	Varianza total explicada								
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
▶ 1	5,982	28,484	28,484	5,982	28,484	28,484	4,814	22,926	22,926
▶ 2	2,668	12,706	41,190	2,668	12,706	41,190	2,454	11,687	34,613
▶ 3	1,925	9,166	50,356	1,925	9,166	50,356	2,235	10,641	45,254
▶ 4	1,587	7,557	57,913	1,587	7,557	57,913	2,132	10,153	55,407
▶ 5	1,259	5,996	63,909	1,259	5,996	63,909	1,785	8,502	63,909
▶ 6	,994	4,731	68,640						
▶ 7	,871	4,148	72,788						
▶ 8	,826	3,935	76,723						
▶ 9	,767	3,651	80,374						
▶ 10	,589	2,805	83,179						
▶ 11	,528	2,516	85,695						
▶ 12	,505	2,402	88,097						
▶ 13	,436	2,077	90,173						
▶ 14	,428	2,039	92,212						
▶ 15	,309	1,474	93,686						
▶ 16	,301	1,434	95,120						
▶ 17	,275	1,308	96,428						
▶ 18	,254	1,212	97,639						
▶ 19	,227	1,081	98,720						
▶ 20	,160	,760	99,481						
▶ 21	,109	,519	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Análisis factorial confirmatorio de los cinco dominios de la prueba

Con el fin de corroborar la pertenencia de cada uno de los ítems en cada uno de los cinco dominios de la prueba, se realizó un análisis factorial, que mostró una varianza total explicada del 63,9%, el cual es adecuado para este tipo de pruebas. Este análisis se puede observar en detalle en la Tabla 2.

Correlación entre pruebas

Se correlacionó la BPRS-C y la C-GAS, mediante la correlación de Pearson, y se encontró una relación significativa, pero inversa, entre las dos pruebas ($r = -0,704$, $p < 0,001$, $N = 80$). Esto era de esperarse, pues la BPRS-C mide el compromiso de la funcionalidad en los diferentes dominios de patología (a mayor puntaje mayor compromiso) y la C-GAS, la funcionalidad del individuo en las diferentes áreas de su vida (a mayor puntaje mejor funcionamiento).

Análisis de la validez de la prueba

Se realizaron tablas de contingencia y prueba de ji cuadrado de Pearson a los diagnósticos más frecuentes hallados en la muestra. Se evidenció para el diagnóstico de depresión una medida significativa en todos estos menor a 0,05, que indica que los ítems 4, 5, 6 y 13 están relacionados de forma significativa con el diagnóstico de depresión. En cuanto al diagnóstico de ansiedad, se observó que los ítems 16 y 17 están relacionados con el diagnóstico de ansiedad y de manera significativa, solamente el ítem 17.

En cuanto al diagnóstico de retardo mental, se observó que los ítems 10, 19 y 20 están relacionados de forma significativa con el diagnóstico, en tanto que el ítem 11 está relacionado pero no de manera significativa. Los ítems 10 y 11 están relacionados de forma significativa con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los ítems 7, 13, 14 y 15 están relacionados de forma significativa con el diagnóstico de autismo y que los ítems 8 y 9 están también relacionados con este diagnóstico pero no de manera significativa. Los ítems 7, 8, 9, 13, 14 y 15 están relacionados con el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo pero que el único que se relaciona de manera significativa es el ítem 13.

Finalmente, se evidenció que los ítems 1 y 2 están relacionados con el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante y el ítem 3 lo está de forma significativa.

DISCUSIÓN

La BPRS-C es un instrumento de medición en el tiempo de la gravedad de la sintomatología psiquiátrica en general que ha demostrado ser útil tanto en el ámbito clínico como en el investigativo, por lo que cuenta con versiones adaptadas a diferentes poblaciones y validación para su uso en diferentes culturas. En Colombia, existen pocas escalas psiquiátricas validadas, lo que limita la objetivación de los resultados obtenidos tras intervenciones clínicas e investigativas. En el año 2005, la BPRS para adultos fue validado por Ricardo Sánchez, en la Universidad Nacional de Colombia.

Se utilizó la versión para niños con 21 ítems que cuenta con anclajes que permiten identificar la gravedad de la sintomatología exhibida por los pacientes de una manera más fidedigna. Se obtuvieron 210 muestras de dos centros importantes de referencia de psiquiatría infantil en la ciudad de Bogotá. Tras el análisis estadístico, los resultados mostraron que la prueba cuenta con una alta consistencia interna dada por un alfa de Cronbach de 0,852 y que todos los ítems de la escala son pertinentes y necesarios dentro de la escala. Al realizar el análisis de confiabilidad de cada uno de los dominios de la escala, se evidenció que, en el dominio de suspicacia-hostilidad, el ítem 3 (manipulación) no se relaciona positivamente dentro del mismo. De igual manera ocurre con el ítem 13 (pobre expresión oral) de la escala, que al ser retirado del dominio de trastornos del pensamiento los otros ítems del mismo se relacionan de manera positiva. En los dominios de ansiedad-depresión, de activación y de anergia, todos los ítems se correlacionan de manera positiva y son necesarios para mantener la consistencia interna del mismo.

Al realizar el análisis factorial confirmatorio de los cinco dominios de la prueba, se halló una varianza total explicada del 63,9%, la que es adecuada para este tipo de pruebas.

Se correlacionó la BPRS-C y la C-GAS, utilizando la correlación de Pearson y se encontró una relación significativa, pero inversa, entre las dos pruebas, lo que es de esperarse por lo que miden estas pruebas.

Los diagnósticos más frecuentes encontrados en el estudio fueron: depresión, ansiedad, retardo mental, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, autismo, trastorno generalizado del desarrollo y trastorno oposicionista desafiante. A cada uno de ellos se le realizó un análisis de validez y se evidenció, mediante la aplicación de la prueba de ji cuadrado de

Pearson, a los ítems relacionados con cada uno de los diagnósticos. En el caso de depresión y de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se observó una medida significativa en todos ellos menor a 0,05. Para los demás diagnósticos, se encontró una relación significativa con los ítems pertinentes, excepto en los siguientes casos en los que se encontró relación pero no de manera significativa: en el caso de ansiedad, el ítem 16 (tensión); en el de retardo mental, el 11 (distractibilidad); en autismo, los ítems 8 (delirios) y 9 (alucinaciones); en el trastorno opositor desafiante, los ítems 1 (no colabora) y 2 (hostilidad). Finalmente, se observó que el trastorno generalizado del desarrollo solamente estuvo relacionado significativamente con el ítem 13 (pobre expresión oral).

Si bien, en general, los datos informan una adecuada consistencia interna, validez y confiabilidad de la escala, existen algunas dificultades con algunos ítems específicos y su pertenencia a diferentes dominios como fue expuesto anteriormente. Esto se debe a las diferencias semiológicas encontradas en el examen mental de los niños y a la variabilidad de la misma de acuerdo a los diferentes grupos etarios, dadas las diferentes etapas de desarrollo de los mismos.

Teniendo en cuenta que la BPRS-C es un instrumento de fácil aplicación, útil y que brinda al clínico información importante sobre la gravedad de la sintomatología psiquiátrica en niños, la principal fortaleza de esta investigación es que se proporciona a la comunidad médica colombiana una escala de tamizaje validada para la labor clínica e investigativa.

Una limitación de este estudio es que aunque los lugares donde se obtuvo la muestra son centros de referencia para psiquiatría infantil, un porcentaje muy alto fue de niños procedentes de Bogotá, lo que hace que los resultados obtenidos sean extrapolables a esta población pero no a toda la población colombiana.

Recomendamos realizar el análisis de confiabilidad prueba-reprueba y medir la sensibilidad al cambio acuciosamente, pues debido principalmente al factor tiempo no pudieron ser culminadas durante esta investigación. Sin embargo, esto se realizó en algunas oportunidades, pero la muestra obtenida fue muy reducida por lo que no era significativa para realizar un análisis que permitiera la obtención de resultados confiables.

Teniendo en cuenta que el proceso de validación de la escala se realizó mayoritariamente con población

procedente de Bogotá, se recomienda también que para culminar el proceso de adaptación y validación del instrumento a la población colombiana recoger muestras representativas de diferentes regiones del país y realizar los análisis estadísticos respectivos.

CONCLUSIÓN

Tras la realización de este estudio se ha documentado que la BPRS-C es un instrumento que fue adaptado transculturalmente de manera satisfactoria, que cuenta con una adecuada consistencia interna, validez y confiabilidad en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gimón J, Mezzich JE, Berrios JE. Diagnóstico en psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores; 1988. p. 16-9.
- Sánchez R, Ibáñez MA, Pinzón A. Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica*. 2005;25:120-8.
- Strauss JS. A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1975;132:1193.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Berrios G, Chen H. Recognizing psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process. *Br J Psychiatry*. 1993; 163:308-14.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962;10:799-812.
- The brief psychiatric rating scale, the extended BPRS, the children's BPRS, the psychotic disintegration scale and the psychiatric symptom (assessment) scale (BPRS, BPRSE, BPRSC, PDS, SSS, PSAS). www1.elsevier.com/homepage/sab/ratingscales/data/chapters/ch3sample.htm
- Lachar D, Bailley SE, Rhoades HM, Varner RV. Use of BPRS: a percent change scores to identify significant clinical improvement: accuracy of treatment response classification in acute psychiatric inpatients. *Psychiatric Research*. 1999;89:259-68.
- Overall JE. In: Innovations in Clinical Practice: A Source Book, Vol. 2. PA. Keller and LR. Ritt (Eds.) Prof. Resources Exchange, Sarasota, FL; 1983. pp. 307-316.
- Overall JE, Rhoades HM. *Psychopharmacology*. 1982;76:251-257.
- Hedlund JL, Vieweg BW. *J Op. Psychiat*. 1980;11:48-65.
- Engelsmann F, Finar O, Pichot P, et al. Transcultural Psychiat Res Rev. 1970;7:130-137.
- Bech P, Larsen JK, Andersen J. The BPRS: psychometric developments. *Psychopharm Bull* 1988; 24: 118-121.
- Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(3):239-46.
- Lukoff D, Liberman RP, Nuechterlein KH. Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr Bull*. 1986;12(4):578-602.
- Strakowski SM, Faedda GL, Tohen M, Goodwin DC, Stoll AL. Possible affective-state dependence of the Tridimensional Personality Questionnaire in first-episode psychosis. *Psychiatry Res*. 1992;41(3):215-26.
- Hamera EK, Schneider JK, Potocky M, Casebeer MA. Validity of self-administered symptom scales in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophr Res*. 1996; 19(2-3):213-9.

19. Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK, McKenna K, Gordon CT, Lenane MC, Hamburger SD, Smith AK, Albus KE, Alaghband-Rad J, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia. A double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(12):1090-7.
20. Woerner MG, Mannuzza S, Kane JM. Anchoring the BPRS: an aid to improve reliability. *Psychopharmacol Bull*. 1988;24:112-7.
21. National Institute of Mental Health. CGI: Clinical global impressions. En: Guy W, editor. ECD-EU assessment for psychopharmacology. Revised edition. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. p. 217-22
22. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6:278-96.
23. Delmonter P, Gabrielli F, Giberti F, et al. *Arch Psicol Neurol Psychiat*. 1970;6:531-553.
24. Pichot P, Bailly R, Overall JE. Excerpta Medica International Congress Series, 1966;1 29, 1 6 26 (Versión en francés).
25. Marcos LR, Alpert M, Urcuyo L, Kesselman M. The effect of interview language on the evaluation of psychopathology in Spanishh-American schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 1973;130(5):549-53.
26. Dingemans PM, Frohn-de Winter ML, Bleeker JAC, Rathod P. A cross-cultural study of the reliability and factorial dimensions of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Psychopharmacology*. 1983;80:190-1.
27. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T, Rintelmann J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(11):1031-7.
28. Overall JE, Pfefferbaum B. The brief psychiatric rating scale for children. *Psychopharmacol Bull*. 1982;18:10-16.
29. Hughes C, Rintelmann J, Emslie GJ, Lopez M, MacCabe N. A revised anchored version of the BPRS-C for childhood psychiatric disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2001;11:77-93.
30. Streiner D. Figuring out factors. The use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry*. 1993;39:135-40.