

11291
29j 27

EMPLEO DE LA ESCALA BREVE DE VALORACION PSIQUIATRICA PARA NIÑOS
(BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE FOR CHILDREN)
(BPRS-C)

ELABORACION DE LA TESIS A CARGO DE:

RIII Luis Daniel Lozano Leal

ASESORES DE TESIS:

~~Dr. Victor Uriarte Bonilla~~

Nora Cavazos
Dra. Nora Cavazos

9
Alvarez

J. B. ...

FAJLA DE CP GEN

20-186
Alvarez

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TITULO

EMPLEO DE LA ESCALA BREVE DE VALORACION PSIQUIATRICA PARA NIÑOS

(BPRS-C)

JUSTIFICACION.

En la práctica habitual de la Psiquiatría Infantil institucional es común que se incluya en el expediente de cada paciente el siguiente material; La Historia Clínica Psiquiátrica completa; hojas de evolución y -- tratamiento; estudios de laboratorio y gabinete; pruebas psicológicas; hojas de datos estadísticos y de trabajo social. Cuando con éste material se pretende evaluar la evolución del padecimiento del paciente, resulta ser una tarea sumamente complicada, difícil de leer, revisar, y como hecho mas importante, con poca claridad para mostrar el estado actual del paciente - en relación a entrevistas anteriores. En la mayoría de los casos el expediente es voluminoso, confuso, con múltiples interpretaciones, con criterios psiquiátricos poco definidos o estandarizados. Es evidente que con -- ésto no se puede obtener en forma rápida y fiel la respuesta real del paciente ante determinada terapéutica

Es importante señalar que a menudo el médico no asienta los datos obtenidos de la entrevista en el expediente, y no da así un perfil real del estado del paciente. En otras ocasiones, tan solo se basa en la subjetividad del médico ante su paciente, lo que hace difícil de seguir por - otro médico; caso muy evidente en nuestros hospitales en donde los residentes pasan por un servicio de hospitalización o consulta externa por dos o tres meses y a la llegada del nuevo residente se termina por hacer de nuevo la Historia Clínica Psiquiátrica, ante la confusión, ambigüedad o carrencia de datos.

En virtud de ésto, se han buscado formas prácticas de resolver - el problema. De éste modo, se han creado escalas de valoración psicopatoló

gicas estandarizadas, en donde en forma rápida y fácil, por medio de esp--
ces o dígitos, se consigna la presencia e intensidad de los síntomas que -
se señalan, sin permitir se escapen datos. Permite, a su vez, agrupar sín--
tomas y con ésto establecer entidades nosológicas determinadas.

Este es el caso de la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica --
Para Niños (Brief Psychiatric Rating Scale for Children - BPRS-C -) en -
donde en 21 items se trata de englobar la patología que se presenta en los
niños. Ante determinado síntomas, el paciente obtiene una calificación. -
Esta calificación va del 0 (ausente) al 6 (extremadamente severo); s--
siendo muy sencilla de aplicar y en donde cualquier psiquiatra, sin nece--
sidad de tener experiencia con la escala, puede utilizarla como arma de -
evaluación en su paciente.

En resumen, el uso de la BPRS-C en la práctica insiyucional de
la Psiquiatría Infantil, resulta ser un documento para valorar en forma --
útil la información que da un paciente con psicopatología; fácil de apli--
car, de revisar, ayudando a delimitar en forma real y clara la respuesta -
del paciente ante determinada terapia. Aún más, es material de fácil acce--
so para quienes pretendieran realizar alguna investigación en psicopatolo--
gía infantil.

HIPOTESIS

La Escala Breve de Valoración Psiquiátrica para niños es una prue--
ba útil de valoración psicopatológica en la práctica de la Psiquiatría In--
fantil, de fácil aplicación y acceso.

OBJETIVOS

- a) Valorar la utilidad de la BPRS-C
- b) Valorar la efectividad de la BPRS-C como ayuda diagnóstica.
- c) Valorar la confiabilidad de la BPRS-C.

UNIVERSO

Muestra.- Los primeros 45 pacientes que cumplan con los criterios de selección. Dicho estudio se realizará en el Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM).

Criterios de Inclusión.

- 1.- Pacientes entre 5 y 18 años de edad.
- 2.- Que acudan al CCSM y hayan sido valorados por un compañero residente en la Consulta de Urgencias y que hayan reunido los requisitos de ingreso al CCSM.

Criterios de exclusión.

- 1.- Que presente Retraso mental evidenciado en la entrevista psiquiátrica inicial.

DISEÑO

El estudio será llevado a cabo dentro de la rutina de trabajo de la institución. El equipo de trabajo estará formado por 5 elementos, uno de ellos el propio investigador, el cual actuará como coordinador. Se reunirán en un consultorio con un paciente que será la primera vez que éstos lo vean.

El equipo de trabajo, estará integrado por 5 residentes de --- tercer año de Psiquiatría. Se asume axiomáticamente que tienen capacidad para realizar una exploración psiquiátrica de buen nivel.

El trabajo en el equipo se dividirá en la siguiente forma:

1.- Uno de los miembros del equipo elaborará la Historia Clínica (El investigador), completa, la utilizada normalmente por la Institución. Los demás miembros del equipo podrán intervenir, si lo creen convenientes, en la entrevista y exploración del paciente.

2.- Una vez terminada la Historia Clínica, dicho entrevistador, y sin mencionar nada al resto de los integrantes, escribe a su juicio el diagnóstico al que ha llegado. Este se trata de situar en alguna de las 18 entidades Diagnósticas que los autores de la Escala creen mas frecuentes, estos dentro de el DSM-III.

3.- Los restantes 4, en ésta ocasión se agrega al coordinador y que realizó la Historia Clínica completa, aplicarán la BPRS-C. La calificación que otorguen al paciente será en riguroso secreto, en ese sentido no se podrán comunicar entre ellos. Una vez que hayan terminado, se les entrega el DSM-III para que se orienten en alguna entidad Diagnóstica, la cual escribirán en la parte final de la Escala que han calificado.

A N T E C E D E N T E S

Es importante el mencionar que la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica en Niños (BPRS-C) - Brief Psychiatric Rating Scale for Children - sólo cuenta con una revisión dentro de la Bibliografía; ésta fue en 1982 y por el mismo autor de éste - instrumento, el Dr John E. Overall. En dicho artículo, del que - se hablará mas adelante, se menciona la utilidad de ésta Escala - de valoración Psicopatológica.

Tal vez es con Kraeplin con quien se inicia uno de los capítulos con mayor trascendencia dentro de la Psiquiatría. Esto consiste en el intento por establecer entidades Nosológicas, Síndromes; con ésto, ante un grupo de síntomas, se podían realizar conjeturas en virtud de las cuales se pensaba en cierto padeci----- miento.

Estos intentos han tenido sus resultados en forma tan - consistente, que aún hoy en día se manjan sus conceptos..." En - un sentido amplio, cabe decir que el sistema actual de ordena--- miento se inclina hacia la tesis de Bleuler; la clasificación de la OMS se acerca mas a la de Kraeplin "¹. Estos primeros inten- tos de Kraeplin tratan de acabar con las descripciones largas y pesadas, con alarde de virtudes literarias, que complicaban mu- cho la revisión de expedientes que se convertían en gruesos volú- menes. Con dicha escuela continuó Meyer con resultados poco satis- factorios.

Mismas intenciones tenía Jaspers en su obra monumental de Psicopatología. Pero no eran los únicos... Magaro intenta di- ferenciar lo Esquizofrénico de lo Paranoide... Hoff lo intenta - con las Hebefrenias y Esquizofrenias simples... y la información que se tenía para entonces ya era abundante. Surgieron nombres -

diferentes para una misma enfermedad. Para ver ésto con mayor claridad. mencionaremos una lista de sinonimias del Dr Antonio Colodrón menciona en su texto sobre Esquizofrenias:

Paranoia Aguda (Westphal)

Reacciones Agudas Paranoideas. Reacciones Paranoideas (USA)

Psicosis Oneiroides (Mayer-Gross)

Oneirofrenias (von Meduna)

Esquizofrenias Agudas

Esquizofrenias Agudas Febriles

Esquizofrenias Curables

Psicosis Esquizofreniformes (Langfeldt)

Psicosis Confuso Noníricas (Regia)

Bouffées Delirantes (Magnan)

Psicosis Paranoideas Crónicas

Delirios Crónicos Sistematisados (Francia)

Esquizofrenias Crónicas

Desarrollos Anómalos de la Personalidad (Jaspers)

Parafrenias (Freud)

Estados Paranoideas (USA) (1968) DSMII Paranoia

Estado Involutivo Paranoide

Otros Estados Paranoideas.

De esta manera el interés en la entrevista cambia en cuanto a su propósito... "la denominación, sino establecer la diferencia entre el acontecer psicótico y psicópático, por -- una parte, y desarrollo reactivo vivencial por otras "2 Los intentos por sistematizar la entrevista psiquiátrica continuaban.

En ese sentido los norteamericanos se interesaban en la creación de métodos de fácil manejo para la detección de padecimientos... para seguir su evolución, para realizar estudios comparativos en relación a la utilidad de cierto tratamiento -- con respecto a otro, sobre todo en cuanto a Psicofarmacoterapia

se refiere. De todo esto que nace la BPRS-C.

Pero un poco mas atrás, en 1939, K. Schneider, inicia una aproximación pragmática, desprovista de construcciones teóricas, para el diagnóstico de Esquizofrenia donde los síntomas se jerarquizan, exclusivamente, por valor de signo que delata la enfermedad. El criterio era sendillo, estrictamente clínico-fenomenológico y clasificó las manifestaciones psicopatológicas en síntomas de primer rango, síntomas cuya presencia indica esquizofrenia, si no hay enfermedad somática concomitante y la presencia permanece clara; y síntomas de segundo rango en donde los síntomas señalan la enfermedad pero no se hallan unicamente vinculados a ella. Por último, los de la Expresión, que sí establecen conexiones demostrativas que son excepcional o suficientemente claros. Hay que aclarar que en el orden de éstos síntomas obedece exclusivamente a consideraciones de índole práctica y se olvida así de el orden de - Bleuler. Este sistema es el utilizado por la OMS.

Ya con la escuela Americana es que se pormenorizan los síntomas y se intentan hacer Escalas de valoración. Es - decir, los síntomas se engloban en un solo punto y se pretende con esto darles una conotación numérica, que haga mas fácil de apreciar la gravedad de un síntoma en un momento dado.

Ya en 1953 Lorr desarrolla una serie de Escalas - que pretendían ser aplicadas a pacientes psiquiátricos y valorar con ellas su psicopatología. En éstas ya se intenta meter a los síntomas por áreas, para hacer mas fácil así su evaluación. Nace el MSRPP, como ya se mencionó en 1953, y

que se trata de la Multidimensional Scale For Rating - Pschitric Patients y ya para 1960 el IMPS que se trata de la Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale ambas elaboradas por Lorr³. Los beneficios de la BPRS-C en -- comparación con estas es que se reducen el tiempo de la entrevista y se economiza en muchos sentidos ya que es una evaluación más detallada. Este beneficio es el que fue evaluado para el BPRS en 1962 por Overall y Gorham³ y ya para la BPRS-C en 1982 por Overall y Pfefferbaum⁴. Amabas escalas mostraron su eficacia en ambos estudios y han sido utilizadas desde entonces.

La escuela Americana seguía el mismo curso -- por otras partes. Spitzer, Endicott y Robins intentan -- por su lado pormenorizar los síntomas, enmarcarlos para así llevar a diagnósticos concluyentes la entrevista -- psiquiátrica y tratar de normar criterios en cuanto a -- esquizofrenia. Feighner, retomando la escuela de Krae-- pelin establece los criterios de psicopatología en la -- esquizofrenia, criterios operacionales quedando en la -- siguiente forma constituídos:

a).- Ambos criterios son necesarios:

- 1.- Enfermedad crónica con seis meses de síntomas como mínimo antes de la evolución, sin retorno al -- nivel primorbidia de ajuste social.
- 2.- Ausencia de un período de síntomas depresivos o -- maniaco para clasificarlo como desorden afectivo-- o probable desorden afectivo.

b).- El paciente debe haber tenido al menos uno de los-

siguientes síntomas:

1.- Delusiones o alucinaciones, sin perplejidad significativa o desorientación asociada con aquéllas.

2.- Producción verbal que dificulta la comunicación a causa de una pérdida de la organización lógica o comprensible (en presencia de mutismo, el diagnóstico debe ser diferido).

C).- Al menos tres de los siguientes síntomas para considerar el diagnóstico como definitivo y dos como probables:

1.- Soltero. Nunca casado.

2.- Pobre ajuste social, premoroso, o pobre historia laboral.

3.- Historia familiar de esquizofrenia.

4.- Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas un año del comienzo de la psicosis.

5.- Comienzo de la enfermedad antes de los 40 años.

Como se puede apreciar, el intento es hacer el diagnóstico en la forma más clara posible para que el abordaje del paciente sea a su vez simple. Spitzer amplía estos criterios y propone el RDC (Research Diagnostic Criteria) que como se puede inferir lleva el mismo propósito.

Estos criterios han sido bien aceptados al extremo de ser los que prevalecen en el DSM III.

Pero la escala PRS-es todavía más ambiciosa. Se apega a todos los padecimientos psiquiátricos que se encuentran en el DSM III e incluso aborda la psicopatología en pequeños cuadros a los que llama factores; es decir, establece que ante determinada patología el paciente determinará - que un Item salga más elevado que otros, en valor numérico.

Así, al aplicar la escala uno puede ir reformando una idea de el padecimiento que presenta el paciente dado los ítem que salieron elevados. En 1962 el Dr. Overall aplica esta escala con un grupo de psiquiatras y al comparar los resultados observan la utilidad de la escala en la práctica psiquiátrica - haciéndose énfasis cuando se trate de realizar investigaciones de psicofarmacos.

Actualmente la escala BPRS-C es utilizada en la mayoría de las investigaciones en pacientes psiquiátricos adultos. Los criterios diagnósticos que se aplican normalmente - en la práctica psiquiátrica se hace en base a el ICD-9 o al DSM III. Esto hace evidente el hecho de que los esfuerzos de estos autores por jerarquizar los síntomas y realizar estándares de diagnósticos psiquiátricos no han sido estériles.

No conforme con esto, en 1982 se realiza una nueva escala, en esta ocasión específica para niños, la CBPRS-C esta escala supeza también a ser utilizada con regularidad en la investigación psiquiátrica. Esta escala sera revisada con más detalles en el presente artículo.

Queda por demás fundamentado que la utilización de estos instrumentos de valoración psicopatológica son útiles en la práctica psiquiátrica en la mayoría de los países en donde la investigación es sistemática. Esta escala tiene por otra parte un antecedente en la CPRS (Children Psychiatric Rating Scale) - Escala de valoración psiquiátrica para niños (Guy, 1974) - que consta de 63 ítems y que se correlaciona con 18 entidades diagnósticas del DSM III, a criterio de los autores, los cuadros más comunes en psiquiatría infantil.

- 1.- Colodrón, Antonio. Las Esquizofrenias. Edit. S. XX España 1984
p. 130
- 2.- Schneider, K. Citado en el libro Las Esquizofrenias de Antonio
Colodrón. Edit S. XX España 1984 p 133
- 3.- Overall, John E. Pschopharmacology Bulletin. Vol 18 No 2
Abril 1982 PP 10-16.
- 4.- Overall, John E. Psychological Report, 1962, 10, 799-812

(1)
DESCRIPCION DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en el CCSM (Centro Comunitario de Salud Mental). Ubicado en la calle Enrique-González Martínez 131 Col. Santa María. Los motivos por los --cuales me decidí a realizarlo en dicho centro son basicamente-- dos.

- 1) Que del 1º de Marzo de 1985 al 31 de Agosto de 1985 me co--respondía rotar por sus servicios durante mi tercer año de la residencia de psiquiatría.
- 2) Que la afluencia de niños al CCSM es propicio para realizar el estudio.

Por otra parte, y también importante, resalta el hecho de que los horarios de consulta en dicho organismo permiten que los compañeros que me ayudaron a la realización del es tudio no se vieran comprometidos en relación a el tiempo que --utilizaban para ver a sus pacientes y colaborar en mi investigación, este hecho a su vez accesible por la ayuda que nos brin daron las autoridades del CCSM.

La investigación se llevó a cabo en los mismos con--sultorios del establecimiento. Se acomodaban suficientes si--llas. Del paciente se tenía como antecedente la llamada "precon sulta". Esta consiste en un informe muy sintetizado de el moti vo de la consulta, del padecimiento actual, así como de antece dentes que se consideren en relación a todo ésto y no debe lle nar más de una cuartilla. Este se lee a los compañeros antes --de la entrevista.

Una vez hecho ésto, se entregan fotocopias de la es--

cala BPRS-C a cada uno de los integrantes del equipo y se pasa a el paciente.

Es necesario aclarar aquí que la única información - que se les da es de que se trata de una investigación para mi-té-sis y que consiste en calificar cada uno de los ITEMS con un dígito que va del 0 al 6, en orden de severidad de los datos - anotados según el ITEM. Se les informa que no deben comunicarse entre ellos los resultados y que si consideran prudente hacer alguna aclaración respecto a la Historia Clínica la hagan-después de su evaluación. Esto último lleva la intención de no interferir en el diagnóstico al que se llegue en la Historia - Clínica.

En este mismo acto se realizaba la exploración ffsi-ca como parte de la investigación.

Una vez que se llegaba a un diagnóstico en la Histo-ria Clínica se permitía a los 4 observadores hacer las pregun-tas que crean necesarias para constestar la escala BPRS-C. -- Por mi parte, llenaba yo una escala BPRS-C y anotaba el diagnós-tico a que llegue en la Historia Clínica y para fines de la in-vestigación no cambiaba ese diagnóstico por ninguna circunstan-cia. Una vez hecho ésto, se recogían las hojas y se escuchaban las diferentes opiniones que se quisieran mencionar.

Es necesario el comentar que, en la obtención de los pacientes, se rechazaban solo aquellos que no contaban con la-edad requerida, o bien, que tuviesen retraso mental a juicio - de quien elaboró la "preconsulta" o que durante la entrevista-resultasen con ésta.

(3)

Como es de suponerse, reunir a 5 residentes en un consultorio no era cosa fácil. En muchas de las ocasiones no podían, ya sea por sus labores u otras razones, y había que hacerlos coincidir conmigo.

En el Centro laboran en el turno 6 residentes de 3er año, uno de ellos guardia y hay ocasiones en que por vacaciones, permisos o incapacidades no asistían y esto retardaba el estudio; esto porque era requisito indispensable que fuese al mismo tiempo y con las preguntas en común escuchados por todos.

Dado que no existía antecedente en México de la escala, la traducción fué elaborada por mi mismo, así como el diseño de la hoja que se entregaba por entrevistador, modelo fotocopiado de un original.

Aquí se presenta una copia de la escala BPRS-C en español y en inglés.

Esta introducción fué tomada del original obtenido - revista Psychopharmacology Bulletin, volumen 18, No. 2 de Abril de 1982. Página 12.

Regresando en poco, comentaré que el CCSM pertenece a la Secretaría de Salud. Se pretendía que su cobertura fuese limitada a una pequeña zona al rededor de el CCSM; pero llegan pacientes de todo el D.F. e incluso de provincia. Funciona de 8:00 hrs a 20:00 hrs y cuenta con Psiquíatra, Psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y personal administrativo y de intendencia. Cuenta con 13 consultorios y área de hospitalización con 3 camas. La hospitalización de los pacientes debe entrar en los horarios de trabajo.

La consulta de urgencias lo realiza el personal de - residentes de tercer año, quienes por 6 meses rotan por éste - organismo dentro de sus 3 años de preparación psiquiátrica.

DESARROLLO.

Como ya se mencionó, la atención de los pacientes no fue del todo complicada; la dificultad se presentó en lograr - reunir a el equipo de trabajo.

Algunos de mis compañeros realizaba a su vez la té-- sis en una investigación de pacientes tomados de ahí mismo. En este sentido, se utilizaba el mismo paciente para ambos proyectos cuando el paciente reunía los requisitos de ambas investigaciones. Esto hacía más fácil reunir a los compañeros para -- que me ayudaran en la investigación.

Por las razones ya mencionadas, se hubo de retrasar- la investigación calculada para 2 meses, a 6 meses. Esto hacía que cambiaran los planes en cuanto el estudio de los datos ob- tenidos y el de reducir el tamaño de la muestra 45 pacientes.

Este hecho lo comuniqué tanto a mi asesor, el Dr. -- Victor Uriarte Bonilla, como a la Dra. Nora Cavazos, que me -- asesoró en relación a el análisis estadístico de los datos; -- ambos estuvieron de acuerdo en que así fuese, así como consideraron que la muestra era suficiente.

Una vez que se tuvo a la muestra de 45 pacientes me- entrevisté con la Dra. Nora Cavazos para así junto con ella -- analizar los datos obtenidos desde el punto de vista estadístico.

A continuación se hace la descripción de dicho análisis.

DESARROLLO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA APLICACION DE LA ESCALA BPRS-C.

Toda vez que se tuvo en orden a los 45 casos revisados se formaron 45 preguntas con 5 hojas para paquete que corresponde a la escala BPRS-C aplicada por los 5 entrevistadores; 4 de estas escalas son de cada uno de mis colaboradores y en ellas cada uno de ellos y por separado emitió, aparte de la calificación por ITEM el diagnóstico clínico que a su juicio el paciente podría tener; se entiende que escuchó la entrevista que se realizó para llenar la Historia Clínica, que escuchó las preguntas que se hicieron o que el mismo hizo en relación a la escala BPRS-C -- que su juicio está así bien fundamentado.

La 5a hoja corresponde a la escala BPRS-C que apliqué yo, una vez aplicada la Historia Clínica. A su vez, en la parte final de la escala, mencionó el diagnóstico al que se llegó con la elaboración de la Historia Clínica, muy a pesar de que hubiese yo cambiado de opinión.

Como ya se ha mencionado, la escala consta de 21 - - ITEMS que se puede agrupar en 7 factores, que corresponden como sigue:

ITEMS	FACTOR	SINTOMA
I 1,2,3	Problemas de la conducta.	No coopera, hostilidad, manipulador.
II 4,5,6	Depresión	Deprimido, sentimientos de inferioridad, idea--ción suicida.
III 7,8,9	Disturbios del pensamiento.	Fantasías peculiares, ideas delirantes, alucinaciones.
IV 10,11,12	Excitación Psicomotriz.	Hiperactividad, distractibilidad habla o voz apresurada.

V 13,14,15	Retraimiento	Afecto apianado, lengua je poco productivo. Re- traimiento emocional.
VI 16,17,18	Ansiedad	Tensión, ansiedad altera ciones del dormir.
VII 19,20,21	Organicidad	Desorientación, altera- ciones del habla. Es- tereotipias.

De esta forma, se decidió agrupar por cada una de las hojas a-- los ITEMS de 3 en 3. Posterior a esto, se hace la suma de la - calificación que se obtuvo por cada ITEM con el grupo, es de-- cir, se suman el 1, 2 , 3; luego el 4, 5 y 6 y así sucesiva-- mente al final se tienen 7 resultados y se suman todos para un total. Esto, para cada una de las hojas. De esta forma, se pue-- den sumar los 5 resultados parciales de cada uno de los facto-- res y obtener su promedio; en este sentido ya resulta más fácil saber cual de los factores es el que resultó con mayor califi-- cación. Se puede, a su vez, ver el diagnóstico al que se llegó mediante la aplicación de la Historia Clínica y contemplar su-- relación con el diagnóstico al que llegó cada uno de los entre-- vistadores según su juicio y, en otro sentido, comparar con el diagnóstico que según la escala BPRS-C puede considerar por - severidad de los síntomas por ITEM, según ya se ha mencionado, pero que vuelvo a representar:

FACTOR

DIAGNOSTICO.

I

Alteraciones de conducta, (todos ti--
pos).
Trastornos por déficit de atención.
Negativismo. Trastornos profundos --
del desarrollo. Autismo infantil. -
Trastorno esquizofrenico. Depresión--
mayor.

II	Depresión mayor, depresión agitada. Depresión retardada, depresión - - (otras).
III	Trastorno profundo del desarrollo.- Autismo infantil. Trastorno esquizo <u>frenico</u> .
IV	Trastorno por déficit de atención.- Trastorno profundo del desarrollo. Autismo infantil. Trastorno esquizo <u>frenico</u> . Depresión agitada.
V	Trastorno por evitación, trastorno - esquizoide. Mutismo electivo. Depre <u>sión</u> retardada.
VI	Angustia de separación. Trastorno - por ansiedad excesiva. Trastorno de identidad. Anorexia nervosa. Depre <u>sión</u> agitada-ansiosa.
VII	Lesión cerebral traumática. Trastor <u>no</u> orgánico cerebral (otros). Autis <u>mo</u> infantil. Trastorno profundo del desarrollo. Trastorno esquizofreni <u>co</u> .

Para facilitar este trabajo, se puede realizar un enlistado- que puede acomodarse como se muestra en la siguiente tabla:

aci	Diagnóstico de Historia Clínica	Factores de Escala de - Historia Clínica.																												Coincide con - diagnóstico de Historia Clínica.				Coinciden entre ellos				Factor	Coincide Dx de Escala con X, H, C.	Coincide Dx de Escala con H, C.
		Análisis de Factores de la Escala BPRS-C.																																						
		I							II							III							IV							I	II	III	IV							
12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	I	II	III	IV	I	II	III	IV									
1	Trastorno del Lenguaje	01	04	03	31	01	04	03	210	01	03	03	29	00	04	02	410	01	05	02	311	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si								
	Retardo Mixto Desarrollo	95	09	28	335	85	09	08	434	84	09	18	333	86	08	29	336	85	09	18	334	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si								
	Epilepsia parcial de semiología compleja.	05	40	17	118	16	40	07	018	15	40	05	015	16	50	26	020	25	30	07	118	si	si	si	si	si	si	si	si	6	no inluf									
4	Trastorno Hiperquinético	30	011	04	018	410	1205	022	40	013	03	020	40	09	05	018	40	011	04	019	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si									
	Trastorno Hiperquinético	30	012	64	025	2304	53	017	20	08	32	015	30	08	05	016	40	010	18	023	x	x	x	si	0	0	0	si	4	si	si									
	Trastorno de conducta Atípico	31	01	04	010	52	0026	015	52	00	26	015	42	01	25	014	53	00	36	017	si	si	si	si	si	si	si	si	6	x	x									
7	Trastorno por evitación	48	04	65	330	59	05	86	235	59	05	86	235	69	05	77	236	69	05	67	336	x	x	x	x	0	0	0	0	2	x	si								
	Trastorno Hiperquinético	00	05	66	320	01	08	56	222	01	08	56	222	01	06	47	320	00	09	66	324	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si								
	Ausencia del Petit Mal	00	07	07	315	00	09	06	318	00	07	06	316	00	09	06	318	00	09	06	318	si	si	si	si	si	si	si	si	4	no inluf									
10	Trastorno Hiperquinético	60	09	03	523	60	09	04	726	60	09	04	726	70	012	03	729	70	012	04	730	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si								
11	Sano vs Trastorno de lenguaje	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	si	si	si	si	si	si	si	si	-	no inluf									
	Retardo del desarrollo de lenguaje	40	05	03	315	60	05	21	317	60	05	21	317	40	01	01	39	50	05	11	416	si	si	si	si	si	si	si	si	6	si	no in								
12	Trastorno Hábito Alimenticio	63	05	08	022	63	05	08	022	44	02	66	022	52	04	04	015	82	03	06	019	si	si	si	si	si	si	si	si	1	si	cluf								
14	Trastorno Hiperquinético	10	011	01	518	00	01	05	420	10	010	03	418	10	010	03	418	10	09	02	214	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si								
5	Trastorno Hiperquinético	45	05	07	021	55	07	03	020	55	07	03	020	74	04	03	220	56	07	13	022	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si								
	Trastorno ansioso Enuresis Hiperacti	13	05	03	012	24	06	15	018	13	06	15	016	31	06	14	015	34	05	25	019	si	si	si	si	si	si	si	si	4	x	x								
17	Trastorno Hiperquinético	102	013	16	335	102	013	16	335	62	09	02	625	72	010	16	324	72	011	16	339	si	x	x	si	0	0			4	si	si								
	Trastorno Hiperquinético Sonambulo.	31	38	18	327	31	38	18	327	40	29	05	325	50	38	07	326	40	39	07	326	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si								

Paci

231

Paci	Diagnóstico de Historia Clínica	Factores de Escala de Historia Clínica.				Análisis de Factores de la Escala BPRS-C																Coinciden con diagnóstico clínico de H.C.				Coinciden entre ellos				Factor de Escala con Dx. H.C.	Coincide de Escala con Dx. H.C.	Coincide de Escala con Dx. H.C.			
						I				II				III				IV				I	II	III	IV	I	II	III	IV						
		12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	I	II	III	IV				I	II	III
19	Trastorno Hiperquinético	70	01	03	424	51	014	03	026	51	019	03	326	72	013	03	227	61	013	02	224	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si
21	Trastorno Hiperquinético	22	07	04	217	02	04	02	210	22	07	04	217	13	04	01	110	12	04	02	110	x	si	si	si	x	si	si	si	si	si	4	si		
23	Trastorno por Evitación	23	00	69	121	23	01	69	04	23	01	69	021	45	03	79	432	23	01	510	04	x	x	x	x	0	0	0	0	6	x	x			
24	Trastorno Hiperquinético	80	01	01	535	80	011	05	529	90	07	210	533	60	03	71	219	80	010	010	432	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si	
24	Depresión	17	03	48	225	07	03	58	225	08	04	510	128	15	03	48	223	17	03	48	225	si	x	si	si	si	x	si	si	si	6	si	si		
24	Trastorno Hiperquinético	52	010	06	629	41	03	06	317	91	06	07	624	32	07	06	523	41	03	06	317	x	si	si	si	x	si	si	si	si	46	si	ret. seil	x	
25	Enuresis	13	00	38	014	33	00	37	016	22	00	37	014	32	00	27	014	32	00	27	014	si	si	si	si	si	si	si	si	si	6	si	no in cluido	si	
25	Trastorno Esquizoide de la niñez	06	02	52	015	23	00	102	017	24	02	82	018	24	02	72	017	15	01	62	015	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	si	si		
25	Trastorno de Lenguaje. Ansiedad	00	49	05	422	00	49	05	422	00	67	05	523	00	38	44	019	04	30	53	019	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si		
29	Trastorno del desarrollo	15	02	91	523	33	04	50	419	22	03	50	517	32	71	54	325	33	04	50	419	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	si	si		
29	Trastorno Hiperquinético	103	313	86	245	95	211	65	240	95	211	65	240	85	110	03	431	85	311	66	241	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si		
31	Angustia de Sep. Enuresis	152	37	09	036	172	35	09	036	172	35	09	036	113	05	21	628	153	34	010	035	si	si	si	si	si	si	si	si	si	1	x	x		
31	Trastorno Ansioso	42	07	410	431	33	01	410	425	23	01	64	016	33	04	47	324	33	01	410	425	si	si	si	si	si	si	si	si	si	6	si	si		
32	Enuresis Trastorno Emociones	40	06	01	011	50	06	00	011	50	06	00	011	50	06	00	011	30	15	00	09	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	x	x		
31	Trastorno Hiperquinético	01	315	010	029	01	315	010	029	00	416	07	229	01	316	010	030	01	212	05	020	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si		
34	Depresión	413	03	58	033	413	03	58	033	311	02	46	026	512	02	57	031	73	21	33	019	si	si	si	si	si	si	si	si	si	2	si	si		
35	Trastorno Hiperquinético.	30	011	010	022	30	011	09	023	30	012	05	020	10	25	05	013	40	010	09	023	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si		
35	Negativismo Farmacodependencia	115	05	15	027	115	05	15	027	125	05	17	030	72	04	14	018	115	04	14	025	si	si	si	si	si	si	si	si	si	1	si	si		

Diagnóstico de Historia Clínica	Factores de Escala de Historia Clínica.				Análisis de Factores de la Escala BPRS-C																Coincide con diagnóstico de Historia Clínica.				Coinciden entre ellos.				Factor	Coincide Dx de Escala con Dx. H.C.	Coincide Dx de Escala Dx 1234				
					I				II				III				IV																		
	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	12	34	56	7T	I	II	III	IV	I	II	III	IV							
37 Trastorno Hiperquinético	74	36	07	330	73	05	08	225	73	05	08	225	54	04	05	018	63	06	08	225	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	6	si	si
Trastorno de Lenguaje	02	09	02	417	02	09	02	417	02	07	01	414	01	04	21	311	02	08	02	315	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si
Trastorno de Conducta	62	18	04	122	62	18	04	122	60	19	06	022	62	29	04	224	52	15	03	117	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si
40 Depresión.	137	04	47	035	134	15	79	039	134	15	79	039	125	24	58	036	93	15	67	031	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	1	si	si
41 Trastorno de Lenguaje	40	110	04	221	30	07	33	016	30	07	33	016	50	011	06	623	50	012	06	124	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si
42 Trastorno reactivo de la vinculación	15	10	77	223	24	03	48	122	24	03	48	122	15	10	77	223	13	02	47	118	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	6	si	si
43 Trastorno de conducta	91	23	11	118	114	42	53	130	114	42	53	130	64	32	44	124	103	63	32	128	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	1	si	si
44 Trastorno ansioso	32	09	09	326	11	08	07	421	11	08	07	421	11	08	07	320	11	07	06	116	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	x	x
45 Trastorno Hiperquinético	01	09	02	517	10	010	01	315	10	010	01	315	01	09	02	517	10	09	01	213	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	si	si

Una vez teniendo estos datos, de la tabla que se ha elaborado, se pueden sacar algunas conclusiones. Así, se puede obtener el número de pacientes que tuvieron determinada enfermedad y dar así, a su vez, el porcentaje que alcanzó dicha enfermedad en el estudio que realicé.

A continuación se presenta el enlistado de los diagnósticos obtenidos mediante la elaboración de la Historia Clínica en orden decreciente, de más numerosos a menos numerosos:

DIAGNOSTICO	No	Por ciento
1.- Trastorno Hiperquinético	17	37.7 %
2.- Trastorno de Lenguaje	5	11.1 %
3.- Trastorno de Conducta	3	6.6 %
Trastorno Ansioso	3	6.6 %
Depresión	3	6.6 %
4.- Retardo Mixto del Desarrollo	2	4.4 %
Trastorno Por evitación	2	4.4 %
Enuresis	2	4.4 %
5.- Epilepsia	1	2.2 %
Ausencia del Petit Mal	1	2.2 %
Trastorno del Hábito Alimenticio	1	2.2 %
Trastorno Esquizoide la niñez	1	2.2 %
Angustia de Separación	1	2.2 %
Negativismo (Farmacodependencia)	1	2.2 %
Trastorno de la vinculación	1	2.2 %
Sano	1	2.2 %
TOTAL	45	100.0 %

En éste sentido, se ve claro que la mayor parte de los pacientes acuden por presentar Trastorno Hiperquinético, el cual, en la práctica de la Psiquiatría Infantil, es uno de los trastornos mas significativos. En México, se puede inferir, las madres llevan a consultar a sus hijos cuando estos presentan problemas de conducta o bien, problemas de aprendizaje; ambas cosas van de la mano con el Trastorno Hiperquinético.

Con los datos obtenidos, de la suma de los items por factor, se puede obtener a su vez el promedio de las sumas de cada uno de los factores de las 5 Escalas que se aplicaron a cada paciente. Esto se puede, posteriormente, graficar en forma de columnas. A continuación se mostrará el promedio de la suma de los items por factor y su representación gráfica. En el eje de las ordenadas se colocará a los 7 factores, y en el eje de las abscisas una numeración corrida hasta el 11. Aquí se mostrará a los 45 pacientes del estudio. A un lado de cada una de las gráficas, se expresa el diagnóstico al que se llegó mediante la elaboración de la Historia Clínica. Abajo de éste se expresa si el diagnóstico clínico al que llegaron los 4 ayudantes que aplicaron la Escala BPRS-C coincide con el Diagnóstico de la Historia Clínica. Más abajo se menciona si el diagnóstico de la Historia Clínica se encuentra contemplado dentro de los diagnósticos que se presentan como posibles en relación al factor que haya resultado mas elevado. Mas abajo se informa si el diagnóstico al que llegaron los 4 ayudantes que aplicaron la Escala BPRS-C coincide con alguno de los diagnósticos contemplados por la Escala BPRS-C según el factor

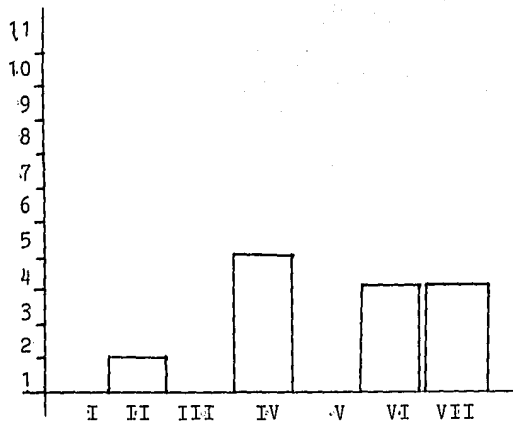
que haya resultado mas elevado. Se anota, abajo de ésto, el factor que por promedio salió mas elevado así como el total de la suma de los promedios de los 7 factores.

Aquí es necesario aclarar que el valor máximo que puede alcanzar un factor es de 18, ya que la suma de 3 items que alcanzaron el máximo de la calificación, que es de 6, resulta en dicha cifra.

En ésta forma, se trata de presentar en forma sintetizada, la mayor cantidad de datos que hagan la gráfica lo mas clara posible.

A continuación se presentan a las 45 gráficas.

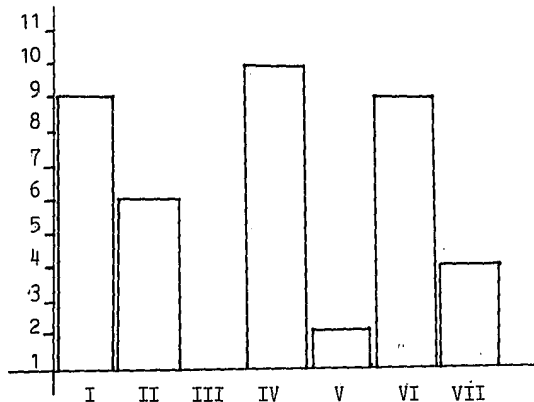
1



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno Específico de Lenguaje.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 11.

(11)

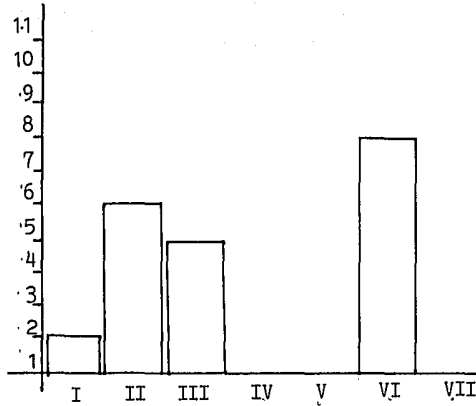
2



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Retardo Mixto del Desarrollo.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 34.

1.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

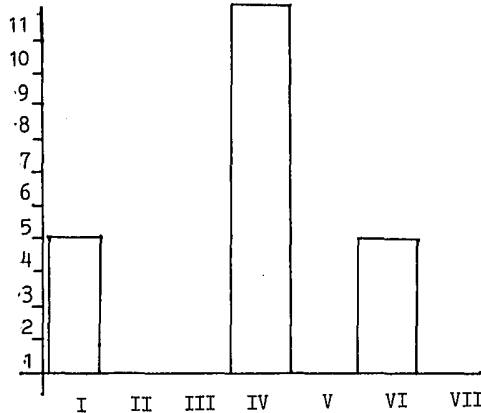
3



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Epilepsia Parcial de Semiología Compleja..
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Diagnóstico de historia clínica no incluida en el DSM III.
- Coincide en todos el diagnóstico de la His toria Clínica con el diagnóstico según la-Escala BPRS-C.
- Factor 6.
- Total 17.

(12)

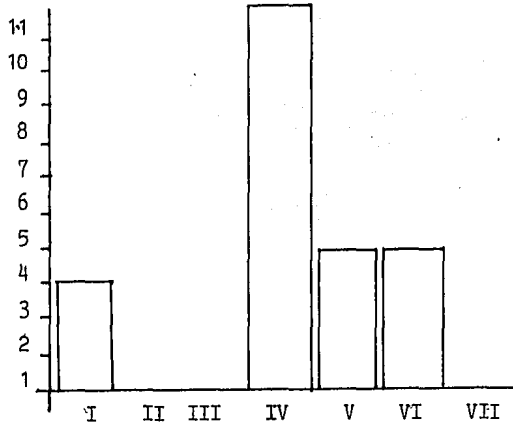
4



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Hiperquinético.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la - Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Es cala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 19.

2.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

5



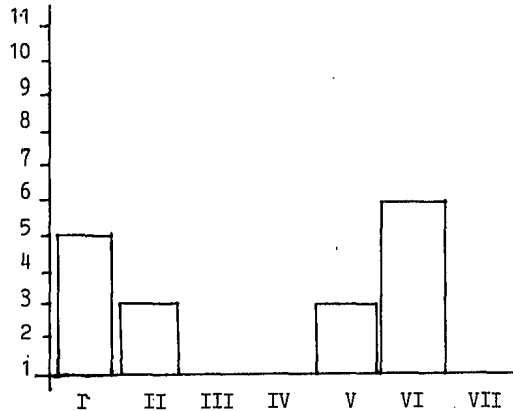
-Diagnóstico de Historia Clínica:

Déficit de Atención.

- 1 Coincide con el diagnóstico de la Historia-Clinica.
- 3 con Negativismo. Coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Todos coinciden con el Diagnóstico y la Escala.
- Factor 4.
- Total 22.

(13)

6



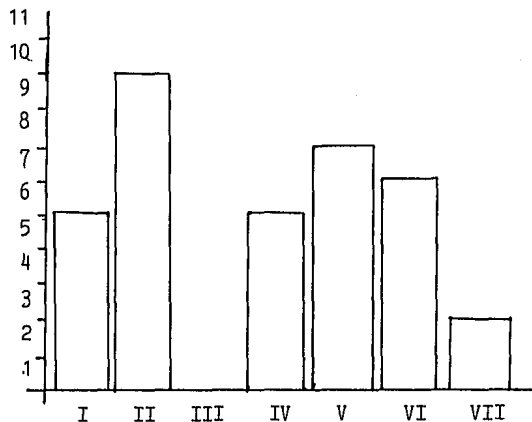
- Diagnóstico de Historia Clínica:

Trastorno de Conducta, Atípico.

- Todos coinciden en el diagnóstico clínico
- No coincide el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico de la Escala.
- No coincide el diagnóstico clínico con el diagnóstico de la Escala.
- Factor 6.
- Total 13.

3.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

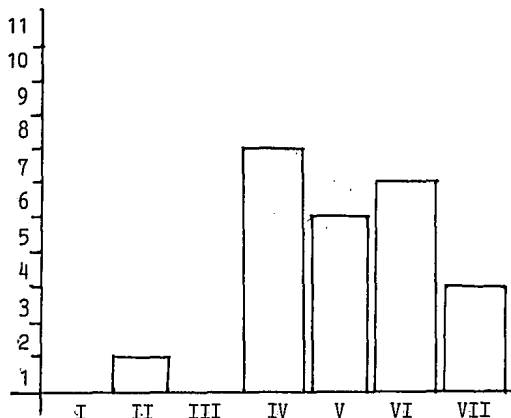
7



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno por Atención.
- No coinciden en el diagnóstico clínico.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico de Depresión.
- No coincide el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico de la Escala.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 2.
- Total 34.

(14)

8

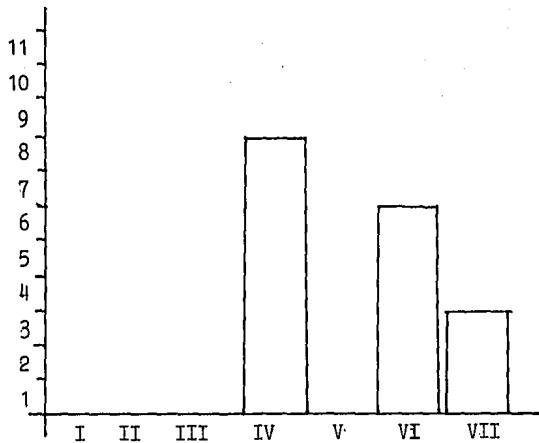


- Diagnóstico de Historia Clínica:
Déficit de Atención en Hiperquinesia.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 22.

4.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

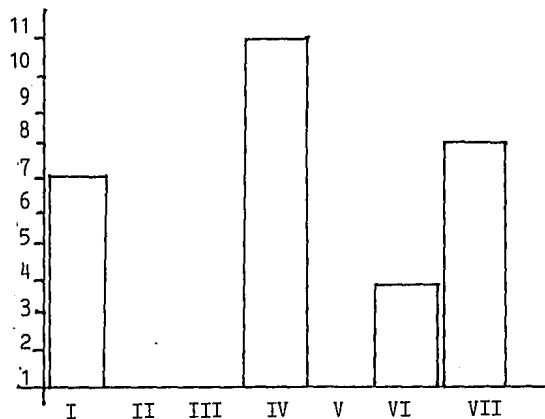
(15)

9



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Ausencia del Petit Mal.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Diagnóstico no incluido en el DSM III.
- Diagnóstico no incluido en la Escala BPRS-C.
- Factor 4.
- Total 17.

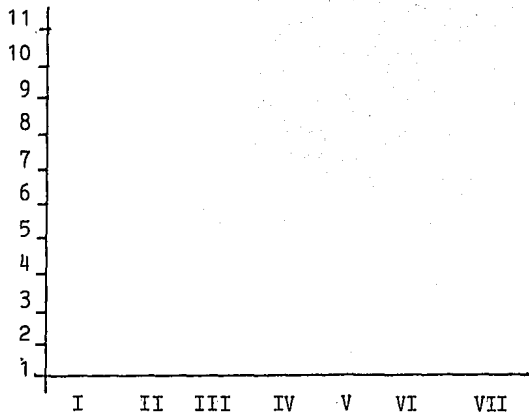
10



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Déficit de Atención con Hiperquinesia.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la -
Historia Clínica con el diagnóstico según
la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Es
cala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 27.

5.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

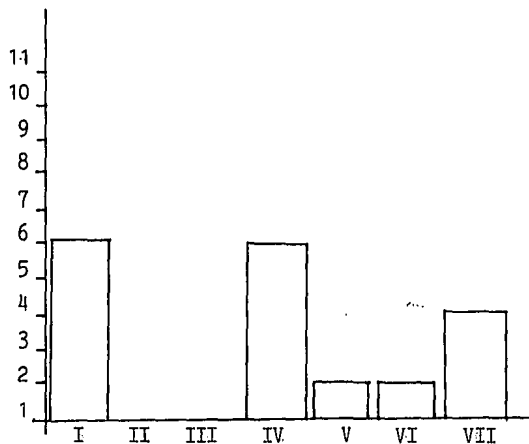
11



- Diagnóstico de Historia Clínica Sano.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico
- Diagnóstico no incluido en el DSM III.
- Diagnóstico no incluido en la Escala BPRS-C.
- Factor 0.
- Total 0.

(16)

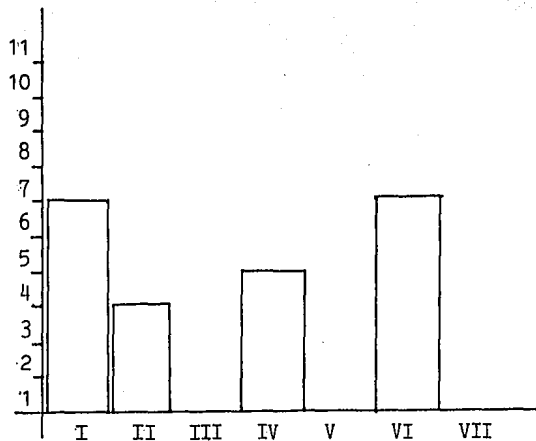
12



- Diagnóstico de Historia Clínica: Retardo en le Desarrollo del Lenguaje.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- No coincide el diagnóstico de la historia-clínica con el diagnóstico de la Escala.
- No coincide el diagnóstico clínico con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- Factor 1-6
- Total 15

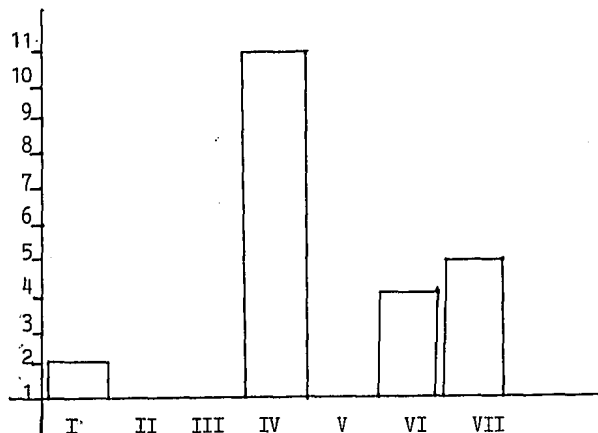
6.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

13



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Hábito Alimenticio.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Diagnóstico no incluido en la Escala BPRS-C.
- El diagnóstico si se localiza en el DSM III.
- Facto 1,6.
- Total 19.

14

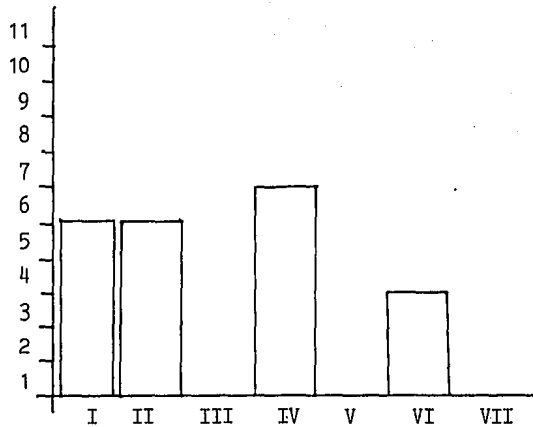


- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno Hiperquinético con déficit de atención.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C. con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 18.

7.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

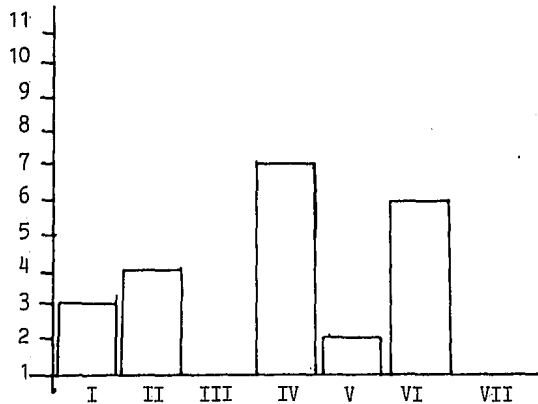
(18)

15



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Atención.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala - BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 19

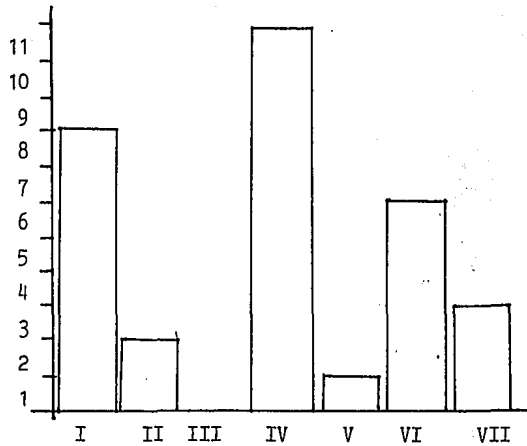
16



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Ansiedad.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- El diagnóstico de la historia clínica no coincide con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- El diagnóstico clínico no coincide con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- Factor 4.
- Total 17.

8.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

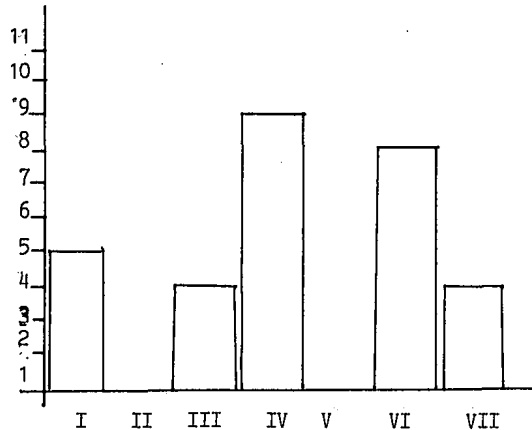
17



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Daño Orgánico Cerebral.
- 2 coinciden con el diagnóstico de la historia clínica y el otro es hiperquinesia.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C. con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 30.

(19)

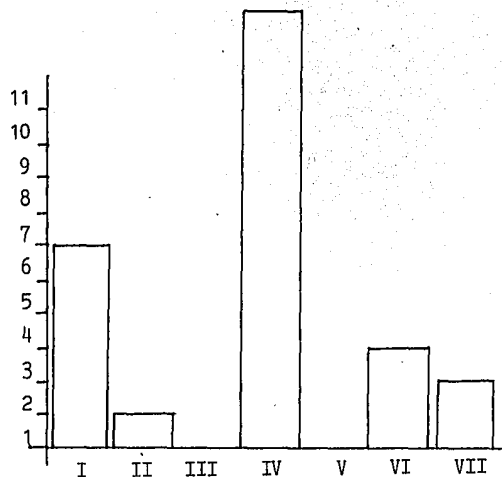
18



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno Hiperquinético Sonambulismo.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 25.

9.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

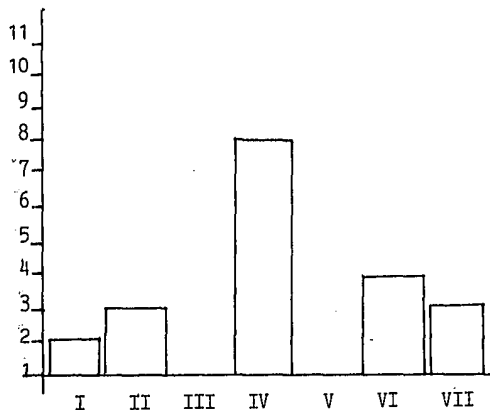
19



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Hiperquinesia.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 25.

(20)

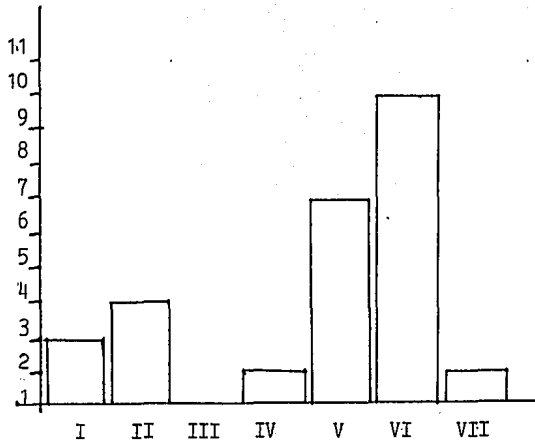
20



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Hiperquinesia.
- 3 coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- 1 coincide con el diagnóstico de retraso mental leve.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- 3 el diagnóstico clínico coincide con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- 1 Diagnóstico clínico no incluido en la Escala-BPRS-C.
- Factor 4.
- Total 15.

10.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C.
Promedio de resultados en los 5 entrevistados por factor.

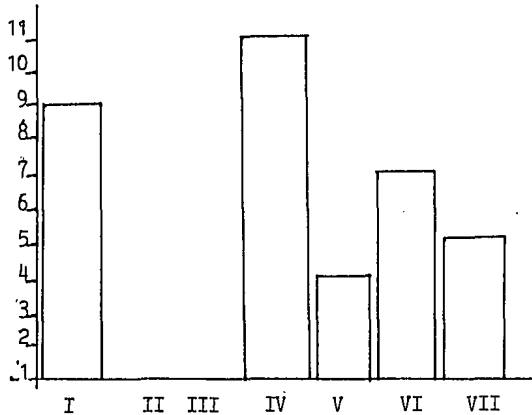
21



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno por Evitación.
- No coincide el diagnóstico clínico con el diagnóstico de la historia clínica.
- Diagnóstico clínico de mutismo selectivo.
- El diagnóstico de la historia clínica no coincide con el diagnóstico de la Escala.BPRS-C
- El diagnóstico clínico no coincide con el diagnóstico de la Escala.BPRS-C.
- Factor 6.
- Total 22.

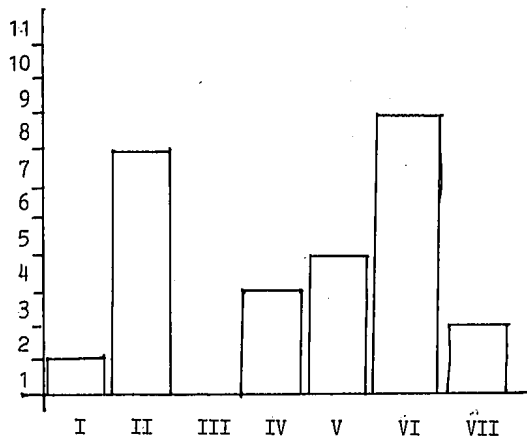
(21)

22



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Déficit de Atención.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 31.

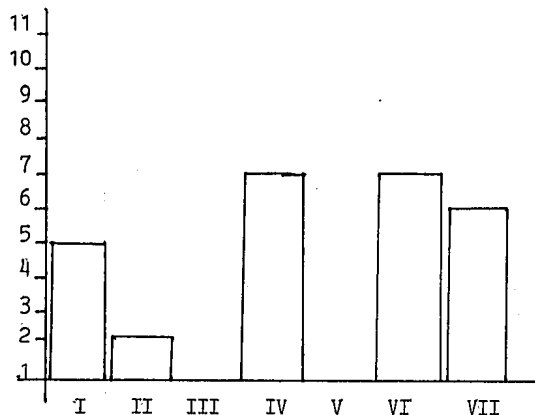
23



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Depresión.
- 3 coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- 1 con el diagnóstico de reacción ante tensión.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 6.
- Total 25.

(22)

24

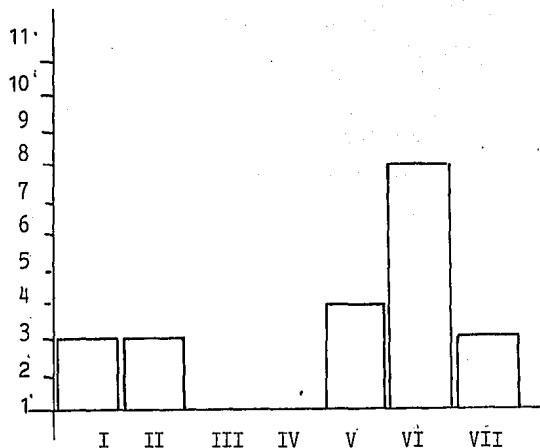


- Diagnóstico de Historia Clínica:
Déficit de Atención.
- 3 coincide con el diagnóstico de la historia clínica.
- 1 con diagnóstico de retardo selectivo del desarrollo.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- 3 diagnósticos clínicos coinciden con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- Factor 4,6
- Total 22.

12.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

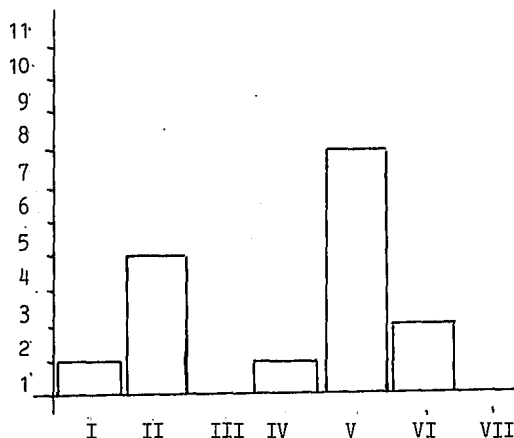
25

(23)



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Enuresis.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 6
- Total 16.

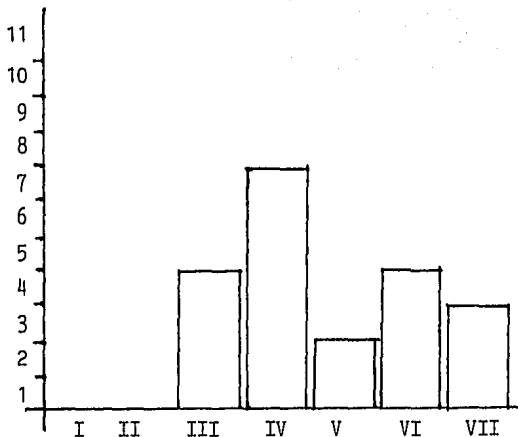
26



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno Esquizoide.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C. con el diagnóstico clínico.
- Factor 5.
- Total 15.

13.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

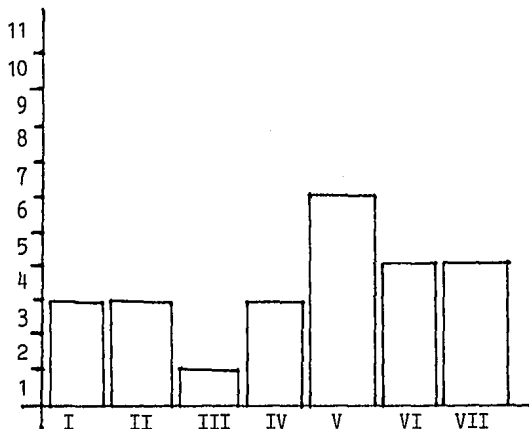
27



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno del Lenguaje.
- Todos coinciden con el diagnóstico de historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C. con el diagnóstico clínico.
- Factor 4
- Total 20.

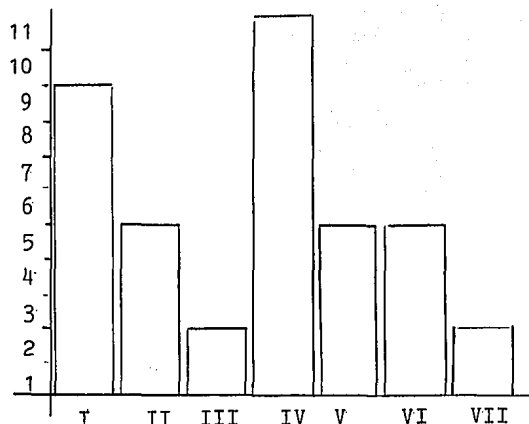
(24)

28



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno del Desarrollo.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 5.
- Total 24.

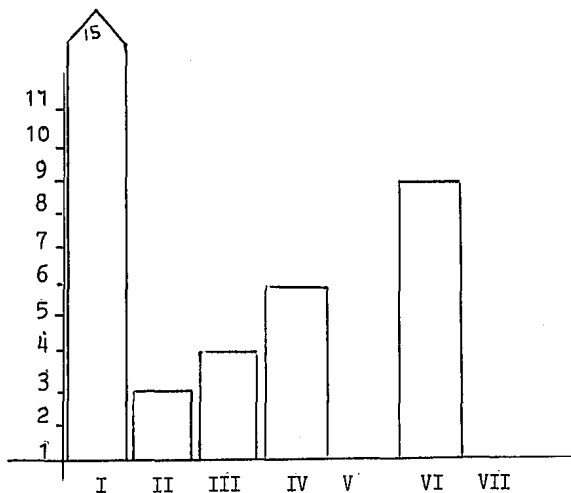
29



- Diagnóstico de Historia Clínica Trastorno de Atención.
- Todos coinciden en el diagnóstico de la Historia Clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4
- Total 39

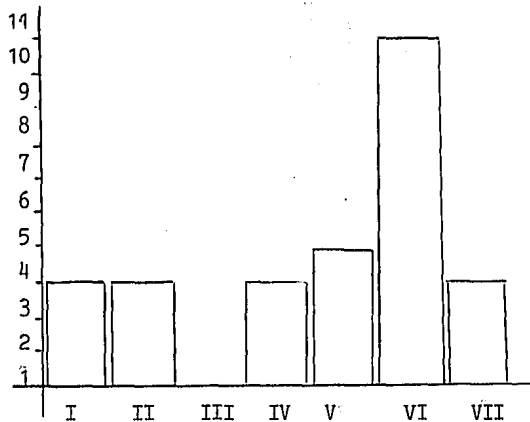
(25)

30



- Diagnóstico de Historia Clínica: Angustia de Separación.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- No coincide el diagnóstico de la historia clínica con el diagnóstico de la Escala BPRS-C
- No coincide el diagnóstico clínico con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- Factor 1
- Total 33.

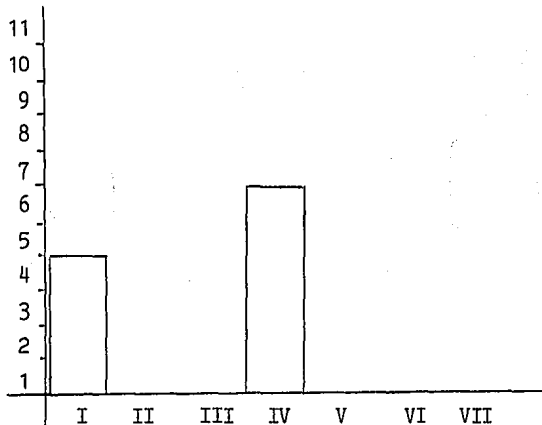
31



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno Ansioso.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala-BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 6.
- Total 26.

(26)

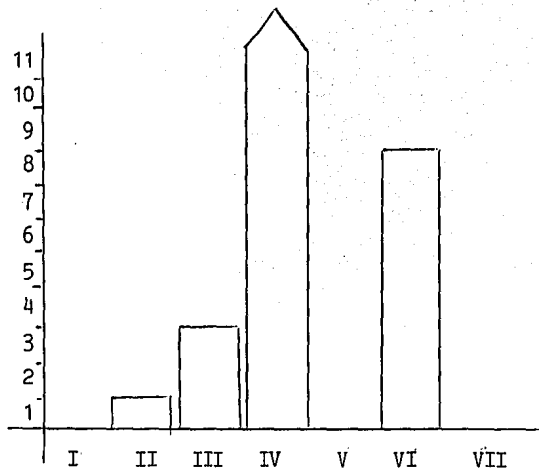
32



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de las Emociones.
- Todos coincide con el diagnóstico de la historia clínica.
- No coincide el diagnóstico de la historia clínica con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- No coincide el diagnóstico clínico con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- Factor 4.
- Total 10.

16.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

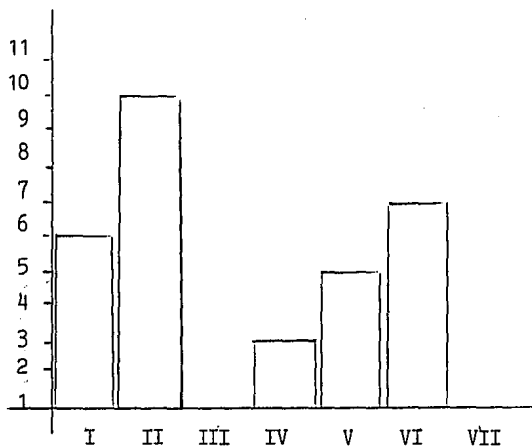
33



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Déficit de Atención.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala - BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala - BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 27.

(27)

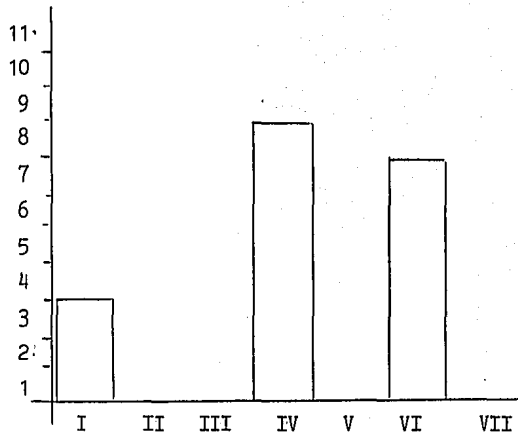
34



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Depresión.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala - BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 2.
- Total 26.

17.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

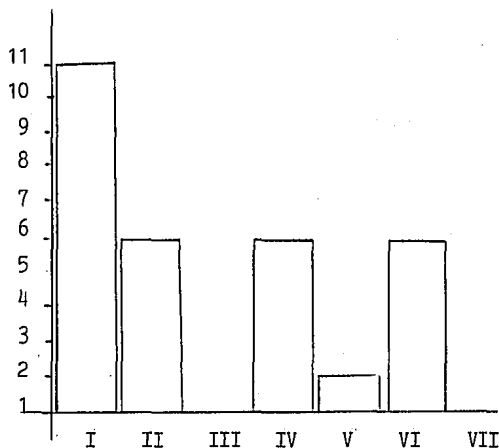
35



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Déficit de Atención.
- Todos coincide con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala -- BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 20.

(28)

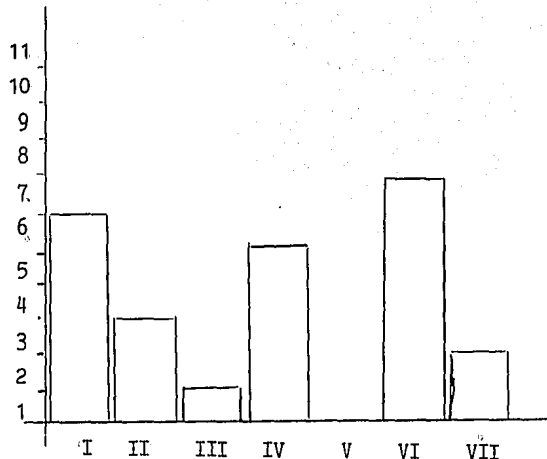
36



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Negativismo.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 1.
- Total 26.

18.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

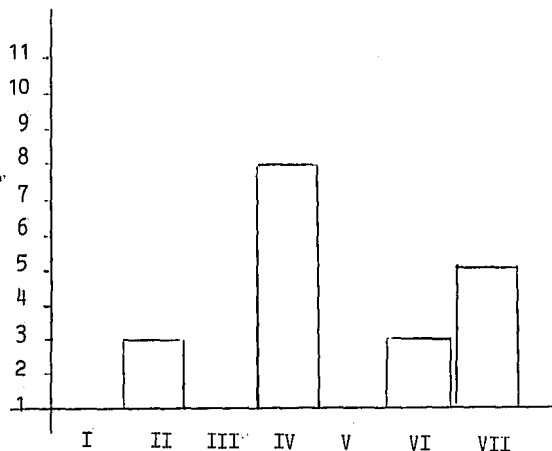
37



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Atención.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la Historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala - BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala-BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 6.
- Total 24

(29)

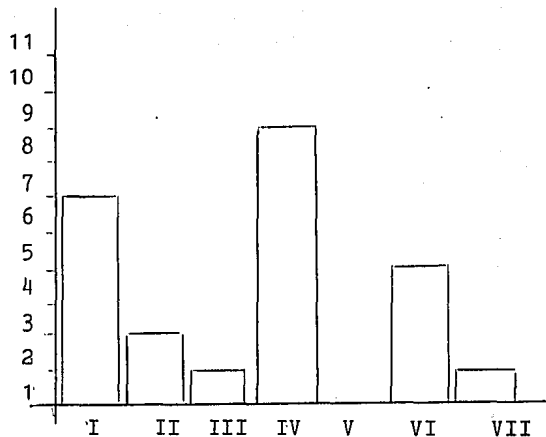
38



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Lenguaje.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala -- BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 15.

19.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

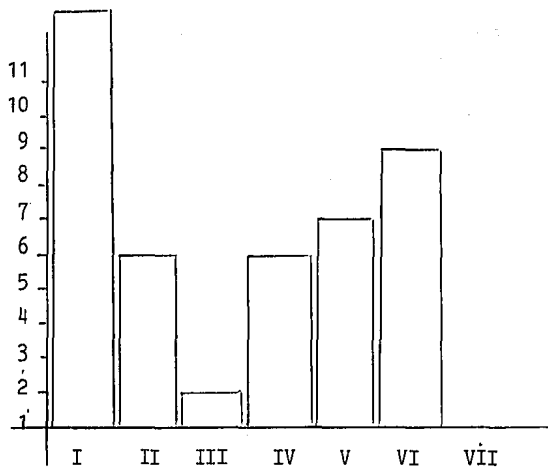
39



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de conducta.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia - Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala - BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4
- Total 22.

(30)

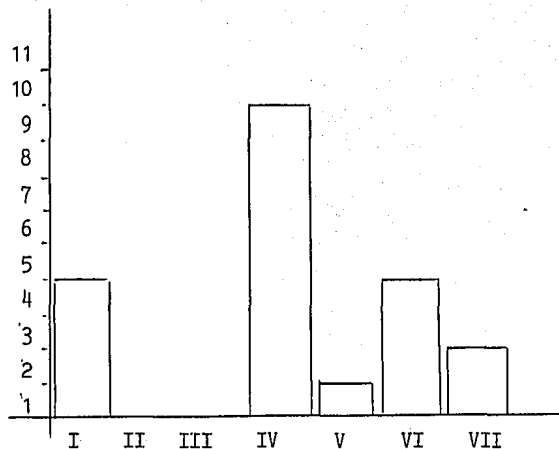
40



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Depresión.
- Todos coinciden con el diagnóstico de la historia clínica.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia - Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala - BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 1.
- Total 37.

20.-Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

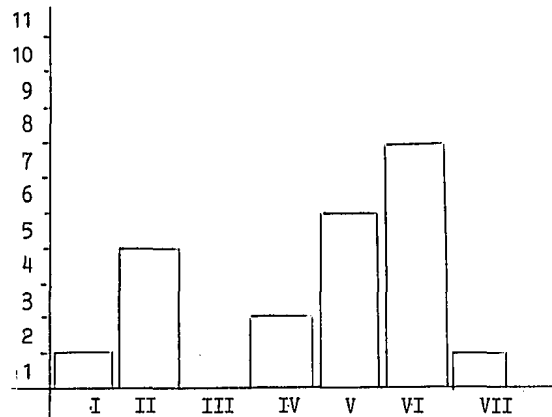
41



- Trastorno de Historia Clínica:
Trastorno de lenguaje.
- Coincide en todos el diagnóstico de la historia clínica con el diagnóstico según la Escala - BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala - BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 20.

(31)

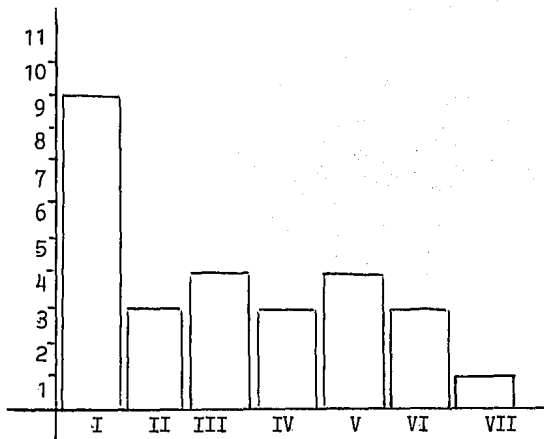
42



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno reactivo de la vinculación.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 6.
- Total 20.

21.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

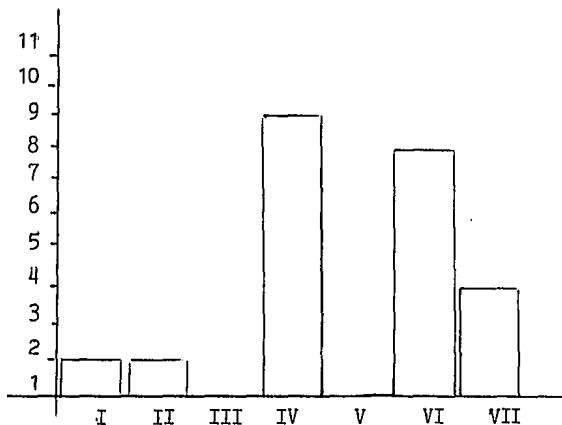
43



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Conducta.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico
- Coincide en todos el diagnóstico de la Historia Clínica con el diagnóstico según la Escala - BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala - BPRS-C con el diagnóstico clínico
- Factor 1.
- Total 27.

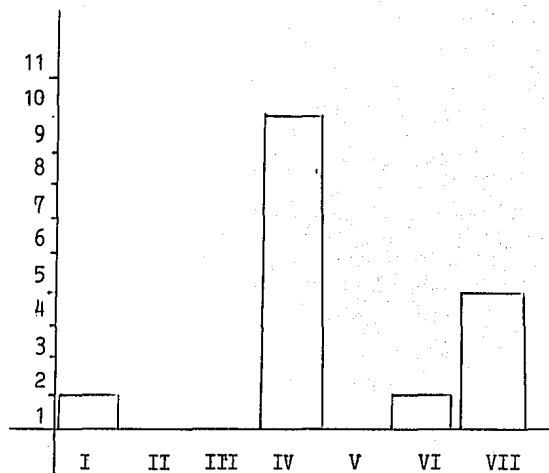
(32)

44



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Ansiedad.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico
- No coincide el diagnóstico de la historia clínica con el diagnóstico de la Escala - BPRS-C.
- No coincide el diagnóstico clínico con el diagnóstico de la Escala BPRS-C.
- Factor 4.
- Total 20.

22.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.



- Diagnóstico de Historia Clínica:
Trastorno de Atención.
- Todos coinciden en el diagnóstico clínico.
- Coincide en todos el diagnóstico de la historia clínica con el diagnóstico según la Escala - BPRS-C.
- Coincide en todos el diagnóstico de la Escala BPRS-C con el diagnóstico clínico.
- Factor 4.
- Total 15

23.- Análisis Gráfico de la Escala BPRS-C. Promedio de resultados en los 5 entrevistadores por factor.

Como se ha podido observar, cada padecimiento tiene una configuración especial. Aquí se puede observar como los factores se muestran elevados en relación directa al padecimiento del paciente. Por decir algo, con los pacientes con Trastorno Hiperquinético, muestran franca elevación en el factor 4, los que tienen Depresión, de el Factor 2, etc. Es necesario entonces tratar de hacer una Escala promedio para cada enfermedad; es lo que a continuación muestro.

Tomando a los pacientes y colocandolos en grupos según la enfermedad que se le diagnosticó, y con el número que le corresponde a cada una de las gráficas, tenemos lo siguiente:

- 1.- Trastorno Hiperquinético.- 4, 5, 8, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 29, 33, 35, 37, 45.
- 2.- Trastorno de Lenguaje.- 1, 12, 27, 38, 41.
- 3.- Trastorno de Conducta.- 6, 39, 43.
- 4.- Trastorno Ansioso.- 16, 31, 44.
- 5.- Depresión.- 23, 34, 40.
- 6.- Retardo Mental Mixto del Desarrollo.- 2, 28.
- 7.- Trastorno Por Evitación.- 7, 21.
- 8.- Enuresis.- 25, 32.
- 9.- Epilepsia Parcial de Semiología Compleja.- 3.
- 10.-Ausencias del Petit Mal.- 9.
- 11.-Sano.- 11.
- 12.-Trastorno del Hábito Alimenticio.- 13.
- 13.-Trastorno Esquizoide.- 26.
- 14.-Trastorno de la Vinculación en la Infancia.- 42.
- 15.-Negativismo. Framacodependencia.- 36.
- 16.-Angustia de Separación.- 30.

Así, de los promedios obtenidos en cada una de las columnas, de la suma de cada factor en las 5 Escalas BPRS-C aplicadas a cada paciente, se pueden desarrollar en un enlistado y obtener a su vez un promedio de la suma de éstos promedios en todos los pacientes con una misma enfermedad.

A continuación se muestra dicho enlistado; se presenta a su vez la suma total y por último, su promedio

TRASTORNO HIPERQUINETICO							
PACIENTE	FACTORES						
	I	LL	III	IV	V	VI	VII
4	4			11		4	
5	3			11	4	4	
8		1		7	5	6	3
10	6			10		3	7
14	1			10		3	4
15	5	5		6		3	
17	8	2		11	1	6	3
18	4		3	8		7	3
19	6	1		13		3	2
20	1	2		7		3	2
22	8			10	3	6	4
24	4	1		6		6	5
29	9	5	2	12	5	5	2
33		1	3	15		8	
35	3			8		7	
37	6	3	1	5		7	2
45	1			9		1	4
17	69	21	9	159	18	82	41
PROMEDIO	4.2	1.2	.5	9.3	1.05	4.8	2.4

DEPRESION

PACIENTE	FACTORES						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
23	1	7		3	4	8	2
34	5	9		2	4	6	
40	12	5	1	5	6	8	
3*	18	27	1	10	14	22	2
PROMEDIO	6	7	.3	3.3	4.6	7.3	.6

RETARDO MIXTO DEL DESARROLLO

PACIENTE	FACTORES.						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
2	8	5		9	1	8	3
28	3	3	1	3	6	4	4
2	11	8	1	12	7	12	7
PROMEDIO	5.5	4	.5	6	3.5	6	3.5

TRASTORNO POR EVITACION

PACIENTE	FACTORES.						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
7	5	9		5	7	6	2
21	2	3		1	6	9	1
2	7	12		6	13	15	3
PROMEDIO	3.5	6		2	6.5	7.5	1.5

TRASTORNO DE LENGUAJE

PACIENTE	FACTORES						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
1		1		4		3	3
12	5			5	1	1	3
27			4	7	2	4	3
38		2		7		2	4
41	4			9	1	4	2
5	9	3	4	32	4	14	15
PROMEDIO	1.8	.6	.8	6.4	.8	2.8	3.

TRASTORNO DE CONDUCTA.

PACIENTE	FACTORES						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
6	4	2			2	5	
39	6	2	1	8		4	1
43	9	3	4	3	4	3	1
3*	19	7	5	11	6	12	2
PROMEDIO	6.3	2.3	1.6	3.6	2	4	.6

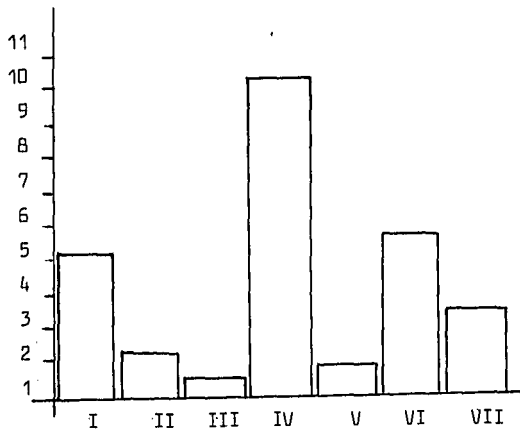
TRASTORNO ANSIOSO

PACIENTE	FACTORES						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
16	2	3		6	1	5	
31	3	3		3	4	10	3
44	1	1		8		7	3
3	6	7		17	5	22	6
PROMEDIO	2	2.3		5.6	1.6	7.3	2

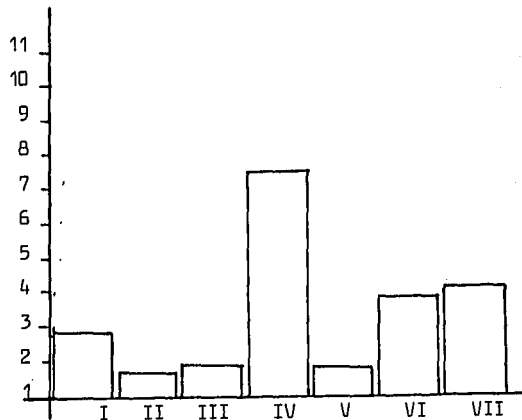
Una vez que se tiene el promedio, podemos ahora si gratificar en forma similar a la anterior, por columnas y poniendo en las absisas a los factores y el valor numérico en las ordenadas. De esta forma se obtiene una grafica promedio por enfermedad. Es evidente que esto solo puede hacerse con aquellos padecimientos que se presentaron en más de una ocasión en el estudio, caso concreto, el trastorno hiperquinético.

A continuación se muestran las gráficas promedio por padecimiento.

TRASTORNO HIPERQUINETICO

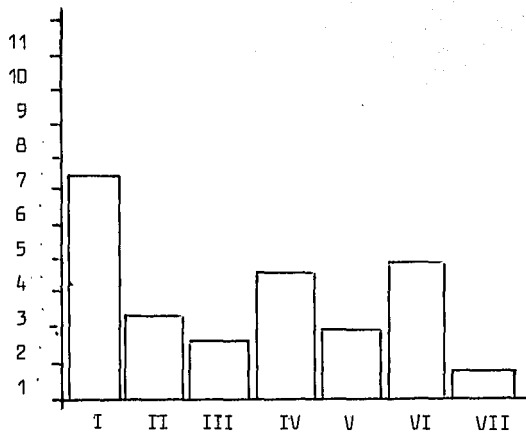


TRASTORNO ESPECIFICO DEL LENGUAJE



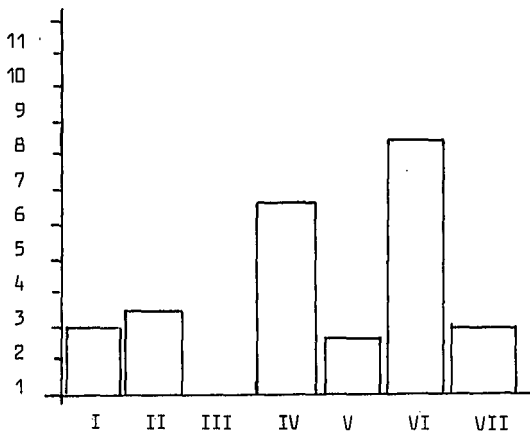
1.- Análisis Gráfico según enfermedades. Promedio.

3



TRASTORNO DE CONDUCTA

4

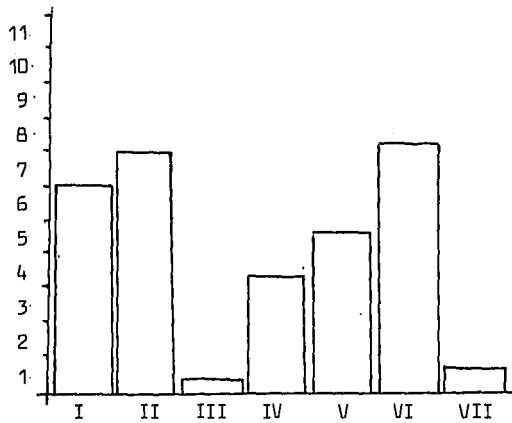


TRASTORNO ANSIOSO

(40)

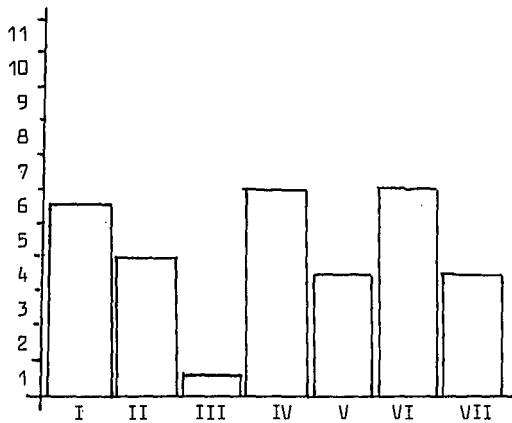
2.- Análisis Gráfico según enfermedades. Promedio.

5



DEPRESION

6

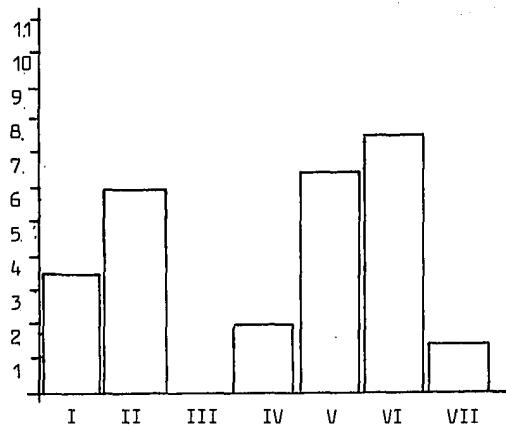


RETARDO MIXTO DEL DESARROLLO

3.- Análisis Gráfico según enfermedades. Promedio.

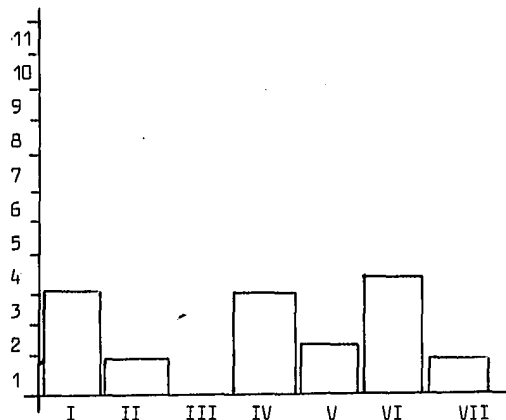
(41)

7



TRASTORNO POR EVITACION (DEPRESION).

8



ENURESIS

4.- Análisis Gráfico según enfermedades. Promedio.

Como se puede ver, cada padecimiento da cierta configuración especial en la gráfica y si se comparan unas con otras se hace evidente el hecho de la diferencia entre la gráfica de el trastorno hiperquinético y la de la depresión. Esto es, si se aplica el Factor I de la Escala de un hiperquinético con el Factor I de la Escala de un deprimido, habrá diferencias de 3 o más dígitos.

Para hacer lo anterior más claro, haré a continuación un enlistado de las diferencias que existen entre cada paciente con respecto a su Escala promedio.

Por otra parte, se someterá a la misma prueba a pacientes con diagnósticos diferentes a la Escala promedio. En esta última se podrá ya ver con claridad la diferencia tan importante que existe entre los resultados de las Escalas de los pacientes con diferentes diagnósticos.

A continuación se presenta, por cada padecimiento, las diferencias que existen entre el standard, la Escala promedio, y cada uno de los pacientes con dicha enfermedad.

En la parte superior se muestra a los 7 factores y en la lateral izquierda el número de el paciente. Aquí se expresa la diferencia según el factor.

TRASTORNO POR EVITACION

PACIENTE	FACTORES						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
7	5	9		5	7	6	2
21	2	3		1	6	9	1
<hr/>							
PROMEDIO	7	12		6	13	15	3
	3.5	6		2	6.5	7.5	1.5

ENURESIS

PACIENTE	FACTORES.						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
25	2	2			3	7	2
32	4			6			
<hr/>							
PROMEDIO	6	2		6	3	7	2
	3	1		3	1.5	3.5	1

HIPERQUINESIA

	I	II	III	IV	V	VI	VII	El paciente con vista a la Standard.
4	0	-2	-1	+3	-1	0	-3	
5	-1	-2	-1	+2	+3	0	-3	
8	-4	0	-1	-1	+4	0	0	
10	+2	-2	-1	+1	-1	-2	+4	
14	-3	-2	-1	0	-1	-2	+1	
15	0	+3	-1	-4	0	0	-3	
17	+4	0	-1	+1	0	+2	0	
18	0	-2	+2	-1	-1	+3	0	
19	+2	0	-1	+3	-1	-1	0	
20	-3	+1	-1	-3	-1	-1	0	
22	+1	-1	-1	0	+2	0	0	
24	0	0	-1	-4	-1	0	+1	
29	+5	+3	+1	+2	-3	0	-1	
33	+4	0	+2	+5	-1	+4	-3	
35	-1	-1	-1	0	-1	+2	-3	
37	+2	+1	0	-4	-1	+2	-1	
45	-3	-1	-1	0	-1	-4	+1	

TRASTORNO DEL LENGUAJE

	I	II	III	IV	V	VI	VII
1	-2	0	-1	-2	-1	0	0
12	+3	-1	-1	-1	0	-2	0
23	-2	-1	+3	0	+1	+1	0
38	-2	+1	-1	0	-1	-1	0
41	+2	-1	-1	+1	0	0	-1

TRASTORNO DE CONDUCTA

	I	II	III	IV	V	VI	VII
6	-2	0	-2	-4	0	0	-1
39	0	0	0	+3	-2	0	0
43	+3	0	+1	-1	+1	-1	0

TRASTORNO ANSIOSO

	I	II	III	IV	V	VI	VII
16	0	0	0	0	0	-2	-2
31	+1	0	0	-2	+2	+2	+1
44	-1	-2	0	+2	-2	0	+1

DEPRESION.

	I	II	III	IV	V	VI	VII
23	-5	0	0	0	0	0	+1
34	-1	+2	0	-1	-1	-1	0
40	+7	-2	0	0	0	0	0

RETARDO MIXTO DEL DESARROLLO

	I	II	III	IV	V	VI	VII
2	+2	+1	0	+3	-2	+1	0
28	-2	-1	0	-3	+2	-1	0

TRASTORNO POR EVITACION

	I	II	III	IV	V	VI	VII
7	+1	+3	0	+2	0	-1	0
21	-1	-3	0	-2	0	+1	0

	I	II	III	IV	V	VI	VII
21	-4	-4	0	-2	+1	-1	0
7	-1	+1	0	+2	0	-2	+1

ENURESIS

	I	II	III	IV	V	VI	VII
25	-1	+1	0	-3	+2	+2	+1
32	+1	-1	0	+3	-2	-2	-1

CON LA DE DEPRESION

	I	II	III	IV	V	VI	VII
25	-4	-5	0	-3	-2	0	+1
32	-1	-7	0	+2	+5	+8	0

CUALQUIER TRASTORNO HIPERQUINETICO CON RESPECTO
A LA ESCALA DE DEPRESION.

	I	II	III	IV	V	VI	VII
5	-4	-8	-1	+8	-1	-4	-1
20	-5	-5	-1	+4	-6	-4	-1

Como se puede observar, las diferencias que existen entre la gráfica standarisada y la gráfica por paciente de cada enfermedad no son muy marcadas. Los pacientes con trastorno hiperquinético, por decir algo, muestran una configuración similar entre ellos mismos. En otro sentido, cuando se compará un paciente con otro diagnóstico con la escala standarisada, las diferencias si se hicieron manifiestas.

Esto apoya más el hecho de que la Escala conforma-- cierta gráfica según el padecimiento. De esto se pueden obtener muchos beneficios; uno de ellos podría ser el hecho de -- que encontrar a un paciente con ciertas características psicopatológicas, podría compararse con los patrones obtenidos y -- así ser un buen apoyo diagnóstico. Dado que hablan de factor, -- en donde se incluyen 3 items, no resulta una forma muy real -- de ver que item con precisión fue el más elevado en cada caso, es conveniente hacer un análisis de los items que resultaron con un puntaje mayor y que enfermedad se determinó. Así, a -- continuación se muestra un enlistado de los items que tuvieron un valor mayor de 4 por entrevistador y por paciente. De esta forma se tiene el número del paciente, el entrevistador y el item en el caso de haber obtenido un valor superior o igual a 4.

ITEMS QUE RESULTARON CON VALOR POR ARRIBA O IGUAL A 4
 POR PACIENTE Y POR ENTREVISTADOR.

PACIENTE	ENTREVISTADOR					PACIENTE	ENTREVISTADOR				
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
45	10-4 11-4	10-5 11-5	10-5 11-5	10-4 11-4	10-4	44	10-4 11-5 18-4	10-4 11-4 21-4	10-4 11-4 21-4	11-5	11-4
43		2-4 3-4	2-4 3-4	2-4 3-4	16-4	42		17-4	17-4	17-4	
41	10-4 12-4 20-6	10-4	10-4	10-4 12-4 20-5	10-5 12-5 20-6	40	1-5 2-5 5-4 11-4 18-4	1-4 2-5 3-4 11-4 15-4 16-5 18-4	1-4 2-5 3-4 11-4 15-4 16-5 18-4	2-5 3-4 16-4	3-4 11-4 18-4
39			10-4 16-4	10-4			20-4	20-4	20-4	10-4	
37	11-4	11-4	11-4		11-4	36	1-5	1-5	1-6	1-4	1-5
35	10-5 16-4	10-5 16-4	10-5 11-4		10-4 16-4	34	4-5 5-4 6-4 18-5	4-5 5-4 6-4 18-5	4-5 5-4 6-4 18-4	4-5	4-5
33	10-4 11-5 12-6 16-5 17-5	10-4 11-5 12-6 16-5 17-5	7-4 10-5 11-6 12-5 16-5	10-5 11-5 12-6 16-5	11-4 12-5 16-4	32	11-4	11-4	11-4	11-4	

ITEMS QUE RESULTARON CON VALOR POR ARRIBA O IGUAL A \$
 POR PACIENTE Y POR ENTREVISTADOR

	PACIENTE						ENTREVISTADOR				
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
31	11-4 16-6 17-4 21-4	16-5 17-5 21-4	16-4	17-4	16-5 17-5 21-4	30	1-6 2-6 12-4 16-4 17-5	1-6 2-6 3-5 12-4 16-4 17-5	1-6 2-6 3-5 12-4 16-4 17-5	1-5 2-4 12-4 20-4	1-5 2-5 3-5 16-5 17-5
29	1-5 2-5 10-5 11-5 13-4	1-4 2-4 10-4 11-4	1-4 2-4 10-4 11-4	2-4 10-4 11-4 21-4	2-4 10-4 11-4	28	13-4 14-5 20-5	20-4 20-5	20-5 9-4 14-4 17-4	20-4	
27	7-4 12-4 16-4 20-4	7-4 12-4 16-4 20-4	7-5 16-4 20-5	15-4	5-4 15-4	26		14-4			
25						24	10-4 20-4	1-4	1-4	1-4	
23	4-4 16-4	5-4 14-4 16-4	4-4 5-4 14-4 16-4 18-4	18-4	4-4 16-4	22	1-4 10-4 12-4 17-6 20-5	1-4 10-4 12-4 20-4	17-4 20-5	15-4 12-4 17-5 20-4	
21	18-5	18-4	18-4	3-4 4-5 13-4 15-6 18-4	18-4	20	11-4	11-4			

En la forma en que se han obtenido los datos se hace poco evidente los resultados de este análisis. En la próxima tabla se hace mención de los items obtenidos en la anterior tabla; por orden y con el diagnóstico que se obtuvo con la -- Historia Clínica. Ya en esta tabla se observa con claridad -- que los items 10 y 11 son los que más comunmente se observan elevados. Que los items 7,8 y 9 resulta más bien raro encontrarlos. Aquí ya se empieza a vislumbrar la sensibilidad de la Escala. Por decir algo, 13 de los 17 pacientes con Hiperquinesia resultaron con el item 10 por arriba o igual a 4; 14 de los 17 con la misma enfermedad en el items; que 3 de los 3 pacientes con depresión tuvieron el item 18 arriba o igual a 4; y así con otros valores.

# DE PACIENTE	ITEM	PUNTAJE	DIAGNOSTICO
40	I	5 - 4 - 4 - -	DEPRESION
36	I	5 - 5 - 6 - 4 - 5	NEGATIVISMO
30	I	6 - 6 - 6 - 5 - 5	ANGUSTIA DE SEP.
29	I	5 - 4 - 4 - -	TRASTORNO HIPERQ.
24	I	- 4 - 4 - - 4	HIPERQ.
22	I	4 - 4 - - - 4	HIPERQ.
43	II	- 4 - 4 - 4 -	TRASTORNO CONDUCTA
40	II	5 - 5 - 5 - 5 -	DEPRESION
30	II	6 - 6 - 6 - 5 - 5	ANGUSTIA DE SEP.
29	II	5 - 4 - 4 - 4 - 4	TRASTORNO DE ATENCION
17	II	4 - 4 - 4 - 4 -	DOC. HIPERQ.
10	II	4 - 4 - 4 - 5 - 5	
43	III	- 4 - 4 - 4 -	TRASTORNO DE CONDUCTA
40	III	- 4 - 4 - 4 - 4	DEPRESION
34	III	- - - - 4	DEPRESION
30	III	- 5 - 5 - - 5	ANG. DE SEP.
21	III	- - - 4 -	TRASTORNO POR EVITACION DEPRESION
15	III	- - - - 4	TRASTORNO DE ATENCION
34	IV	5 - 5 - 4 - 4 -	DEPRESION
23	IV	4 - - 4 - - 4	DEPRESION
21	IV	- - - 5 -	TRASTORNO POR EVITACION DEPRESION
7	IV	4 - 5 - 5 - 5 - 5	TRASTORNO POR EVITACION
40	V	4 - - - -	
34	V	4 - 4 - 4 - 4 -	DEPRESION
27	V	- - - - 4	DEPRESION
23	V	- 4 - 4 - -	TRASTORNO DE LENGUAJE
7	V	4 - 4 - 4 - 4 - 4	DEPRESION TRASTORNO POR EVITACION
34	VI	4 - 4 - - 4 -	DEPRESION
33	VII	- - 2 - -	HIPERQ.
27	VII	4 - 4 - 5 - -	TRASTORNO DE LENGUAJE
28	IX	- - 4 - -	TRASTORNO DEL DESARROLLO

# DE PACIENTE	ITEM	PUNTAJE	DIAGNOSTICO
45	X	4 - 5 - 5 - 4 - 4	HIPERQ.
44	X	4 - 4 - 4 - - -	T. ANSIEDAD HIPERQ.
41	X	4 - 4 - 4 - 4 - 5	T. LENGUAJE HIPERQ.
39	X	- - 4 - 4 -	T. DE CONDUCTA
38	X	- - - 4 -	T. DE LENGUAJE.
35	X	5 - 5 - 5 - - 4	HIPERQ.
33	X	4 - 4 - 5 - 5 -	HIPERQ.
29	X	5 - 4 - 4 - 4 - 4	HIPERQ.
24	X	4 - - - -	HIPERQ.
22	X	4 - 4 - - -	HIPERQ.
19	X	5 - 5 - 5 - 4 - 5	HIPERQ.
18	X	4 - 4 - 4 - 4 - 4	HIPERQ.
17	X	5 - 5 - 4 - 4 -	DOC. HIPERQ.
14	X	5 - 4 - 4 - - 5	HIPERQ.
10	X	5 - 4 - 4 - 4 - 5	HIPERQ.
8	X	- 4 - 4 - 4 - 4	HIPERQ.
5	X	5 - 4 - 4 - - -	HIPERQ.
4	X	4 - 5 - 5 - - 4	HIPERQ.
2	X	4 - - 4 - 4 - 4	RETARDO MIXTO DEL DESARRO LLO.
45	XI	4 - 5 - 5 - 4 -	HIPERQ.
44	XI	5 - 4 - 4 - 5 - 4	T. ANSIEDAD HIPERQ.
40	XI	4 - 4 - 4 - - 4	DEPRESION
37	XI	4 - 4 - 4 - - 4	HIPERQ.
35	XI	- - 4 - - -	HIPERQ.
33	XI	5 - 5 - 6 - 5 - 4	HIPERQ.
32	XI	4 - 4 - 4 - 4 -	ENURESIS
31	XI	4 - - - -	T. ANSIEDAD
29	XI	5 - 4 - 4 - 4 - 4	HIPERQ.
20	XI	4 - 4 - - - -	HIPERQ.
19	XI	4 - 5 - 5 - 5 - 4	HIPERQ.
18	XI	- - 4 - - 4	HIPERQ.
17	XI	5 - 5 - 5 - 4 -	DOC. HIPERQ.
15	XI	- - - - 4	HIPERQ.
14	XI	5 - 4 - 4 - 5 - 4	HIPERQ.
10	XI	4 - 4 - 4 - 5 - 5	HIPERQ.
9	XI	4 - 4 - 4 - 4 - 4	AUSENCIAS
8	XI	5 - 4 - 4 - - 5	HIPERQ.
5	XI	5 - - - -	HIPERQ.

# DE PACIENTE	ITEM	PUNTAJE	DIAGNOSTICO
4	XI	4 - 4 - 4 - - 4	HIPERQ.
2	XI	4 - 4 - - 4 - 4	RETARDO MIXTO DEL DESARRO LLO.
41	XII	4 - - - 4 - 5	TRASTORNO DE LENGUAJE
33	XII	6 - 6 - 5 - 6 - 5	HIPERQ.
30	XII	4 - 4 - 4 - 4 -	ANGUSTIA DE SEP.
27	XII	4 - 4 - - -	T. LENGUAJE
22	XII	4 - 4 - - - 4	HIPERQ.
19	XII	- 4 - 4 - 4 - 4	HIPERQ.
4	XII	- - 4 - -	HIPERQ.
29	XIII	4 - - - -	HIPERQ.
28	XIII	4 - - - -	TRASTORNO DEL DESARROLLO
21	XIII	- - - 4 -	TRASTORNO POR EVITACION
28	XIV	5 - - - 4 -	TRASTORNO DEL DESARROLLO
26	XIV	- 4 - - -	TRASTORNO ESQUIZOIDE
23	XIV	- 4 - 4 - -	DEPRESION
7	XIV	- 4 - 4 - 4 -	TRASTORNO POR EVITACION
15	XV	- 4 - 4 - -	DEPRESION
21	XV	- - - 6 -	TRASTORNO POR EVITACION
7	XV	- 4 - 4 - -	TRASTORNO POR EVITACION
43	XVI	- - - - 4	TRASTORNO DE LA CONDUCTA
40	XVI	- 5 - 5 - 4 -	DEPRESION
39	XVI	- - 4 - -	TRASTORNO DE CONDUCTA
35	XVI	4 - 4 - - - 4	HIPERQ.
33	XVI	5 - 5 - 5 - 5 - 4	HIPERQ.
31	XVI	6 - 5 - 4 - - 5	TRASTORNO ANSIOSO
30	XVI	4 - 4 - 4 - - 5	ANGUSTIA DE SEPARACION
27	XVI	4 - 4 - 4 - -	TRASTORNO DEL LENGUAJE
23	XVI	4 - 4 - 4 - - 4	DEPRESION
8	XVI	- 4 - 4 - -	HIPERQ .
7	XVI	- - - 4 - 4	TRASTORNO POR EVITACION
5	XVI	5 - - - -	HIPERQ.

# DE PACIENTE	ITEM	PUNTAJE	DIAGNOSTICO
42	XVII	- 4 4 4 - 4 -	Trastorno Reactivo de Vincula.
33	XVII	5 - 5 - - 5 -	TRAST. HIPERQUINETICO
34	XVII	4 - 5 - - 4 - 5	TRAST. ANSIOSO
30	XVII	5 - 5 - 5 - - 5	ANGUSTIA DE SEPARACION
28	XVII	- - - 4 -	TRAST. DEL DESARROLLO
22	XVII	6 - - 4 - - 5	TRAST. HIPERQUINETICO
6	XVII	- 4 - 4 - - 4	TRAST. DE CONDUCTA ATIPICO
44	XVIII	4 - - - -	TAST. ANSIOSO
40	XVIII	4 - 4 - 4 - 4 - 4	DEPRESION
34	XVIII	5 - 5 - 4 - 4 -	DEPRESION
23	XVIII	- - 4 - 4 -	DEPRESION
21	XVIII	5 - 4 - 4 - 4 - 4	TRAST. POR EVITACION
18	XVIII	4 - 4 - - -	TRAST. HIPERQUINETICO
17	XVIII	- - 5 - -	D.O.C. TRAST. HIPERQUINETICO
41	XX	6 - - - 5 - 6	TRAST. DEL LENGUAJE
38	XX	4 - 4 - 4 - -	TRAST. DEL LENGUAJE
30	XX	- - - 4 -	ANGUSTIA DE SEPARACION
28	XX	5 - 4 - 5 - - 4	TRAST. DEL DESARROLLO
27	XX	4 - 4 - 5 - -	TRAST. DEL LENGUAJE
24	XX	4 - - - -	TRAST. HIPERQUINETICO
22	XX	5 - 4 - 5 - - 4	TRAST. HIPERQUINETICO
2	XX	- 4 - - -	RETARDO MIXTO DEL DESARROLLO
1	XX	- - 4 - -	TRAST. DEL LENGUAJE
44	XXI	- 4 - 4 - -	TRAST. ANSIOSO
31	XXI	4 - 4 - - - 4	TRAST. ANSIOSO
29	XXI	- - - 4 -	TRAST. HIPERQUINETICO
10	XXI	- 5 - 5 - 4 - 4	TRAST. HIPERQUINETICO

A continuación se ordenan a los pacientes según enfermedad y por ítem.
Aquí ya se observa con facilidad los resultados obtenidos.

PACIENTES EN QUIENES SE OBTUVO UN RESULTADO MAYOR O IGUAL A 4
4 SEGUN EL ITEM

ITEM	# DE PACIENTES	DIAGNOSTICO
1	3	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	NEGATIVISMO
	1	DEPRESION
	1	ANGUSTIA DE SEPARACION
2	2	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	D.O.C. TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	TRASTORNO DE CONDUCTA
	1	DEPRESION
3	1	ANGUSTIA DE SEPARACION
	1	TRASTORNO POR EVITACION
	1	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	TRASTORNO DE CONDUCTA
4	2	DEPRESION
	2	TRASTORNO POR EVITACION
5	4	DEPRESION
	1	TRASTORNO DE LENGUAJE
	1	TRASTORNO POR EVITACION
7	1	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	TRASTORNO DEL LENGUAJE
9	1	TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO
10	13	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	2	TRASTORNO DEL LENGUAJE
	1	TRASTORNO ANSIOSO
	1	TRASTORNO DE CONDUCTA

PACIENTES EN QUIENES SE OBTUVO UN RESULTADO MAYOR O IGUAL A 4 SEGUN EL ITEM

ITEM	# DE PACIENTES	DIAGNOSTICO
10	1	TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO
	1	TRASTORNO HIPERQUINETICO D.O.C.
11	14	TRASTORNO HIPERQUINTEICO
	2	TRASTORNO ANSIOSO
	1	DEPRESION
	1	ENURESIS
	1	D.O.C. TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	AUSENCIA DEL PETIT MAL
	1	TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO
12	4	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	2	TRASTORNO DEL LENGUAJE
	1	ANGUSTIA DE SEPARACION
13	1	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO
	1	TRASTORNO POR EVITACION
14	1	TRASTORNO POR EVITACION
	1	TRASTORNO ESQUIZOIDE
	1	TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO
	1	DEPRESION
15	2	TRASTORNO POR EVITACION
	1	DEPRESION
16	4	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	2	TRASTORNO DE CONDUCTA
	2	DEPRESION
	1	TRASTORNO ANSIOSO
	1	TRASTORNO DEL LENGUAJE
	1	TRASTORNO POR EVITACION
	1	ANGUSTIA DE SEPARACION

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PACIENTES EN QUIENES SE OBTUVO UN RESULTADO MAYOR O IGUAL A 4 SEGUN EL ITEM

ITEM	# DE PACIENTES	DIAGNOSTICO
17	2	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO
	1	TRASTORNO DE CONDUCTA ATIPOICO
	1	TRASTORNO ANSIOSO
	1	TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACION
	1	ANGUSTIA DE SEPARACION
18	3	DEPRESION
	1	TRASTORNO POR EVITACION
	1	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	1	TRASTORNO ANSIOSO
	1	D.O.C. TRASTORNO HIPERQUINETICO
20	4	TRASTORNO DEL LENGUAJE
	2	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	2	TRASTORNO DEL DESARROLLO
	1	ANGUSTIA DE SEPARACION
21	2	TRASTORNO HIPERQUINETICO
	2	TRASTORNO ANSIOSO

R E S U L T A D O S

De todo el análisis anterior, los datos que se pueden inferir, hay que aclarar, deben de ser tomados con cautela. En principio, la población estudiada, no es abierta. Además de los criterios de inclusión, la población que llega al CCSM es población que ha sido sensibilizada por parte -- del mismo Centro; o bien, en forma directa, por pacientes o personas que -- de algún modo conocen o han oído hablar del CCSM.

Dado que en las Escuelas se han impartido pláticas en las que se habla de distintas enfermedades, pláticas dadas por el mismo personal del CCSM, entre ellas se ha hecho énfasis en el Trastorno Hiperquinético; de este modo, los padres y los maestros conocen bien este padecimiento, pudiendo decir que están familiarizados con él, Esto ha hecho que dichos padres o maestros envíen a el CCSM a todo niño que encuentren con éste -- problema y, como ha de inferirse, hace que la muestra en cierto sentido -- sea selectiva.

Pero, a pesar de éstos hechos, hay algunos datos que se pueden -- sacar en conclusión. Para ésto, hacemos un pequeño resumen de los datos -- obtenidos con la utilización de la Escala BPRS-C. A continuación se muestra una tabla en donde se menciona el número del paciente, el factor mas elevado según el entrevistador, si coinciden entre ellos, si coincide el -- Diagnóstico Clínico obtenido por los 4 ayudantes con el Diagnóstico obtenido con la elaboración de la Historia Clínica.

Aquí presentamos la tabla:

TABLA DE RESULTADOS POR ENTREVISTADOR Y FACTORES

PACIENTE	H.C.	I	II	III	IV	TODOS COINCIDEN	COINCIDEN CON H.C.	COINCIDEN ENTRE ELLOS PERO NO CON H.C.
1	4	4	46	46	4	si	Todos	Todos
2	14	4	4	6	4	no	3	Todos
3	6	6	26	26	6	si	Todos	Todos
4	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
5	4	5	4	4	4	no	3	Todos
6	6	6	6	6	6	si	Todos	Todos
7	2	2	2	2	2	si	Todos	Todos
8	56	4	4	6	4	no	1	3
9	46	4	4	4	4	si	Todos	Todos
10	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
11	0	0	0	0	0	si	Todos	Todos
12	4	1	1	1	14	no	1	3
13	6	6	56	1	1	no	2	62
14	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
15	6	4	4	1	4	no	0	3
16	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
17	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
18	46	46	4	4	4	si	Todos	Todos
19	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
20	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
21	6	6	6	6	6	si	Todos	Todos
22	4	4	4	5	46	no	3	0
23	6	6	6	6	6	si	Todos	Todos
24	4	6	6	4	6	no	1	3
25	6	6	6	6	6	si	Todos	Todos
26	2	5	5	5	5	no	0	4

PACIENTE	H.C.	I	II	III	IV	TODOS COINCIDEN	COINCIDEN CON H.C.	COINCIDEN ENTRE ELLOS PERO NO CON H.C.
27	4	4	4	4	5	no	3	Todos
28	5	5	5	3	5	no	3	0
29	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
30	1	1	1	1	1	si	Todos	Todos
31	6	6	6	6	6	si	Todos	Todos
32	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
33	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
34	2	2	2	2	1	no	3	0
35	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
36	1	1	1	1	1	si	Todos	Todos
37	16	6	6	16	6	si	Todos	Todos
38	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
39	4	4	4	4	14	si	Todos	Todos
40	1	1	1	1	1	si	Todos	Todos
41	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos
42	56	6	6	56	6	si	Todos	Todos
43	1	1	1	1	1	si	Todos	Todos
44	46	4	4	4	4	si	Todos	Todos
45	4	4	4	4	4	si	Todos	Todos

H.C., I,II,III,IV. ■ 5 Entrevistadores.

De éstos datos, se pueden extraer algunos hechos interesantes.

Presentaré a continuación estos resultados.

I Coincide en todos el Diagnóstico Clínico con el Diagnóstico que obtuvo el que elaboró la Historia Clínica.

TOTAL: 38

PORCENTAJE: 84%

- No coinciden todos:

TOTAL: 7

PORCENTAJE: 16 %

II No coinciden los 4 ayudantes con el Diagnóstico de la Historia Clínica pero si en el Diagnóstico Clínico de ellos:

TOTAL: 2

PORCENTAJE: 4% (Del total)

- Coinciden 3 de los ayudantes en el Diagnóstico Clínico pero no con el Diagnóstico de la Historia Clínica

TOTAL: 3

PORCENTAJE: 6% (Del total)

- Coinciden 2 de los ayudantes en el Diagnóstico Clínico con el Diagnóstico de la Historia Clínica, y 2 no coinciden, coincidiendo éstos entre sí:

TOTAL: 1

PORCENTAJE: 2%

III Coincide el Diagnóstico de la Historia Clínica con el Diagnóstico probable según el Factor que haya salido mas elevado en la Escala BFRS-C :

TOTAL: 34

PORCENTAJE: 75%

- Coincide el Diagnóstico de la Escala BPRS-C del que elaboró la Historia Clínica con el Diagnóstico de los observadores I, II, III, - y IV :

TOTAL: 32

PORCENTAJE: 71%

- Coinciden 3 de los observadores en el Diagnóstico con el Diagnóstico de la Historia Clínica y 1 no coincide:

TOTAL: 2

PORCENTAJE: 4%

- No coinciden el Diagnóstico de la Escala BPRS del que elaboró la Historia Clínica con el Diagnóstico de los observadores I, - II, III y IV:

TOTAL: 7

PORCENTAJE: 15%

IV Diagnóstico no incluido en el DSM III:

TOTAL: 3

PORCENTAJE: 6%

Como se puede observar, el hecho de que coincidan en el Diagnóstico de la Historia Clínica con el Diagnóstico de los que aplicaron la Escala BPRS-C en un 84%, es un valor elevado, bastante significativo, que habla de la sensibilidad de la Escala. Es necesario aclarar que, por el diseño del estudio, en éste caso no se puede obtener en forma adecuada la sensibilidad o especificidad de la Escala; para ello habría de elaborarse otro diseño en donde se tomaseen grupos control y grupos con algún tipo de padecimiento y medir los resultados con otra escala.

Por otra parte, coincide en un 75% el Diagnóstico de la Historia Clínica con el Diagnóstico según la Escala BPRS-C analizada por Factores y ésto habla a su vez de que la Escala aplicada por si sola tendría 3/4 posibilidades de acertar en el Diagnóstico. Esto debe de ser tomado, como es de suponerse, con las debidas reservas.

El análisis por Factor de la Escala BPRS-C solo menciona diagnósticos aproximados; varios diagnósticos del que se escoje tan solo uno. También hay que aclarar que quienes aplicaron la Escala BPRS-C son compañeros que, de alguna u otra forma, han llevado la misma formación que yo y hemos llevado la Práctica Clínica Psiquiátrica en los mismos lugares, haciendo que el criterio entre nosotros sea muy similar.

En cuanto al análisis que se hizo de la Escala por ITEM, aunque ya se ha hablado de algunos en el desarrollo, hay algunos hechos que sobresalen:

A).- De los 17 pacientes que fueron diagnosticados con trastorno hiperquinético, 13 tuvieron el ítem 10 arriba o igual a 4.

Aunque si bien los criterios no fueron uniformados en cuanto al significado concreto de cada ítem, así como el valor numérico que obtendría cada ítem según la severidad de los síntomas, es claro como este punto en

el que se habla de hiperactividad, sale elevado en un 76 % de los casos.- Esto habla de la utilidad diagnóstica de la Escala.

B).- De los 17 pacientes que fueron diagnosticados con Trastorno de Hiperactividad, 14 resultaron con el ítem 11 superior o igual a 4.

Lo mismo, solo que en este ítem el porcentaje resulta de 82 %,- lo cual hace aún más indicativo este ítem.

C).- De los 5 pacientes diagnosticados con trastorno del lenguaje, 4 resultaron con ítem 20 por arriba o igual a 4.

Aquí se observa una efectividad de 80 % para detectar este trastorno.

D).- De los 3 pacientes diagnosticados con depresión, 3 resultaron con el ítem 18 por arriba o igual a 4.

Sin duda, este ítem resulta ser muy indicativo para el trastorno depresivo, ya que se presentó elevado en un 100 % de los casos.

E).- De los pacientes diagnosticados con depresión, 3 tuvieron el ítem 5 por arriba o igual a 4.

Lo mismo que el anterior inciso, este ítem resulta muy indicativo a la depresión.

F).- De los 17 pacientes diagnosticados con trastorno hiperquinético, 4 resultaron con el ítem 16 por arriba o igual a 4.

Esto habla de que el ítem 16 acierta en un 23 % de los casos.

El manejo de los resultados de la Escala BPRS-C debe de ser cauteloso. Sin duda alguna, la muestra de 45 pacientes no es lo suficientemente grande como para hablar de que los datos son concluyentes. Pero sí es apreciable el hecho de que son 5 psiquiatras quienes la aplican al mismo tiempo, aunado a el hecho de que estos tienen similar formación.

CONCLUSIONES

La Escala BPRS-C resulta ser un instrumento útil en la valoración psicopatológica en niños. Su manejo es sencillo aún y cuando se necesita que se tenga formación psiquiátrica.

Para ésto, es claro aquí que el estudio no se hizo -- comparativo entre quienes tenían formación psiquiátrica y no. -- Sería de utilidad que posteriormente se realizara una nueva investigación en este sentido, comparando la Escala aplicada por un Psiquiatra o residente en Psiquiatría, en relación a Psicólogos, enfermeros o técnicos.

La escala mostró confiabilidad, a pesar de que en forma propositiva no se explicó a los ayudantes como valorar con certeza cada uno de los items.

La Escala resultó ser indicativa de entidades nosológicas determinadas, como en el caso del trastorno hiperquinético o la depresión.

Se observó poca variación en los datos obtenidos por cada uno de los entrevistadores. En la aplicación de la Escala, los valores otorgados a el paciente tuvieron mucha similitud -- entre los 5 entrevistadores.

Fue capaz de enmarcar a los pacientes entre un grupo de padecimientos pequeños y la corteza del diagnóstico fue elevada.

La Escala resulta ser clara en cuanto a los datos -- obtenidos, se puede aplicar en un término no mayor de 20 minutos que, comparado con los 80-90 minutos en que se tarda en aplicar la historia clínica, es significativo.

Ordena el interrogatorio y hace seguir una secuencia en la obtención de datos.

Es fácil de observar los datos obtenidos cuando se re quiere hacer seguimiento en el padecimiento de algun paciente.

Aproxima al médico, ésta Escala, a alguna entidad nosológica.

Se podría aplicar la prueba con cierto intervalo en un paciente determinado y obtener así una serie de dígitos que en forma clara y simple nos daría una idea de la evolución del paciente.

Es así, un instrumento valioso, de fácil manejo, que ahorra tiempo y concreta los datos de la exploración psiquiátrica en forma evidente y rápida para estudios. Que lleva en orden la evolución de un paciente; que ayuda en la obtención de datos, que ordena la entrevista y hace que los datos obtenidos sean útiles y confiables.

Esta prueba es un recurso inevitable en la investigación farmacológica.

Evita, cuando se pretende revisar expedientes, el manejo papelería excesiva. Este manejo de papelería retarda las investigaciones y los hace cansadas y tediosas.

De este modo, la Escala BPRS-C es un instrumento que debe de ser manejada en todo expediente psiquiátrico, no solo para clasificar los datos obtenidos, sino para facilitar su manejo en estudios retrospectivos.

Es por todo lo anterior que pudo decir que la hipótesis de mi trabajo está confirmada.

B I B L I O G R A F I A

- Feighner J.P. Robins E. Guze, S.B. et al. Diagnostic criteria for use in Psychiatric research . Arch Ger. Psychiatric 2b 57. 1972.
- Spitzer R.L. A Response to the theat of a clasification -- scheme for the psychosocial disorders. Some specific sugges tion. Se Ortopsychiatry 41: 838:1971.
- Spitzer R.L. and Endicot J. Diagno II. Further develepments in a computer program for psychiatric diagnoses Am. J. Psy- chiatric 125, Suppl, 12:1969.
- Spitzer R.L. and Endecot J. Con the computer assist clinicians in diagnosis. Am J. Psychiatry 131, 523, 1974.
- Spitzer R.L. and Endicot J. Fleisi J.L. and cohen J.the psy- chiatric status schedule: Atechique for evoluating psycho- pathology and impaemente in role functioving. Arch Gen, Psy- chaitry 23:41-1970.
- Spitzer R.L. and Wilson P.T. A Guide to the American Psychia- tric Assaceations new diagnostic nomenclatune A.M. J. Psychia- try 124: 41 - 1968.
- Spitzer R.L. Fleiss J.L. Kernohan W.Lee J.G. and Balwin I.I. mental status schedule compareng Kentucky and new York Schi- zophrenias. and. Gen psychiatry. 12.448: 1968
- Freedman Alfred. M. Kaplan Harold I. Tratado de Psiquiatría. primera edición en español. Cap. 15 - 951 y ss. Ed. Salvat- S.A.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM III. Ed. Masson. Primera edición Junio de 1983. Barcelona.

- 1.- Colodrón, Antonio. Las Esquizofrenias. Edit. S. XX España 1984
p. 130
- 2.- Schneider, K. Citado en el libro Las Esquizofrenias de Antonio
Colodrón. Edit S. XX España 1984 p 133
- 3.- Overall, John E. Psychopharmacology Bulletin. Vol 18 No 2
Abril 1982 PP 10-16.
- 4.- Overall, John E. Psychological Report, 1962, 10, 799-812