



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**DESARROLLO DE UNA ESCALA DE  
AUTO-REPORTE PARA MEDICIÓN DE  
SÍNTOMAS MANIACOS EN  
ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA  
(EMUN - AR), BASADO EN LA  
ESCALA PARA MANÍA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
COLOMBIA (EMUN)**

**Mauricio Andrés Rivera Viera, MD.**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Sede Bogotá DC, Colombia  
2013

# **DESARROLLO DE UNA ESCALA DE AUTO-REPORTE PARA MEDICIÓN DE SÍNTOMAS MANIACOS EN ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA (EMUN - AR), BASADO EN LA ESCALA PARA MANÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (EMUN)**

**Dr. Mauricio Andrés Rivera Viera**  
**Cód. Estudiantil 05598797**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Especialista en Psiquiatría**

Director:

Dr. Jorge Rodríguez-Losada, MD - Psiquiatra - Docente Departamento de Psiquiatría,  
Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá.

Co-Director:

Dr. Ricardo Sánchez Pedraza, MD, MSc. – Docente Departamento de Psiquiatría,  
Universidad Nacional de Colombia- Sede Bogotá - Sede Bogotá.

Línea de Investigación: Investigaciones en Clínica Psiquiátrica

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Sede Bogotá DC, Colombia  
2013

A mi familia  
y a Mil

Remember when you were young  
you shone like the sun.  
Shine on you crazy diamond.  
Now there's a look in your eyes,  
like black holes in the sky  
shine on you crazy diamond.  
You were caught in the cross fire,  
of childhood and stardom  
blown on the steel breeze  
come on you target for faraway laughter,  
come on you stranger, you legend, you martyr,  
and shine!

De la canción: SHINE ON YOU CRAZY DIAMOND – Pink Floyd (1974)

Tú enrúmbate y después derrúmbate. Échale de todo a la olla que producirá la salsa de tu confusión. Ahora me voy, dejando un reguero de tinta sobre este manuscrito. Hay fuego en el 23.

De la novela: QUE VIVA LA MÚSICA – Andrés Caicedo (1974)

## **Agradecimientos**

Al estudiante de Internado especial en psiquiatría, Roger Polanco por su colaboración en la recolección de datos.

A las doctoras y doctores Dora Linda Gómez Mora, Elena Martín Cardinal, Franklin E. Escobar-Córdoba, Mario E. F. Muñoz Echeverry, todos docentes del departamento de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, por enseñarme otras maneras de ver el arte y ciencia que es la psiquiatría.

A los doctores Jorge Rodríguez-Losada de allende, y Ricardo Sánchez, tutores en este trabajo de investigación por su paciencia y enseñanzas encaminadas a encontrar nuevos paradigmas en la investigación clínica.

Y finalmente a las Clínicas de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en las ciudades de Bogotá, Chía y Manizales; así como a los participantes en las reuniones de pacientes de la Asociación Colombiana de Bipolares (Bogotá DC), por permitir realizar la recolección de datos a los pacientes que aceptaron colaborar con la aplicación de las escalas.

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos del estado del ánimo son los más prevalentes en nuestro país; sin embargo no se cuenta con un instrumento validado tipo autoreporte para medir la sintomatología maniaca, por lo que nos propusimos como objetivo de desarrollar y validar una escala de autoreporte basados en la escala para manía de la Universidad Nacional (EMUN). **Materiales y Métodos:** Estudio psicométrico, descriptivo y correlacional. Diseño transversal. Se evaluaron 150 pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar con episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto, aplicando la EMUN II y la versión de autoreporte (AR) donde se calificaron 3 subescalas: Frecuencia, Intensidad, y grado de Molestia de cada uno de los 26 ítems. Para el análisis factorial se tomaron los 150 pacientes; para la confiabilidad test-retest se realizó con 29 pacientes agudos, para la sensibilidad al cambio y la validez de convergencia se realizó con 33 de los pacientes. **Resultados:** Se delimitaron 3 factores que fueron: activación, depresión, disfórico-mixto; mostraron adecuados niveles de consistencia interna, así como adecuados puntajes en la confiabilidad del test-retest según el coeficiente de correlación de concordancia de Lin, la sensibilidad al cambio y la validez de convergencia según el coeficiente de correlación de Pearson entre la escala para manía de la Universidad Nacional EMUN y la versión AR. **Discusión y Conclusiones:** Se desarrolló una escala con 26 ítems y tres calificaciones para cada uno evaluando los síntomas maniacos, siendo esta hasta lo encontrado en la literatura la primera desarrollada y validada en población hispanoparlante latina, con adecuados parámetros psicométricos siendo confiable y consistente.

**Palabras Claves (DeCS):** Trastorno Bipolar, Manía, Escala, Auto informe, Síntomas afectivos, psicometría.

## DEVELOPMENT OF A SELF-REPORT SCALE FOR MEASURING MANIC SYMPTOMS IN MANIC DEPRESSIVE ILLNESS (EMUN - AR), BASED ON THE MANIAC SCALE OF THE UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (EMUN)

### Abstract

**Background:** Mood disorders are the most prevalent psychiatric illness in our country, but there is not a validated instrument to measure self-report type manic symptoms, so we made it our goal to develop and validate a self-report scale based on the Mania Scale of the *Universidad Nacional de Colombia* (EMUN). **Materials and Methods:** Psychometric study, descriptive and correlational. Transverse. 150 patients with a diagnosis of bipolar affective disorder episode hypomanic, manic, depressive or mixed EMUN and applying the self-report version (SR) which scored three subscales: frequency, intensity, and amount of discomfort of each of the 26 items. For factor analysis of 150 patients were taken, the test-retest reliability was conducted with 29 patients acute sensitivity to change and convergent validity was conducted with 33 patients. **Results:** We delineated three factors were: activation, depression, dysphoric-mixed; showed adequate levels of internal consistency and adequate scores on the test-retest reliability, as the correlation coefficient matching Lin, sensitivity to change and convergent validity by Pearson correlation coefficient between the Mania Scale of the *Universidad Nacional de Colombia* (EMUN) and the SR version. **Discussion and Conclusions:** The scale with 26 items and three scores for each, assessing manic symptoms. The scale with 26 items and three scores for each, assessing manic symptoms. As found in the literature is the first developed and validated in Spanish speaker's Latin population, with adequate psychometric parameters being reliable and consistent.

**Keywords (MeSH):** Bipolar Disorder, Mania, Self-Report, Scale, Affective Symptoms, Psychometrics.

# Contenido

<b>1. Materiales y Métodos</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1 Diseño</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2 Participantes</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3 Instrumentos</b> .....	<b>17</b>
<b>1.4 Procedimiento</b> .....	<b>18</b>
<b>1.5 Análisis Estadístico</b> .....	<b>18</b>
1.5.1 Validación de la escala de auto-reporte.....	18
1.5.1.1 Determinación de la validez de contenido.....	19
1.5.1.2 Análisis de la consistencia interna: .....	19
1.5.1.3 Análisis de validez convergente:.....	19
1.5.1.4 Determinación de confiabilidad test-retest: .....	19
1.5.1.5 Análisis de sensibilidad al cambio:.....	19
<b>2. Resultados</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 Validez de contenido: Análisis factorial:</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2 Consistencia interna (Alfas de Cronbach):</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3 Validez de criterio convergente:</b> .....	<b>27</b>
<b>2.4 Confiabilidad test-retest:</b> .....	<b>27</b>
<b>2.5 Sensibilidad al cambio:</b> .....	<b>32</b>
<b>3. Discusión y Conclusiones</b> .....	<b>33</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>46</b>
<b>Bibliografía Complementaria</b> .....	<b>46</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 2 - 1 Análisis de diferencias individuales (método de Bland – Altman), para la calificación de la Frecuencia de la EMUN-AR. Diferencia de frecuencia pre y posterior a 2 días y la media de la frecuencia pre y posterior a 2 días.....	29
Figura 2-Figura 2 - 2 Diagrama de dispersión, Confiabilidad test-retest de la calificación de Frecuencia en la escala EMUN AR.....	29
Figura 2-Figura 2 - 3 Análisis de diferencias individuales (método de Bland – Altman), para la calificación de la Intensidad de la EMUN-AR. Diferencia de intensidad pre y posterior a 2 días y la media de la intensidad pre y posterior a 2 días. ....	30
Figura 2 - 4 Diagrama de dispersión, Confiabilidad test-retest de la calificación de Intensidad en la escala EMUN AR. ....	30
Figura 2 - 5 Análisis de diferencias individuales (método de Bland – Altman), para la calificación del grado de Molestia de la EMUN-AR. Diferencia de molestia pre y posterior a 2 días y la media de la molestia pre y posterior a 2 días.....	31
Figura 2 - 6 Diagrama de dispersión, Confiabilidad test-retest de la calificación del grado de Molestia en la escala EMUN AR. ....	31



## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 2 – 1 Distribucion por Diagnostico.....	21
Tabla 2 – 2 Validez de Contenido de la Intensidad, escala EMUN AR .....	22
Tabla 2 – 3 Validez de Contenido de la Frecuencia, escala EMUN AR .....	23
Tabla 2 – 4 Validez de Contenido de la Molestia, escala EMUN AR .....	24
Tabla 2 – 5 Consistencia Interna escala EMUN AR, Alfas de Cronbach. ....	26
Tabla 2 – 6 Validez de Criterio, escala EMUN AR .....	27
Tabla 2 – 7 Confiabilidad test-retest escala EMUN AR .....	28
Tabla 2 – 8 Confiabilidad test-retest escala EMUN AR, coeficiente de correlación de concordancia de Lin .....	28
Tabla 2 - 9 Sensibilidad al Cambio escala EMUN-AR .....	32

## Lista de Símbolos y abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>EMUN</i>	Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia
<i>EMUN II</i>	Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia versión II
<i>EMUN AR</i>	Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia versión Auto Reporte
<i>DSM IV</i>	Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales
<i>DSM IV TR</i>	Texto Revisado del Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales
<i>ISS</i>	Escala del Estado Interno
<i>CARS-M</i>	Escala de evaluación administrada por el clínico para Manía
<i>CNSP</i>	Clínica Nuestra Señora de la Paz
<i>CSJD C M</i>	Clínica San Juan de Dios Chía – Manizales
<i>ACB</i>	Asociación Colombiana de Bipolares
<i>PROMAX</i>	Estadística, Método de rotación factorial oblicuo que permite que los factores estén correlacionados, útil para conjuntos de datos grandes.
<i>QUARTIMAX</i>	Estadística, Método de rotación factorial ortogonal que minimiza el número de factores necesarios para explicar cada variable. Simplifica la interpretación de las variables observadas.

## Introducción

Los trastornos del estado de ánimo son las entidades psiquiátricas con mayor prevalencia y morbimortalidad, junto con los trastornos de ansiedad, en nuestro país. Dentro de estos, el episodio maníaco como componente nuclear del trastorno del estado de ánimo bipolar constituye uno de los más importantes. [1]

El síndrome maníaco es una de las estructuras clínicas más estables en psiquiatría. Su descripción por parte de autores del siglo XIX (Falret, Bellarger) se fundamenta en una estructura circular que oscila entre períodos de manía y depresión. Posteriormente Kraepelin introduce un concepto evolutivo y plantea la existencia de una continuidad o mezcla entre los dos polos clásicamente descritos. Las clasificaciones posteriores generan una jerarquización de los síntomas, dándole una importancia central a los de tipo afectivo, aunque sin una justificación precisa. Estudios más recientes han cuestionado tal jerarquización de síntomas. Lo anterior muestra que la construcción del síndrome se ha fundamentado básicamente en criterios descriptivos, pero que ha tenido poco en cuenta la forma en que se agrupan sistemáticamente los síntomas en los pacientes.

Su prevalencia en la población general se ha estimado entre el 1,3% y el 1,6%, y en nuestro medio alcanza hasta el 2%, cifra que podría ser mayor, teniendo en cuenta que en muchos casos estados atenuados de la enfermedad (hipomanía) pueden ser subdiagnosticados. La mortalidad asociada a esta entidad es tres veces mayor que la de la población general, dado el involucramiento en conductas peligrosas, y que hasta el 25% de pacientes diagnosticados hace intentos de suicidio.

Su presentación por género es igual y la edad promedio de inicio es de 20 años, aunque puede llegar a presentarse incluso después de la cuarta década de la vida. A pesar de la

variabilidad en su evolución, se estima que más del 15% de las personas que padecen de la enfermedad presenta más de un episodio maníaco. Se ha encontrado que son factores pronósticos para las enfermedades del estado de ánimo el mayor número de episodios, la edad de inicio, el estrato socio-económico, la adherencia al tratamiento, el abuso de sustancias y la funcionalidad premórbida. Su caracterización semiológica surge de descripciones clásicas realizadas por psiquiatras como Kraepelin, en las cuales se plantearon las bases sobre las cuales se ha estructurado la sintomatología que actualmente se acepta, pero que progresivamente ha sido modificada, hasta el punto de desconocerse la continuidad planteada originalmente entre depresión y manía, así como la posibilidad de que los síntomas afectivos no sean el eje central del síndrome. [2]

Aunque hasta el momento no existe cura para el trastorno bipolar, el tratamiento puede disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas, permitiendo controlar la frecuencia, gravedad y desajuste psicosocial de los episodios, y mejorar el funcionamiento durante los intervalos sin crisis que tenga el individuo. Ante esta situación se hace necesario mejorar las herramientas orientadas a la prevención, el diagnóstico adecuado y oportuno, y el tratamiento de los trastornos bipolares. En este sentido, es importante contar con instrumentos de evaluación adecuados para esta condición psicopatológica.

A lo largo de la historia se puede observar que progresivamente se han afinado los criterios diagnósticos y se han llegado a establecer subtipos dentro de los trastornos bipolares. En el año 2000 apareció el Texto Revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [3] (DSM-IV-TR), sistema de la Asociación Psiquiátrica Americana que abarca 375 síndromes clínicos, [4] siendo este un sistema de enfoque descriptivo, que no ofrece teoría alguna sobre la causa o etiología de los trastornos. La clasificación de los trastornos mentales se limita a la elaboración de agrupaciones tipológicas sobre la base de criterios sintomáticos y evolutivos [5] difíciles de medir objetivamente, encontrándose allí un espectro amplio de hallazgos clínicos de alteraciones en el ánimo que configuran la Enfermedad Maníaco Depresiva (Trastorno Afectivo Bipolar, según el DSM-IV-TR).

Es así como en la actualidad el DSM-IV-TR incluye criterios para episodios depresivos, maníacos y mixtos dentro del diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo uno. Sin

embargo la evolución en la conceptualización de la entidad psicopatológica no se refleja en el desarrollo de instrumentos de evaluación y medición acordes con las nuevas descripciones nosológicas. Los síndromes son agrupaciones artificiales que efectúa el clínico para predecir la respuesta a una intervención o para determinar la evolución de un paciente. En general, agrupan un conjunto de categorías relacionadas entre sí. El síndrome refleja la característica multifactorial del fenómeno salud-enfermedad y el desconocimiento de una etiología precisa, si es que ésta existe.

La utilización de instrumentos de medición en psiquiatría es una práctica relativamente reciente y se ha desarrollado debido a la particularidad del proceso de diagnóstico en esta especialidad. Para algunos, el no utilizar escalas de medición en la práctica clínica implicaría dar prioridad a la interpretación subjetiva del clínico, lo cual es difícil de medir. [6] El proceso de evaluar a un paciente supone una observación del habla y de su comportamiento, a partir de lo cual se obtienen unas “configuraciones estables” con base en un proceso de abstracción que el clínico desarrolla utilizando algoritmos previamente aprendidos. Estos algoritmos contienen dos criterios: uno que tiene que ver con la intensidad de la señal que se observa (signos o síntomas) y otro relacionado con el aparato cognoscitivo del clínico. En psiquiatría es frecuente que la señal que se observa sea de baja intensidad o esté envuelta en ruido, situación ante la cual toma mayor importancia el elemento subjetivo surgido de la estructura cognoscitiva del clínico. [7]

El progreso de la psiquiatría clínica depende de la validez y confiabilidad de las descripciones psicopatológicas. Las escalas de medición en Psiquiatría son una manera de cuantificar aspectos de la psiquis del paciente, de su comportamiento y de sus relaciones con otros individuos y con la sociedad. Consecuentemente el desarrollo y selección de los instrumentos a utilizar en diferentes poblaciones implica mucho más que una simple traducción. Este aspecto implica también diferencias significativas en el análisis de resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba, por lo que no pueden entenderse como válidos unos resultados interpretados en función de un grupo muestral de referencia que no sea similar a la población diferente para la que fue construido. Lo anterior supone que se debe prestar especial atención a cuestiones como la validez, la fiabilidad y las posibles diferencias transculturales del instrumento, con el fin de posibilitar

una evaluación efectiva, un cuidado competente del paciente evaluado, así como una mejora en la calidad de la relación entre el sujeto evaluado y el evaluador.[8]

Una escala puede definirse como la “colección de ítems que pretenden revelar diferentes niveles de determinadas características (variables) no observables directamente. Estas escalas se desarrollan cuando se quiere medir fenómenos no directamente observables”. [9]

Las escalas de evaluación de manía comienzan a desarrollarse a principios de los años setenta. Inicialmente se trataba de instrumentos extensos y complejos que requerían un tiempo de aplicación prolongado y un entrenamiento especial de los evaluadores que los usaban; además, estos instrumentos se centraban en la medición de manía clásica o pura; con el tiempo se han construido herramientas de medición cortas y de fácil aplicación y procesamiento, llegando incluso al desarrollo de escalas de autoreporte del estado maníaco y de instrumentos que incluyen ítems para evaluar manía disfórica y episodios mixtos. [10]

Sin embargo, en Colombia no existe la suficiente disponibilidad de escalas validadas para ser utilizadas en la medición de los trastornos afectivos, lo cual constituye una limitante seria en la investigación orientada a evaluar intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados. De igual forma cuando se desarrolla un nuevo instrumento, se deben considerar las ventajas y limitaciones de las escalas previas, para así poder generar una herramienta que cumpla los criterios de validación y utilidad que permitan su uso en los diferentes campos de la clínica y la investigación. [11, 12]

Para la realización de esta investigación se encontró que los instrumentos de auto-reporte (autoevaluación) disponibles para medición de síntomas maníacos ninguno ha sido validado en nuestro medio colombiano. [10, 13, 14] En España hicieron la traducción y adaptación de la Altman Self-Rating Mania Scale al ámbito español. [15]

Las categorías que agrupa un síndrome deben ser medidas de una manera adecuada, dependiendo de las cualidades que éstas posean. Si en un síndrome hay leucocitosis,

esto implica efectuar la medición con una técnica de laboratorio específica; si hay fiebre debe disponerse de un instrumento especial para medir la temperatura. Si hay hepatomegalia se requiere desarrollar una habilidad de palpación y percusión para poder medirla. De tal modo, la construcción del síndrome implica haber hecho mediciones en diferentes categorías. Estas categorías se denominan dominios, niveles, factores o campos.

En psiquiatría los diferentes dominios de un síndrome suelen ser medidos con una misma técnica, básicamente centrada en la comunicación verbal. En algunos casos, para afinar la observación, se utilizan escalas de medición. Hasta la fecha, es excepcional utilizar técnicas de laboratorio o instrumentos especiales para medir un determinado dominio en Psiquiatría.

Los reportes sobre la estructura factorial del síndrome maniaco son escasos y se realizan dentro de procesos de validación de escalas de medición. Los resultados de estos análisis no son uniformes, lo cual puede estar reflejando características diferentes de las poblaciones examinadas, o particularidades de los instrumentos utilizados en la medición. Aunque el análisis factorial es un procedimiento recomendado en la validación y desarrollo de escalas de medición, llama la atención que entre los instrumentos para evaluación de manía son pocos los que incluyen en su proceso de desarrollo un análisis de dominios. Entre ellos pueden contarse la escala de evaluación administrada por el clínico para manía (CARS -M) [16], la escala del estado interno (ISS) [13] y el inventario de autoreporte para manía [14].

En nuestro país, la literatura disponible en salud mental incluye un trabajos que permite ubicar una aproximación a la caracterización factorial del síndrome, sugiriendo que el mismo consiste básicamente en dominios configurados que pueden denominarse como afectivo (eufórico – irritable), cognoscitivo, depresivo y activación (psíquica – física – motora – social).[2, 17, 18, 19]

Para la realización del presente trabajo se utilizará como base la escala de evaluación de manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN II), instrumento con el que se tiene experiencia en la evaluación de pacientes con enfermedad bipolar en el departamento de

psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, no solo para la valoración inicial, sino para el seguimiento de pacientes hospitalizados.<sup>19</sup> Así como la información recogida en el trabajo de investigación titulado “Adaptación de una Escala de auto-reporte para Medición de Síntomas maníacos utilizando la Escala de Manía de la Universidad Nacional de Colombia EMUN” [20], donde se hizo la adaptación a primera persona del instrumento original obteniendo dos propuestas de escalas, y se formalizó la prueba piloto en español Colombiano de la escala de auto reporte para medir síntomas maníacos, siendo la versión grafica en ejes cartesianos como la definitiva para desarrollar y validar.

El objetivo de este trabajo fue realizar una escala de auto-reporte que resulte valida, confiable y útil para medir síntomas maníacos en pacientes en fase activa de la enfermedad maniaco depresiva y en manejo médico especializado, como aporte para mejorar la apreciación diagnostica, la evolución clínica y la respuesta a los manejos utilizados en la actualidad, ya que el incorporar la evaluación desde la perspectiva del paciente se introducen dimensiones adicionales que no pueden ser captadas por la evaluación clínica convencional.



# **1. Materiales y Métodos**

## **1.1 Diseño**

Se llevó a cabo un estudio psicométrico, descriptivo y correlacional, de diseño transversal.

## **1.2 Participantes**

Se evaluaron 150 pacientes adultos, con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en episodio maniaco, hipomaniaco, depresivo, mixto o no especificado que se encontraran en tratamiento especializado en las Clínicas Nuestra Señora de la Paz (CNSP), San Juan de Dios de Chía (CSJDC), San Juan de Dios de Manizales (CSJDM), Hospital Simón Bolívar (HSM) o que asisten a las sesiones de grupo de la Asociación Colombiana de Bipolares (ACB), durante el segundo semestre del 2011 y el 2012. Para incluir a un paciente en el estudio se requería como primer criterio que éste supiera leer y escribir, que existiera el diagnóstico clínico usando el sistema DSM-IV, así como su voluntariedad expresa en el consentimiento informado; previa aprobación de los comités científicos y de ética de cada una de las instituciones.

## **1.3 Instrumentos**

Los instrumentos que se aplicaron fueron las escalas EMUN II y EMUN AR, que constan de 25 y 26 ítems respectivamente, donde su calificación incluye para la EMUN II una escala ordinal que va de 0 (ausente) a 5 (aumento extremo) y la versión AR tiene 3 subescalas ordinales ubicadas como un plano cartesiano que buscan calificar los síntomas establecidos en los ítems, durante el último periodo de crisis aguda o durante la

última semana; la frecuencia establecida de 0 (nunca) a 10 (todo el tiempo), Intensidad 0 (nada) a 10 (muchísimo) y Molestia de 0 (ninguna) a 3 (mucho), para cada ítem.

## **1.4 Procedimiento**

Se aplicaba la escala EMUN AR por parte del paciente como un ejercicio de autoevaluación después de haber leído las instrucciones que estaban en el encabezado del instrumento, y de haber aclarado las posibles dudas al respecto; posteriormente se realizaba la aplicación de la escala EMUN II en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada realizada dentro de los lineamientos de un ejercicio académico de los clínicos (estudiante de internado especial de psiquiatría y estudiante de posgrado de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia) quienes previamente se habían entrenado en la aplicación del instrumento. Posteriormente se registraban datos de la historia clínica como la edad, tiempo de evolución de la enfermedad, y tipo de tratamiento que recibía.

## **1.5 Análisis Estadístico**

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para resumir las características de las variables demográficas y clínicas. El comportamiento de los puntajes dentro de los diferentes ítems y dominios se describió mediante el uso de medianas y sus correspondientes rangos intercuartílicos como medidas de dispersión. Para el análisis factorial se usaron métodos de factores principales y métodos de rotación factorial para interpretación de dominios. Se manejó un método de rotación oblicuo (Promax) que asume que no existe ortogonalidad entre las variables latentes.<sup>11</sup>

El análisis descriptivo se realizó con el programa R, versión 2.15.2 y el análisis factorial con el paquete estadístico STATA 12®

### **1.5.1 Validación de la escala de auto-reporte.**

En esta fase se evaluará la confiabilidad, la validez y la sensibilidad al cambio del instrumento considerando los siguientes procedimientos:

### **1.5.1.1 Determinación de la validez de contenido.**

Se tomaron la totalidad de los 150 pacientes efectuado con el procedimiento antes mencionado, a los cuales se les entregó la escala EMUN AR para que la respondieran. Y se efectuó un análisis factorial exploratorio.

### **1.5.1.2 Análisis de la consistencia interna:**

Se evaluaron los valores de alfa de Cronbach de la escala total, de los dominios encontrados en la etapa anterior, y del efecto del retiro de cada uno de los ítems del instrumento. Este procedimiento se efectuará con los mismos 150 pacientes del grupo anterior.

### **1.5.1.3 Análisis de validez convergente:**

A los pacientes seleccionados se aplicaron simultáneamente las escalas EMUN II y EMUN-AR. La medición de validez convergente se efectuará utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

### **1.5.1.4 Determinación de confiabilidad test-retest:**

De los pacientes que conformaron el grupo de análisis factorial, se tomaron 29 a quienes se les entregó nuevamente el instrumento para una segunda aplicación de la escala, después de dos días de la primera medición. La medición de la confiabilidad test-retest se efectuará por medio del coeficiente de correlación concordancia de Lin.

### **1.5.1.5 Análisis de sensibilidad al cambio:**

Se tomaron 33 pacientes de los que cumplieron los criterios de inclusión para el análisis factorial y recibieron tratamiento farmacológico, para que realizaran la escala nuevamente a las 2 semanas de tratamiento. La comparación de las medidas pre y post tratamiento se realizará con métodos de t pareadas de medidas relacionadas.

## 2.Resultados

El total de los pacientes tuvo una media para la edad de 42 años, y 13 años de tiempo de evolución de la enfermedad. El 64,67% de la muestra total fueron mujeres. Sobre el uso de medicamentos el 8% (n=12) de la muestra total no recibía ningún modulador afectivo, de los 138 que recibían tratamiento farmacológico el 31,88% (n=44) tomaban carbonato de litio, el 68,12% anticonvulsivantes. El 68% (n=102) de toda la muestra recibía además antipsicóticos, el 49,33% (n=74) benzodiazepinas y 8% antidepresivos. La distribución según el diagnóstico se observa en la tabla 2-1.

En cuanto a la calificación de cada ítem de la escala EMUN AR, la mediana más alta para frecuencia e intensidad fue de 5,0 para los ítems que median urgencia del pensamiento (rango intercuartílico para frecuencia=6,0 e intensidad=5,0), hiperbulia (rango intercuartílico para frecuencia e intensidad= 5,0) y afecto eufórico (rango intercuartílico para frecuencia=6,0 e intensidad=5,75), y en la calificación de molestia las altas fue igualmente para el ítem de urgencia del pensamiento, y para labilidad (ambas con una mediana= 1.5, y rango intercuartílico= 2,0 y 2,75 respectivamente); mientras que las medianas más bajas en las 3 calificaciones fueron para el ítem que midió las ideas de muerte y/o suicidio (mediana=0,0 en las 3 subescalas y rango intercuartílico=2,0; 3,0 y 2,0 para frecuencia, intensidad y molestia).

Por su parte en el instrumento EMUN II se encontró que solo para el ítem que midió hipersomnio estuvo bajo (mediana =0,0 y rango intercuartil=1,0); los demás ítems puntuaron medianas de 1,0 y 2,0.

**Tabla 2 – 1 Distribución por Diagnostico**

<b>Diagnostico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
TB hipomanía	5	3,33
TB Manía grave sin psicosis	55	36,67
TB Manía grave con psicosis	44	29,33
TB Depresivo sin psicosis	10	6,67
TB Depresivo grave con psicosis	3	2,00
TB Mixto	16	10,67
TB no especificado	17	11,33
Total	150	100

## **2.1 Validez de contenido: Análisis factorial:**

Para la calificación de **intensidad** se analizó la factorizabilidad de la matriz con la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,001$ ) y con la prueba de Kaiser - Meier \_ Olkin (0,842).

Con el criterio de valores propios  $> 1$  y con las características del gráfico de sedimentación se estableció que la mejor solución es la de tres factores.

Se utilizó un método de extracción factorial de factores de componentes principales. La mejor interpretabilidad se alcanzó con una rotación ortogonal (quartimax). Los resultados se muestran en la tabla 2-2.

Puede verse que, para la **intensidad**, se configura una estructura con tres factores que se definieron así: Factor 1 (Azul): Activación, Factor 2 (Rojo): Depresión, Factor 3 (Verde): Disfórico-mixto.

Para la calificación de **frecuencia** se analizó la factorizabilidad de la matriz con la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,001$ ) y con la prueba de Kaiser - Meier \_ Olkin (0,827). Con el criterio de valores propios  $> 1$  y con las características del gráfico de sedimentación se estableció que la mejor solución es la de tres factores.

Se utilizó un método de extracción factorial de factores de componentes principales. La mejor interpretabilidad se alcanzó con una rotación oblicua (promax). Los resultados se muestran en la tabla 2-3.

Tabla 2 – 2 Validez de Contenido de la Intensidad, escala EMUN AR

INTENSIDAD	F1	F2	F3	UNICIDAD
afecto irritable		0,4217	0,3514	0,6624
aburrimiento desgano		0,7577		0,3725
afecto triste		0,7156		0,4628
afecto anhedónico		0,7679		0,3973
pesimismo		0,6918	0,4096	0,3491
fuga de ideas			0,6664	0,4908
urgencia pensamiento	0,4454	0,4433		0,5637
intensidad voz baja		0,4428		0,7763
intensidad voz alta	0,3915		0,3424	0,7214
minusvalía desesperanza		0,6993		0,4051
megalomanía	0,7122			0,4887
muerte suicidio		0,3088	0,367	0,7651
culpa		0,4719	0,3691	0,634
hipoquinesia fatigabilidad		0,3973	0,5645	0,5215
hiperactividad	0,7888			0,3552
hiperbulia	0,6694			0,4755
aumento energía	0,8206			0,3245
hipersexualidad	0,4643			0,6638
disminución necesidad dormir	0,3186		0,5197	0,5579
aumento sociabilidad	0,6527			0,5311
Distraibilidad			0,7339	0,4215
Labilidad		0,4299	0,5402	0,4609
imprudencia indiscreción			0,7241	0,4149
dificultad evaluar consecuencias			0,7413	0,3871
agresividad hostilidad			0,453	0,6723
afecto eufórico	0,7564			0,3935

Tabla 2 – 3 Validez de Contenido de la Frecuencia, escala EMUN AR

FRECUENCIA	F1	F2	F3	UNICIDAD
afecto irritable		0,3419		0,6314
aburrimiento desgano		0,7335		0,4934
afecto triste		0,7692		0,4234
afecto anhedónico		0,7923		0,4402
pesimismo		0,6875		0,3704
fuga de ideas	0,4456			0,5971
urgencia pensamiento		0,5309	0,5345	0,6077
intensidad voz baja		0,3186		0,8469
intensidad voz alta			0,4511	0,7225
minusvalía desesperanza		0,644		0,4695
megalomanía			0,7773	0,4386
muerte suicidio	0,364	0,3104		0,6857
culpa	0,3183	0,3398		0,6608
hipoquinesia fatigabilidad	0,4768			0,6176
hiperactividad			0,6802	0,5175
hiperbulia			0,7148	0,4777
aumento energía			0,7497	0,4408
Hipersexualidad	0,4343			0,6865
disminución necesidad dormir	0,4174			0,5635
aumento sociabilidad			0,6319	0,5372
distraibilidad				0,5594
Labilidad	0,527	0,3199		0,3883
imprudencia indiscreción	0,6716			0,4677
dificultad evaluar consecuencias	0,8892			0,3634
agresividad hostilidad	0,4634			0,5656
afecto eufórico			0,5958	0,5616

Para la **frecuencia** se configura una estructura de tres factores denominada así: Factor 1 (Azul): Activación, Factor 2 (Rojo): Depresión y Factor 3 (Verde): Disfórico-mixto.

Para la calificación de **molestia** se analizó la factorizabilidad de la matriz con la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,001$ ) y con la prueba de Kaiser - Meier \_ Olkin (0,871).

Con el criterio de valores propios  $> 1$  y con las características del gráfico de sedimentación se estableció que la mejor solución es la de tres factores.

Se utilizó un método de extracción factorial de factores de componentes principales. La mejor interpretabilidad se alcanzó con una rotación oblicua (promax). Los resultados se muestran en la tabla 2-4.

Tabla 2 – 4 Validez de Contenido de la Molestia, escala EMUN AR

MOLESTIA	F1	F2	F3	UNICIDAD
afecto irritable	0,4304		0,3983	0,6005
aburrimiento desgano	0,7319			0,4301
afecto triste	0,7604			0,3878
afecto anhedónico	0,7823			0,3732
pesimismo	0,7395		0,3204	0,3306
fuga de ideas	0,325		0,512	0,568
urgencia pensamiento	0,5131	0,5251		0,4631
intensidad voz baja	0,375			0,8094
intensidad voz alta		0,5029		0,6881
minusvalía desesperanza	0,6798			0,4318
megalomanía		0,7736		0,3935
muerte suicidio	0,402		0,4379	0,6358
culpa	0,4283		0,4165	0,6326
hipoquinesia fatigabilidad	0,3893		0,5154	0,5747
hiperactividad		0,7117		0,4614
hiperbulia		0,7251		0,4345
aumento energía		0,7615		0,3959
hipersexualidad		0,3669	0,485	0,5689
disminución necesidad dormir	0,3139	0,3156	0,5225	0,5288



<b>(Continuación)</b>				
<b>MOLESTIA</b>				
	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>UNICIDAD</b>
<b>aumento sociabilidad</b>		0,6671		0,4898
<b>distraibilidad</b>			0,6559	0,5006
<b>labilidad</b>	0,4595		0,6079	0,3699
<b>imprudencia indiscreción</b>			0,6919	0,4188
<b>dificultad evaluar</b>			0,8147	0,3118
<b>consecuencias</b>				
<b>agresividad hostilidad</b>		0,3928	0,5374	0,5298
<b>afecto eufórico</b>		0,638		0,5116

Para el grado de **molestia** se configura una estructura de tres factores denominada así: Factor 1 (Rojo): Depresión, Factor 2 (Azul): Activación, y Factor 3 (Verde): Disfórico-mixto.

## 2.2 Consistencia interna (Alfas de Cronbach):

El alfa de cada una de las escalas estuvo entre 0,88 y 0,91. Se muestra para cada ítem el alfa en tabla 2-5.

Tabla 2 – 5 Consistencia Interna escala EMUN AR, Alfas de Cronbach.

ITEM	Alfa frecuencia	Alfa intensidad	Alfa molestia
afecto irritable	0.8864	0.8815	0.9053
aburrimiento desgano	0.8913	0.8847	0.9046
afecto triste	0.8875	0.8819	0.9031
afecto anhedónico	0.8877	0.8823	0.9056
pesimismo	0.8877	0.8797	0.9050
fuga de ideas	0.8853	0.8799	0.9043
urgencia pensamiento	0.8881	0.8801	0.9043
intensidad voz baja	0.8904	0.8856	0.9058
intensidad voz alta	0.8894	0.8853	0.9045
minusvalía desesperanza	0.8893	0.8830	0.9065
megalomanía	0.8899	0.8859	0.9052
muerte suicidio	0.8895	0.8853	0.9072
culpa	0.8871	0.8816	0.9056
hipoquinesia fatigabilidad	0.8883	0.8810	0.9071
hiperactividad	0.8878	0.8819	0.9047
hiperbulia	0.8870	0.8808	0.9098
aumento energía	0.8906	0.8842	0.9046
hipersexualidad	0.8904	0.8863	0.9066
disminución necesidad dormir	0.8843	0.8789	0.9056
aumento sociabilidad	0.8916	0.8862	0.9076
distraibilidad	0.8865	0.8810	0.9054
labilidad	0.8824	0.8775	0.9020
imprudencia indiscreción	0.8844	0.8792	0.9063
dificultad evaluar consecuencias	0.8848	0.8787	0.9047
agresividad hostilidad	0.8853	0.8812	0.9046
afecto eufórico	0.8930	0.8869	0.9063
Test	0.8918	0.8864	0.9088

Al retirar los ítems en el análisis, no se encontraron incrementos significativos en los valores de alfa.

### 2.3 Validez de criterio convergente:

La validez de criterio convergente se evaluó aplicando simultáneamente la escala EMUN-II, y la EMUN AR a grupo al que se le efectuó la aplicación para análisis factorial y consistencia interna. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre los puntajes globales de los dos instrumentos, dado que tales puntajes presentaron distribución normal. Se evaluaron los coeficientes de correlación entre el puntaje total de la escala EMUN y cada una de las subescalas del instrumento EMUN AR. Tabla 6.

Tabla 2 – 6 Validez de Criterio, escala EMUN AR

	EMUN AR		
	r Pearson	IC95%	
<b>Escala frecuencia</b>	0,57	0,45	0,67
<b>Escala intensidad</b>	0,57	0,44	0,67
<b>Escala molestia</b>	0,50	0,35	0,6

En todos los casos los valores de correlación fueron aceptables y significativamente diferentes de cero.

### 2.4 Confiabilidad test-retest:

La confiabilidad *test-retest* se midió con el coeficiente de correlación concordancia de Lin (tabla 2-8); para esto se aplicó la escala a una submuestra de 29 pacientes del grupo total de los 150 pacientes 2 días después de la primera ejecución. La media de tiempo transcurrido entre las dos evaluaciones para medir confiabilidad fue de dos días.

**Tabla 2 – 7 Confiabilidad test-retest escala EMUN AR**

	<b>Momento 1</b>	<b>Momento 2</b>
<b>Total frecuencia</b>	101,7 (31,9)	94,7 (30,3)
<b>Total intensidad</b>	112,9 (32,5)	100,8 (31,7)
<b>Total molestia</b>	33,3 (15,9)	28,1 (15,2)

Las diferencias de medias fueron significativas (prueba t pareada,  $p < 0,05$ ).

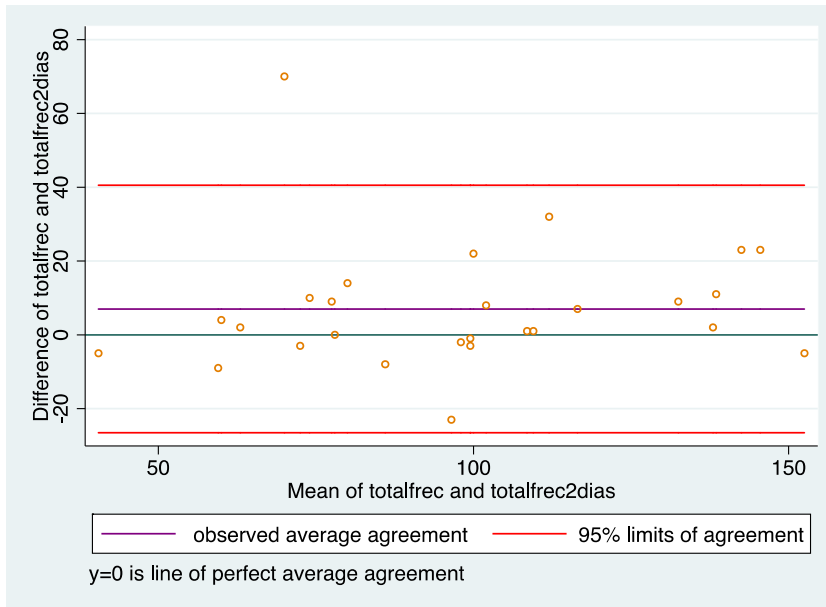
**Tabla 2 – 8 Confiabilidad test-retest escala EMUN AR, coeficiente de correlación de concordancia de Lin**

	<b><math>\rho</math> de Lin</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Total frecuencia</b>	0,82	0,71 – 0,95
<b>Total intensidad</b>	0,79	0,66 – 0,93
<b>Total molestia</b>	0,78	0,64 – 0,92

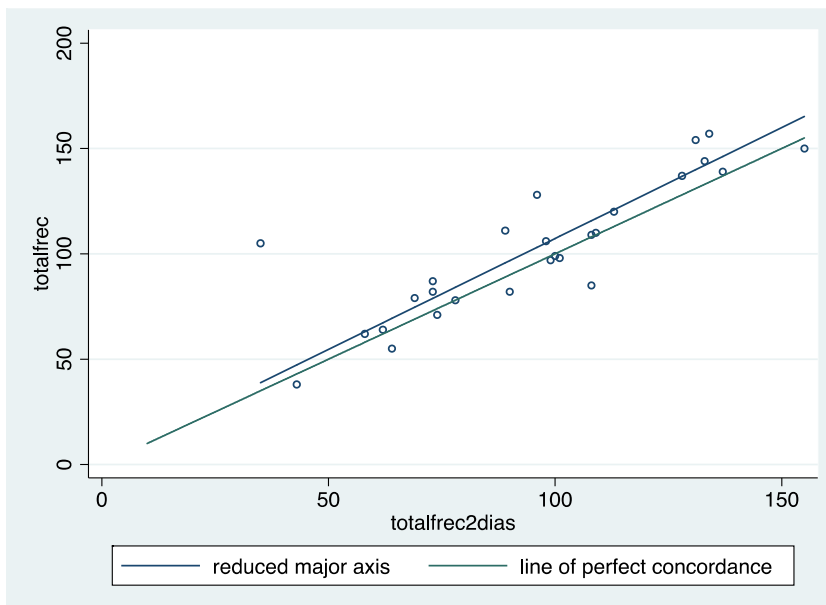
Los valores de los coeficientes de correlación-concordancia fueron buenos y todos fueron significativamente diferentes de cero.

En las figuras 2-1 a 2-6 se el análisis de las diferencias individuales mediante el Método de Bland-Altman y las dispersiones de puntos en cada una de las subescalas del instrumento EMUN – AR; frecuencia, intensidad y grado de molestia de las muestras iniciales y 2 días después.

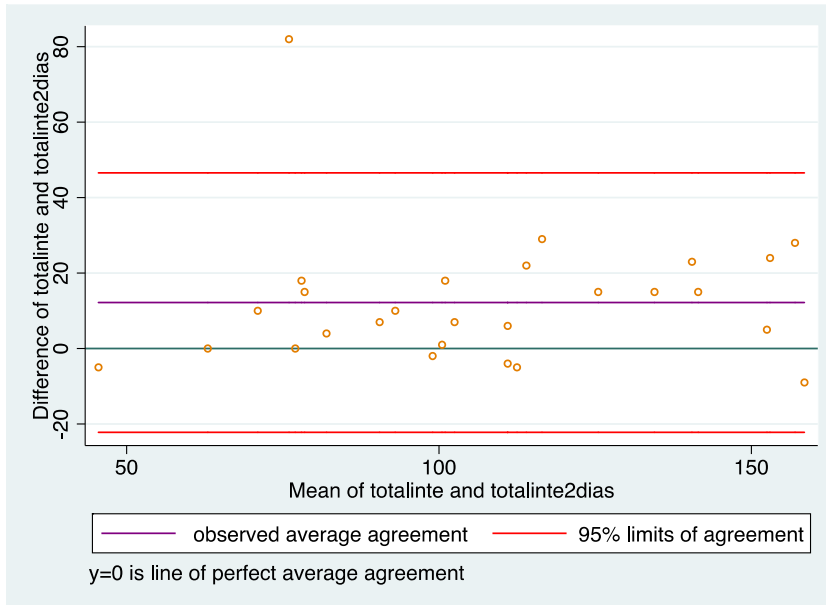
**Figura 2 - 1 Análisis de diferencias individuales (método de Bland – Altman), para la calificación de la Frecuencia de la EMUN-AR. Diferencia de frecuencia pre y posterior a 2 días y la media de la frecuencia pre y posterior a 2 días.**



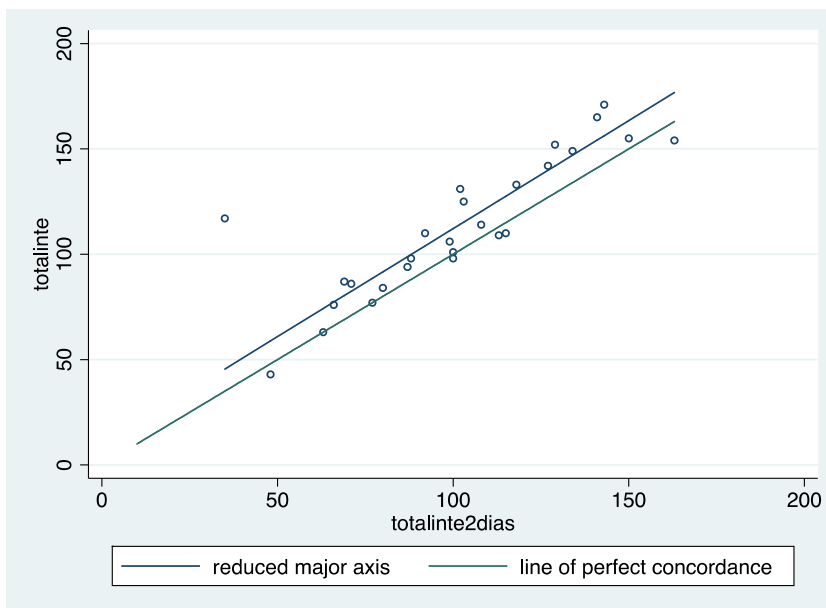
**Figura 2 - 2 Diagrama de dispersión, Confiabilidad test-retest de la calificación de Frecuencia en la escala EMUN AR.**



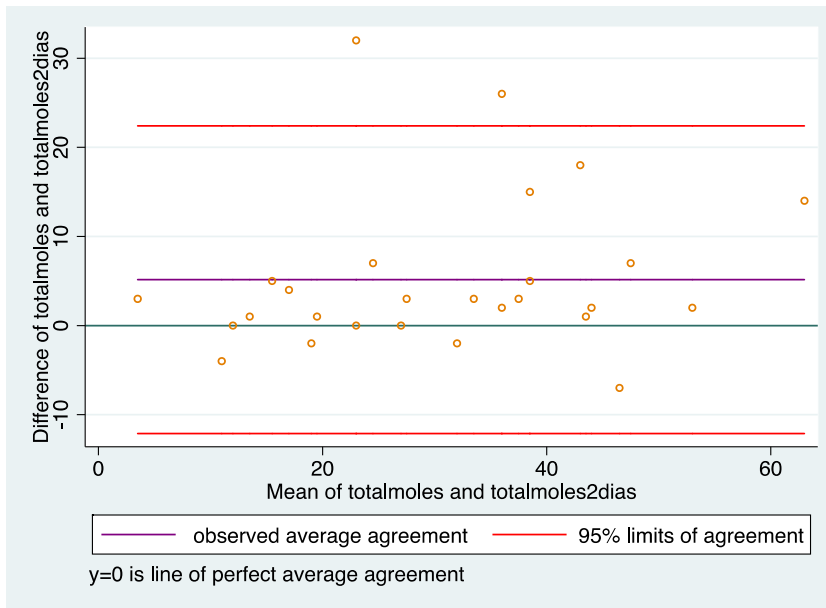
**Figura 2 - 3 Análisis de diferencias individuales (método de Bland – Altman), para la calificación de la Intensidad de la EMUN-AR. Diferencia de intensidad pre y posterior a 2 días y la media de la intensidad pre y posterior a 2 días.**



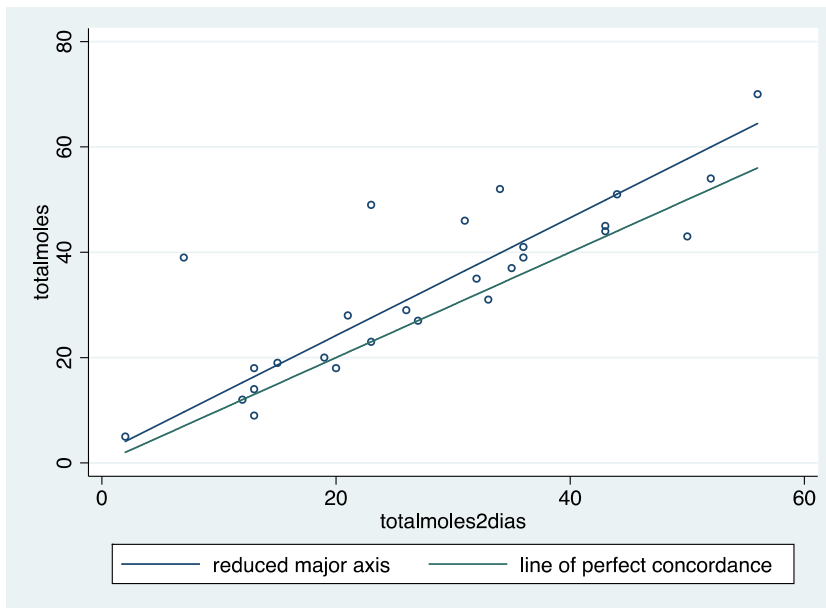
**Figura 2 - 4 Diagrama de dispersión, Confiabilidad test-retest de la calificación de Intensidad en la escala EMUN AR.**



**Figura 2 - 5 Análisis de diferencias individuales (método de Bland – Altman), para la calificación del grado de Molestia de la EMUN-AR. Diferencia de molestia pre y posterior a 2 días y la media de la molestia pre y posterior a 2 días.**



**Figura 2 - 6 Diagrama de dispersión, Confiabilidad test-retest de la calificación del grado de Molestia en la escala EMUN AR.**



En todos los casos la media de la diferencia entre las mediciones pre y post estuvo por encima de cero (lo que indica que la primera media fue mayor que la segunda) y la tendencia es de una pendiente positiva (a mayores puntajes pre, mayores puntajes post).

## 2.5 Sensibilidad al cambio:

La sensibilidad al cambio se midió con pruebas de t pareadas relacionadas (tabla 2-9); para esto se aplicó la escala a una submuestra de 33 pacientes del grupo total de pacientes 15 días después de la primera ejecución. Se compararon las medias entre la evaluación inicial y dos semanas luego de tratamiento.

**Tabla 2 - 9 Sensibilidad al Cambio escala EMUN-AR**

	Momento 1	Momento 2
Total frecuencia	75,03 (30,01)	56,1 (20,60)
Total intensidad	84,3 (30,4)	65,6 (22,5)
Total molestia	27,2 (12,4)	14,2 (8,7)

En todos los casos la diferencia de medias fue significativa ( $p < 0,05$ )



### 3. Discusión y Conclusiones

Dentro de la literatura revisada esta escala sería la primera de tipo auto reporte, o autoevaluativa que se desarrolla en español para la medición de síntomas en la enfermedad maniaco depresiva, además de ser también la primera en nuestro medio. Se busca con esto las falencias existentes al momento de hacer una aproximación clínica al síndrome y al realizar el seguimiento de manera sesgada cuando se observa únicamente de la perspectiva del clínico y se ignora la visión del paciente; pero también es claro que no pretende en lo más mínimo solapar la inmensa importancia de la realización de una adecuada anamnesis.

Se realizó pues una escala con 26 ítems a partir de la preexistente escala EMUN, y de la prueba piloto de la versión AR<sup>20</sup> donde se encuentran agrupados los síntomas en tres dominios claves de la patología para un adecuado rastreo y posible diagnóstico. Asimismo al tener la calificación de la frecuencia de los síntomas en un periodo de tiempo medible permite esclarecer y concretar la presencia de los mismos teniendo presente que para los episodios de alteración afectiva según el DSM-IV deben de padecerse de manera persistente, la mayor parte del día o casi todos los días. Por otra parte valorar la intensidad de cada uno de los ítems es un punto que nos da un enfoque más amplio de lo que siente el paciente pues un síntoma puede estar presente rara vez pero ser muy intenso o viceversa. La consistencia interna por los alfas de Cronbach de cada sub escala fue adecuado con valores de 0,89 para la frecuencia, 0,88 para la intensidad y 0,90 para el grado de molestia.

Encontramos que los ítems con medianas más altas para las subescalas de frecuencia e intensidad correspondieron a urgencia del pensamiento, hiperbulia y afecto eufórico

encontrándose éstos en los dominios de Activación cuando se factorizó la intensidad y el grado de molestia, mientras que en el análisis de la frecuencia se encontraron en el factor Disforia-mixto.

Ahora bien la ponderación del grado de malestar que generan los síntomas es una propuesta plausible para el abordaje de este síndrome que ha sido tan controversial a lo largo de la historia, pues bien es conocido que en muchos de los casos son los familiares o acudientes quienes consultan junto con los pacientes por el malestar que causan a los terceros algunos sino la mayoría de los síntomas de los pacientes con manía, porque para el individuo que padece la enfermedad encontrarse en un estado de hipomanía e inclusive manía puede no generar tanto malestar y sentir que todo a su alrededor son reproches por su manera de ser; no obstante hay personas quienes reconocen sus síntomas por la cronicidad de la enfermedad y que en los estados prodrómicos de una agudización o en la remisión misma pueden avalar el malestar que sienten.

De este modo encontramos que la labilidad fue el ítem con mayor grado de molestia, y se encontró en el factor de disforia-mixto al analizar este ítem en la calificación de frecuencia y malestar, mientras que correspondió al factor activación cuando se analizó en la subescala de frecuencia.

Una situación que amerita ser descrita fue que si bien en los criterios de inclusión se dictaminó que los participantes deberían saber leer y escribir, hubo un número no cuantificado de voluntarios que aun teniendo estas aptitudes lingüísticas como practicas diarias, no lograron culminar la prueba ante la dificultad en la comprensión de lectura, estando esto relacionado probablemente con el nivel de escolaridad aunque esta variable no fue medida en el estudio y genera un interrogante para futuros estudios donde deberá ser incluida; de igual forma también pudo estar relacionado con la gravedad de los síntomas del paciente sabiéndose que puede generar un deterioro cognoscitivo.

Otro inconveniente menor en el momento de la aplicación de la escala consistió en que algunos pacientes no marcaron según lo indicado en las instrucciones con una X sobre el número o la línea correspondiente sino en el punto intermedio entre las mismas lo que se resolvió tomando siempre el valor superior. Frente a esto en los estudios siguientes se

pensara en definirá la necesidad de hacer un cambio en el grafico donde se señala el puntaje, sin variar el diseño gráfico de la escala ni las palabras claves que se asocian a los valores numéricos y facilitan el entendimiento de la misma ([Anexo A](#))

Durante la aplicación de la escala se tomaron sugerencias hechas por parte de los paciente así como apuntes de las aclaraciones que se hacían en el momento de ejecutar la escala, y se pensó inicialmente que en los ítems que evaluaban la hipersexualidad y la distraibilidad podrían generar irregularidad en los resultados pues existían diferencias en la interpretación que hacían los pacientes, pero una vez se hizo el análisis estadístico esto no fue así.

Los valores en las mediciones de correlación y concordancia entre diferentes evaluaciones relativa persistencia de los síntomas mostró que la EMUN-AR es una escala valida y confiable para medir no solamente la presencia de los síntomas maneiformes sino también su frecuencia, intensidad y grado de malestar que pueden generar en el individuo. Se encontró que existe adecuada consistencia en el tiempo, y que detecta los cambios en el cuadro clínico derivados bien sea por la presencia o ausencia del tratamiento. Del mismo modo hubo adecuada correlación con la escala con la que se cotejó.

Para futuras investigaciones queda pendiente la inclusión de un mayor número de pacientes con diferentes estadios del síndrome conteniendo más pacientes en episodios depresivos. El ítem que calificó ideas de muerte y/o suicidio presento la mediana más baja en las 3 subescalas, sin embargo en la factorización no se agrupo en el dominio de depresión sino en activación en la subescala de frecuencia, y en disforia-mixto en intensidad y molestia.

Este tipo de instrumentos abre la posibilidad a futuros estudios no solo para analizar la eficacia de intervenciones terapéuticas, la evolución clínica de los pacientes o la historia natural de la enfermedad en diferentes escenarios; sino posiblemente para evaluar la ganancia de conciencia del paciente sobre la sintomatología que padece, llamada introspección.

En conclusión se dispone con esta escala del instrumento para medir síntomas maniacos, auto aplicable para los pacientes, desarrollada en población hispanoparlante latina, con características psicométricas validadas.

**A. Anexo: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia, versión Auto Reporte (EMUN - AR)**

**Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia, versión Auto Reporte (EMUN - AR)**

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 # HC o CC: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico (DSM IV): \_\_\_\_\_  
 Institución (clínica u hospital): \_\_\_\_\_  
 Tratamiento actual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de la enfermedad (mes y año): \_\_\_\_\_  
 Nombre del clínico que aplica la escala: \_\_\_\_\_

Esta es una escala para medir algunas características del trastorno bipolar.

La escala mide 26 síntomas en tres aspectos: Intensidad, frecuencia y grado de molestia que le generaron a usted estas manifestaciones de la enfermedad.

Para llenar la escala tenga en cuenta lo que ha sentido en la última semana o lo que sintió durante la semana en que estuvo más grave (si no tiene síntomas recientemente considere solo lo de la semana en que estuvo más grave, no importa cuándo haya sido).

Para ayudarle a calificar su opinión, las escalas de intensidad y frecuencia tienen unas palabras que buscan que usted pueda ubicar más fácilmente su percepción de lo que le ocurrió cuando estaba con los síntomas.

1. Para calificar la **INTENSIDAD** de lo que sintió, marque con una equis (X) sobre alguno de los números o de las rayas de la escala. Usted puede marcar cualquier número, entre 0 y 10, para expresar su opinión de qué tan intensos fueron los síntomas que percibió.
2. Para calificar la **FRECUENCIA** del síntoma durante el período de una semana, marque con una equis (X) sobre alguno de los números o de las rayas de la escala. Usted puede marcar cualquier número, entre 0 y 10, para expresar su opinión de qué tan frecuentes durante la semana fueron los síntomas que percibió.
3. Para calificar el grado de **MOLESTIA**, marque con una equis (X) dentro del cuadro que está al frente de la frase que mejor represente su opinión.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo un paciente ha calificado uno de los síntomas de la escala:

<p style="text-align: center;">Mi estado de ánimo se ha caracterizado por una gran alegría.</p>		<b>INTENSIDAD</b>	
		<p>10 _____ 9 _____ 8 _____ 7 _____ 6 _____ 5 _____ 4 _____ 3 _____ 2 _____ 1 _____ 0 _____</p>	<p>Muchísimo Mucho Más o menos Un poco Nada</p>
<p style="text-align: center;">Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p style="text-align: center;">0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>		<b>GRADO DE MOLESTIA</b>	
		<p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia 2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada 1 <input checked="" type="checkbox"/> Molestia leve 0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>	



<p>Mi estado de ánimo se ha caracterizado por una gran irritabilidad, rabia o mal genio.</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p style="text-align: center;">FRECUCENCIA DURANTE LA SEMANA</p>	

<p>Siento que nada me atrae y que no puedo disfrutar nada</p> <p style="text-align: center;">4</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p style="text-align: center;">FRECUCENCIA DURANTE LA SEMANA</p>	

<p>He estado con aburrimiento y desgano.</p> <p style="text-align: center;">2</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p style="text-align: center;">FRECUCENCIA DURANTE LA SEMANA</p>	

<p>Me he sentido exageradamente pesimista</p> <p style="text-align: center;">5</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p style="text-align: center;">FRECUCENCIA DURANTE LA SEMANA</p>	

<p>Mi estado de ánimo se ha caracterizado por una gran tristeza.</p> <p style="text-align: center;">3</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p style="text-align: center;">FRECUCENCIA DURANTE LA SEMANA</p>	

<p>Con facilidad paso de un tema a otro y por momentos pierdo el hilo de la conversación.</p> <p style="text-align: center;">6</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p style="text-align: center;">FRECUCENCIA DURANTE LA SEMANA</p>	



<p>En mi mente se produce una gran cantidad de ideas de manera continua o excesiva</p> <p style="text-align: center;">7</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca Rara vez Con frecuencia Casi siempre Todo el tiempo</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Siento que soy un(a) fracasado (a) y veo el futuro negro</p> <p style="text-align: center;">10</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca Rara vez Con frecuencia Casi siempre Todo el tiempo</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Estoy hablando muy pasito, casi no oyen lo que digo</p> <p style="text-align: center;">8</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca Rara vez Con frecuencia Casi siempre Todo el tiempo</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>He sentido que soy una persona especialmente importante o que tengo</p> <p style="text-align: center;">11</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca Rara vez Con frecuencia Casi siempre Todo el tiempo</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Estoy hablando muy fuerte, mi voz puede oírse a distancia.</p> <p style="text-align: center;">9</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca Rara vez Con frecuencia Casi siempre Todo el tiempo</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Tengo ganas de morirme o de matarme.</p> <p style="text-align: center;">12</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca Rara vez Con frecuencia Casi siempre Todo el tiempo</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Siento que muchas cosas malas que han sucedido son por mi culpa</p> <p style="text-align: center;">13</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>He notado que tengo muchos planes y que podría hacer muchas cosas a la vez.</p> <p style="text-align: center;">16</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>He notado que me muevo menos y que me fatigo con facilidad</p> <p style="text-align: center;">14</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Tengo más energía de lo usual para hacer cosas</p> <p style="text-align: center;">17</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Mis movimientos están aumentados, he notado que estoy muy activo y me muevo más.</p> <p style="text-align: center;">15</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>Mi actividad sexual esta incrementada.</p> <p style="text-align: center;">18</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	

<p>En las noches no duermo o duermo poco y a pesar de eso al levantarme no me siento cansado</p> <p>19</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p><b>FRECUCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>

<p>Mi estado de ánimo cambia fácilmente, me cuesta trabajo controlar mis emociones</p> <p>22</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p><b>FRECUCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>

<p>Estoy más sociable y más hablador con las personas</p> <p>20</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p><b>FRECUCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>

<p>Me comporto de manera imprudente, cometo indiscreciones y no mido las consecuencias de mis actos</p> <p>23</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p><b>FRECUCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>

<p>Me distraigo fácilmente</p> <p>21</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p><b>FRECUCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>

<p>Tengo dificultades para analizar y evaluar las consecuencias de mis acciones</p> <p>24</p>	<p><b>INTENSIDAD</b></p>
<p>Nunca      Rara vez      Con frecuencia      Casi siempre      Todo el tiempo</p> <p>0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p> <p><b>FRECUCIA DURANTE LA SEMANA</b></p>	<p><b>GRADO DE MOLESTIA</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia  2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada  1 <input type="checkbox"/> Molestia leve  0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia</p>



<p>He estado agresivo, desafiante, hostil y violento con las personas o con el medio que me rodea</p> <p style="text-align: center;">25</p>	<b>INTENSIDAD</b>																				
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">Rara vez</td> <td style="text-align: center;">Con frecuencia</td> <td style="text-align: center;">Casi siempre</td> <td style="text-align: center;">Todo el tiempo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></td> </tr> </table>	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b>				<b>GRADO DE MOLESTIA</b> 3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia 2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada 1 <input type="checkbox"/> Molestia leve 0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia
Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo																	
0	1	2	3	4																	
5	6	7	8	9																	
10	<b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b>																				

<p>Mi estado de ánimo se ha caracterizado por una gran alegría.</p> <p style="text-align: center;">26</p>	<b>INTENSIDAD</b>																				
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">Rara vez</td> <td style="text-align: center;">Con frecuencia</td> <td style="text-align: center;">Casi siempre</td> <td style="text-align: center;">Todo el tiempo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b></td> </tr> </table>	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b>				<b>GRADO DE MOLESTIA</b> 3 <input type="checkbox"/> Mucha molestia 2 <input type="checkbox"/> Molestia moderada 1 <input type="checkbox"/> Molestia leve 0 <input type="checkbox"/> Ninguna molestia
Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo																	
0	1	2	3	4																	
5	6	7	8	9																	
10	<b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b>																				

## Bibliografía

---

- [1] Posada J, Aguilar S, Magaña C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: informe preliminar Estudio Nacional de Salud Mental. Rev Col Psiquiatría. 2004; 33(3):241.
- [2] Romero A. Sánchez R. Análisis Factorial confirmatorio de síntomas en el síndrome maniaco a partir de la aplicación de la Escala EMUN. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 2 / 2009 304-315
- [3] American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 4 revised (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press: 1994-2000
- [4] Sadock BJ, Sadock VJ, Kaplan & Sadock – Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 4ta Ed. Wolters Kluwer 2007. P. 31-38
- [5] Bourgeois ML, Verdoux H. Trastornos Bipolares del Estado de Ánimo. Barcelona: Masson S.A: 1997. p.23-33.
- [6] Strauss JS: A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. Am J Psychiatry 1975; 132(11): 1193-7.
- [7]. Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE: Diagnóstico en Psiquiatría. , Barcelona: Salvat Editores: 1988. p.16-19.
- [8] Vallejo RJ, Leal CC. Tratado de Psiquiatría; Volumen 1. Ars Medica. 2008. P. 536 – 552.
- [9] Gómez C, Sánchez R. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Rev Colomb Psiquiatr. 1998; 27:121-30.
- [10] Sánchez R. Rosero N. REVISION CRÍTICA DE ESCALAS DE MEDICIÓN DE MANÍA. Avances en Medición, 1 (1), 37-70 2003.

---

[11] Sánchez R; Jaramillo L; et al. Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). Rev. Colomb Psiquiat. 2008 DIC; 37(4):516-537.

[12] Bech P. Rating scales for mood disorders: applicability, consistency and construct validity. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1988;345:45-55.

[13] [[Bauer MS, Crits-Christoph P, Ball WA, Dewees E, McAllister T, Alahi P, et al. Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. Scale characteristics and implications for the study of mania. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(9):807-12.

[14] Shugar G, Schertzer S, Tonner BB, Di Gasbarro I. Development, use, and factor analysis of a self-report inventory for mania. Compr Psychiatry. 1992;33(5):331-335

[15] Álvarez P. Benavent P. García-Valls J.M. et al. Traducción y adaptación de la Altman Self-Rating Mania Scale al ámbito español. Acts Españolas de Psiquiatría. 2005 May; 33(3):180-187.

[16] Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG, Peterson JL, Davis JM. The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, reliability and validity. Biol Psychiatry. 1994; 36(2):124-34.

[17] Rangel O. Sanchez R. Estudio de la estructura latente del síndrome maníaco mediante técnicas de escalamiento multidimensional. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 2 / 2010 240 – 250.

[18] SÁNCHEZ R; VELÁSQUEZ J; NAVARRO A. Validación de la escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia usando el análisis de Rasch. Biomédica 2011, vol. 31 núm. 3, septiembre, 2011, pp. 410-418 Instituto Nacional de Salud

[19] Sánchez R., Navarro Á., Rueda-Jaimes G., Gómez-Restrepo C. Desarrollo y validación de la versión II de la escala EMUN. Rev. Colomb Psiquiat., vol. 40 / No. 4 / 2011

[20] <http://www.bdigital.unal.edu.co/6323/> Adaptación de una Escala de auto-reporte para Medición de Síntomas maníacos utilizando la Escala de Manía de la Universidad Nacional de Colombia EMUN

---

## Bibliografía complementaria

- Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. A Comparative Evaluation of Three Self-Rating Scales for Acute Mania. *BIOL PSYCHIATRY* 2001;50:468–471
- Bopp et al. The longitudinal course of bipolar disorder as revealed through weekly text messaging: a feasibility study. *Bipolar Disorders* 2010; 12: 327–334
- Ruggero C, Johnson SL, Cuellar AK; Spanish-Language Measures of Mania and Depression. *Psychol Assess.* 2004 December ; 16(4): 381–385.
- Flávio Shansis et al. Desenvolvimento da versão em português da Escala Administrada pelo Clínico para Avaliação de Mania (EACA-M): “Escala de Mania de Altman”. *R. Psiquiatr. RS*, 25'(3): 412-424, set./dez. 2003
- Flávio Shansis et al. Desenvolvimento da versão em português da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR). *R. Psiquiatr. RS*, 26'(1): 30-38, jan./abr. 2004
- Braunig P, et al. Gender Differences in Psychotic Bipolar Mania. *GENDER MEDICINE/VOL. 6, No.2*, 2009
- First, MB, Frances A, Pincus HA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado. 1 ed. Madrid (España): Masson - Elsevier; 2010.



- 
- Berner P. Y cols: Criterios diagn3sticos para la esquizofrenia y las psicosis afectivas. Barcelona: Espaxs: 1986.
  - Rice DP, Miller LS: The economic burden of affective disorders. Br J Psychiatry 1995;34(Suppl 27):34-42.
  - Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
  - Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, et al: The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. J Affect Disord 1994;31:281-294.
  - Post RM: Issues in the long-term management of bipolar affective illness. Psychiatric Annals 1993;23:86-93.
  - Bowden CL: The clinical approach to the differential diagnosis of bipolar disorder. Psychiatric Annals 1993;23:57-63.
  - World Health Organization: The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization:1992.
  - Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996;276:293-299.
  - Roy-Byrne P, Post R, Uhde TW, et al: The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. Acta Psychiatr Scand 1985;71:34.
  - Vestergaard P, Aagaard J: Five-year mortality in lithium-treated manic-depressive patients. J Affect Disord 1991;21:33-38.

- 
- Bowling A. Measuring Health. A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press: 1997, pp 9-15.
  - DeVellis RF. Scale development. Newbury Park: SAGE Publications: 1991, pp 43-50.
  - McDowell I, Newell C. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press: 1996, pp 35-36.
  - Axelson D, Birmaher BJ, Brent D, Wassick S, Hoover C, Bridge J, Ryan N. A preliminary study of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children mania rating scale for children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003 Winter;13(4):463-70.
  - Vilela JA, Crippa JA, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res*. 2005 Sep;38(9):1429-39. Epub 2005 Aug 26.
  - Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B. Child mania rating scale: development, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 May;45(5):550-60.
  - Lindenmayer JP, Bossie CA, Kujawa M, Zhu Y, Canuso CM. Dimensions of psychosis in patients with bipolar mania as measured by the positive and negative syndrome scale. *Psychopathology*. 2008;41(4):264-70. Epub 2008 Apr 26.
  - Bech P, Bolwig T.G, Dein E, Jacobsen O, Gram L F. Quantitative rating of manic states. Correlation between clinical assessment and Beigel's objective rating scale. *Acta psychiatry Scand* 1975;52: 1-6.
  - Donner A, Eliasziw M: Sample size requirements for reliability studies. *Statistics in Medicine* 1987;6:441-448.