

CARACTERIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE DOMINIOS DEL SÍNDROME  
MANÍACO

INVESTIGACIONES EN CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Bogotá, 2010

CARACTERIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE DOMINIOS DEL SÍNDROME  
MANÍACO

ÓSCAR RENÉ RANGEL URREA

CÓDIGO 597782

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psiquiatra

DIRIGIDO POR

RICARDO SÁNCHEZ PEDRAZA

Médico psiquiatra, MSc en Epidemiología Clínica

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Bogotá, 2010

## DEDICATORIA

A las personas que conviven y le hacen frente día día con la enfermedad mental

## AGRADECIMIENTOS

A los familiares y amigos que directa e indirectamente fueron apoyo y ayuda durante mi proceso de especialización.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	7
1 MARCO DE REFERENCIA .....	9
1.1 Reseña .....	9
1.2 Historia.....	9
1.2.1 Antes de Kraepelin .....	10
1.2.2 La locura maniaco-depresiva de Kraepelin .....	12
1.2.3 La nueva era bipolar.....	13
1.3 Estado del arte.....	13
2 INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL ESTUDIO .....	17
2.1 Justificación .....	17
2.2 Objetivo general.....	17
2.3 Objetivos específicos .....	17
2.4 Metodología .....	18
2.4.1 Lugar de ejecución.....	18
2.4.2 Diseño .....	18
2.4.3 Características de la muestra.....	19
2.4.4 Análisis.....	19
2.5 Impacto esperado .....	20
3 RESULTADOS .....	21
3.1 Descriptivo .....	21
3.2 Análisis estadístico .....	22
3.2.1 Escalamiento multidimensional .....	22
3.2.2 Análisis factorial - Stata.....	25
3.2.3 Ecuaciones estructurales - LISREL.....	27
4 DISCUSIÓN.....	32

5	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
	ÍNDICE DE TABLAS .....	36
	ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	37
	ANEXO. ESCALA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PARA MANÍA (EMUN) .....	38
	BIBLIOGRAFÍA.....	42

## 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 estas, el episodio maníaco como componente nuclear del trastorno del estado de ánimo bipolar constituye uno de los más importantes. 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 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. En consecuencia, aunque se haya buscado claridad en la delimitación sintomática de los diferentes síndromes, se ha polarizado su tipificación, lo cual ha conllevado una simplificación del síndrome que excluye variaciones de presentaciones no tan frecuentes, y ello causa confusión diagnóstica con algunos trastornos psicóticos y, por tanto, dificultades para definir las mejores opciones terapéuticas.

Actualmente se considera el síndrome maníaco como una entidad cíclica, que, como parte del trastorno del estado de ánimo bipolar, alterna episodios de depresión y de manía, con períodos de remisión. Su caracterización, incluida dentro de los sistemas de clasificación DSM IV-R y CIE-10 como trastorno del estado de ánimo, establece como síntoma cardinal del episodio maníaco el afecto expansivo, elevado o irritable, el cual siempre debe estar presente y acompañado de por lo menos tres síntomas adicionales relacionados con alteraciones del pensamiento, conducta motora, sueño y conducta sexual, que determinan un deterioro y compromiso social y funcional, el cual, en ocasiones, exige un manejo intrahospitalario. En consecuencia, para la nosología vigente, la manía y la depresión son consideradas como polos opuestos de un mismo proceso, a pesar de presentarse hasta en el 40% de los casos, con manifestaciones simultáneas

que configuran estados intermedios, y que en su forma más extrema se reconocen como episodio mixto, pero que conforman el llamado espectro bipolar propuesto por varios autores.

Por esta razón, y buscando precisar posibles subtipos, estados intermedios de la enfermedad y validez jerárquica de los síntomas afectivos, se ha definido la manía como un síndrome más que como un síntoma de un trastorno en particular, con lo cual se intenta establecer su validez como constructo sintomático mediante métodos estadísticos de análisis factorial.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los dominios que caracterizan al síndrome maniaco, establecer el peso de los diferentes síntomas y afinar sus criterios diagnósticos, mediante la realización de un análisis factorial confirmatorio. Para esto se utilizó un instrumento validado en nuestro país para la medición del síndrome maniaco.



## 1 MARCO DE REFERENCIA

### 1.1 Reseña

Tomando como punto de partida la evolución histórica del concepto de enfermedad maniaco depresiva, se discute el tema de los diferentes tipos de trastornos bipolares. Profundizando en esta cuestión, también se discute el problema de la validez de la dicotomía bipolar/unipolar y el de la delimitación de los trastornos del estado de ánimo, tradicionalmente denominados endógenos. El reparto tipológico de los trastornos bipolares sigue, pues, en el centro de las reflexiones actuales. Éstas constituyen el objetivo de numerosos trabajos de investigación que se refieren a las formas de evolución y a las formas clínicas de los trastornos bipolares que, hasta el momento, no se consideraban verdaderamente bipolares, por ejemplo, los estados mixtos. Los sistemas actuales de clasificación han tenido en cuenta estos estudios. A veces, esto ha conducido a incluir trastornos previamente considerados esquizofrénicos o esquizoafectivos en el espectro maniaco-depresivo.

El síndrome maniaco es una estructura sindromática cuya definición diagnóstica se basa en supuestos que jerarquizan algunos síntomas particulares. Existen evidencias que sugieren que dicha jerarquización es cuestionable y que los factores que componen el síndrome pueden agruparse en dominios que permitirían entender el síndrome como un estado de activación más que como un estado de alteración del afecto. Para un mejor entendimiento de lo anteriormente expuesto es necesario realizar un recorrido en los tiempos modernos del trastorno bipolar.

### 1.2 Historia

Es cierto que el trastorno bipolar constituye un campo notable de investigaciones no solamente bibliográficas, sino también de archivos, para los eruditos deseosos de reminiscencias clínicas y nosológicas. No fue antes de 1850 cuando los médicos reconocieron en el hecho de la alternancia entre la manía y la melancolía un tipo mórbido particular y le dieron un nombre. Las observaciones reunidas o publicadas anteriormente revisten un valor ejemplar para estudiar no sólo la manera de describir el fenómeno, sino también la de interpretarlo.

### 1.2.1 Antes de Kraepelin

#### Antigüedad y era clásica

Hipócrates ya explicó que “en las enfermedades melancólicas, los desplazamiento de la bilis negra hacen temer este género de enfermedades: la apoplejía, el espasmo, la locura”. Areteo de Capadocia (siglo I) hizo de la melancolía un primer grado de la manía y puso en evidencia la posible sucesión de estados. Alejandro de Tralles (siglo IV) señala que en los casos de la melancolía crónica, la manía puede aparecer en forma de ataques periódicos o intermitentes. No obstante, fue hasta el siglo XVII cuando se hizo patente la alternancia maníaco / melancólica. El médico inglés T. Willis (1622 – 1675) observa, por primera vez, la sucesión repetida de ambos estados.

En el siglo XVIII, J. B. Morgagni (1682 – 1771) también compara los dos estados: “Frecuentemente, vais a ver que los médicos no saben si deben llamar melancólico o maníaco al mismo enfermo que, habrá tenido, de vez en cuando, alternativas de taciturnidad y temor, de locuacidad y de audacia”. En 1765, A. C. Lorry (1726 – 1783) destaca en su obra sobre la melancolía que la manía solamente es un resultado de esta última.

#### Primeros autores europeos

En la segunda edición de su tratado (1809), P. Pinel (1745 – 1826) constata la posible alternancia de las dos formas mórbidas. J. Dubuisson (1770 – 1836) advierte que los síntomas propios de la melancolía se pueden manifestar entre los ataques de manía periódica.

J. E. D. Esquirol (1772 – 1840) señala las alternancias entre la manía y la melancolía en varios pasajes de sus artículos. Además, emplea por primera vez, los términos “período” y “ataque”. Para él, la manía y la melancolía indicaban respectivamente un delirio general y un delirio parcial triste, por consiguiente dos formas mórbidas antinómicas “estos dos estados opuestos no podrían existir simultáneamente.

El belga J. Guislain (1797 – 1860) anota en su *Tratado sobre las frenopatías* (1833) que “la melancolía sigue a veces a la manía; más a menudo, la manía se presenta en el curso de la melancolía. El alemán W. Griesinger (1817 – 1868) califica, por primera vez, de “ciclo” a la “transición de la melancolía a la manía y la alternancia de estas dos formas”.

#### La locura de doble forma y la locura circular

Los primeros artículos verdaderamente innovadores de J. Baillarger (1809 – 1890) y J. P. Falret (1794 – 1870) confirieron a los términos manía y melancolía una acepción mucho más restrictiva que en el pasado, cercana a su significado actual. En 1851 J. P. Falret describe una “forma circular de las enfermedades mentales”, insistiendo ya sobre la alternancia excitación / inhibición.

En 1854 J. Baillarger da la definición de un “género de locura caracterizado por dos períodos regulares, uno de depresión y otro de excitación”. Posteriormente J. P. Falret describe una “alternancia regular de la manía y la melancolía” que “se suceden mayoritariamente durante toda la vida”, y no, como J. Baillarger, dos períodos eventualmente aislados en la existencia del sujeto.

La sintomatología diametralmente opuesta de cada uno de los períodos, maníaco y melancólico, es detallada especialmente en los campos de la ideación, el estado de ánimo y el comportamiento. Es aquí donde se sitúa la aportación magistral de J. P. Falret, quien es reconocido como el “origen del concepto de enfermedad afectiva bipolar”.

A. Ritti (1844 – 1920), en su *Tratado clínico de la locura de doble forma*, integra una serie de formas clínicas nuevas: estado mixtos, ciclos rápidos, tipos estacionales, asociaciones melancolía / hipomanía (futuro trastorno bipolar II).

### 1.2.2 La locura maniaco-depresiva de Kraepelin

Es bien sabido que E. Kraepelin es entre otras cosas, creador de la locura maniaco-depresiva. Habla del “paso decisivo del estudio sintomático al estudio clínico de la locura”. Expone como característica evolutiva primordial de la locura maniaco-depresiva la alternancia de trastornos que revelan una inhibición o excitación de las funciones mentales, afectadas total o parcialmente. Esta alternancia se realiza por sucesión de ataques de “tonalidad” opuesta. Estos trastornos y estos ataques se transforman muy fácilmente el uno en el otro.

El estado de ánimo no es, en ningún caso, para E. Kraepelin, un concepto nosográfico, no existe ninguna enfermedad que esté caracterizada exclusivamente por una perturbación del estado de ánimo. Define la depresión como la aparición de una inhibición que alcanza los diferentes sectores de la vida psíquica, entre los que están el estado de ánimo, la voluntad y el pensamiento. Del mismo modo, la manía es la aparición de una excitación que afecta diversas funciones psíquicas. La excitación y la inhibición pueden asociarse entre sí o afectar un sector de la vida psíquica y dejar otros intactos, como sucede en los estados mixtos. La misma locura maniaco-depresiva no se concibe como si fuese un trastorno del estado de ánimo, sino como un trastorno global que afecta las diferentes esferas de la vida psíquica. Por el contrario, los trastornos del estado de ánimo pueden observarse en numerosas enfermedades, entre ellas la esquizofrenia.

No existe un límite tajante entre el estado maníaco y el estado depresivo, unidos en una especie de continuum por los estados mixtos, sea en la forma de estados transicionales entre la depresión y la manía, sea en forma de estados independientes, constituidos por una mezcla de los signos fundamentales de la locura maniaco-depresiva. Los estados maníacos son raros y son más numerosos los estados mixtos. No existe razón suficiente que permita individualizar los ataques de locura maniaco-depresiva en relación con los trastornos observados en los períodos situados entre los ataques, puesto que, frecuentemente los ataques no son más que la amplificación cuantitativa de los trastornos existentes.

La locura maniaco-depresiva, para E. Kraepelin, no es una enfermedad del estado de ánimo y no agrupa únicamente los cuadros clásicos de la manía y la melancolía, sean éstos más o menos intensos (disforia / hipomanía); no se sobreentiende tampoco una periodicidad ni una ciclicidad especial, que son, en cualquier caso, imposibles de prever. Para E. Kraepelin, la manía (en la medida en

que no sea confundida con otros cuadros del tipo agitación catatónica) certifica la existencia de una locura maniacodepresiva. Además, considera que las manifestaciones maníacas y depresivas no son opuestas, sino muy emparentadas entre sí. También explicó la existencia de un subgrupo caracterizado por la aparición de cuadros depresivos recurrentes, pero con excitación momentánea posterior.

### 1.2.3 La nueva era bipolar

El concepto del espectro bipolar es un concepto heurístico con raíces en la tradición clínica descriptiva, y está validado por una nueva ola de estudios que demuestran la alta prevalencia de las formas subumbral, así como de estudios de agregación familiar, estudios de los descendientes de alto riesgo, análisis de monocigotos discordantes y estudios moleculares de vinculación.

El concepto de espectro bipolar aparece por primera vez en un estudio del año 1977 sobre el curso de los pacientes ciclotímicos ambulatorios (Akiskal y col. 1977). El seguimiento posterior de estos pacientes reveló la aparición (en orden creciente de frecuencia) de episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos, así como de ciclación por antidepresivos, que generó “evidencia de un espectro ciclotímico – bipolar”. Este estudio es una de las razones por las cuales la clasificación del trastorno bipolar del DSM – IV es un continuum de severidad descendente desde bipolar I, II, NOS y los trastornos ciclotímicos. Sin embargo, el término espectro se evita en dicho manual.

El espectro clínico hoy está expandido a los tipos I (maniacodepresivo o bipolar I), II (bipolar II), III (hipomanía asociada con los antidepresivos) y IV (depresión en hipertímicos) (Akiskal y Pinto, 1999). Éstos son los fenotipos prototípicos propuestos, adecuados para las investigaciones clínicas y genéticas.

### 1.3 Estado del arte

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.

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 (1).

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.

Un primer paso para determinar el mejor método para medir un dominio es establecer la estructura factorial de los síndromes. Probablemente, a nivel de los trastornos afectivos, es en los cuadros depresivos donde se han hecho mayores aportes (2), lo cual se ha reflejado en el establecimiento de subtipos diagnósticos con diferentes características y pronóstico (3,4).

Los reportes sobre la estructura factorial del síndrome maníaco 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 (5,6), 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 (7). Entre ellos pueden contarse La *Escala de evaluación administrada por el clínico para manía* (CARS-M) (8), la *Escala del estado interno* (ISS) (9) y el *Inventario de autorreporte para manía* (10). En la construcción de la CARS-M se realizó un análisis de componentes principales que reveló la presencia de dos factores: manía y psicosis. En el desarrollo de la ISS se aplicaron los algoritmos para análisis factorial de componentes principales y se utilizó la rotación ortogonal varimax,

resultando los siguientes cuatro factores: índice de depresión, bienestar, activación y conflicto percibido (5). Para el *Inventario de autorreporte para manía* se desarrolló un análisis factorial rotado que produjo dos factores: euforia y disforia.

En Colombia, la literatura disponible en salud mental incluye un trabajo que permite ubicar una aproximación a la caracterización factorial del síndrome, sugiriendo que el mismo consiste básicamente en un estado de activación, más que de alteración del afecto (11).

Para la realización del presente trabajo se utilizará como base la *Escala de evaluación de manía de la Universidad Nacional de Colombia* (EMUN). Este es un instrumento con el que se tiene amplia 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 (12). (Anexo).

La determinación de dimensiones subyacentes que den cuenta de la mayor parte de variabilidad en las mediciones se realiza con técnicas de análisis factorial y de ecuaciones estructurales (13). Estos procedimientos permiten entender con la mayor parsimonia posible qué es lo que los datos están midiendo, así se pueden identificar las dimensiones que los datos están representando y eventualmente los patrones de relación de tales dimensiones (14).

Otro estudio que realiza análisis factorial en encuestas EMUN aplicadas a población colombiana (Romero, Sánchez, 2009) que encontró que los dominios representados fueron similares al estudio preliminar, en el que se validó la escala EMUN (39), así como al de otros autores como Klahr, Disalver, González-Pinto, Akiskal y Meyer, donde se obtuvo la activación motora como el factor de mayor peso del síndrome maníaco.

Estos resultados son contradictorios con lo hasta ahora definido por los sistemas de clasificación vigentes, donde se considera como eje central del diagnóstico del síndrome maníaco los síntomas afectivos, que en nuestro trabajo resultan teniendo menos peso dentro de los factores constitutivos de síndrome, al ser superados por la activación motora.

Con la obtención de los síntomas depresivos como uno de los factores constitutivos del síndrome maníaco, se sugiere la presencia simultánea de síntomas afectivos maníacos y depresivos dentro de un mismo episodio, con lo cual se vislumbra la posibilidad, ya hace tiempo descrita, de conformar un continuum de enfermedad donde la separación categórica entre los polos opuestos manía / depresión no es tan clara ni definitiva; menos aún, si se contempla que ninguno de los síntomas afectivos conforma el factor de mayor peso en el diagnóstico.



## 2 INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL ESTUDIO

### 2.1 Justificación

El síndrome maniaco es una de las estructuras clínicas más estables en psiquiatría. Su descripción por parte de autores del siglo XIX (Falret, Baillarger) 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.

Conocer de manera más precisa la estructura de síntomas del síndrome, así como la posible relación entre estructuras de dominios latentes, sería un aporte de gran valor, pues suministra al clínico una herramienta diagnóstica que, hasta la fecha, no está disponible.

### 2.2 Objetivo general

Establecer las características de la estructura factorial y los patrones de relación de tales dimensiones del síndrome maniaco en un grupo de pacientes con enfermedad bipolar activa en episodio maniaco.

### 2.3 Objetivos específicos

1. Efectuar una medición del síndrome maniaco mediante la aplicación de una escala específica a un grupo de pacientes maniacos.
2. Efectuar una descripción de los síntomas maniacos en este grupo de pacientes.

3. Realizar un análisis mediante métodos de ecuaciones estructurales para detectar la estructura factorial y la direccionalidad de los diferentes dominios del síndrome en ese grupo de pacientes.

## 2.4 Metodología

### 2.4.1 Lugar de ejecución

Hospital Santa Clara, Distrito Capital Bogotá, Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Distrito Capital Bogotá.

### 2.4.2 Diseño

Para el logro de los objetivos propuestos se consideraron los siguientes pasos:

Detección de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, episodio actual maníaco o mixto. La fuente de los pacientes se ubicó en los servicios de urgencias y consulta externa de los sitios ya mencionados. Los pacientes en quienes inicialmente se realizó diagnóstico de trastorno bipolar fueron valorados de nuevo por dos psiquiatras clínicos para verificar el acuerdo sobre el diagnóstico DSM-IV de trastorno bipolar I, episodio actual maníaco o mixto. Sólo los pacientes en quienes los dos clínicos realizaron estos diagnósticos ingresaron en el estudio.

Aplicación del instrumento de medición a cada uno de estos pacientes, extrayendo la información de la historia clínica, previo consentimiento verbal para participar en el estudio. Cada medición fue el resultado de la valoración por parte de dos clínicos con experiencia en diagnóstico y manejo de trastornos bipolares.

Recolección de la información: los datos inicialmente en medio físico fueron transportados a un formato de base de datos. Para el análisis estadístico de los datos, se realizó la exportación a los programas Stata y LISREL.

### 2.4.3 Características de la muestra

Población blanco: Pacientes con trastorno afectivo bipolar, actualmente en episodio maníaco, hipomaníaco o mixto.

Población de estudio: Pacientes que acudieron a urgencias o a consulta externa de la unidad de salud mental de las instituciones mencionadas, por presentar trastorno bipolar actualmente con episodio maníaco, hipomaniaco o mixto.

Criterios de inclusión: Aceptar participar en el estudio y tener entre 18 y 55 años de edad.

Criterios de exclusión: Imposibilidad de completar la evaluación psiquiátrica debido a no colaboración, extrema agitación o compromiso del estado de conciencia del paciente.

### 2.4.4 Análisis

Tamaño de la muestra: Para el análisis de ecuaciones estructurales se toma un número total de pacientes correspondiente a la recomendación de disponer de al menos diez pacientes por variable. Este mismo tamaño de muestra resulta adecuado para el análisis factorial, de acuerdo con lo planteado por Steiner (6). Para asegurar la calidad de los estimadores recolectó un número total de 404 pacientes.

Análisis estadístico: Se efectuó con los paquetes estadísticos Stata 10 y LISREL.

Estadísticas descriptivas de los síntomas presentes en la población utilizada para el estudio, evaluados mediante la escala EMUN, se utilizaron mediciones de localización y de frecuencia para caracterizar a los pacientes utilizados en el presente estudio.

Análisis factorial de componentes principales. Para el procesamiento de los datos se utilizará el procedimiento "factor" del programa estadístico Stata.

Evaluación de la consistencia interna del instrumento de medición mediante el alfa de Cronbach.

Análisis de ecuaciones estructurales, se realizó con el programa LISREL. Se especificaron y estimaron varios modelos que dan cuenta de los patrones de covarianza y de eventual direccionalidad entre las variables observadas y latentes.

Variables consideradas en el análisis

- Sexo: medido como masculino o femenino.
- Edad: medida como número de años cumplidos en el momento de la evaluación.
- Diagnóstico psiquiátrico según esquema DSM-IV, eje I.
- Tiempo de evolución de la enfermedad bipolar en años.
- Puntaje en cada ítem de la escala EMUN.

## 2.5 Impacto esperado

Mejorar la calidad del diagnóstico psiquiátrico y por ende la calidad del manejo que reciben los pacientes.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Descriptivo

Durante el período comprendido entre noviembre de 2007 y noviembre de 2009 se incluyeron en el estudio 404 pacientes. La media de edad ( $\pm$  DE) fue de 37 años ( $\pm$  12,7 años), mediana de 38 rango entre 17 y 75, y el mayor número de pacientes (el 60,2%) fue de sexo femenino (n=243). En cuanto a la distribución por diagnósticos, el más frecuente fue el trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco grave con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (211 pacientes), el cual correspondió al 52,23%, y que sumado a los otros diagnósticos de episodio maníaco, alcanzaron el 93,81% en la muestra evaluada (Tabla 1).

<b>Diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Acum</b>
maniaco grave psicosis congruente	211	52.23	52.23
maniaco grave sin psicosis	89	22.03	74.26
maniaco moderado	39	9.65	83.91
maniaco grave psicosis no congruente	27	6.68	90.59
maniaco leve	13	3.22	93.81
I hipomaniaco	12	2.97	96.78
mixto grave sin psicosis	6	1.49	98.27
II hipomaniaco	2	0.50	98.76
mixto leve	2	0.50	99.26
mixto moderado	2	0.50	99.75
mixto grave con psicosis	1	0.25	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>404</b>	<b>100</b>	

Tabla 1. Distribución según diagnóstico del episodio actual

En relación con el puntaje de la escala, este presentó una distribución normal (pruebas de sesgoapuntalamiento y Shapiro - Wilks no significativas. El ítem que alcanzó el mayor puntaje en promedio, fue disminución de la necesidad de dormir, con mediana de 4, seguido por euforia, urgencia de pensamiento, fuga de ideas, grandiosidad, hiperactividad, aumento de energía, distractibilidad, aumento de sociabilidad y compromiso del juicio, todas con mediana de 3. A su vez, los ítems con menor puntaje fueron afecto depresivo e ideación depresiva, con mediana de

0 e irritabilidad, aumento de la voz, hiperbulia y aumento del deseo sexual, con mediana de 2 (Tabla 2).

<b>Síntoma</b>	<b>Mediana</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
Euforia	3	0	5
Irritabilidad	2	0	5
Afecto depresivo	0	0	5
Urgencia de pensamiento	3	0	5
Fuga de ideas	3	0	5
Aumento de la voz	2	0	4
Grandiosidad	3	0	5
Ideación depresiva	0	0	5
Hiperactividad	3	0	5
Aumento de energía	3	0	5
Hiperbulia	2	0	5
Disminución de sueño	4	0	5
Aumento de sexualidad	2	0	5
Distractibilidad	3	0	5
Sociabilidad	3	0	5
Juicio	3	0	5

Tabla 2. Puntaje en ítems de la escala

### 3.2 Análisis estadístico

#### 3.2.1 Escalamiento multidimensional

Con el nombre de escalamiento multidimensional se conoce un conjunto de técnicas que persiguen como objetivo la representación de datos a través de la construcción de una configuración de puntos, cuando se conoce una determinada información sobre proximidades entre objetos.

En las técnicas de escalamiento multidimensional, el primer requisito trata con los conceptos de objeto / estímulo y de similaridad / disimilaridad /distancia y el segundo requisito se refiere al procedimiento para alcanzar una configuración de puntos que refleje las similitudes observadas o percibidas. Los términos objeto y

estímulo se usan de manera intercambiable. Realmente un objeto es simplemente una cosa, un individuo o un evento, mientras que estímulo se refiere al objeto percibido, o sea, a la percepción del objeto.

Las medidas de semejanza, como una aplicación de valores numéricos que permiten expresar numéricamente el vínculo existente entre estímulos, son aquí de importancia capital. Los conceptos de similaridad, disimilaridad y distancia, como medidas de semejanza, poseen propiedades específicas que deben tenerse en cuenta. (Linares (1990)).

A través de algún estadístico conveniente se mide la bondad de ajuste entre las distancias de la configuración y las disparidades. Existen diferentes definiciones de este estadístico, pero la mayoría surge de la definición del llamado índice de esfuerzo (en inglés: STRESS).

El resultado final del análisis es entonces las coordenadas de los  $n$  objetos en las  $p$  dimensiones. Estas coordenadas pueden usarse para elaborar un gráfico que muestre cómo están relacionados los objetos. Lo ideal sería encontrar una buena solución en menos de tres dimensiones, pero esto no es siempre posible.

Los valores de  $s$ -stress para las cuatro dimensiones que podrían representarse según la escala original fueron: 0.0568 - 0.0447 - 0.0423 - 0.0412. La mejoría del  $s$ -stress fue de 0.01207 para el paso de una a dos dimensiones, y solo de 0.0024 para el paso de dos a tres dimensiones. Estos hallazgos sugieren que la solución más eficiente es la de dos dimensiones. Adicionalmente, los valores de RSQ fueron 0.9873 para la solución de tres dimensiones y 0,9750 para la de dos (Ilustración 1); este hallazgo también apoya la selección de la solución bidimensional. (Se presenta el gráfico de la solución tridimensional solo con fines ilustrativos (Ilustración 2)).

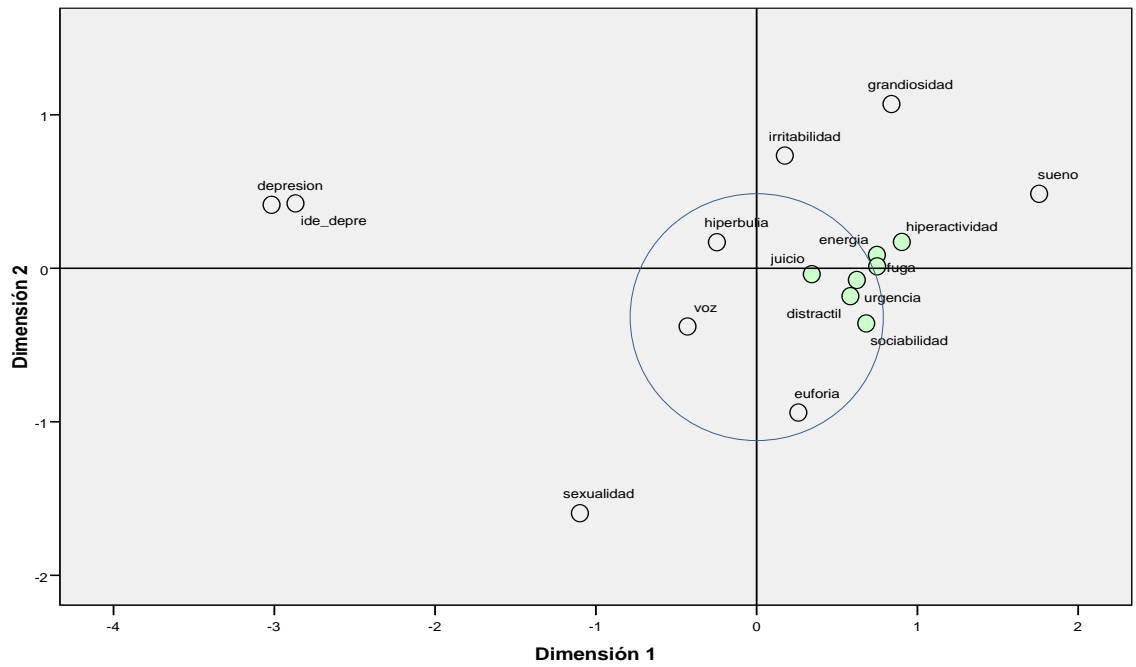


Ilustración 1. Escalamiento multidimensional – Solución bidimensional

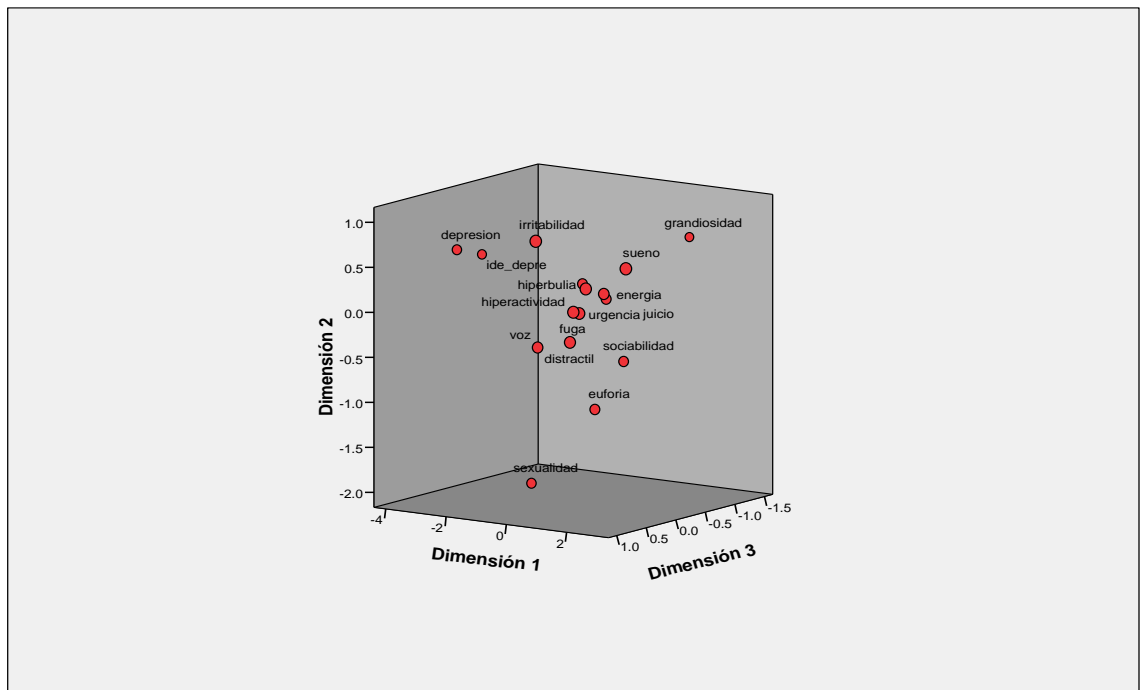


Ilustración 2. Escalamiento multidimensional – Solución tridimensional



Las medidas de bondad de ajuste correspondientes al procedimiento PROXCAL para la solución bidimensional fueron las siguientes (valores de estrés más cercanos a cero indican mejor ajuste, valores de dispersión explicada y de coeficiente de Tucker cercanos a uno indican mejor ajuste):

Estrés bruto normalizado: 0.00876

Estrés I: 0.0936

Estrés II: 0.1599

Estrés S: 0.0084

Dispersión explicada: 0.9912

Coefficiente de congruencia de Tucker: 0.9956

De acuerdo con los anteriores criterios de ajuste se considera que la solución bidimensional es apropiada. El componente central del síndrome está constituido por un estado de activación (síntomas que quedan dentro del círculo). Euforia, depresión e irritabilidad no son centrales en el síndrome.

### 3.2.2 Análisis factorial - Stata

Los resultados de las pruebas de factorizabilidad de la matriz de ítems resultaron satisfactorios (prueba de esfericidad de Bartlett:  $\chi^2 = 907,1$  (120);  $p = 0,000$ . Prueba de KMO = 0,72.) Al evaluar el gráfico de sedimentación y la varianza acumulada, se determinó que la mejor solución factorial se lograba con cuatro factores (mostraba los mayores cambios de inercia en el gráfico y explicaba una varianza total de más del 95%). Se realizó un análisis de las estructuras factoriales mediante tres alternativas: solución inicial, solución rotada ortogonal (varimax) y solución rotada oblicua (promax), todas ellas desarrolladas con un método de máxima verosimilitud.

La solución que ofreció la mejor interpretación fue la oblicua (Tabla 3). La Tabla 4 presenta la estructura factorial en términos de ítems de la escala. Como puede verse, los dominios que se configuran pueden denominarse afectivo, cognoscitivo, depresivo y, por último, activación. El dominio relacionado con activación es el que explica la mayor cantidad de varianza del síndrome.

Las correlaciones entre los factores resultantes de la rotación oblicua son discretas (la mayor se da entre los factores dos y cuatro, con un coeficiente de 0,534, y la menor, entre los factores uno y tres, con un coeficiente de -0,091).

Síntoma	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Unicidad
Euforia	-0.619	0.273	0.068	0.148	0.479
Irritabilidad	0.657	0.114	-0.004	0.192	0.466
Afecto depresivo	0.029	0.118	-0.944	-0.027	0.178
Urgencia de pensamiento	-0.179	0.911	-0.206	-0.139	0.387
Fuga de ideas	-0.016	0.699	-0.007	-0.073	0.565
Aumento de la voz	0.110	0.498	0.085	0.127	0.600
Grandiosidad	0.015	-0.137	0.073	0.596	0.698
Ideación depresiva	0.028	0.013	-0.980	0.148	0.079
Hiperactividad	0.184	0.244	0.030	0.459	0.546
Aumento de energía	0.027	0.037	0.021	0.743	0.406
Hiperbulia	-0.112	-0.261	-0,175	0.834	0.460
Disminución de sueño	0.114	0.189	-0.101	0.456	0.664
Aumento de sexualidad	0.287	0.139	0.055	0.270	0.784
Distractibilidad	0.058	0.452	0.229	0.081	0.593
Sociabilidad	-0.128	0.154	0.171	0.453	0.604
Juicio	-0.006	0.069	-0.075	0.700	0.476

Tabla 3. Valores de las cargas factoriales. Solución rotada oblicua (Promax), cuatro factores

Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Afectivo	Cognoscitivo	Depresivo	Activación
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Euforia</li> <li>- Aumento de sexualidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgencia de pensamiento</li> <li>- Fuga de ideas</li> <li>- Aumento de la voz</li> <li>- Distractibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecto depresivo</li> <li>- Ideación depresiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperbulia</li> <li>- Aumento energía</li> <li>- Juicio</li> <li>- Grandiosidad</li> <li>- Hiperactividad</li> <li>- Disminución de sueño</li> <li>- Sociabilidad</li> </ul>

Tabla 4. Conformación de los factores del síndrome maniaco

### 3.2.3 Ecuaciones estructurales - LISREL

La técnica del modelo de ecuaciones estructurales se considera una extensión de varias técnicas multivariantes como la de regresión múltiple, el análisis factorial principalmente y el análisis de senderos. El modelo de ecuaciones estructurales abarca una familia entera de modelos conocidos por muchos nombres, entre ellos análisis de la estructura de covarianza, análisis de variable latente y análisis factorial confirmatorio.

Se caracterizan por dos elementos:

1. Estimación de relaciones de dependencias múltiples y cruzadas
2. Capacidad de representar conceptos no observados en estas relaciones y tener en cuenta el error de medida en el proceso de estimación.

La diferencia más observable entre los sistemas de ecuaciones estructurales y las otras técnicas de análisis multivariantes es la capacidad de analizar relaciones para cada subconjunto de variables. Además de permitir interrelaciones entre algunas variables de estos subconjuntos.

Los sistemas de ecuaciones estructurales permiten, además de estimar relaciones múltiples, introducir conceptos o variables latentes al análisis, mientras que las interrelaciones establecidas fortalecen las correlaciones utilizadas. De esta manera se pueden realizar estimaciones más precisas de los coeficientes estructurales.

Alguna e la terminología específica que hay que tener presente corresponde al significado de variables observadas, que son las que se miden empíricamente y se representan simbólicamente mediante letras latinas (p.e. X e Y) y gráficamente mediante cajas. Las variables latentes son los constructos no observados, los cuales se definen en base a los anteriores. Simbólicamente se representan mediante letras griegas (p.e.  $\beta$  y  $\zeta$ ) y gráficamente mediante círculos. Las variables latentes como mínimo han de ejercer una influencia (emitir una flecha).

Para cada modelo se requiere la verificación de una serie de índices de ajuste que dan cuenta de la exactitud de los supuestos del modelo especificado para determinar si el modelo es correcto y sirve como aproximación al fenómeno real precisando así su poder de predicción. Los tomados en cuenta en el presente estudio fueron los siguientes:

- RMSEA (Raíz media cuadrática del error de estimación) (Browne y Cudeck, 1993), cuyo valor debe ser menor de 0,05 para un correcto ajuste de los datos
- GFI (Índice de bondad de ajuste) (Jöreskog y Sörbom, 1989), cuyo valor debe ser mayor a 0,95 y entre más cercano a uno refleja un mayor ajuste
- CFI (Índice comparativo de ajuste) ), cuyo valor debe ser mayor a 0,95 y entre más cercano a uno refleja un mayor ajuste
- RMR (Promedio de residuos), cuyo valor menor de  $<0,05$  refleja un adecuado ajuste.

#### Modelos de primer orden – Análisis factorial confirmatorio

Se contrastan modelos sobre la estructural factorial o forma en que se agrupa un conjunto de variables manifiestas, las cuales reflejan variables latentes. El modelo de primer orden resultante del análisis de los datos del presente estudio se muestra en la Ilustración 3.

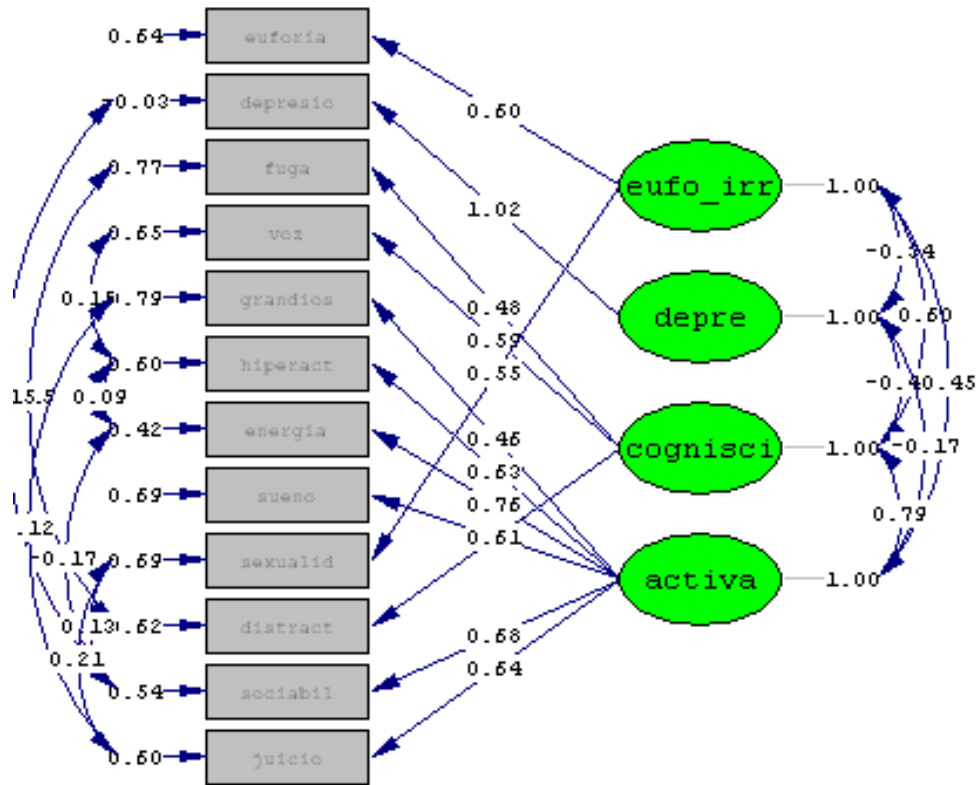


Ilustración 3. Modelo confirmatorio que evalúa la solución factorial ordinal de cuatro dominios - Ajuste de covarianzas entre errores según índices de modificación

Los índices de bondad de ajuste son los siguientes:

RMSEA: 0,040 (VR <0,05)

GFI: 0,99 (VR >0,95)

CFI: 0,99 (VR >0,95)

RMR: 0,040 (<0,05)

Los cuatro índices de ajuste son adecuados, lo que refleja que el modelo es una muy buena aproximación al fenómeno real.

## Modelos de segundo orden – Modelos estructurales

Reflejan relaciones causales entre variables latentes tanto de tipo independiente como dependiente. Por medio de este método es posible encontrar direccionalidad o causalidad entre variables. En el actual estudio se formulan varios modelos hipotéticos, evaluándose la bondad de ajuste de cada uno.

El primero de estos modelos (Ilustración 4) corresponde a uno en el la activación motora y cognoscitiva son primarias y junto con el afecto generan desajuste social.

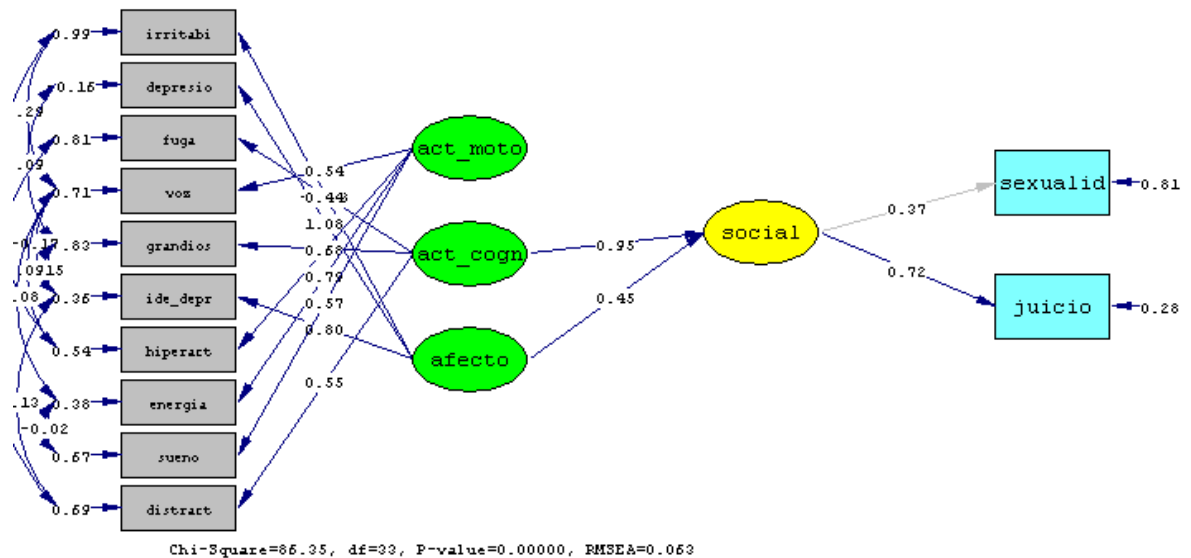


Ilustración 4. Modelo de segundo orden en donde la activación motora y cognoscitiva y la disregulación del afecto son primarias - Ajuste de covarianzas entre errores según índices de modificación

Los índices de bondad de ajuste son los siguientes:

RMSEA: **0,063** (VR <0,05)

GFI: 0,98 (VR >0,95)

CFI: 0,98 (VR >0,95)

RMR: **0,063** (<0,05)

Los índices de ajuste no son adecuados, lo que refleja que el modelo no es una buena aproximación al fenómeno real.

El segundo modelo (Ilustración 5) muestra que la activación física y cognoscitiva generan disregulación de afecto y esto alteración social.

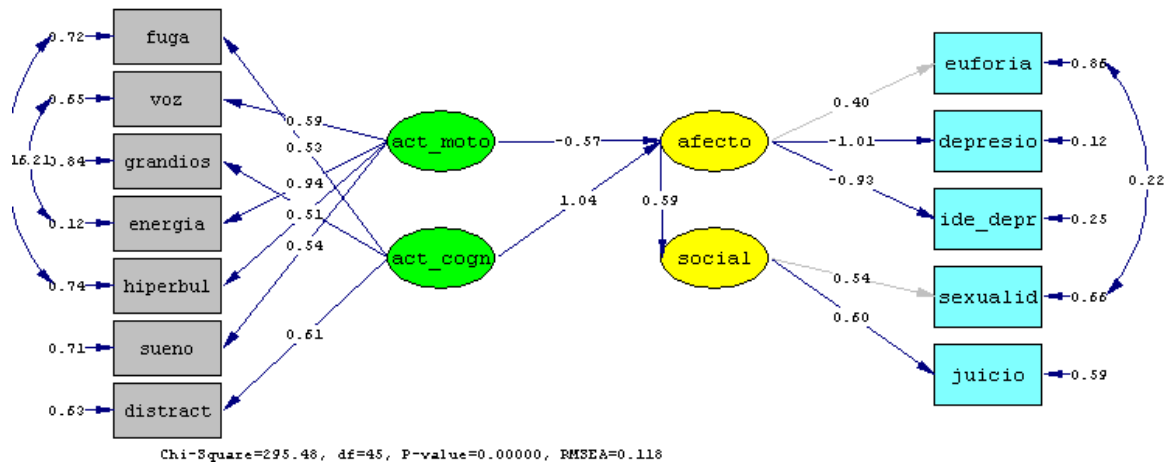


Ilustración 5. Modelo de segundo orden en donde la activación motora y cognoscitiva son primarias - Ajuste de covarianzas entre errores según índices de modificación

Los índices de bondad de ajuste son los siguientes:

RMSEA: **0,12** (VR <0,05)

GFI: 0,92 (VR >0,95)

CFI: **0,88** (VR >0,95)

RMR: **0,13** (<0,05)

Los índices de ajuste no son adecuados, lo que refleja que el modelo no es una buena aproximación al fenómeno real.

## 4 DISCUSIÓN

Dentro de la población obtenida, el promedio de edad fue de 37 años, el cual es un poco mayor al promedio de edad reportado en la literatura para las fases iniciales de la enfermedad, lo cual, pensamos, puede estar asociado al tipo de instituciones en las cuales se recolectó la muestra, ya que en estas se atiende a pacientes predominantemente crónicos, cuyas enfermedades han cursado por varios años, y el motivo de hospitalización, en general, corresponde a recaídas y agudización de crisis afectivas.

A pesar de ser una patología de igual frecuencia en ambos géneros, la mayoría de pacientes obtenidos en el presente trabajo fueron mujeres (el 60.2%). El diagnóstico más frecuente fue el de episodio maníaco, incluyendo sus diferentes especificadores (93.81%), lo cual es atribuible a que este constituye el motivo de hospitalización más frecuente en unidades de salud mental de pacientes que padecen trastorno afectivo bipolar.

Respecto a los síntomas, el ítem que mayor puntaje tuvo fue el correspondiente a la disminución de la necesidad de dormir, el cual, a pesar de no ser específico para episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, creemos que puede considerarse como un marcador importante para tener en cuenta en el proceso psicoeducativo de prevención y detección temprana de crisis afectivas.

En relación con los resultados del análisis factorial confirmatorio, se encontró que los dominios representados fueron similares a estudios preliminares, uno primero en el que se validó la escala EMUN (39) y el segundo en el que se realizó análisis factorial confirmatorio no ordinal, así como al de otros autores como Klahr, Disalver, González-Pinto, Akiskal y Meyer, donde se obtuvo la activación motora como el factor de mayor peso del síndrome maníaco. Estos resultados son contradictorios con lo hasta ahora definido por los sistemas de clasificación vigentes, donde se considera como eje central del diagnóstico del síndrome maníaco los síntomas afectivos, que en nuestro trabajo resultan teniendo menos peso dentro de los factores constitutivos de síndrome, al ser superados por la activación motora.



Con la obtención de los síntomas depresivos como uno de los factores constitutivos del síndrome maníaco, se sugiere la presencia simultánea de síntomas afectivos maníacos y depresivos dentro de un mismo episodio, con lo cual se vislumbra la posibilidad, ya hace tiempo descrita, de conformar un continuum de enfermedad donde la separación categórica entre los polos opuestos manía-depresión no es tan clara ni definitiva; menos aún, si se contempla que ninguno de los síntomas afectivos conforma el factor de mayor peso en el diagnóstico.

Consideramos que los hallazgos obtenidos constituyen un aporte clínico de importancia, por cuanto suministran información que puede ser de utilidad para ampliar y ajustar los criterios diagnósticos del síndrome maníaco establecidos en los sistemas de clasificación en la práctica clínica diaria. Sin embargo, creemos que se deben realizar más trabajos dentro de la misma línea de investigación, en los cuales se incluyan pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar reciente o en sus fases iniciales, pues, como ya se comentó previamente, la población estudiada fue en su mayoría crónica, lo cual implica que ha sido tratada con múltiples medicaciones, incluyendo antipsicóticos, los cuales pueden alterar la expresión o modulación afectiva, y ello puede ser un factor de sesgo que debe tenerse en cuenta en este estudio.

Por medio de la técnica de ecuaciones estructurales se encuentra que el modelo de factores propuestos, refleja muy buena aproximación al fenómeno real. Se propone la formulación de nuevas hipótesis que propongan posibles interacciones y direccionalidad entre los dominios, con el fin de ser sometidas a análisis estructural evaluar la posible relación entre los dominios encontrados en este síndrome.

## 5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización del presente trabajo se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Según el decreto 8430 del Ministerio de Salud, se considera esta investigación como de bajo riesgo. Los procedimientos de la investigación fueron efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente. No se plantean dilemas irresolubles de conflicto de intereses para los investigadores. Ninguno de los pacientes evaluados fue sometido a intervenciones experimentales; la práctica de las evaluaciones implicó explorar sistemáticamente aspectos que de manera regular se exploran en una consulta psiquiátrica convencional; tampoco implicó erogaciones económicas extras para los pacientes ni una inversión exagerada de su tiempo. En el proyecto no se plantea configuración de grupos que impliquen riesgos exclusivos para sus participantes, ni fueron sometidos a intervenciones experimentales.

Para que un paciente fuera incluido en el presente estudio, fue indispensable que lo hiciera de manera voluntaria previa información y aclaración de dudas sobre las características de la investigación, proceso realizado por el investigador principal.

En todo momento de la investigación se tomaron las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente (los datos del trabajo se mantendrán custodiados a través del acceso restringido y el uso de códigos para respetar privacidad).

Cualquier condición médica adicional detectada durante la evaluación fue tratada conforme a los protocolos establecidos en las instituciones tratantes.

Los resultados serán publicados en revistas de índole académica y científica, preservando la exactitud de los mismos y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes particulares.

Este proyecto de investigación fue presentado al Comité de Investigación y Ética de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y al Comité de Investigación y Ética de la Clínica Nuestra Señora de La Paz.

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según diagnóstico del episodio actual .....	21
Tabla 2. Puntaje en ítems de la escala .....	22
Tabla 3. Valores de las cargas factoriales. Solución rotada oblicua (Promax), cuatro factores .....	26
Tabla 4. Conformación de los factores del síndrome maniaco .....	26

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Escalamiento multidimensional – Solución bidimensional .....	24
Ilustración 2. Escalamiento multidimensional – Solución tridimensional .....	24
Ilustración 3. Modelo confirmatorio que evalúa la solución factorial ordinal de cuatro dominios - Ajuste de covarianzas entre errores según índices de modificación .....	29
Ilustración 4. Modelo de segundo orden en donde la activación motora y cognoscitiva y la disregulación del afecto son primarias - Ajuste de covarianzas entre errores según índices de modificación .....	30
Ilustración 5. Modelo de segundo orden en donde la activación motora y cognoscitiva son primarias - Ajuste de covarianzas entre errores según índices de modificación .....	31

## ANEXO. ESCALA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PARA MANÍA (EMUN)

Fecha \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ HC# \_\_\_\_\_

Diagnóstico DSMIV \_\_\_\_\_

Nombre del clínico que aplica la escala \_\_\_\_\_

Institución (clínica u hospital) \_\_\_\_\_

### 1. Afecto eufórico:

Presencia de uno o más períodos claramente diferentes del estado basal, que duran más de una hora, en los cuales el paciente está muy alegre o exageradamente optimista, sin que tenga que ver con circunstancias externas ni con uso de sustancias.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Aumento leve pero definitivo, se siente animado, se ve simpático.
3. Aumento moderado, alegría y ánimo exagerados ante las circunstancias, bromea y ríe frecuentemente pero su afecto puede cambiar ante situaciones no alegres.
4. Aumento grave, está casi todo el tiempo eufórico, claramente desproporcionado a las circunstancias, casi no se modifica ante situaciones no alegres.
5. Aumento extremo, permanentemente riendo y gritando, sin relación aparente con el entorno.

Ha tenido periodos en los cuales se sienta muy contento, sin que esto tenga que ver con uso de alcohol o de otra sustancia?

Ha sentido como si todo le saliera perfecto y tal como usted lo desea?

Los familiares o amigos creen que está exageradamente alegre?

Cuánto duró usted así?

### 2. Afecto irritable:

Presencia de uno o más períodos claramente diferentes del estado basal, que duran más de una hora, en los cuales el paciente está muy irritable o de mal genio, sin que tenga que ver con circunstancias externas ni con uso de sustancias.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Aumento leve, algo argumentativo, expresa fácilmente fastidio o desagrado a los demás, ocasionalmente irritable durante la entrevista.
3. Aumento moderado, algunos temas lo irritan demasiado, fácilmente insulta o maldice, puede ser necesario limitar las visitas, frecuentemente irritable durante la entrevista pero se le puede calmar.
4. Aumento grave, ocasionalmente agresivo, irritable de manera excesiva y desproporcionada, puede romper objetos, no tolera la entrevista porque fácilmente se pone irritable, puede requerir contención física.
5. Aumento excesivo, fácilmente violento contra objetos y personas.

Se ha sentido malgeniado o irritable? qué tan seguido?

Nota que la gente lo saca de casillas con facilidad? qué tan seguido?

Ha notado que tiene discusiones o peleas más frecuentemente que antes? qué tan seguido?

### 3. Afecto depresivo:

Sentimientos de tristeza, aburrimiento, desgano, incapacidad de disfrutar, pesimismo, que no tienen que ver con uso de sustancias ni con circunstancias externas .

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Se evidencian sentimientos de tristeza solamente cuando se interroga al paciente.
3. El paciente espontáneamente reporta sentimientos de tristeza.
4. La tristeza del paciente es evidente no solo a nivel verbal sino a nivel no verbal.

5. El paciente prácticamente lo único que comunica tiene que ver con su tristeza.

Ha tenido períodos en los que se siente triste, aburrido, o sin esperanzas?

Ha tenido períodos en los cuales no puede disfrutar nada?

Qué tanto le han durado?

#### **4. Urgencia del pensamiento:**

**Producción de ideas de manera continua o excesiva.**

0. Ausente.

1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.

2. Aumento leve, está algo más hablador que lo normal.

3. Aumento moderado, habla fluidamente sobre uno o varios temas, con pocas interrupciones espontáneas, el paciente por sí mismo para de hablar, se le puede interrumpir.

4. Aumento grave, habla permanentemente sobre múltiples temas, si uno lo deja no para de hablar, es difícil interrumpirle.

5. Aumento marcado, habla sin parar de múltiples temas, imposible interrumpirle.

#### **5. Fuga de ideas:**

**Paso de un tema a otro que la mayoría de las veces está relacionado y que no suele hacer perder la continuidad del pensamiento.**

0. Ausente.

1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.

2. Leve, hasta en uno de cuatro temas se va por las ramas pero no pierde el hilo, la velocidad del pensamiento está algo aumentada.

3. Moderada, hasta en un tercio de los temas que trata durante la entrevista se va por las ramas, hay tendencia a perder el hilo del pensamiento, es necesario recordarle al paciente el tema que inicialmente estaba tratando y el paciente puede volver a retomarlo, la velocidad del pensamiento está claramente aumentada.

4. Marcada, por lo menos en la mitad de los temas el paciente se va por las ramas, el paciente pierde el hilo del pensamiento con facilidad y hay que ayudarlo mucho para que pueda retomar el tema que inicialmente estaba tratando, sus ideas surgen a gran velocidad.

5. Grave, el paciente no puede terminar un tema sin haberse ido por las ramas, su discurso se hace ininteligible y difícil de seguir, no puede retomar el tema inicial a pesar de los esfuerzos del entrevistador, las ideas surgen permanentemente y a gran velocidad.

#### **6. Intensidad de la voz:**

**Volumen de la voz, qué tan fuerte habla el paciente.**

0. Ausente.

1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.

2. Habla más alto pero sin llegar a estar alborotado.

3. Voz que se escucha a distancia, está algo alborotado.

4. Vocífera, su voz se escucha a gran distancia, alborota, canta.

5. Chilla, grita o hace ruido de otra manera pues se ha quedado ronco.

#### **7. Grandiosidad:**

**Aumento de la autoestima y exageración de las capacidades, atributos o posesiones.**

0. Ausente.

1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.

2. Leve, su autoestima está aumentada y exagera sus capacidades. pero sus creencias no están muy alejadas de la realidad, puede aceptar la confrontación con la realidad.

3. Moderada, el aumento de la autoestima es claramente desproporcionado con las circunstancias reales, es difícil que acepte la confrontación con la realidad.

4. Grave, ideas delirantes de grandeza que no actúa.

5. Extrema, ideas delirantes de grandeza que actúa.

Se siente usted más seguro de usted mismo que antes?

Usted es una persona especialmente importante o con poderes, capacidades o riquezas especiales?

Tiene alguna misión especial en esta vida?

Tiene algún tipo de relación especial con Dios?

#### **8. Ideas depresivas:**

**Ideas de minusvalía, culpa, desesperanza, desamparo, muerte, enfermedad, aniquilación.**

0. Ausente.

1. Presencia dudosa o de significación clínica cuestionable.
2. Leve, hay ideas depresivas que no están muy alejadas de la realidad, puede aceptar la confrontación con la realidad.
3. Moderada, las ideas depresivas son claramente desproporcionadas con las circunstancias reales, es difícil que acepte la confrontación con la realidad.
4. Ideas depresivas delirantes que no se actúan.
5. Ideas delirantes de grandeza que se actúan.

Ha sentido que usted ya no es capaz de hacer las cosas como las hacía antes?  
Se siente culpable por algo que ha sucedido?  
Siente que está demasiado pesimista?  
Cree que tiene alguna enfermedad grave o que mejor sería estar muerto?  
Cree que el mundo próximamente se va a acabar?

### **9. Hiperactividad motora:**

#### **Hiperquinesia. Conducta motora incrementada sin relación con sustancias ni medicaciones**

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve, caminadera ocasional, le cuesta trabajo quedarse quieto en la silla.
3. Moderada, caminadera frecuente, no se puede quedar sentado.
4. Grave, casi siempre está moviéndose o caminando.
5. Extrema, movimiento continuo o agitación constante, hay que inmovilizarlo.

### **10. Excesiva energía:**

#### **El paciente se siente con más fuerza y energía y experimenta poco o ningún cansancio.**

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve, aumento en el nivel de actividad que no le causa dificultades y que incluso puede ser productivo.
3. Moderado, está claramente más activo que lo normal y no muestra suficientes signos de cansancio, tiene interferencias ocasionales con su funcionamiento.
4. Grave, está mucho más activo que lo usual y no muestra signos de fatiga, tiene claras interferencias con su funcionamiento.
5. Extremo, tiene que estar activo todo el día y no muestra ningún signo de fatiga.

Se ha sentido con más energía que lo usual para hacer las cosas?  
Percibe que puede estar trabajando todo el día y que no se cansa?

### **11. Excesivo involucramiento en actividades:**

#### **Hiperbulia o ánimo emprendedor. Parte voluntaria de la conducta motora.**

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Busca participar en algunas actividades adicionales a las habituales (máximo 2) que teóricamente podría cumplir con facilidad.
3. Busca participar en algunas actividades adicionales a las habituales (más de 2, menos de 4) y por lo menos una de ellas es difícil de cumplir.
4. Busca participar en algunas actividades adicionales a las habituales (más de 2, menos de 4) y por lo menos una de ellas es imposible de cumplir.
5. Busca participar en más de 4 actividades adicionales a las habituales y la mayoría de ellas son imposibles de cumplir.

Qué cosas nuevas ha buscado hacer diferentes a las que normalmente hace?  
Alguno de los nuevos planes es difícil de cumplir? por qué?

### **12. Disminución de la necesidad de dormir:**

#### **Diferenciarlo de insomnio.**

0. Ausente.
1. Duerme hasta una hora menos que lo normal.
2. Duerme hasta 2 horas menos que lo normal.
3. Duerme hasta 3 horas menos que lo normal.
4. Duerme hasta 4 horas menos que lo normal.
5. 4 ó más horas de sueño menos que lo normal.

Cuántas horas duerme normalmente?  
Cuántas horas está durmiendo ahora?



Siente ganas de dormir en algún momento del día?

### **13. Incremento de energía sexual:**

**Conducta sexual incrementada pero en general no extraña.**

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve. El paciente flirtea discretamente pero en mayor grado que lo habitual en él.
3. Moderado. El paciente flirtea abiertamente.
4. Grave. Flirtea excesivamente, viste en forma provocativa.
5. Extremo. Ocupado en la sexualidad en forma completa e inapropiada.

### **14. Distractibilidad:**

**El paciente fácilmente se distrae con estímulos externos sin importancia.**

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve, presente pero sin interferir con sus tareas ni su conversación.
3. Moderada, interfiere un poco con la conversación o con sus tareas.
4. Grave, interfiere frecuentemente con la conversación o sus tareas.
5. Extrema, el paciente es incapaz de mantener la atención en la conversación o en alguna tarea.

### **15. Excesiva sociabilidad:**

**Contacto interpersonal y social incrementados.**

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Ligeramente entrometido. Opina sin que se le pregunte.
3. Moderadamente entrometido y con ganas de discutir, algo impertinente.
4. Dominante, da órdenes, dirige, pero se mantiene en contacto con el entorno.
5. Extremadamente dominante y manipulador, sin contacto con el entorno.

### **16. Pobre juicio:**

**El paciente se comporta de manera imprudente, comete indiscreciones, no mide las consecuencias de sus actos:**

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve pero definitivo, comete imprudencias menores que llaman la atención pero que son infrecuentes o poco graves (llama demasiado por teléfono, se viste llamativamente, revela algunos secretos...)
3. Moderado. Se involucra en tareas para las cuales no está preparado, no mide adecuadamente sus gastos o hace inversiones riesgosas, es abiertamente imprudente.
4. Grave. Se involucra frecuentemente en actividades riesgosas, hace inversiones o gastos claramente absurdos que lo dejan en importantes dificultades económicas.
5. Participación permanente y continua en actividades altamente peligrosas o antisociales, sin tener en cuenta las graves consecuencias.

Ha hecho alguna cosa que le haya causado problemas a usted o a su familia?

Ha dicho cosas que antes no se le hubiera ocurrido ni mencionar?

Le gusta el peligro? qué cosas peligrosas ha hecho?

Cómo ha manejado sus inversiones?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG, Peterson JL, Davis JM: The clinical administered rating scale for mania (CARS-M): Development, reliability and validity. *Biol Psychiatry* 1994;36:124-134.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 4 revised(DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press: 1994.
3. Bauer M, Crits-Christoph P, Ball W, Dewees E, McAllister T, Alahi P, Cacciola J, Whybrow P: Independent Assessment of Manic and Depressive Symptoms by Self-rating. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:807-812.
4. Carroll BJ, Fielding JM, Blashki TG: Depression rating scales. A critical review. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28:361-366.
5. Hamilton LC: *Regression with Graphics. A Second Course in Applied Statistics*. Belmont: Duxbury Press: 1992,pp 249-282.
6. Jaramillo LE, Sánchez R: Protocolo para el manejo de pacientes con trastorno afectivo bipolar maniaco. *Rev Fac Med U N Col* 1995;43:207-209.
7. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE: *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. 2nd. ed. Belmont: Duxbury Press: 1988. pp 595-631.
8. Rosero N, Sánchez R, Martín E. Determinación de la estructura factorial del síndrome maniaco. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2000;29:49-58.

9. Shugar Gerald, Schertzer, Toner Brenda and Di Gasbarro Ines: Development, Use and Factor Analysis of a Self. Report Inventory for Mania. *Comprehensive Psychiatry* 33: 325-331 September/October 1992.
10. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press: 1989.
11. Streiner DL: A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Can J psychiatry* 1993;38:140-148.
12. Sánchez R, Gómez C: Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Rev Col Psiquiatría* 1998;27:121-130.
13. Sánchez R, Rosero NH. Revisión crítica de escalas de medición de manía. *Avances en Medición* 2003; 1: 37-70.
14. World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva, 1992.