



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Ampliación de la escala de manía de la Universidad Nacional (EMUN) con ítems correspondientes al espectro depresivo

Juliana María Velásquez Suárez

Código: 05598944

Estudiante especialidad en psiquiatría

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Especialidad en Psiquiatría

Bogotá, D.C.

2013

Ampliación de la escala de manía de la Universidad Nacional (EMUN) con ítems correspondientes al espectro depresivo

Juliana María Velásquez Suárez

Código: 05598944

Trabajo presentado como requisito para optar al título de
Especialidad en psiquiatría
Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Ricardo Sánchez Pedraza

Docente Departamento de psiquiatría
Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Grupo investigador: Investigaciones en clínica psiquiátrica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Especialidad en Psiquiatría

Bogotá, D.C.

2013

A mis padres, a mis hermanos, mis profesores y mis pacientes.

Agradecimientos

Al Doctor Ricardo Sánchez Pedraza por su colaboración en la realización del proyecto. A la división de Investigación Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia por su apoyo y financiación de la investigación. Al estudiante de internado de medicina de la Universidad Nacional de Colombia Roger Polanco por su ayuda en la recolección de datos.

Resumen

Los diagnósticos en psiquiatría son fundamentalmente basados en el juicio clínico, no existiendo pruebas diagnósticas de laboratorio, por esta razón en los últimos años se ha intentado hacer más objetivo este proceso por medio de las escalas de evaluación. La Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN), originalmente desarrollado en población hispanoparlante, es un instrumento diseñado para medir el síndrome maniaco. El objetivo de la presente investigación es mejorar el instrumento EMUN para permitir una evaluación integral del síndrome maniaco, incorporando y modificando ítems que suplan las deficiencias en el rango de medición en los síntomas correspondientes al síndrome depresivo, deficiencias encontradas en estudios previos.

Se evaluaron 301 pacientes con diagnóstico de episodio maniaco, mixto o depresivo. Se analizaron las características psicométricas del estudio encontrándose en los resultados una estructura de tres dominios: Activación psíquica y autonómica, Depresión, Activación motora y labilidad emocional. No se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de la escala por diagnóstico, lo cual indicaría que éste es un instrumento que detecta intensidad del atributo, independientemente de que el paciente se encuentre en una de las categorías de la enfermedad maniaco depresiva.

Se podría concluir que la escala refleja una estructura de dominios que es clínicamente plausible, se evidencia que es un instrumento útil para medir el cambio de la condición clínica, y finalmente la incorporación de ítems del espectro depresivo contribuye a la medición válida y confiable del síndrome maniaco depresivo.

Palabras claves: trastorno bipolar, escalas, síntomas, depresión bipolar, manía.

Abstract

Diagnoses in psychiatry are mainly based on clinical judgment because there are not diagnostic laboratory tests. In recent years has tried to objectify this process by rating scales. The Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN) originally developed in Spanish-speaking population is an instrument designed to measure the manic syndrome. The objective of this research is to optimize this instrument to allows a comprehensive assessment of manic, adding and modifying items that fill gaps in the measurement range of symptoms for the depressive syndrome, deficiencies found in previous studies.

We evaluated 301 patients with a diagnosis of manic, mixed, or depressive. We analyzed the psychometric characteristics of the study, results found three domains: psychological and autonomic activation, depression, emotional lability and motor activation. No significant differences were found between the scale scores by diagnosis, this is in favor that this is an instrument that detects intensity attribute, regardless of whether the patient is in a category of manic-depressive illness.

We conclude that the scale reflects a domain structure that is clinically plausible, is evidence that it is a useful tool to measure the change in the clinical condition, and finally incorporating depressive spectrum items contributes to valid and reliable measurement of manic depression.

Key words: bipolar disorder, scale, symptoms, depression bipolar, mania.

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	VII
Introducción	1
1. Materiales y Métodos	5
1.1 Procedimiento	5
1.2 Población	5
2. Análisis estadístico	7
3. Resultados	9
3.1 Descriptivo	9
3.2 Validez de contenido: Análisis factorial	12
3.3 Descriptivo por dominio	13
3.4 Validez de criterio convergente	18
3.5 Consistencia interna (Alfas de Cronbach)	18
3.6 Confiabilidad test-retest	20
3.7 Sensibilidad al cambio	25
Discusión	27
Conclusiones	31
Anexo	33
Bibliografía	47

Introducción

Al diseñar una escala de evaluación es fundamental tener en cuenta su finalidad, el objeto de medición, la construcción de sus ítems y la precaución que se debe tener para evitar posibles sesgos en su aplicación [1]. Los diagnósticos psiquiátricos son fundamentalmente basados en observación de la clínica, por esta razón en los últimos años se ha intentado hacer más objetivo este proceso por medio de las escalas de evaluación.

Las escalas para manía comienzan a desarrollarse a principios de los años setenta. Las primeras tomaban mucho tiempo en su ejecución y eran de un alta complejidad, se requería personal entrenado en su aplicación y solo evaluaban síntomas maniacos. Posteriormente se fueron desarrollando con características más asequibles para los clínicos, y adicionalmente se incluyeron síntomas que evaluaban episodios mixtos y cuadros disfórico. [2, 3]

Con respecto a los diagnósticos psiquiátricos con mayor prevalencia y morbimortalidad en nuestro país están los trastornos del estado de ánimo [4], se estima en 1,8 % para el de tipo I (episodios maníacos o mixtos), y para el de tipo II (episodios hipomaníacos, únicamente) la prevalencia es 0,2 %. [5]. El trastorno bipolar esta referenciado como una patología grave, crónica y recurrente, con altas consecuencias en la funcionalidad, calidad de vida [6,7] y mortalidad [8], es nombrado entre las treinta primeras causas de discapacidad en *disability adjusted life years* (DALY) en 1990, y en el estudio *the first global burden of disease (GBD) 2004* ha sido reportado entre la séptima (para hombres) y octava (para mujeres) causa de años vividos con discapacidad (YLD).[9]

Los estudios han reportado que un apropiado diagnóstico del trastorno afectivo bipolar usualmente lleva entre 8 a 10 años desde el inicio de los síntomas hasta el reconocimiento y tratamiento [3,10], la frecuencia del error en el diagnóstico ha sido reportada tan alta como hasta del 69% y el sobrediagnóstico ha sido reportado hasta del

50% [11]. Un mal diagnóstico lleva a errores en la formulación de tratamientos que pueden generar un mal pronóstico en la evolución clínica del paciente [12], tratamiento iatrogénicos con antidepresivos, mayor riesgo de suicidio y violencia, el alcoholismo, la drogadicción, altas tasas de divorcios, el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, dificultades con la ley y sobrecostos en la salud pública, entre otros. [13,14]

Con respecto a las características de los episodios, se ha evidenciado una variación de persona a persona, pero en un mismo individuo se han hallado similares características sintomáticas dentro de los episodios: Falret y Kraepelin notaron una tendencia constante del patrón de síntomas en el mismo paciente. De otra parte Winokur y colegas (1969) observaron en el grupo de los pacientes maniacos síntomas depresivos durante los episodios de manía, lo cual llamaron “cortas depresiones contaminando el episodio maniaco”, Kraepelin dentro de sus estudios describió seis estados mixtos[15]. En este mismo orden de ideas muchos estudios recientes ponen de relieve la diversidad del estado del ánimo en que se asocia tanto a los síntomas maniacos como a los síntomas depresivos, actualmente muchos autores reconocen rasgos maniacos o hipomaniacos dentro del trastorno bipolar depresivo (Koukopoulos, 1999) [16,17]. En el artículo publicado en el 2009 The Systematic treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) proponen la depresión bipolar mixta como una entidad clínicamente relevante con características que difieren fundamentalmente de la depresión bipolar pura, con diferencias importantes en su pronóstico y tratamiento. [16, 17, 18]

En la literatura se encuentran un sin número de escalas que miden el síndrome maniaco en idiomas diferentes al español, que requieren ser validadas para ser aplicadas en nuestra población. La Escala de Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN) es un instrumento originalmente creado en población hispano-parlante. En el estudio de la estructura latente del síndrome maniaco mediante técnicas de escalamiento multidimensional (Rangel, Sánchez. 2010) se hallaron cuatro dominios denominados afectivo, cognoscitivo, depresivo y de activación. Dentro del análisis de los síntomas, los depresivos tuvieron una media de puntuación más baja, aunque los análisis efectuados sugieren que es válida su presencia en el síndrome maniaco. Esto sugiere que los síntomas depresivos hacen parte del síndrome y que dentro de la evaluación clínica se podrían indagar en los pacientes con episodios maniaco [19].

En la última versión realizada a la escala (Validación de la escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia usando el análisis Rasch, 2011), se observó una baja calificación en el grupo de síntomas depresivos y una insuficiencias en el ajuste de algunos ítems de la escala “ideas depresivas” y “distractibilidad”. En cuanto a la causa del mal ajuste del ítem que mide afecto depresivo se consideró que es la forma inespecífica en que se explora (“Sentimientos de tristeza, aburrimiento, desgano, incapacidad de disfrutar, y/o pesimismo”). Señalan que este hallazgo podría relacionarse con la existencia de un espacio descubierto entre los síntomas depresivos y otros síntomas que miden el síndrome [3]. Para mejorar la deficiencia en el ajuste encontrado se propone crear ítems que evalúen de una manera más específica la sintomatología depresiva. [3]

La presente investigación propone la inclusión de estos ítems (anhedonia, disforia, disminución de la energía, sensación de cansancio o fatiga, insomnio e hipersomnía) y la modificación de la descripción de los aplicados anteriormente (afecto depresivo, ideas depresivas) a la EMUN con el fin de mejorar el instrumento para llegar a un estado de medición más completo e integral del síndrome.

Materiales y Métodos

1.1 Procedimiento

Se analizaron estudios previos de validación de la escala EMUN (incluido uno con metodología de Rasch). Se diseñó la estructura de cada uno de los ítems propuestos, conservando el sistema de método directo específico con una estructura ordinal entre 0 (ausente) y 5 (grave). Como resultado de esta fase se construyó un instrumento con 25 ítems.

1.2 Población

La detección de los pacientes fue en dos instituciones privadas y una pública de la ciudad de Bogotá. Los pacientes fueron detectados en urgencias y en hospitalización en los primeros tres días después de su ingreso. Posteriormente se les realizó una valoración para confirmar el diagnóstico basados en los criterios del DSM-IV [20]. Sólo los pacientes en quienes los clínicos confirmaron el diagnóstico y cumplían todos los criterios de inclusión se les realizó la escala, previo consentimiento informado para participar en el estudio. En total fueron 301 pacientes evaluados.

Los criterios de inclusión fueron aceptar participar en el estudio, tener más de 18 años de edad, tener diagnóstico de episodio maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo, de acuerdo a los criterios del DSM IV, sin tener en cuenta el tratamiento farmacológico actual y de acuerdo al procedimiento de diagnóstico presentado previamente.

Análisis estadístico

Los datos físicos fueron trasladados a una base de datos. El análisis estadístico se efectuó con el paquete Stata 12® y el programa R. Se realizó la validación de la escala evaluándose la confiabilidad, la validez de contenido, y la sensibilidad al cambio del instrumento, considerando los siguientes procedimientos:

- Determinación de la validez de contenido.

Se evaluaron 301 pacientes con diagnóstico de episodio maníaco, mixto o depresivo efectuado con el procedimiento antes mencionado, a los cuales se les aplicó la escala modificada. Posteriormente se efectuó un análisis factorial exploratorio.

- 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. Esto se efectuó con los mismos 301 pacientes del grupo anterior.

- Análisis de validez concurrente:

Se seleccionaron 26 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. En la primera evaluación a estos pacientes simultáneamente se les aplicó la escala EMUNAR. La medición de validez se efectuó con el coeficiente de correlación de Pearson o el de Spearman, dependiendo de las características de las variables que reflejen el puntaje de la escala.

- Determinación de confiabilidad test-retest:

A 46 pacientes del grupo total, se les realizó una segunda aplicación de la escala después de dos días de la medición inicial. La medición de la confiabilidad test-retest se efectuó con el coeficiente de correlación concordancia de Lin.

- Análisis de sensibilidad al cambio:

A 26 pacientes del grupo total incluido en el estudio, se les realizó una aplicación inicial de la escala y otra a las 2 semanas de tratamiento. La comparación de las medidas pre y post tratamiento se realizó con pruebas de t pareadas.

Resultados

3.1 Descriptivo

Se entrevistaron 301 pacientes, de los cuales 283 (94.02%) fueron de dos instituciones privadas de la ciudad de Bogotá y 18 (5.98%) pertenecían a una institución pública. El total de pacientes evaluados tuvo una media de edad de 47.2 años (DE= 12.97). La mayor parte de los pacientes tenían un diagnóstico actual de episodio maniaco más psicosis (n=122, 40.53%). El tiempo desde el diagnóstico tuvo una media de 221.58 meses (DE=159.73).

En relación al uso de medicamentos, la mayor parte de pacientes se encontraba en manejo con un modulador del afecto o un antipsicótico (para modulador n=277, 92.03% y para antipsicótico n=235, 78.07%), una minoría de pacientes se encontraba en manejo con dos moduladores o dos antipsicóticos (para dos moduladores n=19, 6.31% y para antipsicóticos n=21, 6.98%). Dentro del manejo con modulador, el más frecuentemente usado fue el Ácido Valproico y dentro de los antipsicóticos, el más frecuentemente usado fue el Haloperidol. (Tabla 1)

Solo 180 pacientes recordaron las características del episodio índice, la mayoría presentaron un episodio depresivo como episodio debutante de su enfermedad (n=106, 58.88%). (Tabla 1) .Tabla1. Variables categóricas

		n	%
Diagnóstico actual			
	Maniaco + psicosis	122	40,53
	Maniaco	97	32,23
	Mixto	37	12,29
	Depresivo	26	8,64
	Depresivo+psicosis	10	3,32
	No especificado	9	2,99
Total		301	100

Modulador 1			
	Litio	109	39,35
	Acido valproico	157	56,68
	Carbamazepina	10	3,61
	Lamotrigina	1	0,36
Total		277	100
Modulador 2			
	Litio	0	0
	Acido valproico	15	78,95
	Carbamazepina	3	15,79
	lamotrigina	1	5,26
Total		19	100
Antipsicótico 1			
	Haloperidol	82	34,89
	Clozapina	68	28,94
	Quetiapina	31	13,19
	Risperidona	26	11,06
	Olanzapina	19	8,09
	Levomepromazina	7	2,98
	Pipotiazina	1	0,43
	Aripiprazol	1	0,43
Total		235	100
Antipsicótico 2			
	Levomepromazina	6	28,57
	Pipotiazina	5	23,81
	Risperidona	4	19,05
	Clozapina	2	9,52
	Olanzapina	2	9,52
	Quetiapina	2	9,52
Total		21	100
Benzodiacepina			
	Lorazepam	154	74,76
	Clonazepam	51	24,76
	Alprazolam	1	0,49
Total		206	100

Antidepresivos			
	Fluoxetina	3	33,33
	Sertralina	3	33,33
	Escitalopram	2	22,22
	Paroxetina	1	11,11
Total		9	100
Episodio índice			
	Mania	74	41,11
	Depresión	106	58,88
Total		180	100

En cuanto a la calificación dada a cada uno de los ítems del instrumento (Tabla 2), las medianas más altas fueron las preguntas P3 (Urgencia del pensamiento) y P8 (Excesiva energía), mientras que las medianas más bajas fueron las de las preguntas P5 (Intensidad de la voz), P11 (Incremento de energía sexual), P20 (Anhedonia), P24 (Insomnio) y P25 (Hipersomnía).

Tabla 2. Información de las preguntas de la escala de manía

variable	p50	min	max	lqr
P1	1	0	5	3
P2	2	0	5	2
P3	3	0	5	3
P4	2	0	5	3
P5	0	0	5	1
P6	1	0	5	3
P7	1	0	5	2
P8	3	0	5	3
P9	2	0	5	3
P10	2	0	5	4
P11	0	0	4	2
P12	1	0	5	2

P13	2	0	5	3
P14	2	0	5	2
P15	1	0	5	2
P16	1	0	5	3
P17	2	0	5	2
P18	2	0	5	3
P19	1	0	5	2.5
P20	0	0	5	2
P21	2	0	5	2
P22	1	0	5	2
P23	1	0	5	2
P24	0	0	5	3
P25	0	0	5	2

3.2 Validez de contenido: Análisis factorial

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 (0,868). 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 principales. Se puede verse que se configura una estructura con tres factores que se definieron así: FACTOR 1 (Rojo): Activación psíquica y autonómica, Factor 2 (Verde): Depresión, Factor 3 (Azul): Activación motora y labilidad emocional.

Tabla 3. Validez de contenido

	Ortogonal			Unicidad
	P1	P2	P3	
"Afecto eufórico"	0,4181	-0,2804	0,1161	0,7331
"Afecto irritable"	0,3828	0,1329	0,3933	0,6811
"Urgencia del pensamiento"	0,7094	-0,209	0,3437	0,335
"Fuga de ideas"	0,7079	-0,235	0,3804	0,2989
"Incremento de la intensidad voz"	0,7508	-0,0692	0,0735	0,426
"Ideas de grandiosidad"	0,3	-0,1094	0,3915	0,7448
"Excesiva sociabilidad"	0,6579	-0,1926	0,1986	0,4907
"Hiperactividad motora"	0,166	-0,298	0,7149	0,3726
"Excesiva energía"	0,2252	-0,2506	0,6699	0,4377
"Hiperbulia"	0,1444	-0,0643	0,6043	0,6098
"Disminución en necesidad dormir"	0,5349	0,0164	0,2041	0,672
"Incremento de energía sexual"	0,5059	-0,1178	-0,0868	0,7226
"Distraibilidad"	0,6222	-0,2215	0,3559	0,4371
"Agresividad / hostilidad"	0,3018	-0,0814	0,6413	0,491
"Impulsividad / pobre control impulsos"	0,3163	0,2752	0,2415	0,7659
"Pobre juicio"	0,4104	0,1962	0,4328	0,6058
"Labilidad afectiva"	0,3181	0,0704	0,7054	0,3963
"Afecto depresivo"	-0,1566	0,7964	-0,0254	0,3406
"Anhedonia"	-0,0933	0,7571	0,0875	0,4104
"Ideas depresivas"	-0,1567	0,7262	-0,0849	0,4408
"Disforia"	0,0535	0,4268	0,3604	0,6851
"Disminución de la energía"	-0,1258	0,7788	-0,2207	0,329
"Sensación de cansancio o fatiga"	-0,1078	0,7181	-0,2254	0,4219
"Insomnio"	0,124	0,3691	-0,2004	0,8082
"Hipersomnia"	-0,1132	0,1539	-0,0012	0,9635

3.3 Descriptivo por dominios

Este análisis considera la estructura de tres dominios encontrada. Se compararon medias entre grupos utilizando ANOVA de una vía (Tabla 4, Grafico 1):

Tabla 4.

Summary of Puntaje total escala			
DSMIVcat	Mean	Std. Dev.	Freq.
Maníaco	40.077626	15.014012	219
Mixto	35.891892	14.245435	37
Depresivo	36.222222	13.021106	36
NE	29.666667	23.038012	9
Total	38.790698	15.087281	301

No hay diferencia significativa entre la media del total de la escala entre los grupos.

Grafico 1.

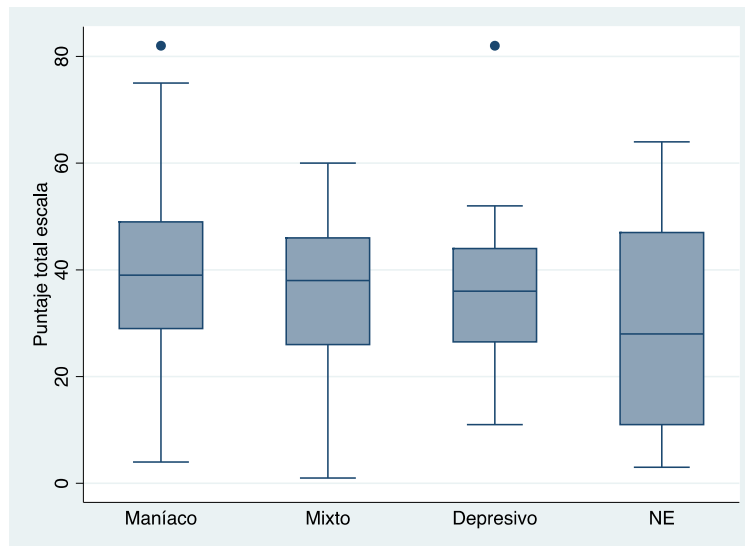


Tabla 5.

Summary of Dominio activación psíquica-autonómica			
DSMIVcat	Mean	Std. Dev.	Freq.
Maníaco	13.684932	7.8673814	219
Mixto	9.027027	5.3566495	37
Depresivo	4.7222222	5.3377958	36
NE	9.5555556	10.619688	9
Total	11.916944	8.0276447	301

Hay diferencia significativa entre las medias de los puntajes del dominio activación psíquica-autonómica ($F(3,297)=17,52$; $p<0,0000$). La diferencia es a expensas de maníaco-mixto, maníaco-depresivo, mixto- depresivo (Tabla 5, Grafico 2).

Gráfico 2.

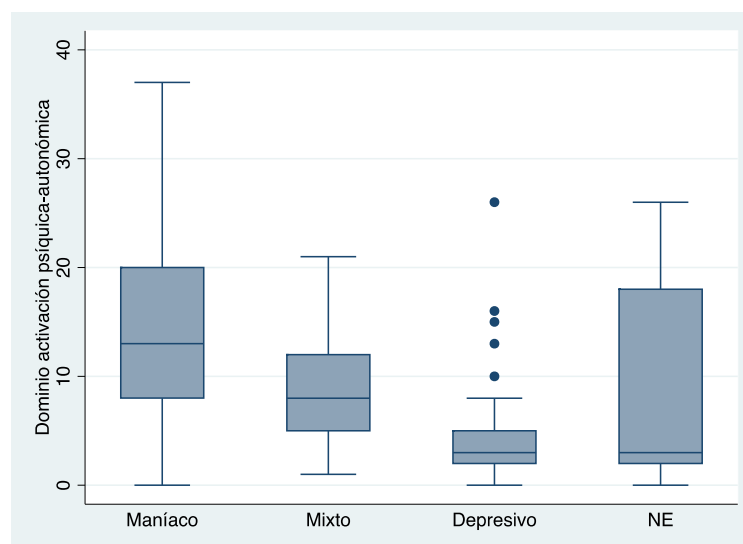


Tabla 6.

Summary of Dominio depresión			
DSMIVcat	Mean	Std. Dev.	Freq.
Maníaco	8.2328767	5.5160829	219
Mixto	12.243243	6.9777639	37
Depresivo	22.388889	7.3650828	36
NE	8.2222222	7.66123	9
Total	10.418605	7.5554077	301

Hay diferencia significativa entre las medias de los puntajes del dominio depresión ($F(3,297)=58,65$; $p<0,0000$). La diferencia es a expensas de depresivo-mixtos, depresivo – maníaco, mixto - maníaco (Tabla 6, Grafico 3).

Grafico 3.

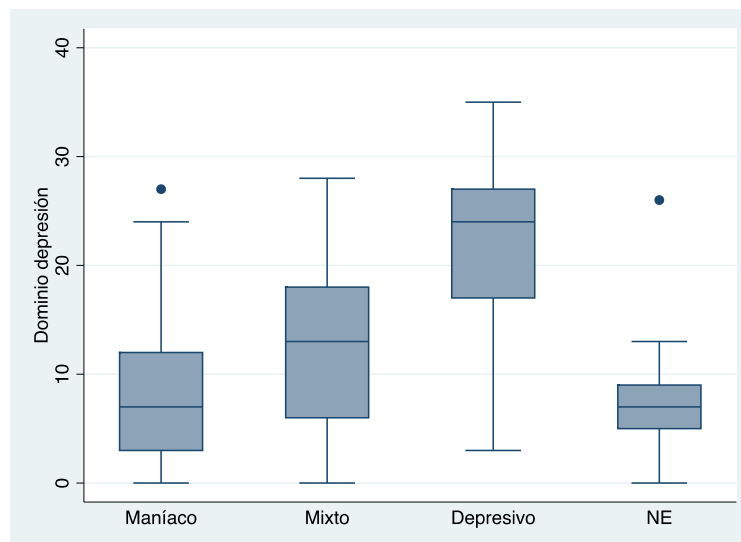
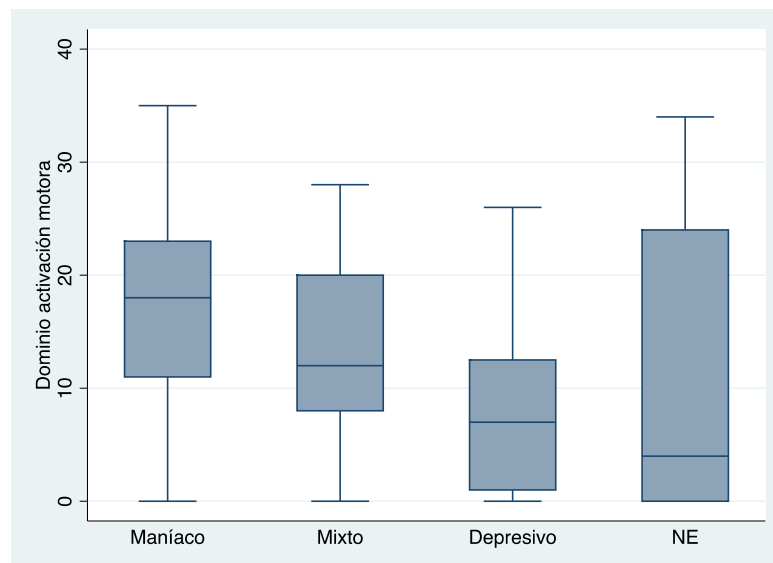


Tabla 7.

Summary of Dominio activación motora y labilidad afectiva			
DSMIVcat	Mean	Std. Dev.	Freq.
Maníaco	17.333333	7.8916594	219
Mixto	13.540541	8.0608608	37
Depresivo	7.7777778	7.2510536	36
NE	11.555556	13.2298	9
Total	15.551495	8.6256308	301

Hay diferencia significativa entre las medias de los puntajes del dominio activación motora y labilidad afectiva ($F(3,297)=16,35$; $p<0,0000$). La diferencia es a expensas de maníaco – mixto, maníaco – depresivo, mixto - depresivo (Tabla7, Grafica 4).

Gráfica 4



3.4 Validez de criterio convergente

Se evaluaron los coeficientes de correlación entre el puntaje total de la escala EMUN y cada una de las subescalas del EMUN AR. Los resultados se presentan en la tabla 8.

Tabla 8.

	EMUN III		
	r Pearson	IC95%	
Escala frecuencia	0,57	0,45	0,67
Escala intensidad	0,57	0,44	0,67
Escala grado de molestia	0,5	0,35	0,6

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

3.5 Consistencia interna (Alfas de Cronbach)

Tabla 9. Consistencia Interna. El alfa de la escala fue 0,88. No se encontraron incrementos significativos en los valores de alfa al retirar los ítems.

	Item	Alpha
"Afecto eufórico"	P1	0,88
"Afecto irritable"	P2	0,88
"Urgencia del pensamiento"	P3	0,87
"Fuga de ideas"	P4	0,87
"Incremento de la intensidad voz"	P5	0,88
"Ideas de grandiosidad"	P6	0,88
"Excesiva sociabilidad"	P7	0,87
"Hiperactividad motora"	P8	0,87
"Excesiva energía"	P9	0,87
"Hiperbulia"	P10	0,88
"Disminución en necesidad dormir"	P11	0,88
"Incremento de energía sexual"	P12	0,88
"Distraibilidad"	P13	0,87
"Agresividad / hostilidad"	P14	0,87
"Impulsividad / pobre control impulsos"	P15	0,88
"Pobre juicio"	P16	0,88
"Labilidad afectiva"	P17	0,87
"Afecto depresivo"	P18	0,88
"Anhedonia"	P19	0,88
"Ideas depresivas"	P20	0,88
"Disforia"	P21	0,89
"Disminución de la energía"	P22	0,88
"Sensación de cansancio o fatiga"	P23	0,88
"Insomnio"	P24	0,89
"Hipersomnía"	P25	0,88
	Test	0,88

3.6 Confiabilidad test-retest:

Tabla 10.

	Momento 1	Momento 2
Activación psíquica y autonómica	9,1 (7,3)	8,3 (6,7)
Depresión	9,2 (7,8)	10,4 (7,9)
Activación motora	10,7 (7,5)	11,7 (8,4)
Total de la escala	29,0 (14,4)	30,3 (13,9)

Las diferencias de medias no fueron significativas ($p > 0,05$) Tabla 10.

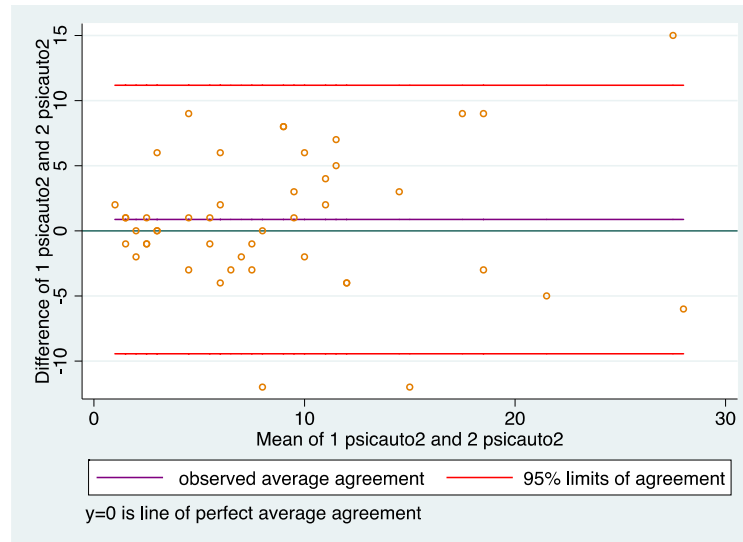
El cálculo del coeficiente de correlación-concordancia de Lin mostró los siguientes resultados:

Tabla 11.

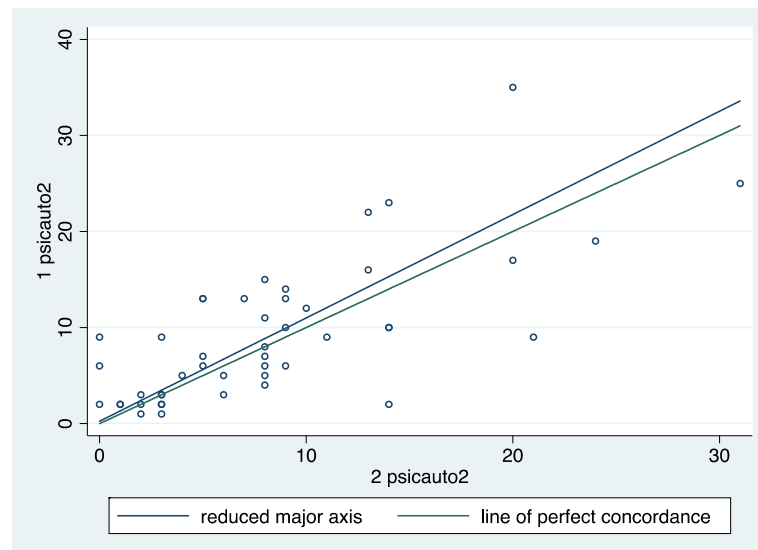
	Rho de Lin	IC 95%
Activación psíquica y autonómica	0,71	0,57 – 0,86
Depresión	0,48	0,25 – 0,7
Activación motora	0,4	0,15 – 0,64
Total de la escala	0,43	0,2 – 0,67

Los valores de los coeficientes de correlación-concordancia fueron discretos (excepto para el dominio de activación psíquica y autonómica que fue bueno), y todos fueron significativamente diferentes de cero.

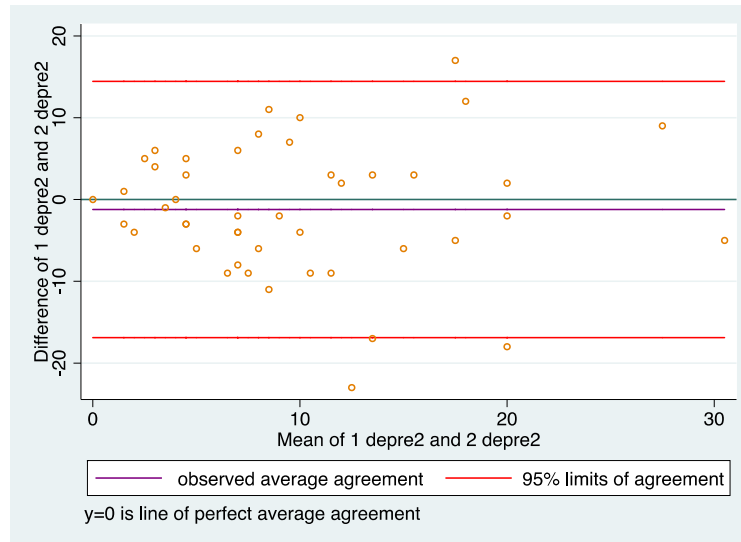
Grafica 5.



Grafica 6.



Grafica 7.



Grafica 8.

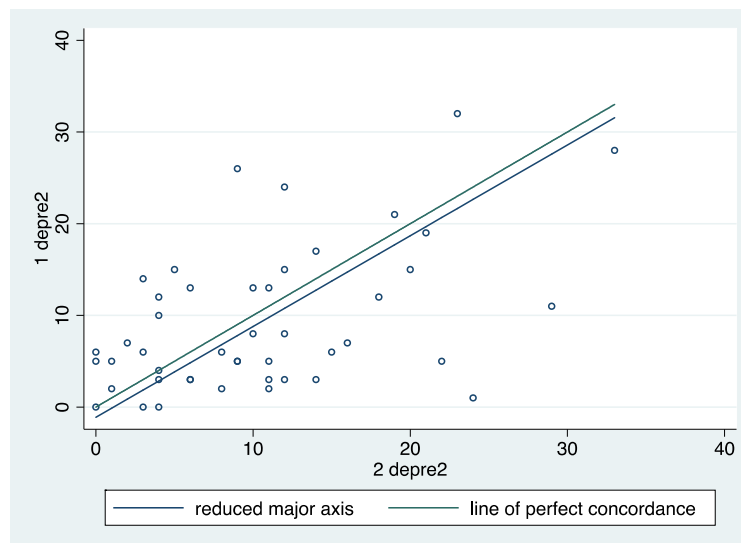


Grafico 9.

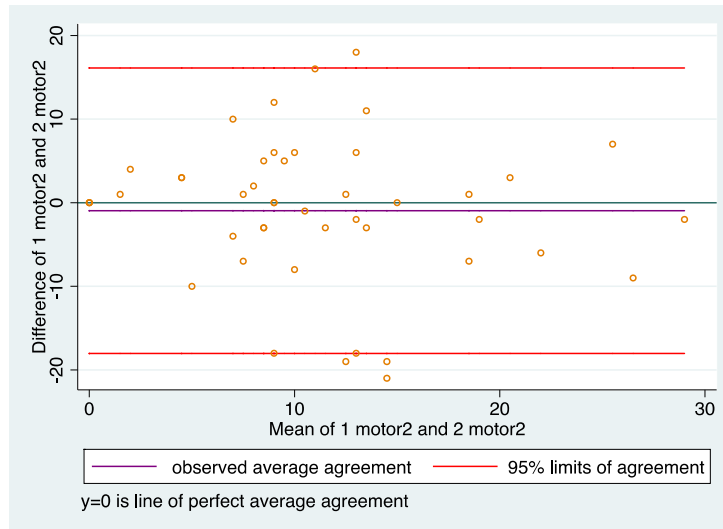


Grafico 10.

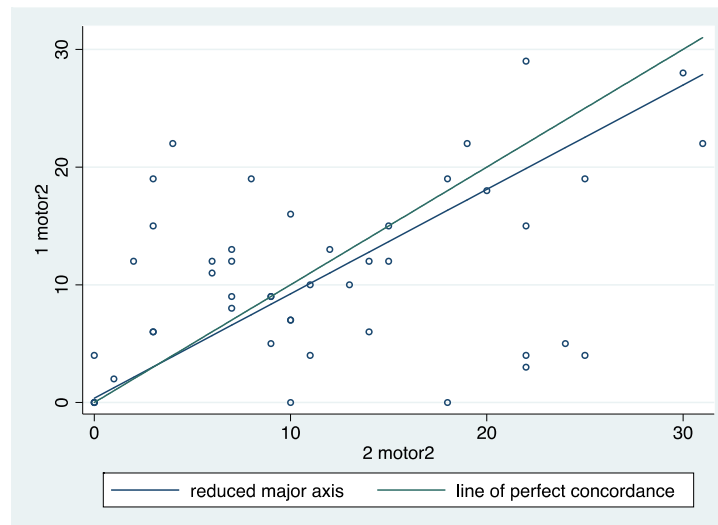


Gráfico 11.

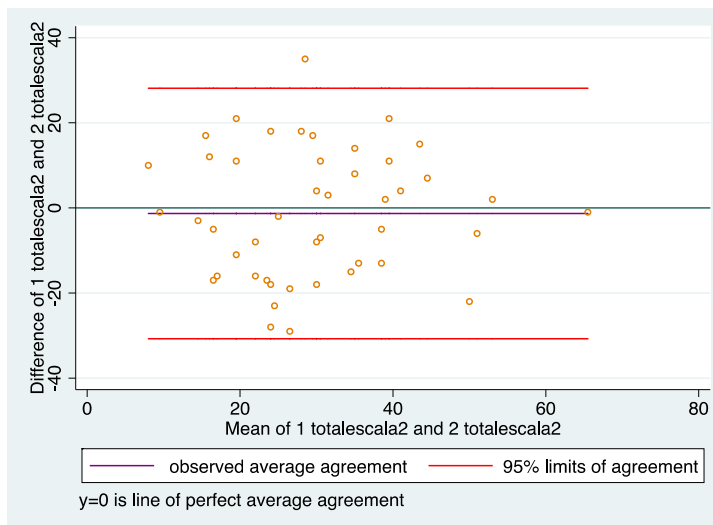
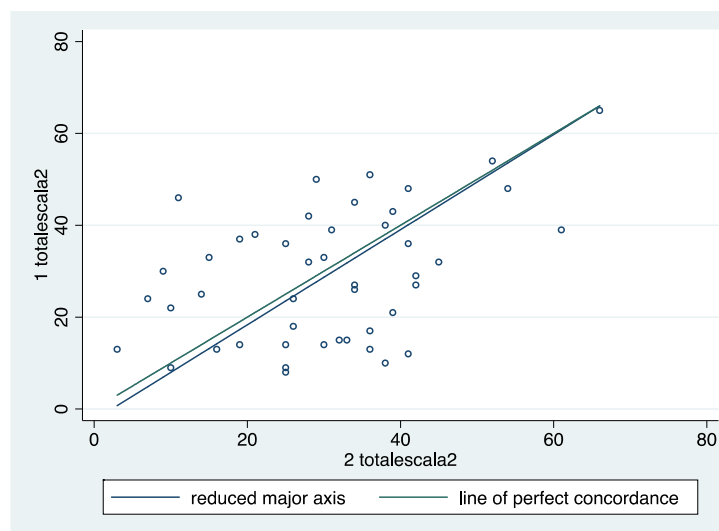


Gráfico 12.



En todos los casos la media de la diferencia entre las mediciones pre y post se acerca a cero y la tendencia es de una pendiente positiva (a mayores puntajes pre, mayores puntajes post).

3.7 Sensibilidad al cambio

Se compararon las medias entre la evaluación inicial y dos semanas luego de tratamiento. Se usaron pruebas t pareadas. En todos los casos la diferencia de medias fue significativa ($p < 0,05$) (Tabla11)

Tabla 11.

	Momento 1	Momento 2
Activación psíquica y autonómica	15,62 (9,4)	9,7 (10,2)
Depresión	9,2 (6,1)	6,2 (5,9)
Activación motora	18,5 (9,1)	10,9 (10,1)
Total de la escala	44,4 (15,1)	27,7 (20,8)

Discusión

A diferencia de otras escalas para medir síndrome maniaco validado en población hispanoparlante, la escala para manía de la Universidad Nacional (EMUN) es, hasta donde tenemos conocimiento, el único instrumento para medir síndrome maniaco creado originalmente en esta población [21]. En la anterior versión se incluyeron algunos ítems y se validó la escala por medio de la teoría de respuesta al ítem (Análisis Rasch), se encontró deficiencia en los ítems correspondientes a síntomas depresivos y espacios descubiertos del síndrome que no son evaluados y que probablemente corresponden a sintomatología de tipo depresivo [3]. Considerando lo anterior en el actual trabajo mejoramos e incluimos ítems que evalúan el síndrome depresivos.

Como característica de los pacientes evaluados se encuentra una media de edad de 47.2 años, el tiempo desde diagnóstico tiene una media de 221.58 meses que hace evidente lo crónico de estos pacientes. Asociado a esto se observó mayor predominio de diagnóstico de episodio maniaco más psicosis, teniendo en cuenta que es el perfil típico de los pacientes que se encuentran en tratamiento hospitalario en las instituciones de salud mental, se podría reconocer como un posible sesgo en el estudio.

En cuanto al uso de tratamiento farmacológico, fue más predominante la monoterapia con estabilizadores del ánimo o antipsicótico. Dentro de los moduladores el más frecuentemente usado como monoterapia fue el Ácido valproico (56,68%) y en segundo lugar el Carbonato de litio (39,35%), dentro de los antipsicóticos en primer lugar encontramos el haloperidol (34,89%) y en segundo lugar la clozapina (28,94%), en relación con las benzodiacepinas el lorazepam fue la más usada (74,76%).

Hay una estructura de tres dominios, hay dos dominios relacionados con la descripción clásica “activación” (uno y tres), el dominio dos recoge los síntomas depresivos, por la

estructura de las cargas factoriales y el valor de unicidad se puede pensar que este dominio está representando el constructo del síndrome maniaco-depresivo.

El ítem de megalomanía está representando en algunas zonas que evidencian mayor alteración en el juicio (ideas delirantes y conductas desorganizadas). En cuanto al ítem de hipersomnia se observan valores altos de unicidad y bajas cargas factoriales en todos los dominios, que sugiere que el ítem está midiendo otra condición u otro constructo que no es enfermedad maniaco depresiva, o posiblemente también se podría ver explicado por alguna dificultad en la estructuración del ítem.

El hecho de no haber encontrado diferencias significativas entre los puntajes de la escala dependiendo del diagnóstico está a favor que este es un instrumento que detecta intensidad del atributo, independientemente que el paciente se encuentre en una de las categorías de la enfermedad maniaco depresiva.

En el dominio actividad psíquica y autonómica se evidencia que el grupo de manía tiene puntajes más altos lo cual es consistente con estudios previos que demuestra que el síndrome maniaco se puede entender como un síndrome de activación.

En el dominio de depresión llama la atención que la intensidad del puntaje corresponde con una tendencia que es consistente con la teoría clínica.

En el dominio activación motora y labilidad emocional se observa que el grupo de manía tiene mayor puntaje que se podría decir que es un comportamiento similar al primer dominio (actividad psíquica y autonómica).

Al comparar los puntajes de la escala EMUN con los puntajes de una escala de autorreporte en tres dimensiones (frecuencia, intensidad y molestia) se encuentran valores de correlación aceptable, (positiva) mayor de 0.5 y significativamente diferente de 0. Esto sugiere que el incremento del puntaje del atributo que detecta EMUN también es detectado por otros instrumentos que funcionan de manera similar.

En cuanto a la consistencia interna se evidencian valores adecuados, lo que está a favor que los ítems relacionados con el espectro depresivo son útiles para evaluar el síndrome maniaco depresivo.

Se insinúa un cambio entre los puntajes del re-test a los dos días aunque no es significativa la diferencia en las media. Los coeficientes de Lin muestran un buen nivel de concordancia y confiabilidad en el dominio de activación psíquica y autonómica. En los dominios de actividad motora y depresión hay una concordancia modesta pero significativamente diferente de cero lo que sugiere que se están detectando cambios en el instrumento en el mismo sentido, aunque podrían pensarse que los síntomas en esos dominios pudieran tener una variación en muy corto tiempo.

En los gráficos de límites de acuerdo de Bland y Altman se evidencia que la diferencia de medias esperada se encuentra próxima a valor cero lo que habla a favor de una buena concordancia entre las mediciones.

Respecto a la sensibilidad al cambio se evidencia una diferencia significativa entre la media de los puntajes de las mediciones, al encontrar que son pacientes que están en tratamiento se podría decir que la escala puede detectar el cambio en la condición clínica en pacientes que están siendo sometidos a tratamiento.

Conclusiones

Se podría concluir que la escala refleja una estructura de dominios que es clínicamente plausible, hay un ítem que es el de hipersomnia que debe evaluarse con otras técnicas para eventualmente retirarlo de la escala. En general tiene otras propiedades psicométricas adecuadas como la validez de criterio y la confiabilidad prueba re prueba. Se evidencia además que es un instrumento útil para medir el cambio de la condición clínica. Finalmente la incorporación de ítems del espectro depresivo contribuye a la medición válida y confiable del síndrome maniaco depresivo.

A. Anexo: Escala de la Universidad Nacional para Manía (EMUN)

Fecha de la evaluación: _____

Ciudad _____

Nombre del paciente _____ HC# _____

Edad _____ Diagnóstico DSMIV _____

Nombre del clínico que aplica la escala _____

Institución (clínica u hospital) _____

Tratamiento actual _____

Fecha de inicio de la enfermedad (mes y año): _____

Marque con un círculo el numeral que represente más apropiadamente el nivel de severidad de cada síntoma. Haga todas las preguntas empezando por: "Durante esta última semana usted tuvo...".

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 antesituaciones 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 limitarle 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. 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 si 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.

4. 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 ayudarle 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.

5. 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. Vocifera, su voz se escucha a gran distancia, alborota, canta.
5. Chilla, grita o hace ruido de otra manera pues se ha quedado ronco.

6. 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?

7. 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.

8. 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?

9. 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?

10. Disminución de la necesidad de dormir: Situación en la que, aunque el paciente duerme menos tiempo, no presenta sensación de cansancio o malestar por la falta de

sueño. Esta cualidad lo diferencia del insomnio. El paciente no percibe la necesidad de dormir.

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?

A pesar de no haber dormido suficiente tiempo, siente al otro día la misma sensación que si hubiera dormido normalmente?

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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?

15. Labilidad afectiva

El afecto del paciente es fácil y rápidamente cambiante, manteniéndose la relación entre el tono expresado y el tipo de desencadenante de esa expresión afectiva.

0. Ausente
1. Labilidad afectiva dudosa o de significación clínica cuestionable.
2. Ligera labilidad afectiva. Ante los diversos estímulos el paciente tiende a presentar una respuesta afectiva marcada que el paciente logra controlar con cierta facilidad.
3. Moderada. Ante los diversos estímulos el paciente tiende a presentar una respuesta afectiva marcada que el paciente difícilmente logra controlar.
4. Marcada. Cualquier estímulo, por insignificante que sea, genera una respuesta afectiva marcada que no está bajo control del paciente
5. Grave. Cualquier estímulo, por insignificante que sea, genera una respuesta afectiva claramente desproporcionada que no está bajo control del paciente.

16. Agresividad/Hostilidad

El paciente está con actitud desdeñosa, desafiante y beligerante. Es hostil y violento con las personas o el medio que lo rodea.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve. El paciente presenta algunos signos verbales de violencia como coprolalia o aumento de intensidad de la voz pero no muestra riesgo de presentar violencia física.
3. Moderado. El paciente presenta frecuentemente signos verbales de violencia y despliega conductas que sugieren riesgo de violencia física (dificultad para permanecer sentado, señala con el dedo, manotea, cierra los puños).
4. Grave. El paciente presenta frecuentemente signos verbales de violencia y despliega conductas físicas violentas de manera ocasional.
5. Extremo. El paciente presenta frecuentes signos verbales y físicos de conducta violenta exagerada y desproporcionada a los eventos externos.

17. Impulsividad/pobre control de impulsos

El paciente tiene dificultades en evaluar y considerar las consecuencias de sus acciones, lo que lo lleva a realizar conductas imprudentes, peligrosas o potencialmente dañinas.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve. El paciente se percata de que está haciendo algunas cosas sin pensar pero esto no se extiende a situaciones potencialmente dañinas o peligrosas.
3. Moderada. El paciente se percata de que está haciendo algunas cosas sin pensar, incluso algunas que suponen situaciones potencialmente dañinas o peligrosas. De todos modos el paciente hace autocrítica de sus actos.
4. Grave. El paciente no se percata de que se está involucrando en frecuentes situaciones potencialmente dañinas o peligrosas.
5. Extrema. El paciente no se percata de que permanentemente se está involucrando en situaciones dañinas o peligrosas.

18. Afecto depresivo

Sentimientos de tristeza, aburrimiento, pesimismo, inutilidad, que no tiene 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 sobre temas relacionados con depresión.
3. El paciente espontáneamente reporta o evidencia sentimientos de tristeza, aunque esto solo se presenta de manera ocasional.
4. Durante la mayor parte del tiempo 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 periodos en los que se siente triste, aburrido o sin esperanza?

Ha tenido periodos en los cuales no puede disfrutar nada?

19. Ideas depresivas

Ideas de minusvalía, culpa, desesperanza, desamparo, muerte, enfermedad, inutilidad, auto-reproche, aniquilación.

0. Ausente.
1. Presencia dudosa o de significancia clínicamente cuestionable
2. Leve, hay ideas depresivas que no están muy alejadas de la realidad, aunque el paciente puede aceptar la confrontación con la realidad.
3. Moderada, las ideas depresivas son claramente desproporcionada con las circunstancias reales, es difícil que acepte la confrontación con la realidad.
4. Ideas depresivas delirantes que no se actúan.
5. Ideas delirantes depresivas 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 acabar?

20. Anhedonia

Disminución del interés, desgano o incapacidad de disfrutar.

0. Ausente.
1. Presencia dudosa o significación clínica cuestionable.
2. Leve, aun disfruta la mayoría de cosas que antes disfrutaba.
3. Moderada, el paciente refiere disminución del interés en la gran parte de las actividades. Pero sin ser constante durante el día o en la periodicidad de los días.
4. Grave, el paciente manifiesta disminución del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
5. Extrema, el paciente manifiesta disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

Qué cosas le suben el ánimo ahora?

Qué cosas le gustaban hacer antes. Ahora desea hacer esas cosas?

21. Disforia

Presencia de uno o más periodos claramente diferentes del estado basal, que duran más de una hora, en los cuales el paciente está con sensación global de tensión, incomodidad, sensación de disconfort o humor displacentero.

0. Ausente

1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.

2. Aumento leve, el paciente siente y expresa su disconfort asociado a sensación de tensión, aunque esto no interfiere en sus actividades y relaciones sociales.

3. Aumento moderado, abierta expresión de incomodidad, tensión y disconfort. Aunque al paciente es fácil tranquilizarlo, surgen discretas interferencias con las actividades cotidianas y en la interacción social.

4. Aumento grave, abierta expresión de incomodidad, tensión y disconfort que claramente afectan su vida de relación y sus actividades cotidianas. Es difícil tranquilizar al paciente pero esta mantiene el contacto con la realidad.

5. Aumento Extremo, abierta expresión de incomodidad, tensión y disconfort que afectan marcadamente su vida de relación y sus actividades cotidianas. Se advierte que el nivel de incomodidad se relaciona con un pobre contacto con la realidad.

22. Disminución de la energía. El paciente nota una disminución de la fuerza y la energía.

0. Ausente.

1. Presencia dudosa o significación clínica cuestionable.

2. Leve, sensación de disminución de la fuerza y energía, que no le causa al paciente alteración en su nivel de actividad.

3. Moderado, sensación de disminución de la fuerza y energía que, aunque causa discreta alteración en el nivel de actividad, no interfiere con sus actividades cotidianas.

4. Grave, el paciente esta marcadamente menos activo que lo usual, tiene claras interferencias con su funcionamiento

5. Extremo, el paciente siente que ya no tiene fuerza o energía para realizar sus labores habituales, lo cual se refleja en una marcada interferencia con su funcionamiento.

Se ha sentido con menos energía que lo usual para hacer sus labores habituales?

Ha llegado al punto de no quererse levantar de su cama por sensación de disminución de la fuerza o la energía?

23. Sensación de cansancio o fatiga. El paciente presenta sensación de cansancio o fatiga mayor de lo habitual

0. Ausente
1. Presencia dudosa o significación clínica cuestionable
2. Leve, sensación de cansancio que no le dificulta para realizar sus actividades diarias
3. Moderado, está un poco más cansado de lo normal y muestra moderados signos de fatiga, lo cual le genera al paciente interferencias ocasionales con sus actividades diarias.
4. Grave, esta marcadamente más cansado de lo normal y muestra signos de fatiga constantes, tiene clara interferencia con sus actividades diarias.
5. Extremo, se siente tan cansado que ya no realiza sus actividades. Mínimas actividades físicas le general al paciente intensa fatiga por lo que el paciente casi no se mueve.

Ha dejado de realizar sus actividades por sensación de fatiga?

La sensación de fatiga interfiere con sus actividades diarias?

24. Insomnio. Aunque el paciente percibe la necesidad de dormir, éste refiere dificultad para conciliar o mantener el sueño.

0. Ausente.
1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño dudosa o de significación clínica cuestionable.
2. Leve. La duración de sueño habitual se ha reducido aproximadamente en una hora.
3. Moderado. La duración de sueño habitual se ha reducido aproximadamente en dos horas.
4. Grave. La duración de sueño habitual se ha reducido aproximadamente en tres horas.
5. Extremo. La duración de sueño habitual se ha reducido en cuatro horas o más.

Le cuesta trabajo quedarse dormido cuando se acuesta?

Después de que se duerme se despierta varias veces en la noche?

Se despierta en la madrugada y no puede volver a quedarse dormido?

Se siente mal al otro día por la falta de sueño?

25. Hipersomnio. El paciente necesita dormir más tiempo del que habitualmente requiere para experimentar un sueño reparador.

0. Ausente.
1. Aumento de la necesidad de sueño dudosa o de significación clínica cuestionable.
2. Leve. La duración de sueño habitual se ha incrementado aproximadamente en dos horas.
3. Moderado. La duración de sueño habitual se ha incrementado aproximadamente en tres horas.
4. Grave. La duración de sueño habitual se ha incrementado aproximadamente en cuatro horas.
5. Extremo. La duración de sueño habitual se ha incrementado en cinco horas o más.

Cuántas horas dormía antes de enfermarse? Cuántas duerme ahora?

Siente más ganas de dormir que habitualmente?

Aunque duerme suficiente tiempo en la noche, siente que necesita seguir durmiendo más?

Aunque duerme suficiente tiempo en la noche, siente dificultad para despertarse en la mañana?

Bibliografía

1. Bulbena A, Berrios G, Larrino. P. Medicion clínica en psiquiatría y psicológica. Masson S.A. Primera Edición 2000.
2. Sánchez R, Rosero N. Revision Crítica de escalas de medición de manía. Avances en Medición. 2003;1:37-70.
3. Sánchez R, Velásquez J, Navarro A. Validación de la escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia usando el análisis de Rasch. Biomedical 2011; 31: 410-8.
4. Romero A, Sanchez R. Análisis factorial confirmatorio de síntomas en el síndrome maniaco a partir de la aplicación de la escala de EMUN. Revista Colombiana de psiquiatría 2009; volumen 38; numero 2.
5. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. Bogotá, 2003.
6. Gutierrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. Bipolar Disord. 2008;10(5):625-34.
7. Ketter TA. Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2010;71(6):14.
8. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. JAMA. 2003;290(11):1467.
9. Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Gurpegui M. Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. Psychiatry Res. 2010.
10. Tafalla M, Sanchez-Moreno J, Diez T, Vieta E. Screening for bipolar disorder in a spanish simple of outpatients with current major depressive episode. Journal of Affective Disorders 114 (2009) 299-304.

11. Gan Z, Han Z, Kanglai L, et al. Validation of the Chinese versión of the "Mood Disorder Questionnaire" for screening bipolar disorder among patients with a current depressive episode. *BMC Psychiatry* 2012, 12:8.
12. Vázquez GH, Romero E, Fabregues F, Pies R, Ghaemi N, Mota-Castillo M. Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale-Spanish Version. *Compr Psychiatry*. 2010 5:552-6.
13. Donohue A. Diagnosing Bipolar Disorder in the Community Setting. *Journal of Psychiatric Practice* Vol.18, No 6. November 2012.
14. Soares OT, Moreno DH, Moura EC et al. Reliability and validity of a Brazilian version of the hypomania checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2010. Vol 32. No 4.
15. Goodwin F, Redfield K . *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Second Edition; 2007. Capítulos 1,2,3.
16. Chantal H, M'Bailara K, et al. Defining bipolar mood states with quantitative measurement of inhibition/activation and emotional reactivity. *Journal of Affective disorders* 127 (2010) 300-304.
17. Koukopoulos A, Koukopoulos A. Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 22 (1999)
18. Goldberg J, Roy P, Charles B, et al. Manic Symptoms During depressive Episodes in 1380 Patients with Bipolar Disorder: Findings From the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 173-181
19. Rangel O, Sánchez R. Estudio de la estructura latente del síndrome maníaco mediante técnicas de escalamiento multidimensional. *Revista Colombiana de psiquiatría*. V.39, n.2, Bogotá abril/Junio. 2010.
20. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, edition 4 revised (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press: 1994.
21. Sánchez R, Jaramillo L, Gómez C. Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos. Escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008;37(4):516-37.