

112396

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA, PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

Handwritten signature

TITULO

LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA K-MANÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES; PROCESO DE TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y ESTUDIO DE CONFIABILIDAD INTER-EVALUADOR.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

DRA. MARIA EUGENIA TORRES CASTILLO

Handwritten signature of Dr. Felix Higuera Romero

DR. FELIX HIGUERA ROMERO
TUTOR TEORICO

Handwritten signature of Dr. Francisco de la Peña Olvera

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA
TUTOR METODOLOGICO

Handwritten signature of Dra. Rosa Elena Ulloa

DRA. ROSA ELENA ULLOA
TUTOR METODOLOGICO ADJUNTO



Vo. Bo.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

Handwritten signature of Dr. Alejandro Diaz Martinez

26 ENERO DEL 2005

112341379



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

MARCO TEORICO.....	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO.....	4
OBJETIVOS.....	5
MATERIAL Y METODO.....	5
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	6
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIÓN.....	13
BIBLIOGRAFÍA.....	14

MARCO TEORICO

El trastorno bipolar (TB) anteriormente llamado “enfermedad maniaco depresiva”, es un trastorno psiquiátrico frecuente, recidivante y grave. Se clasifica como una perturbación del estado de ánimo o de la afectividad, que afecta la esfera cognoscitiva y conductual. El TB I se presenta en mujeres y varones por igual, pero el de tipo II es más frecuente en personas del sexo femenino. Las mujeres con TB tienen una mayor predisposición a mostrar síntomas y episodios depresivos que los varones. La prevalencia en niños y adolescentes es menor a la población de adultos, así mismo se refiere como un problema el mal diagnóstico de los padres con dicha enfermedad debido a la implicación psicopatológica de sus descendientes. El 20 – 40% de los adultos reportan que tuvieron sus inicios en la infancia y el episodio inicial fue depresivo (3).

La prevalencia de trastorno bipolar realizada en una encuesta comunitaria de la población general de E.U. indica que la enfermedad afecta 1.0 al 1.6 % de adultos y 1.2 % de niños y adolescentes entre 9 a 17 años de edad (6). Estudios epidemiológicos han sugerido que los síntomas psiquiátricos significativos de inicio antes de los 14 años son raros. En los adultos reportan que una tercera parte inicia con síntomas psiquiátricos significativos a temprana edad en los que destaca el humor depresivo, sin cumplir necesariamente con los criterios diagnósticos para TB.

La identificación del problema en edades tempranas resulta ser difícil debido a las diferencias fenomenológicas con los adolescentes tardíos y adultos. La manía en los adolescentes usualmente es muy diferente a la de los adultos, presentando primero estados mixtos y psicosis. El TB prepuberal puede presentarse más atípico con episodios maniacos breves y problemas de control de los impulsos y de conducta sostenidos. La manifestación temprana de conducta disruptiva en algunos niños puede ser un signo prodromático bipolar o de otro trastorno afectivo. Un estudio demostró que la edad de comienzo del trastorno bipolar fue en el periodo de 15 a 19 años y le siguió en frecuencia el de 20 – 24 años (14).

El TB a lo largo del tiempo ha sido mal diagnosticado en los niños y adolescentes. La fenomenología clínica en los niños puede ser muy engañosa; pueden verse como niños risueños y felices en el consultorio. Los adolescentes pueden tener ideas grandiosas, se engañan pensando que lograrán una profesión prominente (abogado), cuando tiene fracasos en la escuela. Un adolescente maniaco incluso en ausencia de talento o habilidad para crear una melodía puede practicar todo el día cuando el cree que puede llegar a ser una estrella de Rock (3,4). Comúnmente ha sido asociado o precedido de un trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y o negativismo desafiante. En los últimos años han reportado que el 57 al 86% de los niños bipolares tienen TDAH comórbido y un 69% trastorno de conducta (7).

Estudios descriptivos han explorado en detalle las perturbaciones del ánimo o afectividad, conductuales, cognoscitivas y preceptuales propios de la manía. Los datos en conjunto de estudios que exploraron los síntomas del ánimo durante episodios maniacos

indicaron que casi todos los enfermos muestran depresión (72%), irritabilidad (80%), carácter expansivo (60%) y labilidad anímica (69%), muy a menudo en forma de euforia (71%). Carlson y Goodwin en un análisis longitudinal cuidadoso de los cambios anímicos durante la manía dividieron el curso de un episodio maniaco en tres fases: Etapa I, el ánimo muestra euforia predominantemente; Etapa II, el ánimo se vuelve cada vez más irritable, disfórico y deprimido; Etapa III, el ánimo se caracteriza por ansiedad pánico y disforia. Los estudios de los síntomas conductuales de la manía indican que las manifestaciones más comunes son habla "a presión", verborrea 89%, hiperactividad física y agitación 87%, menor necesidad de dormir 81%, hipersexualidad 57%, extravagancias 55%. Entre los comportamientos que con mayor frecuencia se vinculan con la manía están, violencia 49%, religiosidad 49%, regresión notable 28% y catatonia 22%, y esta última es más frecuente en la manía que en la esquizofrenia (11,14).

Desde el punto de vista histórico se considero que la manía podía ser diferenciada de la esquizofrenia porque no incluía trastornos de la ideación. Sin embargo en la actualidad se acepta que los síntomas cognoscitivos de tipo psicótico y no psicótico son frecuentes en la manía. Los estudios que exploraron la frecuencia de perturbaciones cognoscitivas no psicóticas durante episodios de manía advirtieron que eran frecuentes manifestaciones como grandiosidad 78 %, ideas aceleradas 71% y distracción fácil 71%. La experiencia clínica a pesar de que no son síntomas formalmente identificados en manía, sugiere que en este trastorno son frecuentes la disminución de la introspección y la falta de reconocimiento de los síntomas de comportamiento maniaco. Los estudios que identifican los factores vinculados con el fracaso en el tratamiento en individuos con trastorno bipolar sugieren que la introspección deficiente suele acompañarse de incumplimiento de órdenes terapéuticas y resultados insatisfactorios. La falta de introspección en la manía constituye uno de los síntomas más insidiosos de dicho síndrome (8,9,10,13,14).

Durante las crisis de manía suelen surgir perturbaciones perceptivas o síntomas psicóticos. En el curso de estos episodios pueden surgir todas las formas de la psicosis como delirios organizados, alucinaciones y perturbación profunda de los procesos ideatorios; incluyen, además de la grandiosidad clásica y los delirios religiosos, otros delirios de incongruencia anímica y síntomas schneiderianos de primer orden (como el delirio en que la persona cree controlar, introducir o extraer pensamientos de otra, los datos reunidos de estudios realizados por Goodwin y Jamison indican que cuando menos el 66 % de las personas con trastorno bipolar mostraron síntomas psicóticos durante una crisis anímica por lo común durante un episodio maniaco. Datos más recientes del Stanley Foundation Bipolar Network Project que más del 90% de individuos con el trastorno mencionado experimento psicosis durante un episodio de alteración del ánimo, como mínimo durante toda su vida (8).

Para hacer el diagnóstico de TB I el manual de DSM IV, requiere que haya aparecido como mínimo un episodio de manía (con episodio depresivos anteriores importantes o sin ellos); que el episodio maniaco no pueda ser explicado mejor por un trastorno esquizoafectivo (en que persistan los síntomas psicóticos más allá de la duración del episodio de alteración anímica), y que el episodio maniaco no se sobre añada a la esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes o delirantes o algún problema psicóticos por lo demás no especificado (NOS). Los elementos de especificación comprenden diferenciar los

episodios maniacos, de los mixtos, depresión, intensidad del episodio, presencia o ausencia de psicosis y de rasgos catatónicos, comienzo después del parto y presencia de remisión (17).

El TB II es la evolución clínica que se caracteriza por uno o más episodios de depresión mayor y como mínimo un episodio hipomaniaco. A diferencia de la manía, la hipomanía se define como un episodio anímico que no tiene la suficiente intensidad para ocasionar discapacidad grave u obligar a la hospitalización. Desde el punto de vista clínico, se considera a la hipomanía como manía leve y puede ser mixta, que corresponde a los síntomas leves o benignos de la manía en etapa I. Los criterios de DSM –IV especifican una duración de cuatro días como mínimo, de los cambios anímicos (diferentes del ánimo sin depresión, corriente) y un cambio inequívoco en las funciones, observable por otras personas. Como surge en el trastorno bipolar II, la hipomanía constituye un “techo” estable de intensidad de los síntomas maniacos. (La hipomanía puede ser un estado de transición entre la eutimia ya la manía en personas con trastorno bipolar I.). La definición que el DSM IV del trastorno bipolar II destaca el predominio y la intensidad de los episodios de depresión que caracteriza la evolución de la enfermedad en casi todos los pacientes con el problema.

El TB de inicio temprano comúnmente ha sido asociado o precedido de un trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y/o negativista desafiante. Estudios realizados han reportado que el 57-86% de los niños con trastorno bipolar tienen TDAH comórbido. Y un 69% tienen trastornos de conducta. También se ha encontrado abuso de sustancias en pacientes con trastorno bipolar hasta en un 56%, los trastornos de ansiedad también aparecen a menudo en pacientes con trastorno bipolar, se ha encontrado TOC y trastorno de pánico en pacientes con trastorno bipolar en un 21%. Los datos preliminares sugieren que los trastornos del control de impulsos (juego patológico, cleptomanía o cuadros explosivos intermitentes) aparecen con alta frecuencia en sujetos con trastorno bipolar en comparación con lo observado en la población general (7,14).

A menudo el TB se complica con síntomas psicóticos como: delirios, alucinaciones y desorganización ideatoria. El trastorno bipolar no tratado conlleva a peligros substanciales de complicaciones y muerte (8). Los episodios recurrentes pueden originar deterioro progresivo de las funciones. El 25% de quienes padecen el trastorno bipolar intentan el suicidio (2-14).

JUSTIFICACIÓN

El TB es una enfermedad psiquiátrica recidivante y grave, difícil de diagnosticar en los adultos, en el caso de los adolescentes mayores que presentan sintomatología similar a la del adulto facilita el diagnóstico, siendo más difícil en la población pediátrica (2). Los reportes internacionales indican una elevada prevalencia del trastorno. En México no se tienen datos al respecto.

El TB prepuberal puede presentarse más atípico con episodios maniacos breves, problemas de control de impulsos y de conducta sostenida. La manifestación temprana de

conducta disruptiva en algunos niños puede ser signos prodrómicos de trastorno bipolar. El Trastorno bipolar puede aparecer antes de la pubertad pero las pruebas disponibles sugieren que es relativamente rara alguna manía “florida” en niños (7).

El reconocimiento sistematizado del trastorno bipolar en la infancia y la adolescencia constituye uno de los desafíos más importantes del psiquiatra para identificar el trastorno en este grupo de edad.

Una herramienta importante es la entrevista semiestructurada para detectar este tipo de trastorno, por lo que surge la necesidad de demostrar la confiabilidad del K-manía en niños y adolescentes y poder contar con un instrumento que nos permita hacer diagnósticos oportunos y de certeza en niños y adolescentes con trastorno bipolar.

Ventajas que ofrece la utilización del instrumento:

1. Disminuye algunas fuentes de variabilidad en la información
 - Variabilidad en la recolección de la información: El paciente puede proporcionar información incorrecta por no entender la pregunta, por falta de concentración, resistencia consciente o inconsciente, o porque el entrevistador haya formulado mal la pregunta.
2. Variabilidad de criterio: En función de las variaciones entre los aplicadores, en la concepción de los criterios diagnósticos empleados y la forma de interrogarlos, así como la experiencia del que lo realiza. Si el entrevistador hace la pregunta utilizando términos subculturales deferentes a otros entrevistadores, el registro de respuestas se modificará. Esta variabilidad podría modificarse con el adiestramiento del entrevistador.
3. Permite conocer la variabilidad de la ocurrencia, esto depende de la estabilidad en la presentación del síntoma que se pretende medir. El paciente puede haber entendido bien la pregunta y responder honestamente, pero la respuesta puede ser diferente cada vez que se pregunta, porque la condición del sujeto cambia con el paso del tiempo.
4. Permite al niño percatarse que se busca un conocimiento integral de él al abordar áreas de sus emociones y/o conducta.
5. Aumenta la especificidad en la identificación de los casos.
6. Ofrece al clínico una guía flexible para conducir la entrevista y registrar la información.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para explorar los síntomas bipolares se ha diseñado diversos métodos con el objetivo de conocer los signos prodrómicos, caracterización clínica y factores de riesgo del TB en los niños y adolescentes. La implementación de un diagnóstico de certeza para poder instaurar un tratamiento farmacológico y psicosocial con un instrumento adaptado al castellano, válido resulta necesario. Con base en este planteamiento surge la pregunta de investigación: ¿Será útil la entrevista semiestructurada K – Manía para diagnosticar con certeza la fase maniaca del trastorno bipolar en niños y adolescentes?

OBJETIVOS

FASE I.

Traducir, adaptar y adecuar al lenguaje coloquial de México la entrevista semiestructurada K-Manía.

FASE II.

Homogeneizar y capacitar al clínico para el manejo de la entrevista.

Fase III

Evaluar la confiabilidad Interevaluador de la entrevista semiestructurada de K–Manía en niños y adolescentes.

MATERIAL

Se evaluaron 15 pacientes provenientes del servicio de Admisión y urgencias, y de las unidades de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Participaron niños y adolescentes de 7 a 17 años de edad. Para poder participar los pacientes debían tener síntomas clínicos de manía, aceptar participar en el proyecto tanto los pacientes como sus padres o tutores.

Descripción del instrumento

El índice clinimétrico de K- manía es una entrevista semi-estructurada que se ha aplicado en niños y adolescentes en estudios realizados en E.U. para el diagnóstico de manía.

Es un inventario de intervención integral entre el familiar y el niño. El diagnóstico se realiza por una síntesis de datos obtenidos por reportes observables del familiar y reportes de experiencias subjetivas del niño, obteniendo de esta manera información por ambos informantes incluyendo al niño en la colección de datos para detectar psicopatología del mismo.

El propósito de la entrevista semi-estructurada es; establecer el rapport con el padre y el niño, obtener información para evaluar el deterioro funcional, proveer un contexto para la obtención de síntomas (manía). Esta entrevista no debe ser completamente omitida aun cuando se aplique el instrumento a sujetos controles (5).

MÉTODO

FASE I.

Se tradujo y retradujo la entrevista semiestructurada K-MANIA, por el equipo del: Dr. Francisco De la Peña Olvera, Dr. Félix Higuera Romero y Dra. Rosa Elena Ulloa. La versión definitiva fue desarrollada por un panel de expertos: Dr. Francisco De la Peña Olvera, Dr. Lino Palacios y Dr. Félix Higuera Romero, quienes discutieron cada criterio generado por el equipo de traducción-retraducción y lo adaptarán al lenguaje coloquial Mexicano.

FASE II.

Se capacitaron a los médicos que realizaron la entrevista K-Manía en un seminario de homogeneización, se analizó el contenido de la entrevista y se implementaron estrategias de entrevista con niños, adolescentes y padres.

FASE III.

1.- Se evaluaron clínicamente los pacientes niños y adolescentes por su psiquiatra tratante quien dio el diagnóstico inicial.

2.- Se aplicó la entrevista semiestructurada de K-manía en niños y adolescentes quienes clínicamente tenían síntomas de manía y se sospecho de trastorno bipolar.

3.- Se entrevistó primero al paciente si era adolescente y en seguida a los padres. En caso de ser niño la entrevista se realizó primero a los padres y después al niño.

4.- Para facilitar la confiabilidad interevaluador los pacientes fueron entrevistados por dos evaluadores en un lapso de 48 horas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y promedios) para las variables demográficas de la muestra. La consistencia interna del instrumento se evaluó a través del coeficiente Alfa de Cronbach en todas las entrevistas. Para el análisis de la confiabilidad Interevaluador las calificaciones de cada reactivo de la escala se analizaron utilizando los coeficientes de correlación intraclase.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 15 niños entre 7 y 17 años de edad que acudieron al servicio de urgencias y consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y que fueron diagnosticados con síntomas de manía o probable trastorno bipolar en fase maniaca.

Se realizaron dos evaluaciones; en la primera se les aplicó la entrevista semi-estructurada de K-Manía al menor y a uno de sus padres. Una segunda entrevista fue realizada dos días después para establecer la confiabilidad Interevaluador.

De los 15 niños evaluados; el 53.3 % fueron niños y el 46.7 niñas, predominando los adolescentes entre 15 y 16 años de edad lo cual correspondió a un 86.7 %.

En cuanto al nivel socioeconómico, el 66.7 % provenían de nivel bajo y el 33.3% de nivel medio bajo. El 86.7 % reportaron disfunción familiar y el 13.3 % de familias funcionales e integradas. El 80% no reportó antecedentes prenatales de importancia y el 20 % si los tuvieron. El 86.7% tuvieron antecedentes perinatales y postnatales de importancia y el 86.7% tenían antecedentes heredo-familiares de tipo psiquiátrico.

Los pacientes estaban siendo tratados en las diferentes clínicas de consulta externa o bien estaban hospitalizados con los siguientes diagnósticos; el 26.7% tenía el diagnóstico de TDAH a descartar trastorno bipolar, 33% tenía el diagnóstico de manía, el 33.3% con trastorno bipolar fase maniaca y el 6.7% tenía otros diagnósticos con síntomas de manía (tabla 1)

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Frecuencia	%
7 años	2	13.3
10 años	1	6.7
14 años	2	13.3
15 años	4	26.7
16 años	4	26.7
17 años	2	13.3
n	15	100.0

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	8	53.3
Femenino	7	46.7
n	15	100.0

Nivel socio económico	Frecuencia	%
Bajo	10	66.7
Medio bajo	5	33.3
n	15	100.0

Función familiar	Frecuencia	%
Funcional	2	13.3
Disfuncional	13	86.7
n	15	100.0

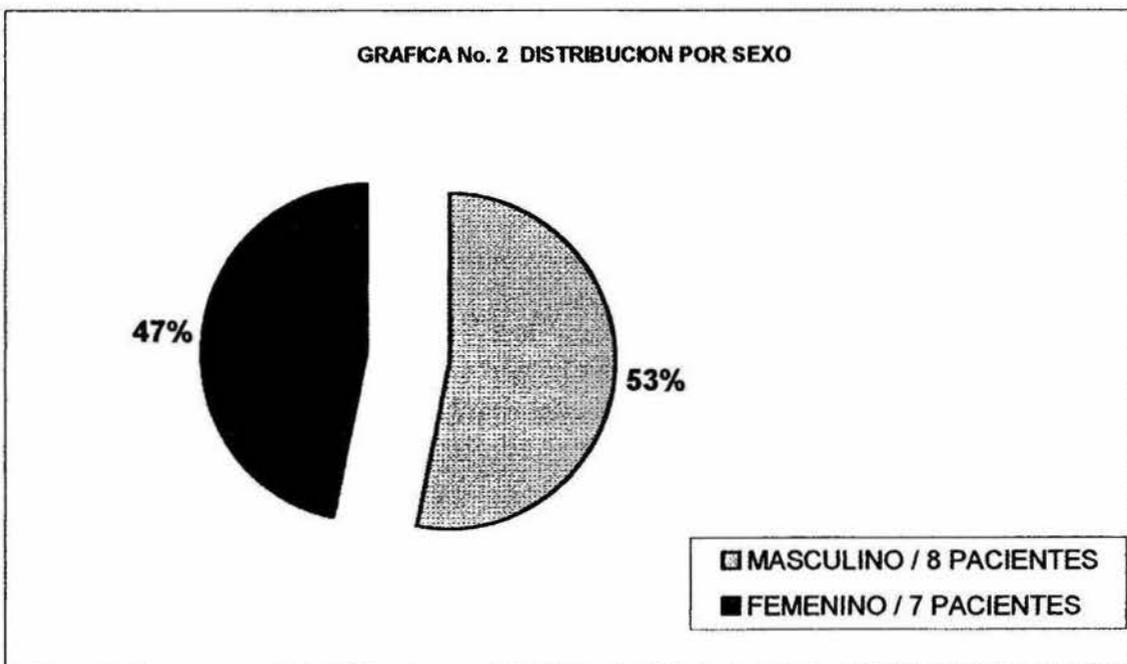
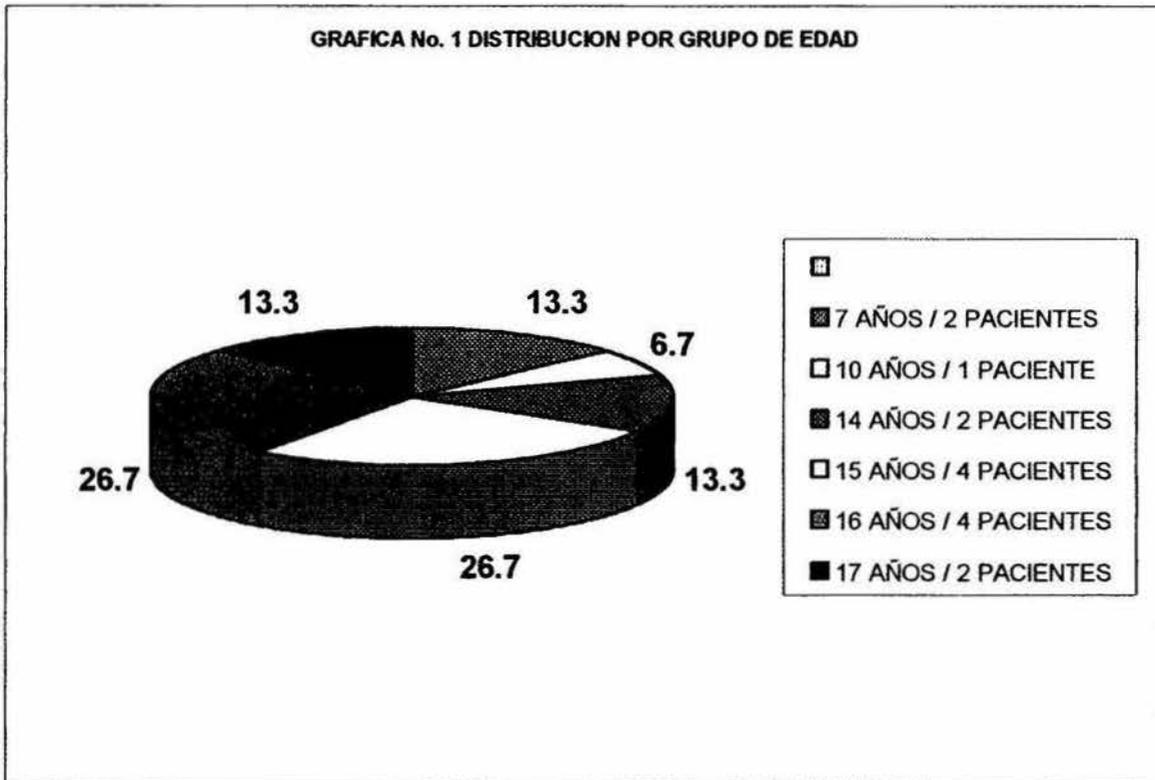
A. personales patológicos	Frecuencia	%
Presentes	3	20.0
Ausentes	12	80.0
n	15	100.0

Antecedentes perinatales	Frecuencia	%
Presentes	13	86.7
Ausentes	2	13.3
n	15	100.0

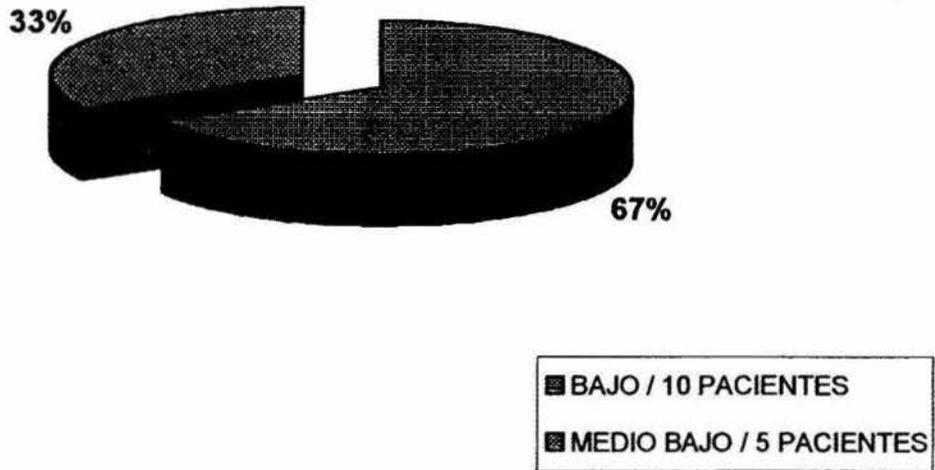
Ant. Psiq. Familiares.	Frecuencia	%
Presentes	13	86.7
Ausentes	2	13.3
n	15	100.0

Diagnostico inicial	Frecuencia	%
TDAH	4	26.7
Manía	5	33.3
T. bipolar	5	33.3
Otros	1	6.7
n	15	100.0

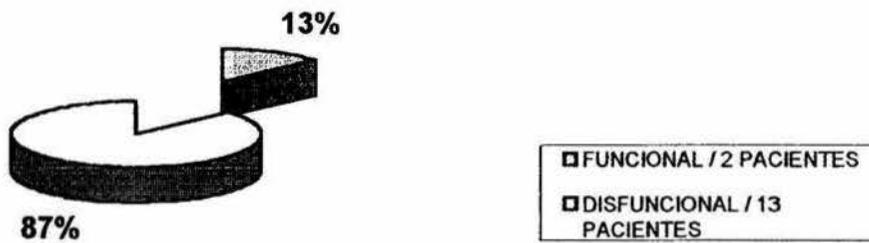
El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach indicó una consistencia interna para los 22 reactivos de la escala de .96



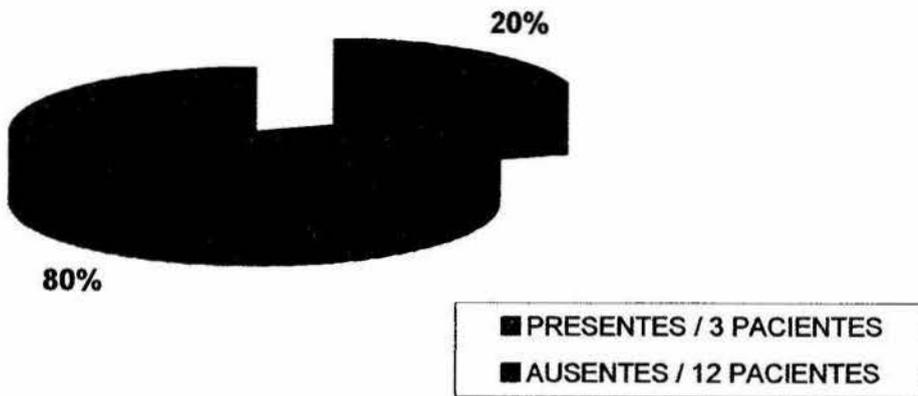
GRAFICA No. 3 NIVEL SOCIOECONOMICO



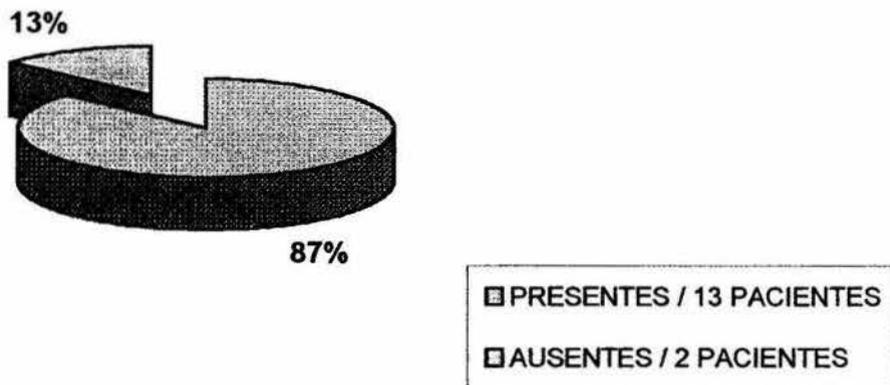
GRAFICA No. 4 FUNCION FAMILIAR



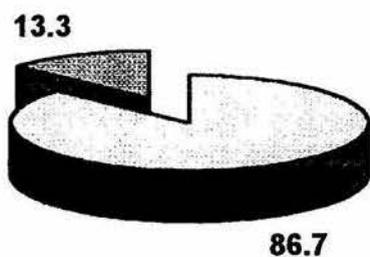
GRAFICA No. 5 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS



GRAFICA No. 6 ANTECEDENTES PERINATALES

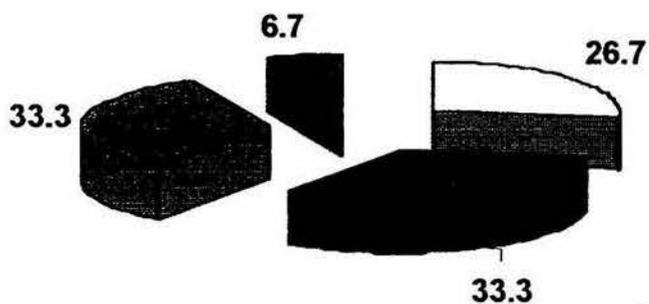


GRAFICA No. 7 ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS HEREDOFAMILIARES



□ PRESENTES / 13 PACIENTES
■ AUSENTES / 2 PACIENTES

GRAFICA No. 8 DIAGNOSTICO INICIAL



□ TDAH / 4 PACIENTES
■ MANIA / 5 PACIENTES
■ T. BIPOLAR / 5 PACIENTES
■ OTROS / 1 PACIENTE

CONFIABILIDAD INTER EVALUADOR DE LA ENTREVISTA K-MANÍA

Los resultados en cuanto a la confiabilidad total de la entrevista semi-estructurada K-Manía fueron las siguientes: Encontramos que de los 22 items que componen la entrevista K-Manía , 15 items (irritabilidad, sueño disminuido, energía inusual discurso acelerado, fuga de ideas, distractibilidad, alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado, descarrilamiento, risas inmotivadas, desinhibición, aumento de la productividad, hipersexualidad, y labilidad afectiva) tuvieron un coeficiente de correlación intraclase que alcanzó significancia estadística en las calificaciones de ambos evaluadores, sin embargo, la confiabilidad del total de la escala se reportó relativamente baja (0.47, $p=.12$), significa que la medición repetida del fenómeno maniaco no fue tan precisa, debido probablemente a la variabilidad temporal de los síntomas. Lo que demuestra que puede ser un instrumento de gran utilidad para el diagnóstico de manía en pacientes con trastorno bipolar de inicio en la infancia.

TABLA 9. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ÍTER EVALUADOR

Item	Valora	Alpha	Significancia
1	Humor expansivo	.53	.08
2	Irritabilidad	.95	.00*
3	Sueño disminuido	.67	.02*
4	Energía inusual	.70	.01*
5	Actividad aumentada	.36	.20
6	Act. Motora excesiva	.04	.46
7	Grandiosidad	.03	.47
8	Discurso acelerado	.86	.00*
9	Pensamiento acelerado	.56	.06
10	Fuga de ideas	.64	.03*
11	Juicio pobre	.47	.12
12	Distractibilidad	.70	.01*
13	Alucinaciones	.67	.02*
14	Delirios	.93	.00*
15	Pensamiento desorganizado	.95	.00*
16	Perdida en la asoc .de frases	.83	.00*
17	Risas inmotivadas	.83	.00*
18	Desinhibición	.92	.00*
19	Productividad	.76	.00*
20	Creatividad	.04	.53
21	Hipersexualidad	.86	.00*
22	Labilidad afectiva	.88	.00*

* Validez de la escala sign= .00 Alpha= .96
 Confiabilidad total de la escala sign= .12 Alpha= .47

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indican que el diagnóstico de trastorno maniaco en los niños y adolescentes se puede hacer con base en los criterios diagnósticos DSM-IV obtenidos a través de la entrevista semi estructurada K-manía. Se encontró una alta validez interna y se confirmó la necesidad de realizar una segunda evaluación en menor tiempo a las 48 horas, debido a la baja confiabilidad reportada.

La edad de presentación de los síntomas maníacos fue entre los 7 y 17 años, el grupo de edad en el cual se observó mayor sintomatología de manía fue en los adolescentes entre los 15 y 17 años de edad, la presentación por sexo fue igual número de hombres y mujeres, lo cual concuerda con lo reportado por Kessler en 1994 y por Simpson en 1998. Cabe mencionar que en nuestra investigación encontramos que el mayor número de pacientes diagnosticados clínicamente con trastorno bipolar fueron entre los 15 y 17 años de edad (n=10 de 15).

La prevalencia en niños y adolescentes es menor a la población de adultos, así mismo se refiere como un problema el mal diagnóstico en los padres con dichos trastornos debido a la implicación psicopatología de sus descendientes. Nosotros pudimos observar que los antecedentes heredo-familiares de tipo psiquiátrico estuvieron presentes en un 86.7% de nuestros pacientes, los cuales no fueron especificados, esto coincide con lo reportado por KiKi D en el 2000 y Séller en 1997. El 86.7% de los pacientes provenían de familias disfuncionales lo cual incrementa el riesgo de desarrollar trastornos afectivos entre ellos el trastorno bipolar (KiKi D y Spence Thomas 2000).

Se ha observado en diversos estudios que los niños que desarrollan trastorno bipolar en la edad adulta, fueron niños con problemas de conducta, algunos de ellos diagnosticados con TDAH, o bien fueron niños que pasaron desapercibidos por ser niños muy alegres, risueños, felices, agradables, extrovertidos o adolescentes con ideas grandiosas, optimistas, con gran proyección a futuro independientemente de su talento y habilidades, por lo tanto en la mayoría de los casos no son diagnosticados. Séller 1997 y Hirschfeld 1996.

Para el diagnóstico del trastorno bipolar en niños y adolescentes se desarrolló la entrevista semi-estructurada llamada K-Manía derivada los criterios diagnósticos DSM-IV, versión similar al K-SADS PL. Esta entrevista fue traducida al idioma castellano (español) y retraducida al idioma inglés para establecer la confiabilidad en la población pediátrica que demuestra ser un instrumento de gran utilidad para el diagnóstico de manía en pacientes con trastorno bipolar de inicio en la infancia.

CONCLUSIONES

El trastorno bipolar es un padecimiento poco diagnosticado en México principalmente en la población de niños y adolescentes debido a que se carece de un instrumento confiable y solo se cuenta con la experiencia clínica de los expertos. El presente trabajo demuestra que la entrevista semi-estructurada K-Manía es un buen instrumento fácil de aplicar para los pacientes y sus padres, para detectar síntomas de manía en el trastorno bipolar en los menores.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Arnold LM, MC Eloy SL; Mixed mania in woman. *Compr Psychiatry* Vol. 41:83-87, 2000.
- 2.- Dilsaver S, Chen Y.H, et al: Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry*. 151:1312-1315. 1998.
- 3.- Geller B, Child and Adolescent Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*. Vol.36. N.9, September 1997.
- 4.- Hirschfeld RMA, Clayton PJ, et al: Practice Guideline, for the treatment of patients with Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 151:1-31. 1996.
- 5.- Kaufman y cols: Schedule for Affective Disorders and Squizophrenia for School-Age Children-Present and lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:7, pp 980-988, July 1997.
- 6.- Kessler RC, Gonagle MC, et al: Lifetime and 12 month prevanlence of DSM III-R psychiatry disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 51:8-19, 1994.
- 7.- KiKi D, Chang. Psychiatric Phenomenology of Child and Adolescent Bipolar Offspring. *J. Am, Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39 (4): 453-460, 2000.
- 8.- McElroy, Keck et al: Mania, psychosis, and antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 57:14-26, 1996.
- 9.- McElroy SL, Suppes T, Keck PE, et al: Open-Label Adjunctive Topiramate in the Treatment of Bipolar Disorders. *Biol Psychiatry*. 47:1025-1033, 2000
- 10.- O'connell RA, Mayo JA, et al: Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br J Psychiatry* 159:123-129, 1991.
- 11.- Pichot. P. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos del estado de animo: Trastorno Bipolar. Pag. 358-374, 1997
- 12.- Pope HG Jr, Lipinski JF: Diagnosis in Squizophrenia and manic-depressive illness: A reassessment of the specificity of "schizophrenic" symptoms in light of current research, *Arch Gen Psychiatry* 35:811-828, 1978.
- 13.- Simpson SG, Folstein SF, Meyers DA, et al: Bipolar II: The most common bipolar phenotype? *J Clin Psychopharmacil*. 13:42-47,1998.
- 14.- Spence Thomas, MD y Cols. Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder with Mood Disorders. Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults. American Psychiatric Press, Inc. pag. 79-124, 2000.

15.- Strakowski SM, McElroy SL , et al: Suicidality in mixed and manic bipolar disorder. Am J Psychiatry, 153:674-676, 1998.

16.- Strakowski SM, Delbello MP, et al: Neuroimaging in bipolar disorder, bipolar disorders, press

17.- Trastornos Mentales DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico, 1994

ESCALA DE MANIA K-SADS

Nombre del niño: _____ Fecha _____ Exp. _____

TRASTORNOS BIPOLARES

Los siguientes items son para determinar la presencia de manía o hipomanía durante el episodio en el presente de la enfermedad. Si alguno de los items a juicio del clínico están presentes, insistir en una opción general para determinar si él o ella presentó ésta conducta en el momento tal y como se señala en la siguiente pregunta:

Cuando estuviste de ésta manera, que clase de cosas hiciste?

En que ocupaste tu tiempo?

Si el sujeto ha presentado únicamente humor disfórico podrían ser planteadas las preguntas de la siguiente manera:

Se que te has estado sintiendo _____ aunque mucha gente tiene otros sentimientos asociados en momentos diferentes también.

Si ha tenido episodios maniacos excesivamente importantes que están claramente manifestados. Además, dos o más items que son calificados como positivos, es importante determinar si ocurren al mismo tiempo. Usualmente los síntomas se parecen a las conductas antisociales, las alucinaciones y delirios podrían aparecer exclusivamente cuando el niño está maniaco y no en otro periodo. Si esto es así, podría ser registrado en el espacio sobre la hoja de respuestas y también indagado los apartados apropiados en las secciones donde tales síntomas son evaluados.

Los pacientes más difíciles de evaluar son aquellos en los que existen síntomas maniacos y depresivos simultáneamente, super impuesto uno sobre otro durante el mismo tiempo (estados mixtos). El evaluador mantiene esta posibilidad en mente al evaluar esta sección.

1. Elación o humor expansivo

El humor elevado y/o actitud eufórica hacia el futuro la cual se presentó al menos 4 hrs, y se presentó fuera de la proporción de las circunstancias.

Diferenciar del ánimo normal y sujetos con depresión crónica. No evaluar como positivo si el humor elevado moderado se reporta en situaciones como; regalos de navidad, cumpleaños, parques de diversión, en los cuales el niño está normalmente sobre-estimulado y lo tornan muy entusiasmado.

Hubo algún momento en el que te sintieras muy bien, realmente contento o alegre? más de lo normal?

Si es impreciso:

Cuando te sentáis hasta arriba hubo algo como que no pudiste hacer?

Esta es la mejor de todas las descripciones posibles?

Te sentías que todo lo podías hacer justo de la manera que tu querías?

Si una persona te observaba. Podría pensar que estuviste muy bien de humor o algo más que eso?

Te sentiste como si estuvieras borracho?, te reías como loco?, te sentiste super- contento?, cuando pasó esto?. Ejemplo...

P N S

Sin información.

No del todo, normal o deprimido.

Mínimo: Buen espíritu, mas alegre que las demás personas en sus circunstancias, pero únicamente posible significancia clínica.

Leve: Definitivamente humor elevado o aparentemente optimista que puede estar fuera de la proporción de acuerdo a las circunstancias.

Moderado: Humor y apariencia claramente fuera de la proporción de acuerdo a las circunstancias. Los demás lo notan.

Severo: Calidad del humor disfórico desviado de la proporción de acuerdo a las circunstancias.

Extremo: Clara elación, expresión exaltada, casi constantemente sobre-expansivo.

2. Irritabilidad y enojo

Sentimientos subjetivos de irritabilidad, enojo, exaltado, impulsivo, resentido, molesto, externamente dirigido, (puede ser externalizado o no). Registrar la intensidad y duración de los sentimientos. No registrar aquí, si la irritabilidad es debida a depresión o trastorno de conducta.

Te sentiste molesto, irritado por pequeñas cosas? que clase de cosas?

Te has sentido como loco o también enojado? sobre todo si no hiciste tal cosa?, que tan enojado?, más que antes?

Que clase de cosas te hacen sentir enojado?

Algunas veces te has sentido irritable, enojado, y/o raro y no sabes por qué?, te pasa esto frecuentemente?

Has perdido el control?

Con tu familia, tus amigos?, quien más?, en la escuela?. Que haces?, alguien te ha dicho cosas por esto?

Qué tanto tiempo te sientes enojado, irritable o raro?, todo el tiempo?, la mayor parte del tiempo?, de vez en cuando?, en ningún momento?

Cuando estas enojado, que piensas de eso?

Piensas en matar a otros? O ahorcarlos o torturarlos?

Quien?. tienes algún plan?, cual?

P N S

Sin información.

No del todo, claramente sin significancia clínica.

Algo: con significancia clínica dudosa.

Leve: Ocasionalmente 3 veces por 3 horas cada semana, siente definitivamente más enojo, irritabilidad que por otra situación. Relativamente frecuente pero no muy intenso o usualmente discute, rápido para expresar molestia sin pensamientos homicidas.

Moderado: La mayor parte de los días irritable o enojado sobre el 50% del tiempo que permanece despierto. Ocasionalmente grita, llora o pierde el control. Ocasionalmente pensamientos homicidas.

Severo: Al menos, la mayor parte del tiempo el niño se siente más irritable o algo enojado, o tiene pensamientos homicidas frecuentemente (sin plan) o pensamientos de lesionar a otros, o derribar o destruir cosas de la casa.

Extremo: La mayor parte del tiempo se siente extremadamente enojado o irritable, al grado de no poder parar, o temperamento frecuentemente incontrolable.

3. Necesidad se sueño disminuida

Menos necesidad de sueño que la usual para sentir descanso (proporción de muchos días no menor necesidad de dormir. Hacer referencia de los hábitos del dormir o insomnio.

Alguna vez has dormido menos de lo usual para sentirte descansado?

Que tanto sueño necesitas regularmente?

Cuanto tiempo duermes cuando te sientes demasiado bien?

Cuando te levantas, te sientes bien y descansado?

Cuando no puedes conciliar el sueño o cuando te levantas por la noche que cosas haces?

Ves TV, lees, o haces cosas atractivas (remover muebles, limpiar la casa, hacer ejercicio?

Tienes muchos pensamientos en tu mente cuando estás despierto? Que pensamientos?

Estás preocupado? De qué cosas?

Cuanto tiempo permaneces despierto? Que tan frecuente durante la noche? Durante la semana?

P N S

Sin información.

Sin cambios o más necesidad de sueño.

Mas de una hora, menos que la usual.

Mas de 2 horas, menos de menos de lo usual.

Mas de 3 horas, menos de lo usual.

Más de 4 horas, menos de lo usual.

4 horas o más, menos de lo usual

4. Energía inusual

Más activo que el nivel usual sin fatiga esperada.

Has tenido más energía que la usual haciendo cosas?

Te ha dicho la gente que no te detienes o no le paras?

Estás de acuerdo con ellos? Pareciera que tuvieras demasiada energía?

Sabes por qué? Hiciste demasiadas cosas? Te sentiste cansado?

Cuando pasó? Ejemplos....

P N S

Sin información.

Sin diferencia que la energía usual o menor.

Algo: Más energía pero de significancia cuestionable.

Poco cambio en el nivel de actividad pero menos fatigado que lo usual.

Más activo que lo usual con leve o sin fatiga.

Mucho más activo que lo usual con leve o sin fatiga.

Inusualmente activo todo el día con leve o sin fatiga.

5.a Incremento de la actividad dirigida a una ^{meta} actividad

Comparado con el nivel usual. Considerar los cambios en el nivel de actividad escolar, social, sexual, ocio, o actividades relacionadas con el trabajo, familia, amigos, nuevos proyectos, intereses o llamadas telefónicas, escribir cartas, etc.

Ha habido algún momento en que estuviste más activo o involucrado en cosas, comparado con la manera en que usualmente las haces? Que tal en la escuela, tu club, scouts, iglesia, casa, amigos, hobbies, nuevos proyectos, intereses?

Estuviste haciendo muchas cosas?

Que tanto tiempo del día ocupaste en éstas?

Estuviste intentando hacer muchas cosas diferentes que no pudiste parar?

Cuando pasó? Ejemplos....

P N S

Sin información.

Sin cambios o disminución.

Algo más que interés o actividad pero de significancia cuestionable.

Leve pero incremento definitivo en el nivel de actividades generales involucrando varias áreas.

Moderado incremento generalizado en el nivel de actividad involucrando diversas áreas.

Marcado incremento y casi constante involucrado en numerosas actividades en muchas áreas.

Extrema, ej. Constantemente activo en una variedad de actividades desde que se levanta hasta que se duerme.

5b. Actividad motora excesiva

Las manifestaciones visibles de hiperactividad motora generalizada la cual ocurrió durante un periodo elevado de anormalidad, expansividad o humor irritable.

Es cierto que la hiperactividad actualmente ocurrió y no fue un sentimiento meramente subjetivo de inquietud. Asegurar de que ésta no es crónica pero sí hiperactividad episódica.

*Cuando estuviste _____ fueron veces en que estuviste (elevado te sentiste demasiado bien o muy enojado) que estuviste siempre en movimiento, no podías parar, no podías sentarte, o siempre estuviste en movimiento, de arriba a abajo?
O siempre estás así?*

P N S

Sin información.

No del todo o retardada.

Algún incremento con dudosa significancia clínica.

Leve: Incapacidad para mantenerse sentado en la silla.

Moderado: la pasas realmente bien.

Marcada: Casi constantemente moviendo o caminando.

Extrema: Muy hiperactivo que podría estar exhausto o no se puede detener.

6. Grandiosidad

Autoestima incrementada y evaluación de sus valores, fuerza y conocimiento.

(Mas que delirios de grandeza) comparado con el nivel usual. Delirios persecutorios que podrían ser no considerados de grandiosidad al menos que el paciente sienta que la persecución es debida a algunos atributos especiales de él o ella (ej. fuerza, conocimiento).

Te has sentido más auto confiante que lo usual?

Te has sentido mucho mejor que otros?, mas inteligente?, mas fuerte?, por qué?

Te has sentido que eres particularmente una persona importante o que has tenido talentos o habilidades especiales?

Cuales son tus planes especiales?

Cuando pasó? Ejemplos....

P N S

Sin información.

No del todo o disminución de la autoestima.

Algo: Algo más confidente acerca de si mismo pero de dudosa significancia clínica.

Leve: Definitivamente estima elevada o sobre exagerada, al menos dos de sus talentos, proyectos o planes.

Moderado: Desproporcionadamente elevada la autoestima involucrando múltiples áreas de su funcionamiento.

Severa: Marcada a global sobrevaloración de si mismo o de sus habilidades pero cae en breves o verdaderos delirios.

Extremo: Claros delirios de grandiosidad.

7. Discurso acelerado, apresurado o incrementado

Cuando tu estuviste _____ fue el tiempo en que hablabas muy rápido o hablabas y hablabas y no podías parar?

Te decía la gente que hablabas demasiado?

Podía la gente entender lo que decías?

P N S

Sin información.

No del todo discurso retardado.

Algo de incremento el cual es de dudosa significancia clínica.

Leve: Notablemente mas verborreico que lo normal pero la conversación no es cansada.

Moderada: Muy verborreico que la conversación es cansada.

Marcado: Muy rápido que la conversación es difícil de mantener.

Extrema: Habla muy rápido o continuamente y no puede ser interrumpido. Conversación extremadamente difícil e imposible.

8.a Pensamientos acelerados

Experiencia subjetiva que los pensamientos son marcadamente acelerados

Cuando estuviste _____ fueron tiempos en que tus pensamientos estuvieron acelerados en tu mente?

Tuviste más ideas que las usuales o mas que tu manejas?

P N S

Sin información

No del todo

Dudosa

Leve: Pensamientos acelerados ocasionales al menos tres veces por semana.

Moderado: Pensamientos acelerados al menos 50% del tiempo que permanece despierto.

Severo: Pensamientos acelerados la mayor parte del tiempo.

Extremo: Pensamientos acelerados casi constantes.

8.b Fuga de ideas (observadas o reportadas por el informante)

Discurso acelerado con cambios abruptos de tópico a tópico, usualmente basado en asociaciones entendibles, estímulos distractores o juego de palabras. En el registro de la severidad considerar la velocidad de las asociaciones, incapacidad para completar las ideas y sostener la atención hacia un objetivo dirigido. Cuando es severa, la frase completa o parcial pueden ser galopantes una sobre otras demasiado rápidas que la apariencia entre oración y oración descarrilada y/o frase incoherente podría estar presente. Un ejemplo extremo de éstos síntomas es "Tu has de estar quieto y estar triste. Todos teniendo que hacer con, está quieto, sollozar, suspirar, pesar, solicitar, arena, dulceamor de madre y salvación".

Ha habido algunas veces que las personas no comprenden lo que dices?

Cuando han dicho que lo que hablas no tiene sentido?

Podrías darme un ejemplo?

P N S

Sin información

No del todo otra forma de...

Algo: Instancias ocasionales las cuales son de significancia clínica dudosa.

Leve: Instancias ocasionales de cambios abruptos en el tópico con algún deterioro en la comprensión. > al 5% la transición de frase a frase son abruptas.

Moderada: Instancias frecuentes con moderado deterioro en la comprensión. > al 10%.

Severo. Instancias muy frecuentes con deterioro definitivo en la comprensión. > al 25%.

Extremo: La mayor parte del discurso consiste en cambios rápidos de tópicos que resulta imposible seguir. > del 50%.

9. Juicio pobre

Se involucra de manera excesiva en actividades peligrosas sin reconocer las consecuencias potenciales o dolorosas.

Cuando estuviste _____ hiciste algo que causara problemas a ti o tu familia... o amigos?

Que pasa con las cosas que podrías hacer?

Hiciste cosas que normalmente no podrías hacer (como hacer muchas cosas o tomar muchas oportunidades)?

Pensaste que podría pasar antes de hacerlo?

Hubo algo que hiciste que ahora pienses que no debería haberse hecho?

P N S

Sin información.

No del todo.

Algo: De dudosa significancia clínica.

Leve: Ej. Llamar a los amigos en horas inapropiadas.

Moderado: Ej. Comprar muchas cosas que no necesita y que no puede darse el lujo el lujo de gastar.

Severo: Ej. Impulsivamente, visita lugares sin planear y sin dinero o asume muchas oportunidades.

Muy severo: Intenta actividades con consecuencias potencialmente peligrosas.

10. Distractibilidad (Observada o reportada por el informante)

El niño presenta evidencia de dificultad para enfocar su atención sobre preguntas del entrevistador, brinca (de un lado a otro, no puede mantener secuencia de sus respuestas y se distrae ante estímulos irrelevantes). No se incomoda ante temas desagradables.

Alguna vez has dicho que tienes problemas por algo que se supone que haces? Lo has hecho?

Podrías darme un ejemplo?

Te ha dicho el maestro que siempre estás distraído?

P N S

Sin información.

No del todo.

Algo: De dudosa significancia clínica.

Leve: Presente pero responde a la estructura y repetición de la entrevista.

Moderado: Dificultad para completar la entrevista por la inatención del niño el cual no responde a la estructura.

Severo: Imposible de completar la entrevista por la inatención del niño.

11. Alucinaciones

Algunas veces cuando los niños están solos oyen voces o ven cosas o huelen algo y no saben con certeza de donde provienen.

Alguna vez te ha ocurrido esto a ti?

Has escuchado voces cuando estas solo?
Has visto cosas que no estaban en realidad?
Cuando las viste?
Que viste?
Que escuchaste?
Has visto o escuchado algo inusual
Con que frecuencia has escuchado voces (ruidos)? (olores, sensaciones, visiones). Esto pasa algunas veces, recientemente, la mayor parte del tiempo o todo el tiempo?
Que piensas que es esto?
Piensas que es tu imaginación o es algo real?
Piensas que fue real cuando tu (escuchaste, saboreaste, etc.) esto?
Piensas que es real o imaginario ahora?
Que hiciste cuando tu (escuchaste, saboreaste, etc)?

P N S

Sin información.

No del todo o ausente.

Sospecha/ posible.

Algo: Definitivamente presente pero el objeto es generalmente está presente en su imaginación y usualmente lo ignora. Ocurre no mas de una vez a la semana.

Moderado: Generalmente cree en la realidad de las alucinaciones pero tiene poca influencia sobre su conducta. Ocurre al menos una vez por semana.

Severo: Convencido que sus alucinaciones son reales y con efectos significativos sobre sus acciones, por ej. cierra la puerta para que se aleje el que me persigue. O ocurre frecuentemente.

Extremo: Las acciones son basadas en las alucinaciones y tienen mayor impacto sobre si mismo y otros: Incapaz de cumplir con el trabajo escolar, por escuchar constantes "conversaciones". O ocurre la mayor parte del tiempo.

12. Delirios

Sabes lo que es la imaginación? Platicame.
Algunas veces tu imaginación te jugó trucos? Que clase de trucos? Platicame más acerca de éstos.
Has tenido ideas acerca de cosas que no has dicho a nadie por temor a que ellos no lo entiendan? Que ideas?
Tienes algunos pensamientos secretos? Platicame acerca de ellos.
Crees en cosas que las demás personas no creen? Como qué?
Alguna vez has sentido que alguien te ha querido lastimar? Quién? Porqué?
Alguna vez has sentido que alguien controla tu mente o cuerpo (como un robot)?
Alguna vez has sentido que algo le pasaba a tu cuerpo, como creer que se pudre por dentro y que algo muy malo le pasaba a tu cuerpo?
Alguna vez has sentido que el mundo se va acabar?
Alguna vez has pensado que eres una persona importante o grandiosa? Quien?

Estás seguro que esto _____ es así?
Podría haber otra razón para esto?
Quien sabe que esto pasa tal y como lo dices?
Existe otra explicación?

*Disfrutas haciendo historias como ésta?
O es diferente que inventar historias?
(podrías sugerir otras posibles explicaciones y ver como reaccionan las personas a eso)*

*Has pensado que esto fue tu imaginación?
Piensas que puede ser tu imaginación?
Que hiciste?*

P N S

Sin información

Definitivamente no son delirios

Leve: Definitivamente con delirios pero todo el tiempo el paciente cuestiona sus falsas creencias.

Moderado: Generalmente tiene la convicción en su falsa creencia.

Severo: El delirio tiene efecto significativo sobre sus acciones, ej. frecuentemente pide a la familia que olvide sus pecados, preocupado con la creencia que es el nuevo Mesías.

Extremo: Acciones basadas en el delirio, tiene mayor impacto sobre si mismo y los otros, ej. deja de comer por que cree que la comida está envenenada.

13. Pensamiento desorganizado (considerar la puntuación más alta de (a) o (b))

13.a. Frases incoherentes

Comprensión deteriorada del discurso debido a desorganización de la gramática o frases incompletas dentro de la oración o frase, no en la conexión entre frases (descarrilamiento). Porciones de frases coherentes pueden ser observadas en una frase que es incoherente por completo. Las palabras pueden ser sustituidas, o palabras conectadas (ej. aunque, el, un) pueden ser omitidas de tal forma que el significado es distorsionado o destruido.

P N S

Sin información.

No del todo- puede ser difícil de comprender debido a detalles innecesarios, escasa educación y otros impedimentos fonológicos para la comunicación clara, o simple fuga de ideas la cual es completamente comprensible.

Algo: Instancias ocasionales las cuales son de dudosa significancia clínica.

Leve: Instancias ocasionales de discurso distorsionado o idiosincrático con poco deterioro de la comprensión, (>5%).

Moderado: Instancias frecuentes con algún deterioro en la comprensión, (>10%).

Severo: Instancias muy frecuentes con deterioro definitivo de la comprensión, (>25%).

Extremo: La mayor parte del discurso esta distorsionado que casi es imposible comprender, (>50%).

13.b. Descarrilamiento (pérdida de la asociación entre frase y frase)

Pronunciación repetida de oraciones en yuxtaposición con pérdida de la interrelación comprensible, o forma idiosincrática una referencia a otra. Ejemplo: "Estoy cansado. Toda la gente tiene ojos".

Existe una vaga conexión de las ideas.

Distinguir la fuga de ideas en el contexto de del discurso acelerado con cambios abruptos de tópicos basados en asociaciones comprensibles.

Sin información.

No del todo- puede ser difícil de comprender debido a detalles innecesarios, escasa educación o impedimentos no patológicos para una comunicación clara o simple fuga de ideas las cuales son completamente comprensibles.

Algo: Instancias ocasionales de dudosa significancia clínica.

Leve: Instancias ocasionales de discurso distorsionado o idiosincrático con poco deterioro de la comprensión (>5%).

Moderado: Instancias frecuentes con algún deterioro de la comprensión, (>10%).

Severo: Instancias muy frecuentes con deterioro definitivo en la comprensión (>25%).

Extremo: La mayor parte del discurso está distorsionado que es casi imposible comprender, (>50%).

Durante un periodo de humor expansivo o irritable anormal ha ocurrido lo siguiente?

14. Risas inapropiadas, bromas o punning

P: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

N: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

S: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

15. Desinhibición frente a las personas

P: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

N: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

S: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

16. Incremento en la productividad

P: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

N: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

S: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

17. Pensamientos creativos inusuales

P: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo
N: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo
S: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

18. Hipersexualidad

P: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo
N: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo
S: __ 0 No información __ 1 No del todo __ 2 Dudosa __ 3 Leve __ 4 Moderado __ 5 Severo

19. Labilidad afectiva

Humor cambiante; rápidas variaciones del humor con múltiples estados emocionales (agresividad, elación, depresión, ansiedad, relajación) dentro de un breve periodo de tiempo; aparecen internamente sin relación con las circunstancias o no relacionado con eventos externos al paciente. Podría ser un cambio en el humor exagerado relacionado con estímulos menores, frustraciones o eventos positivos.

P N S

Sin información.

No del todo

Algo: Algunas variaciones del humor posiblemente fuera de la proporción de acuerdo a las circunstancias, pero de dudosa significancia clínica.

Leve: Definitivamente cambios del humor, internamente manejados o algo fuera de la proporción de acuerdo a las circunstancias que ocurren varias veces al día. Identificado por otros pero no causa deterioro en sus funciones e interrelaciones.

Moderado: Muchos cambios del humor a lo largo del día, puede variar de la forma de humor elevado al enojo a tristeza en dos horas, cambios en el humor claramente fuera de la proporción de las circunstancias y causa deterioro en el funcionamiento.

Severo: Cambios rápidos del humor casi todo el tiempo con intensidad del humor fuera de la proporción de acuerdo a las circunstancias.

Extremo: Constantes y múltiple variabilidad de cambios en el humor que ocurren en minutos, dificultad para identificar un humor particular, cambios en el humor radicalmente fuera de la proporción de acuerdo a las circunstancias.
