



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA “RAMON DE LA
FUENTE”**

**VALIDEZ DE LA ESCALA DE DIAGNÓSTICO DEL ESPECTRO
BIPOLAR EN SU VERSIÓN AL ESPAÑOL**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

ADRIANA DE LA VEGA PACHECO

Asesores:

Dra. Doris Gutiérrez Mora

Dra. Danelia Mendieta Cabrera

México, D. F. mayo 2008



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.

*Todos los hombres ansían saber.
El hombre progresa en su saber de dos modos:
En **profundidad** (saber más perfectamente) y
en **extensión** (saber más).
De aquí resultan los diversos grados del saber humano,
cuya finalidad es la explicación de la realidad...*

CONTENIDO

<u>ABREVIATURAS.....</u>	<u>4</u>
<u>RESUMEN.....</u>	<u>5</u>
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>7</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
HIPÓTESIS.....	10
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>11</u>
TIPO DE ESTUDIO	11
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	11
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	11
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	12
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	12
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	12
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>13</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>24</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>27</u>
<u>REFERENCIAS.....</u>	<u>28</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>30</u>
CONSENTIMIENTO INFORMADO	31
CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO.....	32
ESCALA DE DIAGNÓSTICO DEL ESPECTRO BIPOLAR	33

ABREVIATURAS

1. **CTA** = Cuestionario de Trastornos del Ánimo
2. **DSM-IV TR** = Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales. Texto Revisado
3. **EDEB** = Escala De Espectro Bipolar
4. **ROC** = Receiver-Operating-Characteristic
5. **SCID I** = Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV
6. **TDM** = Trastorno Depresivo Mayor
7. **TBP tipo I** = Trastorno Bipolar tipo I
8. **TBP tipo II** = Trastorno Bipolar tipo II

RESUMEN

El trastorno bipolar (TBP) constituye un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la alternancia de episodios depresivos y episodios de manía. En la práctica clínica psiquiátrica, es frecuente encontrar casos de trastorno bipolar erróneamente diagnosticados como trastornos de depresión mayor unipolar. Las razones de esta identificación equivocada son diversas. Por lo que no es sorprendente que muchos investigadores en este campo consideren que suelen pasar alrededor de 10 años antes de que un paciente bipolar sea adecuadamente diagnosticado. Debido a esto, se consideró importante contar con un instrumento que pueda detectar de manera más confiable a aquellos individuos que puedan presentar alteraciones del espectro bipolar. En México se cuenta con el cuestionario de trastornos del ánimo (CTA) en su versión al español el cual ha demostrado tener una sensibilidad de 0.71 y una especificidad de 0.92 para la detección de trastornos del espectro bipolar en población mexicana. La escala de diagnóstico del trastorno bipolar (EDEB) ha demostrado tener una adecuada sensibilidad (0.79) y especificidad (0.93) para detectar de manera oportuna aquellos pacientes que se encuentran dentro del espectro bipolar en población norteamericana. Por lo que se consideró necesario contar con este instrumento en su versión al español para poder ser aplicado en población mexicana. Al hacer un diagnóstico preciso de trastorno bipolar se podrá incidir de manera directa en la evolución y tratamiento de dichos pacientes, lo que reducirá los costos sociales y personales que son consecuencia de un diagnóstico tardío y/o incorrecto.

El objetivo de la investigación fue evaluar comparativamente la sensibilidad y especificidad de la escala de diagnóstico del espectro bipolar y el cuestionario de trastornos del ánimo en sus versiones al español.

La investigación se llevó a cabo en pacientes que acudieron a la consulta externa de la clínica de trastorno bipolar y el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” se aplicó la SCID I para la confirmación del diagnóstico de trastorno bipolar ya sea tipo I (35 pacientes) o tipo II (35 pacientes) y trastorno depresivo (35 pacientes) además de verificar que el paciente no se encontrara en hipomanía, manía o depresión en el caso de los casos y en depresión grave en el caso de los controles. Ya confirmado el diagnóstico, se entregó al paciente el cuestionario de trastornos del afecto para ser contestado por él mismo. Posteriormente se le entregó la escala de diagnóstico del espectro bipolar para ser contestada. Al concluir la aplicación de los instrumentos se verificó que fueran llenados todos los datos necesarios. El tiempo estimado para la valoración fue de aproximadamente 30 minutos.

Para el procesamiento de las variables dimensionales se utilizaron promedios y desviación estándar. Las variables categóricas se analizaron por medio de porcentajes. Se determinó la sensibilidad y especificidad de la escala de diagnóstico del espectro bipolar. Se realizaron curvas ROC (Receiver-Operating-Characteristic) para los diferentes puntos de corte de la escala de diagnóstico de espectro bipolar. Se determinó la sensibilidad y

especificidad del cuestionario de trastornos del ánimo, tomando en cuenta el punto de corte que se determinó en su validación al español.

Se incluyeron 105 pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión requeridos en esta investigación. El 65.71% de la muestra eran mujeres, con un promedio de edad de 36.2 ± 9.98 , el 54.28% de los pacientes incluidos en el estudio eran solteros. La escolaridad promedio fue de 13.11 ± 3.4 años escolares. Solo el 30.37% se encontraban laborando y el 15.23% reportó antecedentes heredofamiliares positivos para TBP.

La EDEB fue contestada en su totalidad por los sujetos participantes, obteniéndose una puntuación promedio general de 13.13 ± 4.78 puntos (rango de 0 a 19). La puntuación promedio para el grupo de pacientes con TDM fue de 8.11 ± 4.24 puntos, para el grupo con TBP tipo I 16.62 ± 2.12 puntos y para el grupo con TBP tipo II de 14.65 ± 2.57 puntos. Se realizó análisis ROC para los diferentes puntos de corte (19 puntos) de la EDEB con un intervalo de confianza de 95% obteniéndose la siguiente área bajo la curva ROC 0.9190

El CTA fue respondido en su totalidad por los sujetos participantes. En base al punto de corte 10 obtenido por la validación al español de este instrumento, se determinó la sensibilidad y especificidad de este instrumento con los siguientes resultados: Sensibilidad 68.0% y especificidad de 94.0%. La correlación entre el CTA y la EDEB fue de $r=0.8086$.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

El estado de ánimo de un ser humano puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas; sienten que tienen cierto control sobre su estado de ánimo y su afectividad. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general.

El trastorno bipolar (TBP) constituye un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la alternancia de episodios depresivos y episodios de manía. (13)

En la práctica clínica psiquiátrica, es frecuente encontrar casos de trastorno bipolar erróneamente diagnosticados como trastornos de depresión mayor unipolar. (9) Las razones de esta identificación equivocada son diversas. Se ha observado en múltiples estudios que el episodio de inicio del TBP suele ser con elevada frecuencia, un episodio depresivo (14); diversos estudios longitudinales efectuados con seguimientos durante varios años, muestran que en los enfermos bipolares los episodios de depresión son mucho más frecuentes que los de manía o de hipomanía (2). Está documentado que un número considerable de sujetos con TBP presentan varios episodios depresivos antes de tener el primer episodio maniaco. (10) A estas causas hay que agregar que es común que muchos pacientes prefieran no referirle al médico los síntomas o manifestaciones de manía. Por lo tanto, no es sorprendente que muchos investigadores en este campo consideren que suelen pasar alrededor de 10 años antes de que un paciente bipolar sea adecuadamente diagnosticado. (11)

Mientras que algunos psiquiatras creen que el trastorno bipolar ha sido “sobre diagnosticado”, en años recientes muchos expertos en el área de evidencian lo contrario. De hecho, algunos investigadores creen que los criterios de diagnóstico del Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV) también son restrictivos y no capturan el predominio, diversidad o sutileza del trastorno bipolar.

El DSM-IV cita una prevalencia de entre 0.4%–1.6%, correspondiendo una proporción de aproximadamente 0.5% para trastorno bipolar tipo II. Así, la prevalencia a lo largo de la vida de estos trastornos apenas excedería, a lo mucho, 2%. (13)

La detección adecuada del TBP cobra mayor importancia aún si se considera que en la actualidad existe una tendencia en la nomenclatura para comprender mejor este trastorno, si para ello se adopta un enfoque espectral en el que se incluyan, además de las formas típicas del trastorno, todos aquellos cuadros con características subumbrales, tanto en número de síntomas como en duración de los mismos. (12) Esta reformulación diagnóstica del espectro de las enfermedades afectivas se fundamenta en múltiples aspectos, como las características fenomenológicas de los cuadros, su comorbilidad, los datos

epidemiológicos, el curso de los episodios, los antecedentes familiares y las respuestas a los tratamientos.

De acuerdo con diversos autores y considerando la clasificación espectral, la prevalencia del TBP en la población general se incrementa hasta 5% (1,5). Una de las principales consecuencias de la falta de identificación del TBP en todas sus variantes, es que los pacientes son sometidos a tratamientos inadecuados en los que se incluyen los antidepresivos como tratamiento único.

En México la prevalencia a lo largo de la vida de TBP tipo I va desde 1.1% hasta el 1.6% y para el TBP tipo II es de 1.6% a 2.4% (15)

De lo anterior surge la pregunta, ¿Cuántos individuos con trastornos del espectro bipolar están siendo subdiagnosticados o impropriamente tratados?

Considerando estos aspectos, se han generado procedimientos que permitan diagnosticar de manera oportuna aquellos casos de TBP en ciertas poblaciones clínicas. Por ejemplo, recientemente apareció publicado un estudio en donde se utilizó un instrumento de tamizaje dirigido a distinguir la depresión bipolar de la depresión unipolar. (16)

Uno de los métodos para identificar adecuadamente un trastorno, es a través de su búsqueda entre sujetos que tengan posibilidades de corresponder al diagnóstico. Debido a que la evaluación individual requiere un alto consumo de tiempo y recursos humanos, una alternativa es el uso de instrumentos de tamizaje. Estos instrumentos pueden detectar a los individuos con mayores posibilidades de ser portadores del trastorno que se intenta identificar y se puede efectuar en ellos una valoración más completa para corroborar que se trate de casos positivos.

El "Cuestionario de Trastornos del Animo" (CTA) fue el primer instrumento desarrollado específicamente para el tamizaje del trastorno bipolar y de su espectro en población abierta. Hirschfeld y colaboradores (8) desarrollaron y validaron este instrumento concluyendo que es adecuado y que genera resultados satisfactorios. Ese estudio fue diseñado con el objetivo de identificar el umbral sintomático óptimo para determinar trastornos del espectro bipolar y asesorar la sensibilidad y especificidad de dicho umbral al compararlo con un diagnóstico, efectuado por un profesional de la salud mental, como criterio estándar de comparación. Se llevó a cabo en cinco clínicas psiquiátricas con pacientes ambulatorios, con un total de 198 sujetos, y se concluyó que el punto de corte para obtener una sensibilidad (73%) y especificidad óptimas (90%), era de siete reactivos positivos. Posteriormente, Gorski y Willis tradujeron al francés y validaron el CTA en una muestra de 96 pacientes. Estos fueron evaluados un mes después para observar la estabilidad de los síntomas. El grupo fue diagnosticado con una entrevista clínica estructurada. Hirschfeld y colaboradores (9) emplearon el CTA en un estudio posterior de tamizaje para TBP en los Estados Unidos de Norteamérica, con una muestra de 127,800 sujetos representativos de la población; 66.8% de los sujetos contestaron esta encuesta y se observó que la tasa de TBP era de 3.7%; de éstos sólo 19.8% reportó haber recibido previamente un diagnóstico de este tipo y 31.2% reportó haber recibido un diagnóstico

previo de enfermedad unipolar; a su vez, el 49% restante no había recibido diagnóstico de ningún tipo. Otro grupo de investigadores llevó a cabo la versión italiana del mismo cuestionario con 154 pacientes del hospital psiquiátrico de la Universidad de Cagliari en Italia. (7) El CTA mostró especificidad para TBP y trastorno esquizoafectivo tipo bipolar. Con el punto de corte en 4, mostró sensibilidad de 90% y especificidad de 58%; con el punto de corte en 5, la sensibilidad fue de 84% y la especificidad de 70%, mientras que al elevar el punto de corte a 6, la sensibilidad fue de 76% y la especificidad 86%.

La Escala de diagnóstico del espectro bipolar (EDEB) es un instrumento desarrollado por Ronald Pies, fue validado por Ghaemi y colaboradores, se trata de un instrumento autoaplicable breve con respuestas afirmativas o negativas, que puede identificar a pacientes con elevadas posibilidades de presentar un trastorno bipolar. En población norteamericana demostró tener una sensibilidad de 79% y una especificidad de 93%. (6)

En México se cuenta con el cuestionario de trastornos del afecto validado al español, sin embargo, la búsqueda de instrumentos con mayor sensibilidad y especificidad son necesarios para la detección oportuna del TBP.

Justificación

El trastorno bipolar es un padecimiento de salud pública, debido a la prevalencia que tiene, además de que anualmente el presupuesto que se invierte en el tratamiento y estabilización de los pacientes con este padecimiento en los Estados Unidos es de 200, 287 billones de dólares, además de que los costos personales en los individuos que lo padecen son también importantes ya que el 19% personas con trastorno bipolar tienen intento de suicidio, presentan una pérdida de 14 años de actividad y 9 años de vida, el 55% de los pacientes con trastorno bipolar esta desempleado y 25 % de más de 65 años son pensionados por este padecimiento.

Gran parte de las condiciones antes mencionadas son favorecidas por un diagnóstico incorrecto y/o tardío del trastorno, debido a esto, se consideró importante contar con un instrumento que pueda detectar de manera más confiable a aquellos individuos que puedan presentar alteraciones del espectro bipolar.

En México se cuenta con el cuestionario de trastornos del ánimo (CTA) en su versión al español el cual demostró tener una sensibilidad de 0.71 y una especificidad de 0.92 para la detección de trastornos del espectro bipolar en población mexicana. (3)

La escala de diagnóstico del trastorno bipolar demostró tener una adecuada sensibilidad y especificidad para detectar de manera oportuna aquellos pacientes que se encuentran dentro del espectro bipolar. Por lo que se consideró necesario contar con este instrumento en su versión al español para poder ser aplicado en población mexicana. (6)

Al hacer un diagnóstico preciso de trastorno bipolar se podrá incidir de manera directa en la evolución y tratamiento de dichos pacientes, lo que reducirá los costos sociales y personales que son consecuencia de un diagnóstico tardío y/o incorrecto.

Pregunta de investigación

¿Qué sensibilidad y especificidad tiene la escala de diagnóstico del espectro bipolar en su versión al español?

Objetivos

Objetivo General

Se evaluó comparativamente la sensibilidad y especificidad de la escala de diagnóstico del espectro bipolar y el cuestionario de trastornos del ánimo en sus versiones al español.

Objetivos Específicos

- A. Se evaluó la sensibilidad y especificidad del cuestionario de trastornos del afecto y la escala de diagnóstico del espectro bipolar.
- B. Se evaluó si la escala de diagnóstico del espectro bipolar tiene mayor sensibilidad y especificidad que el cuestionario de trastornos del ánimo.

Hipótesis

- A. La escala de diagnóstico del espectro bipolar en su versión al español tiene una alta sensibilidad y especificidad.
- B. La escala de diagnóstico del espectro bipolar tiene mayor sensibilidad y especificidad que el cuestionario de trastornos del ánimo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trató de un estudio de proceso de marcadores diagnósticos (sensibilidad y especificidad) según la clasificación de Alvan Feinstein. (4)

Población en estudio y tamaño de la muestra

Fueron incluidos 105 pacientes que acudieron a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, de los cuales 35 contaron con el diagnóstico de TBP tipo I, 35 con TBP tipo II y 35 pacientes controles con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Grupo de pacientes con trastorno bipolar tipo I y II

Inclusión:

1. Edad de 18 a 60 años.
2. Sexo masculino o sexo femenino.
3. Pacientes que supieran leer y escribir.
4. Que contaran con el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o tipo II según criterios del DSM-IV TR.
5. Los pacientes se encontraran eutímicos al momento de la evaluación.
6. Aceptarán participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

Exclusión:

1. Pacientes que se encontraran en fase depresiva, hipomaniaca o maniaca al momento del estudio.
2. Pacientes que se encontraran cursando con enfermedades médicas descompensadas.
3. Pacientes que cursaran con retraso mental o cualquier deterioro cognitivo el cual les impedía leer y escribir.
4. Pacientes que tuvieran síntomas psicóticos al momento del estudio.

Eliminación:

1. Pacientes que no concluyeran el proceso de evaluación.

Grupo de pacientes control

Inclusión:

1. Pacientes de 18 a 60 años de edad.
2. Pacientes de sexo masculino o femenino
3. Pacientes que supieran leer y escribir.
4. Que contaran con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSM-IV TR.
5. Aceptarán participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

Exclusión:

1. Pacientes con trastorno depresivo mayor que se encontraran en un episodio grave con ideación suicida durante la evaluación.
2. Pacientes que se encontraran cursando con enfermedades médicas descompensadas.
3. Pacientes que cursaran con retraso mental o cualquier deterioro cognitivo el cual les impidiera leer y escribir.
4. Pacientes que tuvieran síntomas psicóticos al momento del estudio.

Eliminación:

1. Pacientes que no concluyeran el proceso de evaluación.

Variables y escalas de medición

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Diagnóstico de trastorno bipolar	Categórica	SCID I
Diagnóstico de trastorno bipolar	Categórica	Escala de diagnóstico de espectro bipolar
Diagnóstico de trastorno bipolar	Categórica	Cuestionario de trastornos del afecto

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV

Es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV. Este instrumento posee una confiabilidad que va desde 0.79 a 0.84.

Cuestionario de trastornos del ánimo

Fue el primer instrumento desarrollado específicamente para el tamizaje del trastorno bipolar y de su espectro en población abierta. Se trata de un cuestionario autoaplicable, breve, con respuestas afirmativas o negativas, que puede identificar a pacientes con elevadas posibilidades de presentar un trastorno bipolar.

Hirschfeld y colaboradores desarrollaron y validaron este instrumento. Con un total de 198 sujetos norteamericanos. Se concluyó que el punto de corte para obtener una sensibilidad (73%) y especificidad óptimas (90%), era de siete reactivos positivos.

El cuestionario de trastornos del ánimo en su versión al español con un punto de corte de 10 reactivos demostró tener una sensibilidad de 71% y una especificidad de 92% para la detección de trastornos del espectro bipolar en población mexicana. (3)

Escala de diagnóstico del espectro bipolar

Este instrumento fue desarrollado por Ronald Pies, fue validado por Ghaemi y colaboradores, se trata de un instrumento autoaplicable breve con respuestas afirmativas o negativas, que puede identificar a pacientes con elevadas posibilidades de presentar un trastorno bipolar. En población norteamericana demostró tener una sensibilidad de 0.79% y una especificidad de 0.93% (6). Esta escala se tradujo y se adaptó al español por medio de un método de traducción/retraducción para ser aplicada en el estudio.

Recolección de datos y análisis de los resultados

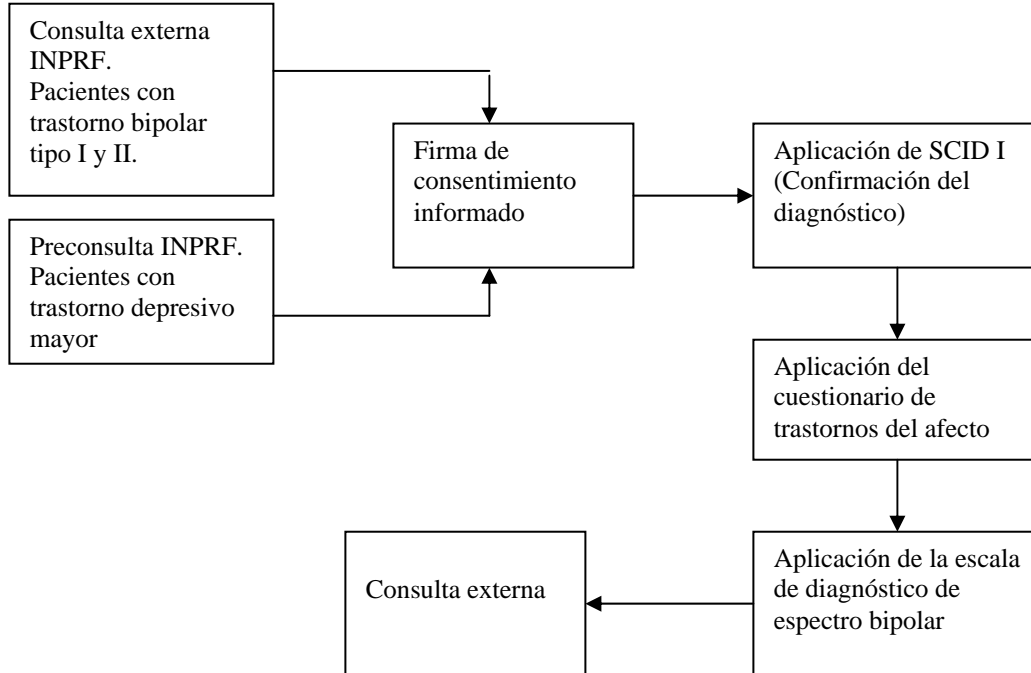
Procedimiento

Los pacientes se reclutaron a través de consulta externa de la clínica de trastorno bipolar y el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la fuente Muñiz” y todos cumplieron los requisitos de inclusión que se propusieron para el estudio y fueron enviados con el investigador principal para una valoración que consistió en lo siguiente:

El paciente fue informado ampliamente sobre el contenido y objetivo del proyecto, se resolvieron sus dudas y se les otorgó el consentimiento informado. Una vez que el paciente estuvo de acuerdo en participar, firmó de manera voluntaria el consentimiento informado, se llenó una hoja de datos demográficos y por medio del entrevistador se aplicó la SCID I para la confirmación del diagnóstico de trastorno bipolar ya fuera tipo I o tipo II y trastorno depresivo además de verificar que el paciente no se encontrara en hipomanía, manía o depresión en el caso de los casos y en depresión grave en el caso de los controles. Ya confirmado el diagnóstico, se le entregó a los pacientes el cuestionario de trastornos del ánimo para ser contestado por ellos mismos. Posteriormente se les entregó la escala de diagnóstico del espectro bipolar para ser contestada. Al concluir la aplicación de los instrumentos se verificó que hubiesen sido llenados todos los datos necesarios.

No se presentaron eventualidades durante las evaluaciones de los pacientes. El tiempo promedio de duración de la entrevista y contestación de instrumentos fue de 30 minutos.

Diagrama de flujo de la recolección de datos:



Análisis de los resultados

- Para el procesamiento de las variables dimensionales se utilizaron promedios y desviación estándar.
- Las variables categóricas se analizaron por medio de porcentajes.
- Se determinó la sensibilidad y especificidad de la escala de diagnóstico de espectro bipolar.
- Se realizaron curvas ROC (Receiver-Operating-Characteristic) para los diferentes puntos de corte de la escala de diagnóstico de espectro bipolar.
- Se determinó la sensibilidad y especificidad del cuestionario de trastornos del ánimo, tomando en cuenta el punto de corte que se determinó en su validación al español.
- Se utilizó el paquete estadístico Epidat 3.1.

Implicaciones Éticas del Estudio

Se trató de un estudio con riesgo mínimo, ya que solo se les aplicaron escalas a los pacientes. No se presentaron eventualidades durante el proceso de evaluación de los pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron 105 pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión requeridos en esta investigación, 35 de los cuales contaron con el diagnóstico de TBP tipo I, 35 con TBP tipo II y 35 pacientes controles con el diagnóstico de T. depresivo mayor.

El 65.71% de la muestra fueron mujeres, con un promedio de edad de 36.2 ± 9.98 , el 54.28% de los pacientes incluidos en el estudio fueron solteros. La escolaridad promedio fue de 13.11 ± 3.4 años escolares. Solo el 30.37% se encontraban laborando y el 15.23% reportó antecedentes heredofamiliares positivos para TBP.

En la tabla 1 se resumen las características sociodemográficas de la muestra.

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Característica	Total	TDM	TBP I	TBP II
n	105	35	35	35
% Mujeres	65.71	62.85	62.85	71.42
Promedio de edad \pm DE (Rango 18-65) años	36.25 ± 9.98	35.25 ± 11.23	37.34 ± 8.87	36.17 ± 9.89
% Solteros	54.28	57.14	51.42	54.28
% Casados	33.33	22.85	34.28	42.85
% Unión libre	12.38	20	14.28	2.85
Promedio de escolaridad \pm DE (rango 6-19) años	13.11 ± 3.42	12.97 ± 4.08	13.25 ± 3.12	13.11 ± 3
% Empleados	30.47	54.28	14.28	22.85
AHF de TBP	15.23	20	17.14	5.71

TDM. Trastorno depresivo mayor. TBP I. Trastorno bipolar tipo I. TBP II. Trastorno bipolar tipo II

La EDEB fue contestada en su totalidad por los sujetos participantes, obteniéndose una puntuación promedio general de 13.13 ± 4.78 puntos (rango de 0 a 19). La puntuación promedio para el grupo de pacientes con TDM fue de 8.11 ± 4.24 puntos, para el grupo con TBP I 16.62 ± 2.12 puntos y para el grupo con TBP II de 14.65 ± 2.57 puntos.

La tabla 2 muestra la distribución de los sujetos de acuerdo a los puntos de corte con una puntuación de la EDEB de 10 a 15 puntos y el diagnóstico de trastorno bipolar establecido por entrevista clínica.

TABLA 2. Distribución de casos de acuerdo al diagnóstico clínico y a los resultados de la EDEB.

Punto de corte	Verdaderos positivos n (%)	Falsos positivos n (%)	Falsos negativos n (%)	Verdaderos negativos n (%)
10	68 (64.7)	11 (10.47)	2 (1.90)	24 (22.8)
11	67 (63.8)	8 (7.61)	3 (2.85)	27 (25.7)
12	66 (62.8)	7 (6.66)	4 (3.80)	28 (26.6)
13	60 (57.1)	6 (5.71)	10 (9.52)	29 (27.6)
14	56 (53.3)	5 (4.76)	14 (13.1)	30 (28.5)
15	45 (42.8)	4 (3.80)	25 (23.8)	31 (29.5)

La tabla 3 muestra los indicadores de sensibilidad y especificidad y valores predictivos (IC de 95%) de la EDEB con los puntos de corte del 10 al 15. A partir de estos indicadores se puede apreciar que el punto de corte de 12 es el que presenta el equilibrio más adecuado de sensibilidad y especificidad, así como un comportamiento estable con respecto a los marcadores restantes.

TABLA 3. Indicadores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos de TBP.

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
10	97.14	68.57	86.08	92.31
11	95.71	77.14	89.33	90.00
12	94.29	80.00	90.41	87.50
13	85.71	82.86	90.91	74.36
14	80.00	85.71	91.80	68.18
15	64.29	88.57	91.84	55.36

La tabla 4 muestra los indicadores de sensibilidad y especificidad así como los valores predictivos (IC 95%) de la EDEB con los puntos de corte del 10 al 15 en el grupo de pacientes con TBP tipo I. Se puede apreciar que el punto de corte 13 presenta un equilibrio adecuado entre sensibilidad y especificidad, además de un comportamiento estable respecto a los marcadores restantes.

TABLA 4. Indicadores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos del grupo con TBP I

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
10	100	68.57	76.09	100
11	100	77.14	81.40	100
12	100	80	83.3	100
13	91.43	82.86	84.21	90.63
14	91.43	85.71	86.49	90.91
15	74.29	88.57	86.67	77.50

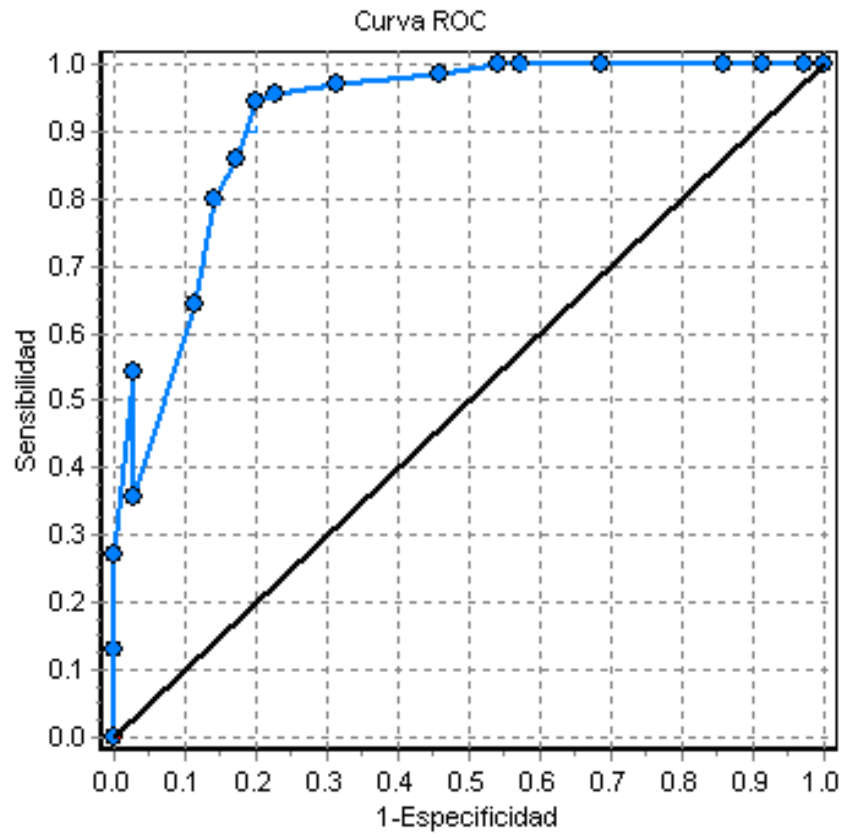
La tabla 5 muestra los indicadores de sensibilidad y especificidad así como los valores predictivos (IC 95%) de la EDEB con los puntos de corte del 10 al 15 en el grupo de pacientes con TBP tipo II. Se puede apreciar que el punto de corte 12 presenta un equilibrio adecuado entre sensibilidad y especificidad, además de un comportamiento estable respecto a los marcadores restantes.

TABLA 5. Indicadores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos del grupo con TBP II

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
10	94.29	68.57	75	92.31
11	91.43	77.14	80	90
12	88.57	80	81.58	87.50
13	80	82.86	82.35	80.56
14	68.57	85.71	82.76	73.17
15	51.43	88.57	81.82	64.58

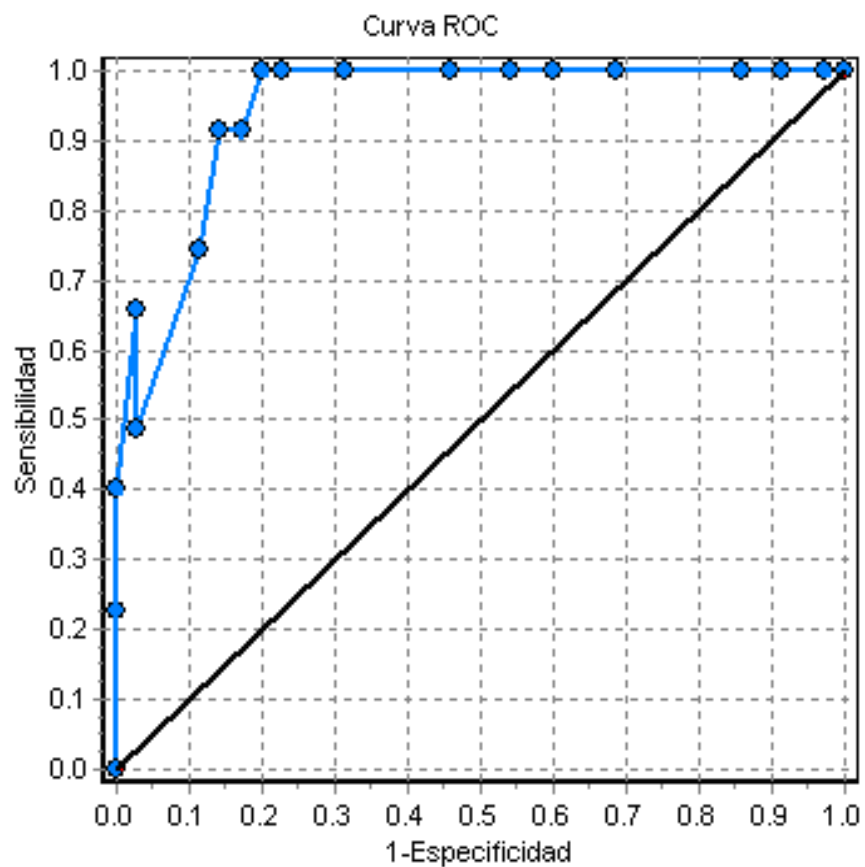
Se realizó análisis ROC para los diferentes puntos de corte (19 puntos) de la EDEB con un intervalo de confianza de 95% obteniéndose la siguiente área bajo la curva ROC 0.9190 (Gráfico 1).

GRAFICO 1. Curva ROC de la EDEB para TBP.



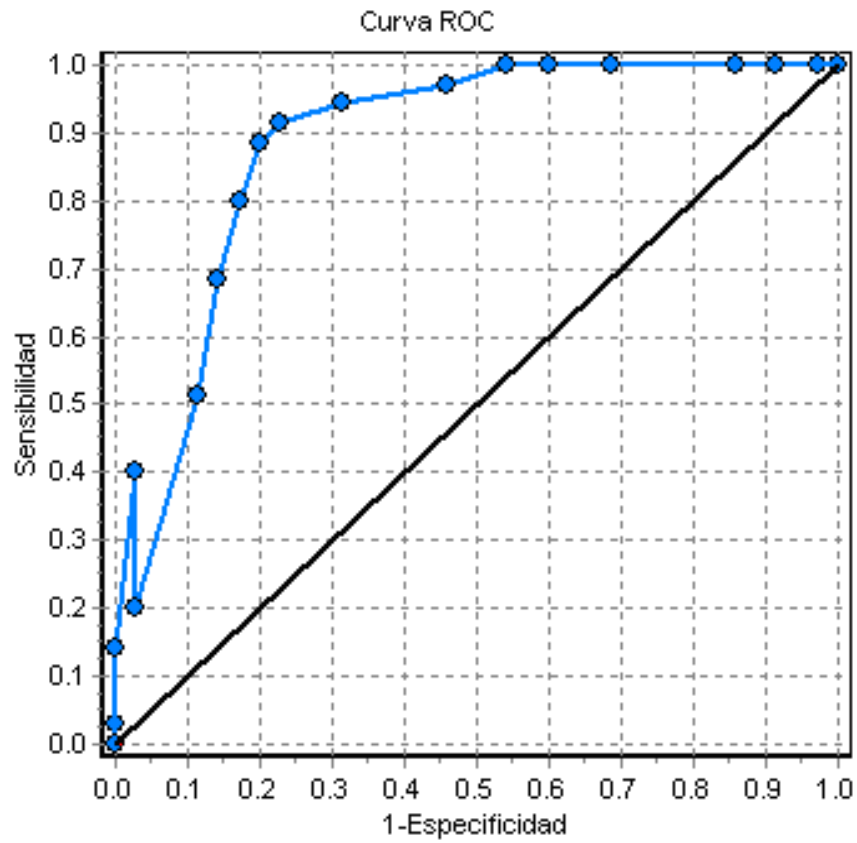
Análisis ROC para los diferentes puntos de corte (19 puntos) de la EDEB en el grupo de pacientes con TBP tipo I. Área bajo la curva ROC 0.9180 (Gráfico 2)

GRAFICO 2. Curva ROC de la EDEB para TBP tipo I.



Análisis ROC para los diferentes puntos de corte (19 puntos) de la EDEB en el grupo de pacientes con TBP tipo II. Área bajo la curva ROC 0.8849 (Gráfico 3).

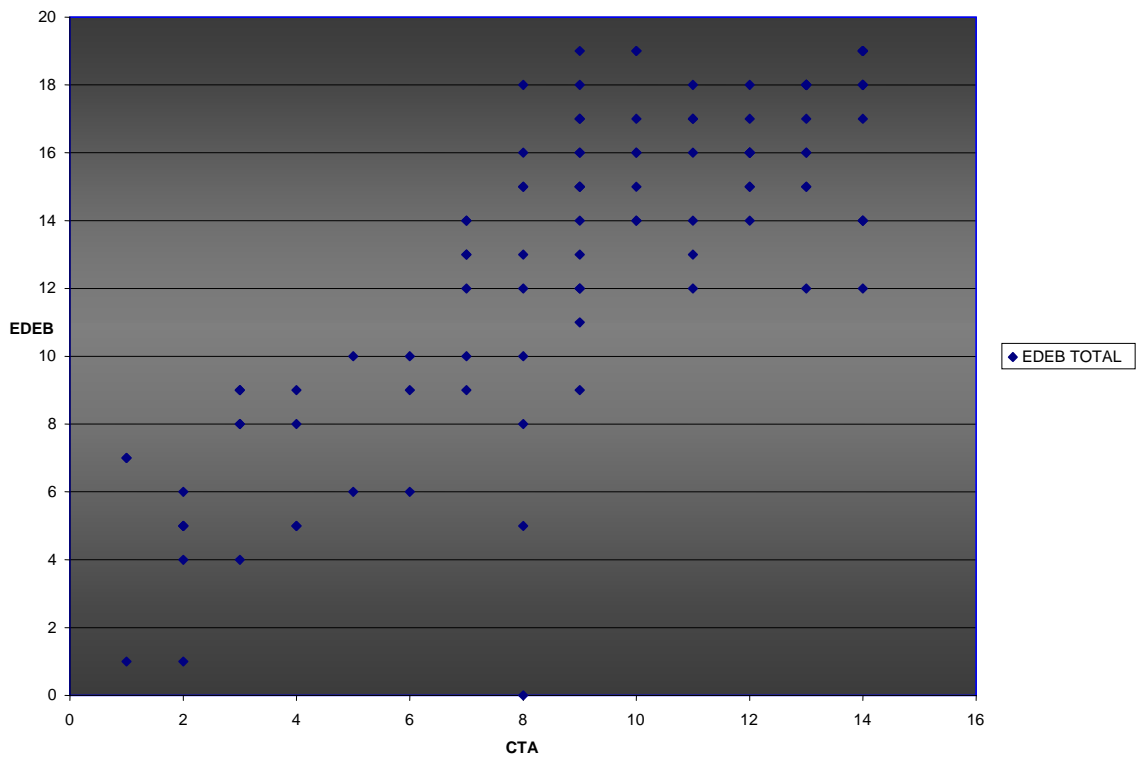
GRAFICO 3. Curva ROC de la EDEB para TBP tipo II.



El CTA fue respondido en su totalidad por los sujetos participantes. En base al punto de corte 10 obtenido por la validación al español de este instrumento, se determinó la sensibilidad y especificidad de este instrumento con los siguientes resultados: Sensibilidad 68.0% y especificidad de 94.0%.

La correlación entre el CTA y la EDEB fue de $r=0.8086$ y se muestra en el gráfico número 4.

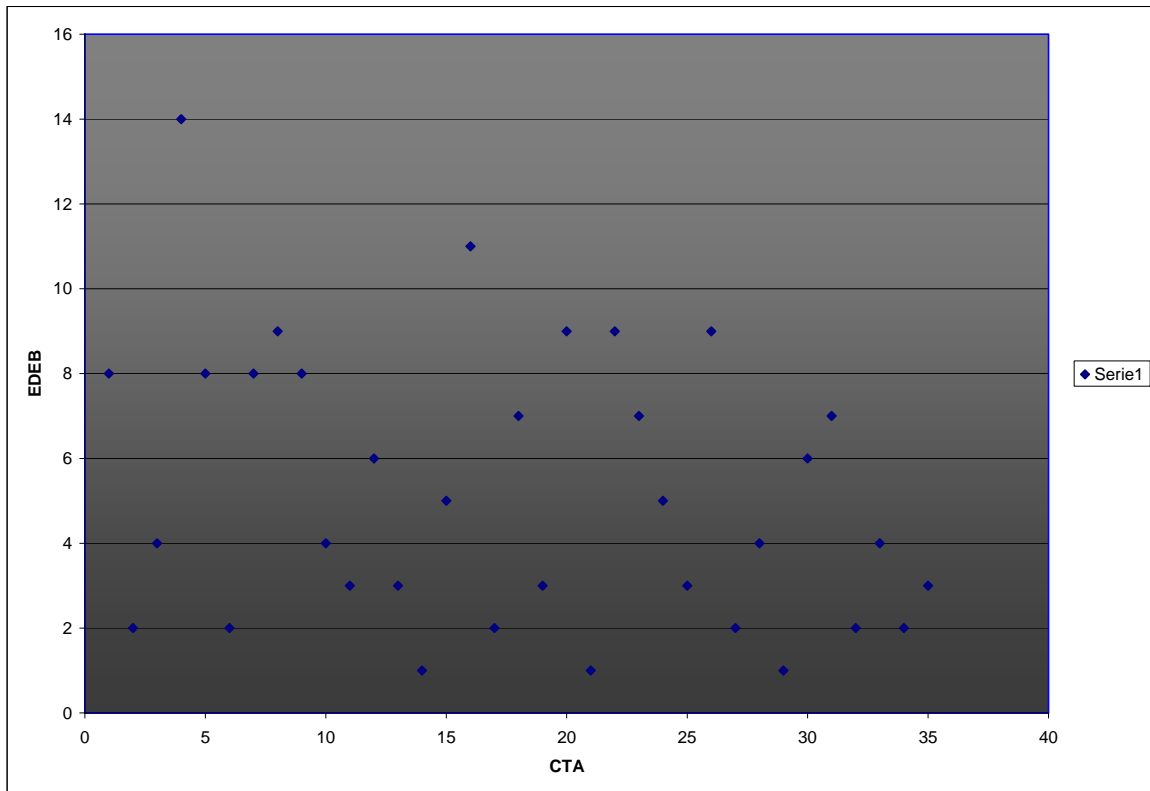
GRAFICO 4. Correlación entre CTA y EDEB en pacientes con TBP.



CTA: Cuestionario de trastornos del ánimo. EDEB: Escala de espectro bipolar. TBP: Trastorno bipolar

El gráfico 5 muestra la correlación de CTA y EDEB para el grupo con TBP tipo I la cual fue de $r=0.8318$

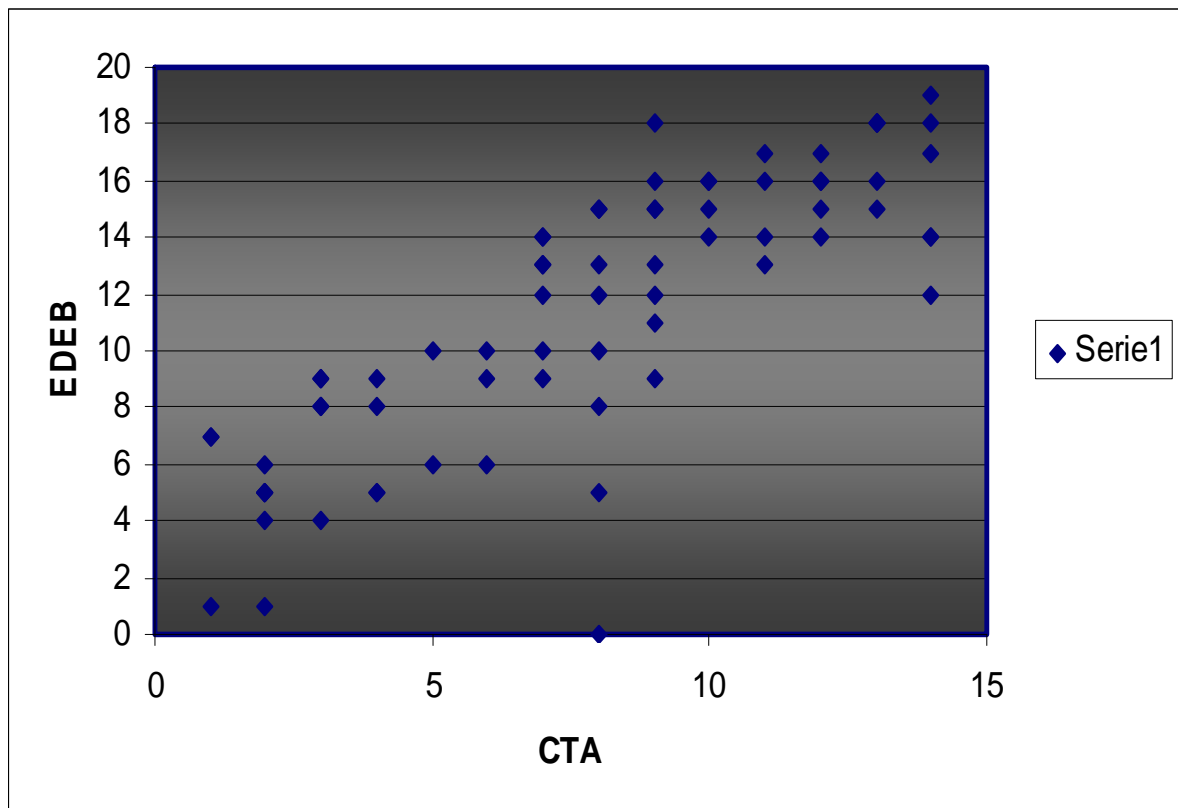
GRAFICO 5. Correlación entre CTA y EDEB en pacientes con TBP tipo I.



CTA: Cuestionario de trastornos del ánimo. EDEB: Escala de espectro bipolar. TBP I: Trastorno bipolar tipo I.

La correlación de CTA y EDEB para el grupo con TBP tipo II fue de $r = 0.8318$ (Gráfico 5)

GRAFICO 5. Correlación del CTA y TBP tipo II



CTA: Cuestionario de trastornos del ánimo. EDEB: Escala de espectro bipolar. TBP tipo II: Trastorno bipolar tipo II.

DISCUSIÓN

El estudio se llevó a cabo en una muestra de pacientes que acudieron al servicio de preconsulta y a la consulta externa de la clínica de trastorno bipolar de un hospital de tercer nivel. Dentro del grupo control (pacientes con TDM) el sexo predominante fue femenino (62.85%), esto en concordancia a lo reportado de que el TDM es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. En el caso de los pacientes con TBP tipo I el porcentaje de hombres (37.14%) fue menor al porcentaje de mujeres, estos datos difieren de lo reportado en la literatura con anterioridad en donde se menciona que la prevalencia de TBP tipo I es igual en hombres y en mujeres. En este caso hay que tomar en cuenta que el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” no acepta pacientes agresivos o que no acepten tomar tratamiento farmacológico, en general los hombres presentan este tipo de condiciones, por lo cual se podría explicar esta incongruencia con lo reportado en la literatura. Para los pacientes pertenecientes al grupo con TBP tipo II, el número de mujeres (71.42%) fue mayor, datos que concuerdan con los reportes epidemiológicos de que en el TBP tipo II la prevalencia de mujeres es mayor. (13)

Con respecto a la edad de los sujetos participantes encontramos que la media fue de 36.25 \pm 9.98 años, coincidiendo con el promedio de edad de inicio del TDM (30 años) y la edad promedio de inicio del TBP (40 años). (13)

En su mayoría la muestra estuvo compuesta por sujetos solteros (54.28%), coincidiendo nuevamente con datos epidemiológicos previos en los cuales se reporta que tanto el TDM como el TBP tienen una frecuencia mayor en pacientes que no tienen una pareja estable. (13)

El promedio total de años escolares en nuestra muestra (13.11%) apoya los reportes estadísticos de la literatura en donde se manifiesta que es más frecuente encontrar pacientes con TDM y TBP que no concluyen sus estudios. (13)

El presente trabajo llevó a cabo la traducción al español y la determinación de los parámetros de sensibilidad y especificidad de un instrumento de tamizaje relativamente sencillo y fácil de aplicar, para la detección de trastornos del espectro bipolar, que demostró en el estudio realizado por Ghaemi (6) tener una sensibilidad y especificidad más alta que el CTA.

Después de realizar un análisis ROC, en donde se calibró con diferentes puntos de corte la sensibilidad y la especificidad de la prueba, se encontró que el punto de corte 12 generó una sensibilidad de 94.29 % y una especificidad de 80%, lo que le confiere un valor predictivo positivo de 90.41% y un valor predictivo negativo de 87.5%. Resultados que concuerdan con el punto de corte encontrado en el estudio original de Ghaemi (6) donde al igual el punto de corte óptimo fue de 12 pero los datos de sensibilidad fueron menores para TBP I y TBPII fue de 76%, para TBP I 75% y TBP II 79%. No obstante, con un punto de corte menor (entre 10 y 11), se obtienen parámetros de sensibilidad y especificidad razonablemente satisfactorios para los objetivos del instrumento.

En la validación al español del CTA se obtuvo un punto de corte óptimo de 10, en el cual la sensibilidad y la especificidad se encontraron en valores de 79% y 93% respectivamente (3). Basados en el mismo punto de corte en nuestro estudio la sensibilidad hallada de este instrumento fue menor (68%) mientras que la especificidad fue discretamente mayor (94%).

Tenemos que considerar que la sensibilidad y especificidad de las pruebas de tamizaje pueden variar de acuerdo a la prevalencia existente en el lugar donde son aplicadas, como se mencionó en esta investigación la población elegida fue obtenida de un hospital de tercer nivel. Seguramente los resultados serán distintos al aplicar la prueba en una población obtenida en el primer nivel de atención y/o en población abierta.

Instrumentos como la EDEB en la que la sensibilidad es más alta que la especificidad se prefieren cuando se desea captar al mayor número de población con probabilidades de padecer una enfermedad determinada, para posteriormente aplicar instrumentos o entrevistas estructuradas con una alta especificidad para definir con mayor exactitud la presencia o no de dicha enfermedad.

En este estudio también obtuvimos la información necesaria en caso de requerirse que el instrumento sea más o menos sensible y/o más o menos específico y cumplir con los objetivos planteados según las necesidades del clínico.

La información obtenida comprueba que la EDEB, en su versión en idioma español, es un instrumento de tamizaje de utilidad con mayor sensibilidad y especificidad que el CTA para detectar casos positivos dentro del espectro bipolar. Lo cual reducirá los costos tanto personales como de salud pública que se invierten en los pacientes con este tipo de padecimiento, además que permitirá la reducción del desempleo en los pacientes con TBP. Así mismo con una detección oportuna del padecimiento se reduciremos el número de intentos de suicidio, así como la pérdida de años de vida.

A diferencia de el CTA la EDEB cuenta con preguntas relacionadas a estados de ánimo depresivos y una pregunta que se relaciona con un estado eutímico, elementos que quizá sean los responsables de conferir a la EDEB una mayor sensibilidad, no así el CTA donde solo se encuentran preguntas relacionadas con sintomatología maniatiforme. Sin embargo el CTA es altamente específico, por lo que quizá utilizar estos dos instrumentos de forma conjunta sea la mejor forma de detectar casos positivos dentro del TBP.

Tal y como se mencionó en la práctica clínica psiquiátrica es frecuente encontrar casos de trastorno bipolar erróneamente diagnosticados ya que se ha observado en múltiples estudios que el episodio de inicio del TBP suele ser con elevada frecuencia, un episodio depresivo (14); diversos estudios longitudinales efectuados con seguimientos durante varios años, muestran que en los enfermos bipolares los episodios de depresión son mucho más frecuentes que los de manía o de hipomanía (2). Está documentado que un número considerable de sujetos con TBP presentan varios episodios depresivos antes de tener el primer episodio maníaco. (10) A estas causas hay que agregar que es común que muchos pacientes prefieran no referirle al médico los síntomas o manifestaciones de manía. Esto tiene implicaciones en la práctica clínica cotidiana, en el desarrollo de

estudios de investigación, en los ensayos farmacológicos y, en general, en las políticas de salud pública. Por lo tanto, contar con métodos e instrumentos clínicos que permitan detectar con mayor facilidad casos de espectro bipolar, tanto en poblaciones clínicas como en poblaciones abiertas, repercutirá en una evolución de la enfermedad con un mejor pronóstico, en estudios para conocer las bases neurobiológicas de los trastornos afectivos realizados con grupos de sujetos más homogéneos y en recursos para que el tratamiento de estos pacientes sea aprovechado de manera óptima.

Dentro de las limitaciones del estudio en primer lugar tenemos el hecho de que fue realizada en un hospital de tercer nivel donde los pacientes son muy seleccionados, tanto por el nivel de atención como por la misma institución que como referimos no atiende la totalidad de los pacientes del espectro del trastorno bipolar. En segundo lugar el instrumento solo ha sido probado en pacientes con trastorno bipolar pero no se probado en pacientes con trastorno bipolar y otras comorbilidades. Por lo tanto sería interesante observar cómo se comporta el instrumento en estos casos. En tercer lugar este estudio se llevó a cabo en una muestra clínica, habría que probar como se comportaría en población de primer y segundo nivel de atención o en población abierta. Es necesario entonces que este instrumento sea probado en dichas poblaciones.

Las ventajas del instrumento es que este fue probado en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar confirmado con SCID I, lo cual no deja dudas sobre el diagnóstico de los casos ni de los controles que fueron diagnosticados con el mismo procedimiento. Además este estudio proporciona toda la información para poder utilizar el instrumento con diferentes puntos de corte de acuerdo a las necesidades del clínico con respecto a la sensibilidad y especificidad que requiera.

CONCLUSIONES

La muestra seleccionada para este estudio contó con características sociodemográficas muy similares a las reportadas en la literatura con respecto a los pacientes con TBP y TDM.

En este estudio se encuentra la información necesaria para que los clínicos de acuerdo a sus objetivos, ya sea de mayor o menor sensibilidad y especificidad, puedan utilizar la EDEB para estudios de tamizaje.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación podemos afirmar que la sensibilidad y especificidad del cuestionario de trastornos del afecto y la escala de diagnóstico del espectro bipolar son adecuadas para detectar casos positivos de pacientes con TBP ya sea tipo I ó II y que la escala de diagnóstico del espectro bipolar tiene mayor sensibilidad y especificidad que el cuestionario de trastornos del afecto para detectar de manera positiva pacientes con TBP tipo I y tipo II. Respondiendo así a las hipótesis planteadas en este estudio.

REFERENCIAS

1. AKISKAL HS, BOURGEOIS ML, ANGST J, POST R, MÖLLER HJ, HIRSCHFELD RM: Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*, 59:S5-S30, 2000.
2. ANGST J, SELLARO R: Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 48:445-457, 2000.
3. CORONA R, BERLANGA C, GUTIERREZ D, FRESAN A: La detección de casos de trastorno bipolar por medio de un instrumento de tamizaje: El cuestionario de trastornos del ánimo versión al español. *Salud Mental*, 30:2, 2007.
4. FEINSTEIN AR: *Clinical epidemiology: The architecture of clinical research*. WB Saunders Company, Canada, 1985.
5. FIRST MB, GIBBON M, SPITZER RL, WILLIAMS JBW: *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Biometrics Research, Nueva York, 1996.
6. GHAEMI NS, MILLER CJ, BERY DA, KLUGMAN J y cols: Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord*, 84: S2-S3, 2005.
7. HARDOY MC, CADEDDU M, MURRU A, DELL'OSSO B, CARPINIELLO B y cols.: Validation of the Italian version of the «Mood Disorder Questionnaire» for the screening of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 21:1-8, 2005.
8. HIRSCHFELD RM, WILLIAMS JB, SPITZER RL, CALABRESE JR, y cols: Development a validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*, 157:1873-1875, 2000.
9. HIRSCHFELD RM, LEWIS, VORNIK LA: Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64:161-174, 2003.
10. JUDD LL, AKISKAL HS, SCHETTLER PJ, CORYELL W y cols: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60:261-269, 2003.

11. JUDD LL, AKISKAL HS, SCHETTLER PJ, CORYELL W y cols: The long-term natural history of weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59:530-537, 2002.
12. JUDD LL, AKISKAL HS: The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the U.S. population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord*, 73:123-131, 2003.
13. KAPLAN HL, SADOCK BJ: *Sinopsis de psiquiatría*. Editorial Panamericana, Madrid, 2001.
14. LEWINSOHN PM, KLEIN DN, SEELEY JR: Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:454-463, 1995.
15. MEDINA ME, BORGES G, LARA C, BENJE C y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26:4, 2003.
16. SOLOMON DA, LEON AC, MASER JD, TRUMAN CJ y cols. Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression- polarity (SAD-P). *J Clin Psychiatry*, 67:434-442, 2006.

ANEXOS

- I. Consentimiento informado***
- II. Cuestionario de Trastornos del Ánimo***
- III. Escala de Diagnóstico del Espectro bipolar***

H O J A D E C O N S E N T I M I E N T O I N F O R M A D O
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”

Proyecto: **“VALIDEZ DE LA ESCALA DE DIAGNÓSTICO DEL ESPECTRO BIPOLAR EN SU VERSIÓN AL ESPAÑOL”.**

Por medio de la presente se le invita a participar en esta investigación coordinada por la Clínica de Trastorno Bipolar y el área de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, su participación es voluntaria, por lo que le pedimos lea cuidadosamente la siguiente información y si tiene alguna duda, por favor pregunte.

El objetivo de la investigación es conocer la precisión con la que las siguientes escalas: Cuestionario de trastornos del afecto y la Escala de diagnóstico del espectro bipolar pueden ser capaces de detectar a los pacientes con trastorno bipolar.

De aceptar participar en esta investigación, se le pedirá ser entrevistado por un médico residente de psiquiatría y contestar dos cuestionarios. Estos cuestionarios son sencillos y breves, (aproximadamente 90 minutos) si tiene alguna duda, por favor pregunte. Los resultados de estos cuestionarios serán evaluados por el grupo de investigadores.

Su participación en esta investigación es voluntaria y no tendrá costo alguno. Además podrá retirar su consentimiento en el momento que lo desee sin que esto genere inconvenientes en su tratamiento dentro de esta institución. Usted seguirá en tratamiento con su médico tratante de la consulta externa.

Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios serán manejados con estricta confidencialidad. En ningún momento se hará del conocimiento de terceros su nombre o datos personales que permitan su identificación.

Si tiene alguna duda o necesita información adicional no dude en solicitarla comunicándose con la Dra. Adriana de la Vega Pacheco al teléfono 56-55-28-11 extensión 343.

Después de haber leído, entendido y en caso de haber tenido alguna duda haber preguntado sobre lo que implica la participación este estudio yo _____, acepto de manera voluntaria la participación en el mismo. Firma:

Nombre y firma de testigo 1: _____

Nombre y firma testigo 2: _____

Nombre y firma del médico: _____

México, DF. a de de

Cuestionario de Trastornos del Ánimo, versión traducida al español

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente los siguientes enunciados y encierre en un círculo la respuesta que mejor se parezca a lo que usted le sucede o le ha sucedido alguna vez.

1. ¿Ha habido ALGUN PERIODO DE TIEMPO en el cual su comportamiento fue diferente del habitual y....

... se sentía tan bien o tan acelerado que los demás pensaron que estaba fuera de lo normal, o bien, se sentía tan acelerado que se metió en problemas? SI NO

...estaba tan irritable que le ha gritado a la gente o ha empezado peleas y discusiones? SI NO

... se sentía más seguro de sí mismo que lo habitual? SI NO

...dormía menos horas de las habituales y no le hacía falta recuperarlas? SI NO

...estaba más platicador o hablaba más rápido de lo habitual? SI NO

...sentía que le llegaban muchas ideas a la vez y no podía detenerlas? SI NO

...se distraía tan fácilmente por las cosas a su alrededor que tenía problemas para concentrarse o mantenerse atento? SI NO

...tenía mucha más energía que la habitual? SI NO

... estaba mucho más activo/a o hacía más cosas que lo habitual? SI NO

... tenía más actividad social que de costumbre, por ejemplo, salía más de casa o llamaba por teléfono a altas horas de la noche? SI NO

... estaba mucho más interesado/a en el sexo de lo habitual? SI NO

... hacía cosas fuera de lo común para usted o que otras personas consideraran exageradas, tontas o riesgosas? SI NO

... gastaba dinero de tal forma que le ocasionara problemas a usted o a su familia? SI NO

2. Si contestó SI en más de una de las preguntas anteriores, ¿varias de ellas se presentaron durante un mismo periodo de tiempo? Por favor circule sólo una respuesta SI NO

3. ¿Que tan graves han sido los problemas ocasionados por estas conductas? Por ejemplo: no poder trabajar; problemas familiares, económicos o legales; pleitos o discusiones con consecuencias graves. Por favor circule sólo una respuesta.

Sin problemas graves

Problemas mínimos

Problemas moderados

Problemas graves

ESCALA DE DIAGNÓSTICO DE ESPECTRO BIPOLAR (EDEB).

Instrucciones: Por favor lea completo el siguiente párrafo sin contestar nada. Una vez leído, regrese al principio y marque con una “X” los espacios en blanco, SOLAMENTE en las oraciones que se parezcan a lo que ha usted le sucede ahora o le ha sucedido alguna vez.

Algunas personas notan que su estado de ánimo y/o su nivel de energía cambian drásticamente de tiempo en tiempo _____. Estas personas notan que a veces, su estado de ánimo y/o su nivel de energía es muy bajo, mientras que en otras ocasiones es muy elevado _____. Durante estos periodos “bajos”, con frecuencia sienten que les falta energía; que necesitan quedarse en cama o dormir más tiempo y que tienen poca o nula motivación para hacer las cosas que tienen que hacer _____. Con frecuencia en estos periodos suben de peso _____. Durante estos periodos “bajos” estas personas se sienten con frecuencia “apagados”, tristes o deprimidos todo el tiempo _____. A veces, durante estos periodos “bajos”, se sienten sin esperanza o inclusive con ideas de suicidio _____. Su capacidad para funcionar en el trabajo o socialmente está afectada _____. Típicamente, en estos periodos “bajos” duran alguna semanas, pero hay veces que solo duran algunos días _____. Las personas con éstas características pueden experimentar entre los cambios de ánimo, un periodo en el que su estado de ánimo es “normal”, se sienten “bien” su nivel de energía y su capacidad para funcionar no se encuentra alterada _____. Es entonces cuando pueden notar un cambio marcado en la manera de sentirse _____. Su energía aumenta más allá de lo que es normal para ellas y con frecuencia hacen muchas cosas que normalmente no podrían realizar _____. Algunas veces, durante estos periodos “elevados” estas personas sienten como si tuvieran mucha energía o se sintieran “acelerados” _____. Algunas veces, durante estos periodos “elevados” pueden sentirse irritables, “a punto de explotar” o agresivos _____. Algunas personas durante estos periodos “elevados” hacen muchas actividades al mismo tiempo _____. Es en estos periodos “elevados” en que algunas personas pueden gastar dinero en situaciones que podrían causarles problemas _____. Pueden estar más platicadores o salir más de lo usual o sentir que su deseo sexual ha aumentado _____. A veces, su comportamiento durante estos periodos resulta extraño o molesto para otros _____. En ocasiones durante estos periodos “elevados” estas personas se meten en problemas con sus familiares, sus compañeros de trabajo o con la policía _____. Durante estos periodos “elevados” pueden aumentar su consumo de alcohol, medicamentos o drogas _____.

Una vez contestado el párrafo anterior, por favor marque “UNA” de las siguientes opciones.

- () Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente.
- () Esta historia me describe bien.
- () Esta historia me describe en algunas cosas pero no en la mayoría de los aspectos.
- () Esta historia no me describe.