



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

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

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE**

**TÍTULO: TRADUCCION, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
CONCURRENTES DEL INVENTARIO DE SÍNTOMAS PARA
EL TRASTORNO BIPOLAR**

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

**Dr. RAFAEL RODRÍGUEZ Y FERNÁNDEZ
R4 DE PSIQUIATRÍA**

Asesores:

Nombre Asesor Teórico: DRA. CLAUDIA BECERRA PALARS

Nombre Asesor Metodológico: DR. CARLOS BERLANGA CISNEROS

México, D. F. 18 DE MAYO DEL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer con el presente escrito a todos los que contribuyeron con este trabajo de tesis, en primer lugar quiero agradecer a la Dra. Claudia Becerra, por su gran colaboración, sin la cual seguramente no se habría podido concluir este trabajo de investigación. Agradezco también su gran ayuda en la parte de metodológica y de resultados. Así como a la notoria colaboración de la Dra. Mónica Flores y el Dr. Hiram Ortega quienes también contribuyeron ampliamente en el análisis de los resultados. Agradecer y resaltar también el arduo trabajo por parte del Dr. Francisco Romo y la Dra. Claudia Becerra en la recabación de la muestra, su supervisión constante y todas sus sugerencias, Al Dr. Carlos Berlanga mi asesor metodológico quien a iniciativa de él se hecho andar este proyecto.

Quiero también agradecer a la Clínica de Trastornos del Afecto y a todos los que contribuyeron el proceso de captura de pacientes.

A mis hermanos Elsa y Roberto, a la memoria de mi madre Leticia, quienes siempre acompañan mis pensamientos. Y finalmente con todo mi cariño a mi novia Aurora Galicia.

<u>TABLA DE CONTENIDOS</u>	
<u>RESUMEN</u>	4
<u>MARCO DE REFERENCIA</u>	6
<u>ANTECEDENTES</u>	17
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	27
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	27
<u>OBJETIVOS</u>	28
OBJETIVO GENERAL	28
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
<u>HIPÓTESIS</u>	28
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	28
TIPO DE ESTUDIO. DISEÑO DEL ESTUDIO	28
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	29
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	29
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	30
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA A UTILIZAR	31
PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	37
ANÁLISIS ESTADÍSTICO : PRUEBAS A UTILIZAR	41
<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	41
<u>RESULTADOS</u>	42
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	42
TABLAS Y GRÁFICAS DE LOS RESULTADOS	44
<u>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</u>	47
<u>CONCLUSIONES</u>	49
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	50
<u>ANEXOS</u>	55
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	55
INVENTARIO DE SINTOMAS PARA TRASTORNO BIPOLAR (BISS)	58

RESUMEN

Introducción: Las escalas comúnmente utilizadas para cuantificar síntomas depresivos y de manía tienen limitaciones. Carecen de eficiencia para evaluar a la vez otros síntomas presentes en el Trastorno Bipolar (TBP) como la impulsividad, ansiedad, molestias somáticas, síntomas psicóticos y episodios mixtos. La presente escala el Inventario de síntomas para el TBP pretende valorar el espectro completo sintomatológico, a través de la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos, maníacos y mixtos de manera simultánea.

Objetivos: Realizar la traducción al idioma español, evaluar la confiabilidad y establecer la validez concurrente, del Inventario de síntomas para el TBP en su versión traducida al idioma español de manera que pueda ser utilizado de manera confiable en población mexicana.

Hipótesis: El Inventario de síntomas para el TBP en su versión traducida al español es un instrumento confiable y adecuado para la evaluación de síntomas afectivos en pacientes mexicanos con Trastornos Bipolares.

Tipo de estudio: El diseño correspondió a un estudio de proceso, con una evaluación transversal.

Metodología: 1.- Traducción de la escala. De acuerdo a los lineamientos establecidos por la Organización Mundial para la Salud. 2.- Confiabilidad. Se realizó a través del establecimiento de Correlación interevaluador y de Consistencia interna del instrumento para cada una de las subescalas. 3.- Validez. Se consideró la realización de la validez de criterio (validez concurrente) al comparar el instrumento con un criterio externo. Se determinó la validez concurrente entre el Inventario de Síntomas para el Trastorno Bipolar (BISS) y la Escala de Manía de Young y la Escala de Hamilton para la depresión. Se seleccionó la muestra de sujetos con diagnóstico de TBP subtipos I y II de la Clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría. En entrevista conjunta por tres médicos psiquiatras se realizó la aplicación de la escala.

Resultados: Correlación interevaluador: Se realizó una correlación a través de la prueba Anova. Consistencia interna: Se calculó por medio del coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los evaluadores. Para el análisis de la validez de criterio (concurrente) se calculó a través del coeficiente de correlación de Pearson para las distintas escalas. El alfa

de Cronbach global mediante el método de varianza de los ítems fue de 0.90. El alfa de Cronbach de la subescala de depresión fue de 0.92. Mientras que de la subescala de manía fue de 0.93. El coeficiente de correlación de Pearson entre Hamilton y la subescala de depresión del BISS fue de -0.184 con $p = .101$; sin ser significativa. El coeficiente de correlación entre Hamilton y el factor ansioso depresivo tampoco fue significativo ($r = -.151$, $p = 0.147$). La correlación entre Young y subescala de manía de BISS fue de $r = .392$, $p = .002$; mientras que entre la escala de Young y el factor manía fue $r = .282$, $p = 0.02$. Los coeficientes de correlación intraclass (ICC) señalados fueron significativamente distintos de cero ($p < 0,001$) y superiores a 0,8 para 37 de los 44 ítems del instrumento, a excepción de los ítems correspondientes a retardo psicomotriz 0.782, insomnio 0.796, aumento del interés social 0.721, aumento de interés por la noche 0.787, impulsividad 0.751, comportamiento riesgoso 0.647, y alucinaciones 0.733. Se observaron cuatro factores claramente distinguibles que explican el 72.08% de la varianza.

Discusión: Concerniente a la confiabilidad se analizó la Consistencia interna obteniendo un coeficiente **alpha** de 0.90 se considera que el instrumento es muy consistente. Respecto a la confiabilidad interevaluador los coeficientes señalados en la mayoría de los ítems fueron significativamente distintos de cero ($p < 0,001$) y superiores a 0,8 lo cual indica una buena concordancia entre las medidas efectuadas por los tres evaluadores. No obstante no fue posible establecer la validez concurrente entre el BISS y el estándar de oro para depresión con la escala de Hamilton. Probablemente esto tenga explicación en el hecho que presentan diferencias en algunos de los ítems que valoran y en la manera que abordan los síntomas depresivos. Fue posible establecer la validez concurrente entre la subescala de manía y el factor de manía del BISS y el estándar de oro para manía mediante la escala de Young.

Conclusiones: Se realizó la traducción del Inventario de Síntomas para el TBP de acuerdo a los lineamientos establecidos a nivel internacional. La validez concurrente entre el Inventario de Síntomas para el TBP y los estándares de oro para depresión y manía pudo establecerse solo de manera parcial. No obstante se puede concluir mediante los resultados obtenidos que presentó una buena confiabilidad obteniendo un alto índice de consistencia interna. Así como una buena confiabilidad interevaluador. Por lo cual se consideró que podría ser un instrumento útil para la valoración clínica y de tratamiento para el TBP.

Marco de referencia

Introducción

Trastorno bipolar (TBP)

Definición

El TBP actualmente se incluye dentro de los trastornos afectivos o trastornos del estado de ánimo ya que comprende períodos de un estado anímico eufórico y períodos de depresión, es una enfermedad de curso crónico, con episodios de depresión o de manía que se presenta de manera cíclica y con remisiones entre episodio y episodio (1).

Prevalencia, edad de inicio y curso del TBP

Las estimaciones de riesgo de por vida para el TBP tipo I, basados en estudios epidemiológicos varían del 0.2%-0.9% (2). El estudio del área de captura de epidemiología (ECA) reportó una prevalencia de por vida del 1.6% para el tipo I o tipo II con subtipos. Actualmente se calcula que incluyendo todo el espectro bipolar la prevalencia del TBP se eleva hasta un 5% (2).

Características Demográficas del TBP

El TBP tiende a aparecer en etapas tempranas de la vida. Se inicia aproximadamente 10 años antes que el trastorno depresivo mayor recurrente y si bien anteriormente la edad promedio de inicio se consideraba entre los 28 y los 33 años, los estudios epidemiológicos más nuevos indican la presencia de sintomatología desde la adolescencia y la presentación de los episodios maniacos desde los 20 años de edad (3).

Características Clínicas del TBP

La mayoría de los estudios reportan que el curso del TBP se caracteriza principalmente por episodios de la misma polaridad que el inicial. Sin embargo cabe mencionar que el tratamiento si puede influenciar el curso del TBP en términos de severidad, número y polaridad de las recaídas (4).

Se ha encontrado que el inicio más común del TBP fue con episodios depresivos hasta en un 51.6%, seguidos de episodios mixtos en un 25.6% y episodios de manía en un 22.8%, sin influir en estos las características de sexo, edad, estado marital y nivel escolar, mientras que la residencia y la ocupación si mostraron diferencia encontrando que la residencia en áreas urbanas y el menor nivel de ocupación con mayor tasa de desempleo se relacionaron más

con la presentación inicial de un episodio mixto que con manía o depresión, se encontró que aquellos que iniciaron con episodios de manía o depresión presentaron de forma más frecuente a lo largo de la vida manía, mientras que los mixtos presentaron a lo largo de la vida más episodios mixtos, los depresivos mostraron mayor número total de recaídas. Estadísticamente si hubo una diferencia en cuanto a mayor número de episodios de la misma polaridad que el primero. (4).

La duración de los episodios generalmente varía entre 4 y 13 meses, con episodios depresivos generalmente más largos que los episodios maníacos o hipomaníacos. Las mujeres parecen tener más recaídas depresivas que maníacas, mientras que los hombres tienen una distribución más equitativa. Revisiones recientes de la literatura indican que la mayoría de las personas con el trastorno tienen cuatro o más episodios en su vida (2).

Evolución del TBP

La investigación general de la historia natural del TBP confirma el pobre pronóstico, reflejado en una alta recurrencia, presencia de síntomas residuales, muerte prematura por suicidio hasta en un 7.8%, y trastornos somáticos. En el TBP la presencia de síntomas residuales como depresivos leves o de leve hipomanía se presenta tan solo en el 20% de los pacientes (3).

El seguimiento a cuatro años de un estudio descriptivo de manía mostró una recurrencia en un 72% de los pacientes con tan solo el 28% que se mantuvieron en remisión. Los pacientes que tuvieron sintomatología presente a los seis meses de seguimiento tuvieron hasta el 45% de riesgo de tener una recurrencia dentro de los siguientes 3.5 años (5).

Etiología del TBP

Múltiples estudios han investigado cuales son los factores asociados a la presentación del TBP. Los factores genéticos han sido sugeridos como uno de los factores de mayor peso en su presentación, sugiriéndose que hasta el 50% es atribuible genéticamente, y que los factores ambientales pueden tener una asociación independiente al trastorno. Hasta la década de los 90's no existía suficiente información que estableciera con certeza los factores desencadenantes. Dentro de los factores ambientales se han estudiado factores demográficos, factores relacionados con el nacimiento, antecedentes personales, antecedentes familiares y condiciones médicas. Dentro de otros factores a los que no se ha logrado determinar su

relación con el inicio del TBP está el uso de antidepresivos, la terapia electroconvulsiva, trastornos endocrinos, comorbilidad psiquiátrica y el temperamento. Dentro de los factores relacionados con el nacimiento se encuentran la gestación y complicaciones neonatales, la época del año del nacimiento y el número de hijo. Los estudios respecto a factores maternos durante la gestación, infecciones prenatales o cualquier complicación prenatal son inconsistentes y brindan conclusiones inespecíficas. Del funcionamiento premórbido se han realizado estudios que indican que es menor en sujetos con TBP. Se han encontrado datos relativamente consistentes en términos de que la soltería, el desempleo y la percepción económica baja, son factores de riesgo mayores para el TBP (6).

La etiología del TBP permanece incierta, encontrándose en la actualidad diversas teorías que explican su fisiopatología, convirtiendo al TBP en una enfermedad multifactorial. Dentro de las teorías podemos englobar aquellas meramente biológicas, psicosociales y psicobiológicas. Dentro de las teorías biológicas del TBP, encontramos hipótesis que involucran a factores genéticos, a neurotransmisores, a sistemas de segundos mensajeros, hipótesis neuroendocrinas, neuroanatómicas y de ritmos biológicos y circadianos (7). Aunque las causas y mecanismos precisos respecto al inicio y la progresión del TBP no son precisas existe evidencia acerca de los distintos procesos involucrados; se considera así mismo que las alteraciones neurobiológicas asociadas con cada episodio confieren un carácter recurrente a la enfermedad, incrementándose con cada episodio la vulnerabilidad a nuevas recurrencias y de ahí la importancia extrema del tratamiento (8). Las teorías psicobiológicas han propuesto que la regulación del ritmo biológico en personas con TBP puede ser interrumpida por cambios en los eventos psicosociales (9,10,11).

Tratamiento del TBP

El tratamiento del TBP incluye un enfoque integral, el cual debe considerar al uso de medicamentos estabilizadores del ánimo, sin dejar de lado la importancia del tratamiento psicosocial de los pacientes y familiares con TBP.

La importancia del tratamiento se basa principalmente en el costo personal y social que la enfermedad implica, se sabe que hasta 75% de la incapacidad funcional global se debe a la presencia de enfermedades afectivas. Sin el tratamiento adecuado una persona con TBP, debido a la edad de inicio en la juventud temprana puede llegar a perder hasta 14 años de actividad productiva, en áreas de trabajo, escolares, familiares y por lo menos con una

sobrevivida 9 años menor. El 15% de las personas portadoras de TBP están desempleadas por lo menos durante 5 años consecutivos y más del 25% de las que tienen menos de 65 años reciben pagos gubernamentales por incapacidad (12).

Uno de los primeros medicamentos desarrollados para el tratamiento del TBP fue el litio, el cual definitivamente ha modificado el curso del TBP debido a que este no solo trata los episodios de manía sino también el primer fármaco psicotrópico que ha demostrado tener un efecto profiláctico en prevenir episodios futuros de la enfermedad. El litio muestra una efectividad en general del 40 al 50% de los pacientes. Otros estabilizadores del ánimo, se han originado del grupo de medicamentos que fueron inicialmente desarrollados como anticomiciales así como los antipsicóticos han mostrado tener un importante lugar en el tratamiento del TBP. Existen hallazgos respecto a la recuperación y recurrencia asociados a los distintos psicofármacos empleados. Incluso se ha encontrado que aun bajo terapia sostenida de litio de forma profiláctica llegan a presentarse recurrencias hasta en un 70% de los casos en los siguientes cinco años (22). Otros datos apoyan esta información respecto a que el 73% de los pacientes tienen recaídas en un promedio de 4.3 años a pesar de mantenerse con farmacoterapia de mantenimiento (14).

Comorbilidad en el TBP

El abuso y la dependencia a alcohol y a sustancias psicoactivas representan la comorbilidad psiquiátrica más importante del trastorno, la ECA reporta una tasa de dependencia de alcohol de más del 30% (15). Se han descrito otros trastornos comórbidos con TBP como los de ansiedad que son comunes en estos pacientes, así como los trastornos de la personalidad principalmente el de tipo limítrofe y antisocial. La Sociedad Stanley, dedicada a la investigación sobre TBP, indica que la comorbilidad puede ser mayor en mujeres que en hombres, lo que puede contribuir a la tendencia de que al género femenino se le asocie con formas más complejas tales como el ciclaje rápido (16).

Criterios de diagnóstico y clasificación

Existe una lista de criterios que se deben cumplir para que alguien reciba el diagnóstico. Éstos dependen tanto de la presencia como de la duración de determinados signos y síntomas. Los criterios que más se utilizan habitualmente para diagnosticar el TBP son los expuestos en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, que actualmente está en su cuarta edición revisada (**DSM-IV-TR**) y también la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relativos a la Salud de la OMS, que actualmente están en la versión **ICD-10**. Estos últimos criterios son más utilizados en los países europeos mientras que los criterios del DSM se usan en los EEUU o en el resto del mundo, y también son los que prevalecen en los estudios de investigación.

No hay un consenso claro sobre cuantos tipos de TBP existen. En el DSM-IV-TR y el ICD-10, el TBP se concibe como un espectro de trastornos que se suceden en un continuo. El DSM-IV-TR lista cuatro tipos de trastornos del estado de ánimo que se ajustan en la categoría de bipolar: TBP tipo I, TBP tipo II, ciclotimia y TBP no especificado.

La inestabilidad es la naturaleza fundamental del TBP. Entre los marcadores biológicos del trastorno en continuo cambio, tanto individual como colectivamente, están la energía, el estado de ánimo, las formas de pensamiento, el sueño y la actividad. Los subtipos diagnósticos del TBP son de ese modo descripciones estáticas— instantáneas, quizás— de una enfermedad en continuo cambio, con una gran diversidad de síntomas y grados variantes de gravedad. Los afectados podrían permanecer en un subtipo o cambiar a otro durante el curso de la enfermedad. El DSM V, que será publicado en 2011, incluirá probablemente una subdivisión en subtipos más precisa (17).

Subtipos diagnósticos

Estudios recientes apoyan que existe un modelo de continuidad en el TBP. El DSM IV TR y la CIE 10 clasifica a los trastornos del ánimo como TBP tipo I, II, no especificados, Ciclotimia, Distimia, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Depresivo no especificado. De acuerdo a la visión de Kraepelin (18), los episodios de manía, hipomanía, depresión y estadios mixtos son variantes de una misma enfermedad. Los episodios de depresión y

manía juntos (episodios mixtos) fueron donde Kraepelin construyó su visión unitaria en los trastornos del ánimo. Los Episodios mixtos combinan síntomas depresivos, maníacos e hipomaniacos haciendo posible concluir que si síntomas que ocupan polos opuestos (depresión y manía) pueden coexistir en un mismo episodio, los síntomas tanto depresivos como maníacos no pueden ser diferentes trastornos.

Estudios que apoyan la continuidad entre el TBP y el Trastorno Depresivo Mayor

El concepto de una continuidad o del espectro en los trastornos del ánimo fue recientemente propuesto por Akiskal, Angst, Cassano, Dunner y Ghaemi. (19, 20, 21, 22, 23) Akiskal dividió al Espectro Bipolar en: TBP 1; depresión más hipomanía de larga duración que origina un impacto en el funcionamiento. 2 subtipos de TBP 2; hipomanía con incremento en el funcionamiento (sunny TBP II) e hipomanía con deterioro en el funcionamiento y temperamento ciclotímico (dark TBP II), dos subtipos para TBP 3; hipomanía asociada a antidepresivos e hipomanía asociada a estimulantes y TBP IV; depresión mixta en Trastorno Depresivo Mayor (19).

Angst describe el “TBP suave”: TBP II, TBP menor, hipomanía pura (sin historia de trastorno depresivo mayor) y trastornos depresivos con historia de síntomas hipomaniacos únicamente. La clasificación de Angst fue basada en la severidad decreciente de los episodios de hipomanía. Así como los trastornos depresivos con historia de síntomas hipomaniacos marcaban al espectro bipolar y depresivo. (20)

Cassano describe al espectro como un único trastorno del ánimo en el cual la base se relaciona con síntomas y características del comportamiento del TBP y depresivo (21). Dunner describe al espectro de trastornos del ánimo desde el TBP I hasta el Trastorno Depresivo Mayor altamente recurrente (22). Ghaemi define al espectro del TBP como un Trastorno depresivo mayor con características de bipolar (como historia familiar bipolar, manía e hipomanía inducida por antidepresivos, depresiones recurrentes, depresión atípica y edad temprana de inicio). Como resultado de la continuidad del espectro en la clasificación de los trastornos del ánimo. El Trastorno Depresivo Mayor puro (sin historia de manía e hipomanía o características del TBP) constituye únicamente un 30% de los pacientes deprimidos. (23)

Recientes estudios se han enfocado en encontrar el punto de unión entre el TDM y TBP tipo II (que el TBP más cercano al TDM). Las características que suponen una continuidad entre el TBP y el TDM son las siguientes:

Depresión mixta y disforia/hipomanía:

A menudo se presentan sin elevación del ánimo o sin que los síntomas cumplan criterios para un episodio de manía o hipomanía. Los síntomas más reportados son: irritabilidad, agitación psicomotriz, aceleración del pensamiento y verborrea. (24)

Historia familiar

El TDM es el trastorno de ánimo más frecuentemente encontrado en parientes con TBP. Familiares de primer grado con TBP I tienen más probabilidad para TBP I que para TBP II, familiares con TBP II tiene más probabilidades para TBP II que para TBP I y TDM. (25)

Características bipolares en TDM

La presencia de al menos un síntoma hipomaniaco es suficiente para acercarse del TDM al TBP II. Edad de inicio temprano, depresión mixta, depresión atípica, depresión con historia familiar bipolar, depresión con irritabilidad, con pensamiento acelerado o agitación psicomotora (26).

Cambio de TDM a TBP

El riesgo aumenta con alto número de episodios, edad temprana de inicio, historia familiar, sexo femenino, psicosis y depresión mixta. La depresión mixta puede ser el primer paso del cambio de TDM a TBP. (27).

TDM con historia de haber cursado con síntomas de manía o hipomanía.

Al menos en un 40% de las recurrencias de TDM (sin historia de manía o hipomanía) reportan una sustancial presencia de síntomas de manía o hipomanía a lo largo de su vida. (28).

Factores de hipomanía dentro del TDM

Dos factores fueron encontrados en la depresión mixta del TDM y TBP: un factor de activación mental incluyendo pensamiento acelerado e irritabilidad y otro factor de activación motora como agitación psicomotora y verborrea. (29)

Curso recurrente de TDM

Una alta recurrencia de episodios depresivos. Cinco o más episodios de TDM suponen una naturaleza bipolar de la depresión. (30)

La depresión es más común que la manía e hipomanía en el TBP

Especialmente en el TBP II, suponiendo un punto de unión entre los trastornos bipolares y la depresión unipolar. La depresión es un antecedente común para varios trastornos del ánimo. (31)

Temperamento ciclotímico y rasgos de labilidad emocional.

Rasgos de inestabilidad emocional (cambios de ánimo, labilidad afectiva). La labilidad emocional es un fuerte predictor de cambio de TDM a TBP. (32)

Importancia de síntomas subsindromáticos.

El TBP se caracteriza por un funcionamiento clínico pobre en muchos pacientes. Este pobre funcionamiento podría estar relacionado a la presencia de síntomas subsindromáticos. Estos síntomas se definen como aquellos que fallan para integrar los criterios completos para un episodio de ánimo (depresivo o maniatiforme). Varios estudios recientes indican que los síntomas subsindromáticos en el TBP están fuertemente asociados a un déficit en el funcionamiento social y ocupacional. Dichos síntomas parecen incrementar el riesgo de recaída. Por lo cual una enfática evaluación y tratamiento de estos síntomas deberá ser considerada. Algunos autores han sugerido que los síntomas subsindromáticos deberían incluirse en estadios mixtos (depresivos y maniacos) para precisar los criterios diagnósticos

del TBP lo cual incrementaría la tasa de de incidencia de de 3 a 5 veces por encima de la tasa convencional.

Síntomas depresivos en ausencia de un episodio depresivo mayor se relacionan a un peor funcionamiento psicológico y social, peor percepción de la salud, mayores quejas somáticas, y número de días en cama comparables con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión y artritis.

Los síntomas subsindromáticos en el TBP son comunes especialmente los síntomas depresivos. (34). En estudio realizado por Judd y cols en el cual se revisaron los síntomas a largo plazo en una cohorte de 146 paciente con TBP tipo I de 1979 a 1981. Lo cual reveló el 47.3% de las semanas los pacientes cursaron con síntomas. Predominando los síntomas depresivos (31.9 % del total de las semanas) sobre los síntomas maniacos e hipomaniacos (8.9% del total) y los episodios mixtos (5.9% del total). Notablemente los síntomas subsindromáticos como los síntomas depresivos menores e hipomaniacos fueron aproximadamente 3 veces mayores que aquellos síntomas que llegaban a constituir un episodio depresivo mayor o de manía (29.9% vs 11.2%). (35).

Beneficios del diagnóstico oportuno del TBP

El diagnóstico del TBP tipo II y de trastornos del espectro bipolar es complicado por las complejidades que surgen al definir los límites de los episodios hipomaniacos y por lo el error diagnóstico con otros trastornos psiquiátricos, como el uso/abuso de sustancias psicoactivas, esquizofrenia con recuperación Inter. Episódica, la inestabilidad afectiva reportada en pacientes con trastorno límite de la personalidad pero sobretudo el episodio depresivo unipolar. El paciente que no es diagnosticado y por lo tanto no recibe tratamiento está expuesto a los riesgos de la historia natural de la enfermedad. El paciente bipolar tiene un riesgo de realizar un intento suicida de 25 a 50% a lo largo de toda su vida. El diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias es más alto en pacientes con TBP que en cualquier otro trastorno del eje I. El reconocimiento y tratamiento oportuno del TBP en la adolescencia puede reducir el riesgo de abuso de sustancias subsecuente en esa población.

Los pacientes bipolares diagnosticados erróneamente como deprimidos unipolares son expuestos a menudo a tratamiento con antidepresivos, con menor respuesta terapéutica que la que se obtiene con estabilizadores del ánimo o la combinación de ambos agentes y con el riesgo de experimentar virajes a episodios de manía o el agravamiento de la evolución a largo plazo del trastorno al promoverse los episodios mixtos o ciclaje rápido. Los pacientes con trastornos dentro del espectro bipolar experimentan pérdidas significativas en el funcionamiento social y calidad de vida, generando tensión en las relaciones interpersonales. La tasa de divorcio es de 3 a 6 veces mayor entre todas las variedades de casos de hipomanía en el estudio realizado por Angst, en comparación con grupos control de población general. Además, el desempleo, así como la dificultad para recuperarlo, los días laborales perdidos e incluso el potencial de problemas con el sistema judicial contribuyen a la discapacidad y en menor calidad de vida asociada al padecimiento del espectro bipolar. Adicionalmente la esperanza de vida puede estar reducida por la asociación a mayores tasas de suicidio consumado en el TBP (34).

El costo del TBP basado en su incidencia asciende a 24 mil millones de dólares, y basado en su prevalencia a 45 mil millones de dólares. Se dividen en costos directos asociados al cuidado del paciente interno y externo, mientras que el resto, el 83% corresponde a los costos indirectos, derivados de la pérdida de productividad o al suicidio del paciente. En estos estudios no se han contabilizado las pérdidas ocasionadas por la pérdida de productividad de los cuidadores y familiares, o los servicios sociales.

Por lo tanto, al considerar los puntos expuestos previamente, se concluye que el reconocimiento adecuado del trastorno repercute en la evolución clínica del paciente al disminuir el riesgo de suicidio consumado, disminución en el abuso de sustancias y complicaciones iatrogénicas, mejora de la calidad de vida del paciente y sus familiares y minimización de los costos directos e indirectos de la enfermedad (34).

El Tenue limite del espectro bipolar

La prevalencia y diversidad del TBP es subestimada. Recientes estudios sugieren que cuando los clínicos buscan más allá de los estrictos criterios del DSM IV encuentran que hasta del 5 al 7% de la población general padece de alguna forma del “Espectro Bipolar”.

Al mismo tiempo la comorbilidad del TBP con otras condiciones psiquiátricas crean confusión en el diagnóstico y tratamiento. El reconocimiento de la depresión bipolar y el límite entre el espectro bipolar demanda no únicamente el reconocimiento de las características del TBP, sino también un especial cuidado en el problema de fallar en el diagnóstico y un inapropiado tratamiento. Atendiendo algunas claves e indicios en el historial clínico de los pacientes los psiquiatras tendrán más posibilidades de detectar adecuadamente al espectro bipolar y brindar un tratamiento adecuado. (35)

Trastornos del Espectro Bipolar y Salud Pública

Mientras algunos psiquiatras creen que el TBP ha sido “sobrediagnosticado”, en años recientes varios expertos en el área han encontrado lo contrario. De hecho algunas investigaciones sostienen que los criterios del DSM IV para el TBP son demasiado restrictivos y no alcanzan a capturar la prevalencia, diversidad y subtipos del trastorno. El DSM IV cita una prevalencia de por vida del 0.4 al 1-6 % para el TBP I y del 0-5% para el TBP II. Por lo tanto la prevalencia de por vida para estos dos subtipos equivale a un 2%. Usando un constructo más amplio para el TB Goodwin y Gaemi estiman que el espectro bipolar cuenta con un rango de prevalencia entre un 2 a 5%. Utilizando un espectro más amplio en el cual incluye a la inestabilidad emocional a lo largo de las líneas de la hipomanía y ciclotimia Akiskal propone un rango de hasta un 5 a 7% para el espectro. (36).

Reconocimiento de Depresión Bipolar y Subtipos del trastorno

¿Qué indicios demográficos, históricos y clínicos deberán alertar a los clínicos de la presencia de depresión bipolar o del final del espectro del TBP? La historia de familiar de TBP puede ser útil pero no fuertemente predictiva de la evolución del trastorno. El inicio de depresión prepuberal y en adolescentes (especialmente cuando se acompaña de síntomas psicóticos) puede ser predictiva de bipolaridad. (37). Varios expertos han propuesto que la depresión atípica puede ser indicativa de bipolaridad. Históricamente el término de “atípica” ha sido aplicada a la depresión caracterizada por la combinación de: 1) Reactividad de ánimo en respuesta de un estímulo psicosocial. 2) Síntomas neurovegetativos inversos: peor ánimo en las mañanas, hipersomnias, hiperfagia, ganancia de peso. 3) Severa letárgica o retardo psicomotor y 4) Comorbilidad con ansiedad, fobias o histrionismo. (38). Dependiendo del criterio específico empleado, varios estudios han

encontrado que la depresión bipolar es más frecuente cuando existe sintomatología atípica comparada con la depresión unipolar. (39). Algunos otros clínicos sugieren que los síntomas atípicos son más indicativos del TBP tipo II que el tipo I. (40). Gahemi sugiere que la presencia de ciertos síntomas atípicos tienden a caracterizar a la depresión bipolar: notable hipersomnía, letargia y ganancia ponderal. Aunque no significa que sean patognomónicos o infalibles, estos criterios podrían ser sugestivos de bipolaridad en casos ambiguos o cuando existe historia de resistencia al tratamiento o poca respuesta al tratamiento con antidepresivos en pacientes con aparente Depresión Unipolar. (38)

Síntomas que podrían ser indicativos de Depresión Bipolar

- Temprana edad de aparición.
- Inicio en el Postparto.
- Hiperfagia o ganancia de peso.
- Letargia o retraso psicomotor.
- Síntomas psicóticos.
- Historia de haber sido resistente o refractario a la tratamiento-
- Historia de episodios depresivos recurrentes y frecuentes (< 3 meses)
- Pobre respuesta a antidepresivos en ausencia de estabilizador de ánimo (38, 39)

Antecedentes

DESARROLLO DEL INVENTARIO DE SINTOMAS PARA EL TBP

El Inventario de síntomas para el TBP fue desarrollado con el objetivo de cuantificar la severidad de la sintomatología de los pacientes con diagnóstico de TBP y para supervisar la respuesta al tratamiento. Este instrumento no fue diseñado para ser utilizado como un instrumento diagnóstico. Se realizó el procedimiento para establecer la validez y confiabilidad de la sintomatología del TBP, la cual incluyera aspectos no valorados en otras escalas como la impulsividad, ansiedad, molestias somáticas y síntomas psicóticos. Así como la utilidad de poder valorar de manera simultánea episodios depresivos, de elevación del ánimo, mixtos y proveer de un instrumento sensible para detectar los efectos del tratamiento.

La escala se validó mediante la aplicación de entrevistas videograbadas a 20 pacientes que cumplieran criterios según el DSM IV para TBP ya sea que cursaran con un episodio depresivo, de manía, hipomanía o mixto. (41)

La entrevista consiste en la aplicación de 43 ítems divididos en 10 clúster de síntomas que valoran los principales componentes del TBP:

I. Humor Depresivo			
1. Tristeza expresada			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
2. Tristeza observada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
II. Cognición Depresiva.			
3. Pesimismo			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
4. Suicidio			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
5. Preocupaciones			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
6. Culpa.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
7. Sentimientos de ser inadecuado.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
III: Disminución de Energía			
8. Baja energía.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
9. Retraso Psicomotriz			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
10. Pérdida de interés (anhedonia)			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
11. Aislamiento social.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
12. Disminución del deseo sexual.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
IV. Ansiedad.			
13. Ansiedad expresada.			

a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
14. Ansiedad observada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
15. Ansiedad Somática expresada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
V. Molestias Somáticas			
16. Insomnio			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
17. Sueño excesivo.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
18. Alteraciones del apetito.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
19. Alteraciones en la concentración.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
22. Agitación			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
VI. Irritabilidad			
23. Irritabilidad reportada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
24. Irritabilidad observada			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
VII, Elevación de Energía.			
25. Hiperactividad			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
26. Aumento de la Energía			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
27. Interés social incrementado.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
28. Reporte de aceleración del pensamiento.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
29. Aumento de la velocidad del habla observada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
30. Hipersexualidad.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
31. Necesidad de dormir disminuida.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
VIII. Humor de Manía			
32. Grandiosidad.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo

33. Euforia.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
34. Planes cuestionables.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
35. Elevación de la energía por la noche.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
IX. Impulsividad.			
36. Impulsivo			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
37. Distractibilidad.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
38. Conducta de riesgo.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
39. Labilidad emocional.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
X. Psicosis.			
40. Ideas de persecución.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
41. Delirios			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
42. Alucinaciones.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
43. Defectos en la comprensión.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo

Cada síntoma se calificó de acuerdo a su severidad en: ausente, leve, intermedio, moderado y severo.

El análisis estadístico se realizó mediante alpha de Cronbach para determinar consistencia interna. Para valorar la validez del constructo fue empleado la correlación de Pearson entre la impresión global clínica bipolar, La escala de Funcionamiento y el Inventario de Síntomas para el TBP.

Resultados

La muestra comprendió a 7 pacientes masculinos, 13 femeninos con un rango de edad entre 25 y 75 años (ocho pacientes entre 20 y 40 años, 10 pacientes entre 41 y 64 años y 2 pacientes mayores de 65 años) 16 sujetos fueron caucásicos, tres hispanos y uno afroamericano. Respecto al diagnóstico se incluyeron 12 pacientes con TBP tipo I, 7 pacientes con TBP tipo II y un paciente con TBP no especificado. Respecto a la puntuación de la impresión global clínica bipolar fue 3.65 (+/- 1.09) y el puntaje para la Escala de funcionamiento global fue 60.95 (+/- 9.75). Todos los pacientes se encontraban recibiendo tratamiento con psicofármacos.

Consistencia Interna

El alpha de Cronbach para el total de la escala fue 0.90. Para la subescala de depresión fue 0.93 y para la subescala de manía fue 0.92. La consistencia interna presentó un rango de 0.69 a 0.93 para todos los clusters de síntomas a excepción del cluster correspondiente a quejas somáticas.

En conclusión el Inventario de Síntomas para el TBP en el idioma inglés demostró en general una adecuada confiabilidad, validez de constructo y fue capaz de discernir entre las distintas fases del TBP en pacientes con episodios depresivos, maníacos/hipomaniacos y mixtos. Se omitieron términos complejos y psiquiátricos con la finalidad de facilitar su comprensión y facilitar su traducción a otros idiomas. (41)

Otros instrumentos para evaluar el TBP.

I) Diagnóstico

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Esta entrevista está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos (42)

Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV, SCID. Entrevista semiestructurada de aplicación por el clínico para uso con pacientes psiquiátricos y con sujetos de población general que están siendo evaluados en busca de psicopatología. Fue desarrollada para cubrir ampliamente los diagnósticos psiquiátricos en base al DSM-IV de forma más eficiente y simple que otros instrumentos. Fue desarrollada por Spitzer e incluye información demográfica, historia laboral, motivo de la consulta, historia del presente y de períodos pasados de enfermedad psiquiátrica, historia del tratamiento, evaluación de funcionamiento actual y preguntas abiertas. Incluye 9 módulos diagnósticos: episodios afectivos, síntomas psicóticos, diferencial para síntomas psicóticos, diferencial para trastornos afectivos, uso de sustancias, ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de la alimentación, trastornos de adaptación. El Investigador puede escoger eliminar módulos para enfocarse solamente en áreas de mayor interés diagnóstico. Existen dos versiones: una para investigación, otra para el clínico. La que se utiliza por el clínico incluye solamente los diagnósticos que se ven más frecuentemente en la práctica clínica y excluye la mayoría de los subtipos. Incluye un módulo simplificado de trastornos del estado de ánimo y de uso de sustancias. En la versión del clínico los criterios de calificación son presente, ausente, subumbral o con información existente. Los diagnósticos se hacen en la vida y actuales. Debe ser empleada por alguien con experiencia clínica suficiente y conocimientos de psicopatología y de diagnóstico psiquiátrico. Toma 1 hora o menos administrar este instrumento en sujetos con poca o sin patología, pero de 2 a 3 horas en aquellos que tienen varios trastornos psiquiátricos. Tiene buena confiabilidad para la mayoría de los trastornos del DSM-IV excepto para agorafobia sin pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno somatomorfo. La confiabilidad en muestras de pacientes fue de 0.61, fue excelente para diagnóstico de TBP ($\kappa=0.84$). La carencia de estándares de oro en psiquiatría ha conducido a pocos estudios de validez de este instrumento. Sin embargo la confiabilidad InterObservador y prueba re-prueba ha sido adecuada. Es una de las mejores entrevistas para ser aplicada por el clínico y hace diagnósticos de acuerdo a la nomenclatura del DSM-IV. Aunque lleva mucho tiempo el hecho de que tenga módulos le permite al clínico utilizarla selectivamente. (43).

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-IV. Basado en el establecimiento de objetivos clínicos, de investigación y educacionales, apoyado en fundamentos empíricos sólidos. Proporciona una guía útil para la práctica clínica. Este

manual es utilizado por clínicos e investigadores, debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, ambulatorios, consulta de enlace, privada y asistencia primaria. Es un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Dentro del capítulo que investigaba los trastornos del estado de ánimo se encuentran definidos los criterios para el diagnóstico de Episodio maníaco, que se enlistan a continuación. (44)

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización)
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - (1) autoestima exagerada o grandiosidad
 - (2) disminución de la necesidad de dormir (p.ej. se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 - (3) más hablador de lo habitual o verborreico
 - (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - (5) distractibilidad (p.ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
 - (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
 - (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

II) Severidad de los episodios

Escala para la evaluación de la manía de Young y cols. (YMRS, de las siglas en inglés para Mania Rating Scale)

Origen. 1978 por Young y cols.

Debido a que existían muy pocas escalas que evaluaran la manía en comparación con la presencia de escalas para evaluar la depresión. Su intento al desarrollarla fue construir una escala que fuera mas amplia que las ya existentes como la Escala para la evaluación de la manía de Beigel, la cual fue desarrollada para la administración por enfermeras en pacientes hospitalizados. Es un instrumento con 11 variables diseñado para medir la gravedad de los síntomas de manía y para determinar el efecto del tratamiento sobre estos síntomas. También puede ser utilizada para detectar la reaparición de síntomas maniacos. Los ítems fueron seleccionados basándose en las descripciones publicadas de los síntomas principales de la manía e intentan reflejar los síntomas que ocurren tanto en la manía moderada como severa. Se desarrolló siguiendo el modelo de la escala de depresión de Hamilton por lo que debe ser calificada por un clínico entrenado y con experiencia. Para calificar esta escala, se requiere una entrevista de 15 a 30 minutos. Las 11 variables incluidas son: afecto, energía, interés sexual, sueño, irritabilidad, discurso, trastorno del lenguaje-pensamiento, contenido, conducta disruptiva-agresiva, apariencia, insight. Siete variables se califican con una escala de 0 a 4 y cuatro (irritabilidad, discurso, contenido y conducta disruptiva-agresiva) con otra de 0 a 8, a los cuales se les da doble puntaje para compensar la falta de cooperación de un paciente severamente enfermo. El puntaje de calificación va del 0 al 60, las calificaciones promedio en el YMRS son de 13 para síntomas leves, 20 para síntomas moderados y 38 para síntomas severos. La consistencia interna, determinada por la correlación entre la calificación total y cada una de las variables fue buena, de 0.45 para apariencia a 0.85 para trastorno del lenguaje-pensamiento. La confiabilidad interevaluador fue muy buena, 0.93 para la calificación total, con un rango del 0.66 para conducta disruptiva-agresiva a un 0.95 para sueño. Para determinar la validez concurrente se correlacionó con la Escala de Petterson, con una evaluación global de severidad y con la Escala de Biegel aplicada por

enfermeras. La correlación con la evaluación global fue de 0.88, con la Escala de Petterson de 0.89, y con la Escala de Biegel fue de 0.71 (45).

Escala de Hamilton para Depresión. Esta escala consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Debe ser administrada por un clínico. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en tres factores: melancolía, ansiedad y sueño. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Los puntos de corte o normas de interpretación de acuerdo a Bech son los siguientes: 0-7: no depresión, 8-12; depresión menor, 13-17; menos que depresión mayor, 18-29; depresión mayor, 30-52; mas que depresión mayor. El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación mayor o igual a 18. (46).

Clínical Global Impresión-Bipolar (CGI-BP por sus siglas en inglés de Clinical Global impresión for bipolar disorder). Modificada por Spearing y Post en 1997, para la evaluación de pacientes con TBP, basada en la escala de Impresión Clínica Global para psicopatología general. El tiempo de aplicación va de 15 a 30 minutos, debe ser administrada por un clínico con experiencia en TBP. Está compuesta por tres escalas globales que consideran tanto el episodio de manía como el episodio depresivo así como el TBP en general. A diferencia de la escala de impresión clínica global, en su versión para TBP los marcos de evaluación temporal se encuentran mejor definidos, así como las definiciones que corresponden a la evaluación de severidad y cambio en la impresión clínica son más claras pudiendo detallarse cambios clínicos desde mínimos hasta severamente enfermos (47).

Manic State Rating Scale (MSRS): Esta escala emplea 26 ítems y puede ser administrada por personal de enfermería; valora conductas maníacas que pueden ser observadas normalmente en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Es confiable y su validez es bastante aceptable, el inconveniente es su longitud (48).

Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale: Instrumento de 11 ítems que permite valorar síntomas maniacos y puede emplearse en conjunto con la Escala de depresión de Hamilton para evaluar el estado maniaco-depresivo. La correlación interevaluador es de 0.80 a 0.95. Incluye síntomas motores, velocidad de pensamiento, nivel de ruido, hostilidad, ánimo,

autoestima, contacto, sueño y actividad sexual y laboral. Se valora cada ítem de normal (0 puntos) a extremo (4 puntos). El total de puntos (44 puntos) se emplea para determinar el grado de manía. (49).

III) Lista de características del espectro bipolar

SCI- MOOD: Se trata de una entrevista clínica estructurada que explora siete dominios relacionados con trastorno afectivos del espectro bipolar, de acuerdo a la experiencia de clínicos americanos e italianos. En su proceso de validación se pudo distinguir a pacientes sanos, con enfermedad somática gastrointestinal, depresivos unipolares y bipolares en remisión, con una consistencia interna para los siete dominios oscilando entre 0.72 y 0.92. Posteriormente se ha desarrollado una versión autoaplicable y una versión para el último mes que se usa para seguir la evolución de estos pacientes (50).

TEMPS-A.: Es el acrónimo en inglés para la evaluación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego. ES un instrumento autoaplicable de 21 reactivos de verdadero o falso para experiencias durante la mayor parte de la vida. Cuando se responden a 10 o más reactivos como positivos se considera que el sujeto tiene un temperamento ciclotímico, relacionado con distintos trastornos psicopatológicos que pueden tener relación con aspectos afectivos, ansiosos o de falla en el control de impulsos. Sobre la base de un temperamento ciclotímico-ansioso-sensible puede cimentarse un TBP, hipomanía asociada a antidepresivos, ansiedad de separación, trastorno dismórfico corporal, fobia social, personalidad antisocial, problemas de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y uso, abuso o dependencia sustancias (51).

IV) Diagnóstico oportuno o tamizaje

Mood Disorder Questionnaire (MDQ o Cuestionario para Trastorno del estado de ánimo): Se trata del primer instrumento desarrollado específicamente para el tamizaje en población abierta del TBP y otros del mismo espectro. El espectro bipolar se ha definido de varias maneras, pero generalmente incluye al TBP I, TBP II, TBPNE y ciclotimia. Es útil por su sensibilidad y especificidad para detectar a pacientes del espectro bipolar en pacientes de primera vez. Se trata de una prueba económica, breve y autoaplicable, que puede mejorar la detección de estos trastornos. Puede ser aplicada por personal médico no especializado y paramédico en otros ambientes de consulta. (52)

Pregunta de investigación

¿Cuál será la confiabilidad y validez concurrente del Inventario de Síntomas para el Trastorno Bipolar en su versión traducida al español?

Justificación

Existen diversos instrumentos para la evaluación de las dos fases de la enfermedad del TBP tanto de depresión como de elevación del ánimo como la escala de manía de Young, la escala de depresión de Hamilton, el cuestionario de trastornos del humor, la escala del estado Interno, la impresión global clínica bipolar y método de Life-Chart entre otras. Las escalas comúnmente utilizadas para cuantificar síntomas depresivos y de manía tienen limitaciones. (45, 46, 47, 53). Carecen de eficiencia para evaluar a la vez otros síntomas presentes en el TBP como la impulsividad, ansiedad, molestias somáticas, síntomas psicóticos y episodios mixtos. (55, 56). La presente escala pretende valorar el espectro completo sintomatológico, a través de la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos, maníacos y mixtos de manera simultánea, así como los efectos del tratamiento. Los sistemas actuales para evaluar el TBP enfrentan algunas dificultades: Es difícil integrar diversos episodios de la Psicopatología. Algunos síntomas llegan a ocultar a otros lo cual lleva a la pérdida de información. Los límites entre estadios de Espectro del TBP son en ocasiones arbitrarios y requieren de interpretación muchas veces subjetiva. Las categorías diagnósticas disponibles son relativamente poco útiles para distinguir severidad. Los casos subclínicos del trastorno no son colocados de manera útil en las actuales categorías del Diagnóstico. (58)

Con frecuencia los proyectos deben usar, en particular en estudios transculturales, instrumentos que fueron desarrollados en otro ámbito y a menudo en otra cultura. Estos instrumentos algunas veces necesitan ser traducidos al idioma local, pero siempre necesitan adaptación cultural, la cual puede cambiar de términos y revisión de conceptos y significados, si no se hace el proceso de adaptación, puede suceder que la confiabilidad, originalmente establecida para el sitio de origen del instrumento no se conserven, y su aplicación en el medio nuevo no resulte adecuada. Se debe aplicar la metodología que

garantice la reducción de sesgos culturales y que pueda maximizar la utilidad de la escala. El presente estudio tiene la finalidad de adaptar el instrumento al idioma español y a nuestro medio cultural conservando su confiabilidad, así como de establecer su validez contra los instrumentos de uso común en la actualidad como la Escala de Manía de Young y la Escala de Síntomas Depresivos de Hamilton.

Objetivos

Objetivo General

Realizar la traducción al idioma español, evaluar la confiabilidad y establecer la validez concurrente, del Inventario de síntomas para el TBP en su versión traducida al idioma español de manera que pueda ser utilizado de manera confiable en población mexicana.

Objetivos Específicos

- 1.- Realizar la traducción al español del Inventario de Síntomas para el TBP de acuerdo a los lineamientos establecidos a nivel internacional.
- 2.- Establecer la confiabilidad del Inventario de Síntomas para el TBP.
- 3.- Determinar la validez concurrente entre el Inventario de Síntomas para el TBP y los instrumentos que representan el Estándar de Oro para la evaluación de síntomas de manía y depresivos, Escala de Manía de Young y Escala de Hamilton para síntomas depresivos respectivamente.
4. Evaluar la confiabilidad interevaluador para el Inventario de síntomas para el TBP.

Hipótesis

El Inventario de síntomas para el TBP en su versión traducida al español es un instrumento confiable y adecuado para la evaluación de síntomas afectivos en pacientes mexicanos con Trastorno Bipolar.

Material y métodos

Tipo de estudio

El diseño correspondió a un estudio de proceso, con una evaluación transversal.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

La muestra del estudio fue integrada por 51 sujetos que recibían tratamiento en la Clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría, que cuentan con diagnóstico de TBP según el DSM IV. Se incluyeron pacientes de subtipos diagnósticos diferentes y en diferentes fases de la enfermedad con la finalidad de proveer un espectro completo de síntomas y de severidad.

Criterios de inclusión

- Sujetos mayores de 18 años de edad
- Sujetos de ambos sexos
- Sujetos que aceptaron participar en este estudio a través de brindar su consentimiento informado.
- Sujetos que cumplieron criterios diagnósticos para TBP según criterios del DSM IV.
- Sujetos que se encontraban cursando con síntomas correspondientes a un episodio Depresivo, Maniaco, Hipomaniaco, mixto o en eutimia.
- Sujetos que recibían tratamiento en la Clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Criterios de exclusión

- Sujetos que no aceptaron formar parte del estudio a través de consentimiento informado.
- Sujetos que por la severidad de su sintomatología no se encontraban en condiciones adecuadas para la evaluación.

Criterios de eliminación

- Sujetos que decidieron abandonar el estudio posterior a haber iniciado.

Definición operativa de las variables y escalas de medición

Variables

Se registraron los datos sociodemográficos de cada paciente en un formato previamente diseñado. La información se recabó de la entrevista directa con el paciente a través del interrogatorio. La información respecto al estado clínico del paciente se obtuvo del expediente clínico de cada paciente en base a la nota de evolución que se documentó por su médico tratante en el mismo día que correspondió con la fecha de aplicación de los instrumentos.

Definición Conceptual y operacional de las variables.

Variable	Tipo de Variable	Medición
Sexo	Categoría	Femenino/masculino
Edad	Ordinal	Número de años
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico realizado por Trabajo Social de la Institución
Nivel de escolaridad	Dimensional	Años de estudio a partir de primero de primaria.
Subtipo Diagnóstico de TBP	Categoría	TBP I TBP II TBP NE
Severidad de Síntomas Depresivos	Ordinal	Puntaje de escala de Hamilton para depresión / Puntaje apartado depresión BISS
Severidad de Síntomas de Manía	Ordinal	Puntaje de escala de Manía de Young/ Puntaje apartado manía BISS

Validez y confiabilidad de la escala a utilizar

Instrumentos

Inventario de Síntomas para el TBP

El Inventario de síntomas para el TBP fue desarrollado con el objetivo de cuantificar la severidad de la sintomatología de los pacientes con diagnóstico de TBP y para supervisar la respuesta al tratamiento. Este instrumento no fue diseñado para ser utilizada como un instrumento diagnóstico. Se realizó el procedimiento para establecer la validez y confiabilidad de la sintomatología del TBP, la cual incluyera aspectos no valorados en otras escalas como la impulsividad, ansiedad, molestias somáticas y síntomas psicóticos. Así como la utilidad de poder valorar de manera simultánea episodios depresivos, de elevación del ánimo, mixtos y proveer de un instrumento sensible para detectar los efectos del tratamiento.

La escala se validó mediante la aplicación de entrevistas videograbadas a 20 pacientes que cumplieran criterios según el DSM IV para TBP ya sea que cursaran con un episodio depresivo, de manía, hipomanía o mixto.

La entrevista consiste en la aplicación de 43 ítems divididos en 10 clusters de síntomas que valoran los principales componentes del TBP:

I. Humor Depresivo			
1. Tristeza expresada			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
2. Tristeza observada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
II. Cognición Depresiva.			
3. Pesimismo			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
4. Suicidio			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
5. Preocupaciones			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
6. Culpa.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
7. Sentimientos de ser inadecuado.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo

III: Disminución de Energía			
8. Baja energía.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
9. Retraso Psicomotriz			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
10. Pérdida de interés (anhedonia)			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
11. Aislamiento social.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
12. Disminución del deseo sexual.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
IV. Ansiedad.			
13. Ansiedad expresada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
14. Ansiedad observada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
15. Ansiedad Somática expresada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
V. Molestias Somáticas			
16. Insomnio			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
17. Sueño excesivo.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
18. Alteraciones del apetito.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
19. Alteraciones en la concentración.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
22. Agitación			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
VI. Irritabilidad			
23. Irritabilidad reportada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
24. Irritabilidad observada			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
VII, Elevación de Energía.			
25. Hiperactividad			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
26. Aumento de la Energía			

a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
27. Interés social incrementado.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
28. Reporte de aceleración del pensamiento.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
29. Aumento de la velocidad del habla observada.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
30. Hipersexualidad.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
31. Necesidad de dormir disminuida.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
VIII. Humor de Manía			
32. Grandiosidad.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
33. Euforia.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
34. Planes cuestionables.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
35. Elevación de la energía por la noche.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
IX. Impulsividad.			
36. Impulsivo			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
37. Distractibilidad.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
38. Conducta de riesgo.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
39. Labilidad emocional.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
X. Psicosis.			
40. Ideas de persecución.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
41. Delirios			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo
42. Alucinaciones.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo

43. Defectos en la comprensión.			
a) Ausente	b) Leve	c) Moderado	d) Severo

Cada síntoma se calificó de acuerdo a su severidad en: ausente, leve, intermedio, moderado y severo. El análisis estadístico se realizó mediante alpha de Cronbach's para determinar consistencia interna. Para valorar la validez del constructo fue empleado la correlación de Pearson entre la impresión global clínica bipolar, La escala de Funcionamiento y el Inventario de Síntomas para el TBP. La consistencia interna del instrumento fue la siguiente: el alpha de Cronbach para el total de la escala fue 0.90. Para la subescala de depresión fue 0.93 y para la subescala de manía fue 0.92. La consistencia interna presentó un rango de 0.69 a 0.93 para todos los clusters de síntomas a excepción del cluster correspondiente a quejas somáticas.

En conclusión el Inventario de Síntomas para el TBP en el idioma inglés demostró en general una adecuada confiabilidad, validez de constructo y fue capaz de discernir entre las distintas fases del TBP en pacientes con episodios depresivos, maníacos/hipomaniacos y mixtos. Se omitieron términos complejos y psiquiátricos con la finalidad de facilitar su comprensión y facilitar su traducción a otros idiomas. (41)

El Instrumento consiste en una serie de preguntas sencillas, fáciles de comprender y conforman en total 41 ítems establecidos en 10 clusters de síntomas basados de acuerdo en estudios de fenomenología y reportes de los principales clusters de síntomas reportados por expertos en el tema. Tienen como finalidad valorar lo más ampliamente posible síntomas presentes en el Trastorno.

Instrucciones Generales

Cada reactivo fue calificado de 0 a 4, basándose en la condición de la última semana, utilizando tanto la información del reporte personal, como la observación familiar y clínica durante y fuera de la entrevista. Los puntos de “anclaje” son ejemplos de conductas, severidad de la alteración, tiempo que está presente y alteración funcional; que dieron una calificación específica sin excluir conductas similares y sentimientos internos que pudieran calificar para ese puntaje. Los reactivos fueron calificados con base en la frecuencia y la gravedad. En la mayoría de los casos la calificación de 3 incluye conductas observadas por otros. La calificación de 0 significa que el síntoma está ausente. Si hay duda entre dos

calificaciones se asignó la más alta. Algunos reactivos en la sección de manía, p. ej: No. 26 el término hiperactivo calificó una conducta no asociada a una alteración funcional o a consecuencias adversas. Para cada reactivo, se hicieron las preguntas que aparecen en **negritas** tal como están escritas, de la forma más parecida posible, con el propósito de mejorar la consistencia de las respuestas del paciente. Las preguntas en **cursivas** se hicieron únicamente cuando el paciente respondió afirmativamente a las preguntas resaltadas. Se calificó cada reactivo de manera independiente. Por ejemplo, el paciente podía tener retardo (9) o agitación (22) psicomotriz, si las conductas ocurrieron en diferentes momentos durante el periodo evaluado. Al cambiar de página se comenzó con la frase “durante la semana anterior ha.....”.

La escala evaluó primero los síntomas depresivos. Sin embargo si ya se conoce al paciente o el área problemática se ha identificado, se recomienda iniciar la entrevista con los reactivos correspondientes a la sintomatología prominente y después completar el resto de las secciones.

La escala a traducida y validada se encuentra descrita en el anexo.

Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV, SCID.

Entrevista semiestructurada de aplicación por el clínico para uso con pacientes psiquiátricos y con sujetos de población general que están siendo evaluados en busca de psicopatología. Fue desarrollada para cubrir ampliamente los diagnósticos psiquiátricos en base al DSM-IV de forma más eficiente y simple que otros instrumentos. Fue desarrollada por Spitzer e incluye información demográfica, historia laboral, motivo de la consulta, historia del presente y de períodos pasados de enfermedad psiquiátrica, historia del tratamiento, evaluación de funcionamiento actual y preguntas abiertas. Incluye 9 módulos diagnósticos: episodios afectivos, síntomas psicóticos, diferencial para síntomas psicóticos, diferencial para trastornos afectivos, uso de sustancias, ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de la alimentación, trastornos de adaptación. El Investigador puede escoger eliminar módulos para enfocarse solamente en áreas de mayor interés diagnóstico. Existen dos versiones: una para investigación, otra para el clínico. La que se utiliza por el clínico incluye solamente los diagnósticos que se ven más frecuentemente en la practica clínica y excluye la mayoría de los subtipos. Incluye un modulo simplificado de trastornos del estado

de ánimo y de uso de sustancias. En la versión del clínico los criterios de calificación son presente, ausente, subumbral o con información existente. Los diagnósticos se hacen en la vida y actuales. Debe ser empleada por alguien con experiencia clínica suficiente y conocimientos de psicopatología y de diagnóstico psiquiátrico. Toma 1 hora o menos administrar este instrumento en sujetos con poca o sin patología, pero de 2 a 3 horas en aquellos que tienen varios trastornos psiquiátricos. Tiene buena confiabilidad para la mayoría de los trastornos del DSM-IV excepto para agorafobia sin pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno somatomorfo. La confiabilidad en muestras de pacientes fue de 0.61, fue excelente para diagnóstico de TBP ($\kappa=0.84$). La carencia de estándares de oro en psiquiatría ha conducido a pocos estudios de validez de este instrumento. Sin embargo la confiabilidad Interobservador y prueba re-prueba ha sido adecuada.. Es una de las mejores entrevistas para ser aplicada por el clínico y hace diagnósticos de acuerdo a la nomenclatura del DSM-IV. Aunque lleva mucho tiempo el hecho de que tenga módulos le permite al clínico utilizarla selectivamente. (43)

Escala para la evaluación de la manía de Young y cols. (YMRS, de las siglas en inglés para Mania Rating Scale). Origen. 1978 por Young y cols.

Debido a que existían muy pocas escalas que evaluaran la manía en comparación con la presencia de escalas para evaluar la depresión. Su intento al desarrollarla fue construir una escala que fuera más amplia que las ya existentes como la Escala para la evaluación de la manía de Beigel, la cual fue desarrollada para la administración por enfermeras en pacientes hospitalizados. Es un instrumento con 11 variables diseñado para medir la gravedad de los síntomas de manía y para determinar el efecto del tratamiento sobre estos síntomas. También puede ser utilizada para detectar la reaparición de síntomas maniacos. Los ítems fueron seleccionados basándose en las descripciones publicadas de los síntomas principales de la manía e intentan reflejar los síntomas que ocurren tanto en la manía moderada como severa. Se desarrolló siguiendo el modelo de la escala de depresión de Hamilton por lo que debe ser calificada por un clínico entrenado y con experiencia. Para calificar esta escala, se requiere una entrevista de 15 a 30 minutos. Las 11 variables incluidas son: afecto, energía, interés sexual, sueño, irritabilidad, discurso, trastorno del lenguaje-pensamiento, contenido, conducta disruptiva-agresiva, apariencia, insight. Siete variables se califican con una escala de 0 a 4 y cuatro (irritabilidad, discurso, contenido y conducta disruptiva-agresiva) con otra

de 0 a 8, a los cuales se les da doble puntaje para compensar la falta de cooperación de un paciente severamente enfermo. El puntaje de calificación va del 0 al 60, las calificaciones promedio en el YMRS son de 13 para síntomas leves, 20 para síntomas moderados y 38 para síntomas severos. La consistencia interna, determinada por la correlación entre la calificación total y cada una de las variables fue buena, de 0.45 para apariencia a 0.85 para trastorno del lenguaje-pensamiento. La confiabilidad interevaluador fue muy buena, 0.93 para la calificación total, con un rango del 0.66 para conducta disruptiva-agresiva a un 0.95 para sueño. Para determinar la validez concurrente se correlacionó con la Escala de Petterson, con una evaluación global de severidad y con la Escala de Biegel aplicada por enfermeras. La correlación con la evaluación global fue de 0.88, con la Escala de Petterson de 0.89, y con la Escala de Biegel fue de 0.71 (45).

Escala de Hamilton para Depresión.

Esta escala consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Debe ser administrada por un clínico. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en tres factores: melancolía, ansiedad y sueño. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Los puntos de corte o normas de interpretación de acuerdo a Bech son los siguientes: 0-7: no depresión, 8-12; depresión menor, 13-17; menos que depresión mayor, 18-29; depresión mayor, 30-52; mas que depresión mayor. El criterio de inclusión mas utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación mayor o igual a 18. (46).

Procedimiento general de la investigación

El protocolo se dividió en tres etapas que fueron realizadas de manera secuencial:

- 1.- Traducción de la escala
- 2.- Confiabilidad
- 3.- Validez

1.- Traducción de la escala.

De acuerdo a los lineamientos establecidos por la Organización Mundial para la Salud (57) con el objetivo de garantizar la mayor equivalencia en el proceso de traducción se realizó de la siguiente manera.

- a) Traducción al español realizada por el investigador principal. La escala nos fue brindada por los autores en su versión original y en una versión traducida al castellano, con el permiso del autor principal, el Doctor Charles Bowden, con el fin de utilizarla en pacientes mexicanos.
- b). Se estableció un comité de traducción, compuesto por 4 médicos bilingües con formación en el área de Psiquiatría quienes revisaron el documento original en idioma inglés y verificaron la factibilidad de ser traducido.
- c) El comité de traducción revisó algunos aspectos idiomáticos al castellano y emitió una versión final al español.
- d) La versión en español siguió el proceso de traducción en reversa al idioma original (inglés) por dos traductores independientes sin conocimiento de la versión original en idioma inglés.
- e) La versión obtenida en idioma inglés fue revisada por el comité, se corrigieron y discutieron las discrepancias surgidas durante el proceso de retraducción.
- f) Se evaluó si la versión final en español, comparada con la original en idioma inglés eran equivalentes y se procedió a su utilización.

2.- Confiabilidad

El estudio de confiabilidad se realizó a través del establecimiento de los siguientes parámetros:

- a) Correlación interevaluador.
- b) Calculo del error de halo
- c) Calculo del error de interacción evaluador-reactivo
- d) Consistencia interna del instrumento para cada una de las subescalas.

3.- Validez

Dentro de este estudio no se consideró el hacer un estudio de validez de contenido ni de constructo puesto que este ya ha sido establecido en la versión original.

Se consideró la realización de la validez de criterio (validez concurrente) al comparar el instrumento con un criterio externo, se utilizó el estándar de oro para la evaluación de síntomas afectivos tanto de manía como de depresión. Se determinó la validez concurrente entre el Inventario de Síntomas para el Trastorno Bipolar (BISS) y la Escala de Manía de Young y la Escala de Hamilton para la depresión.

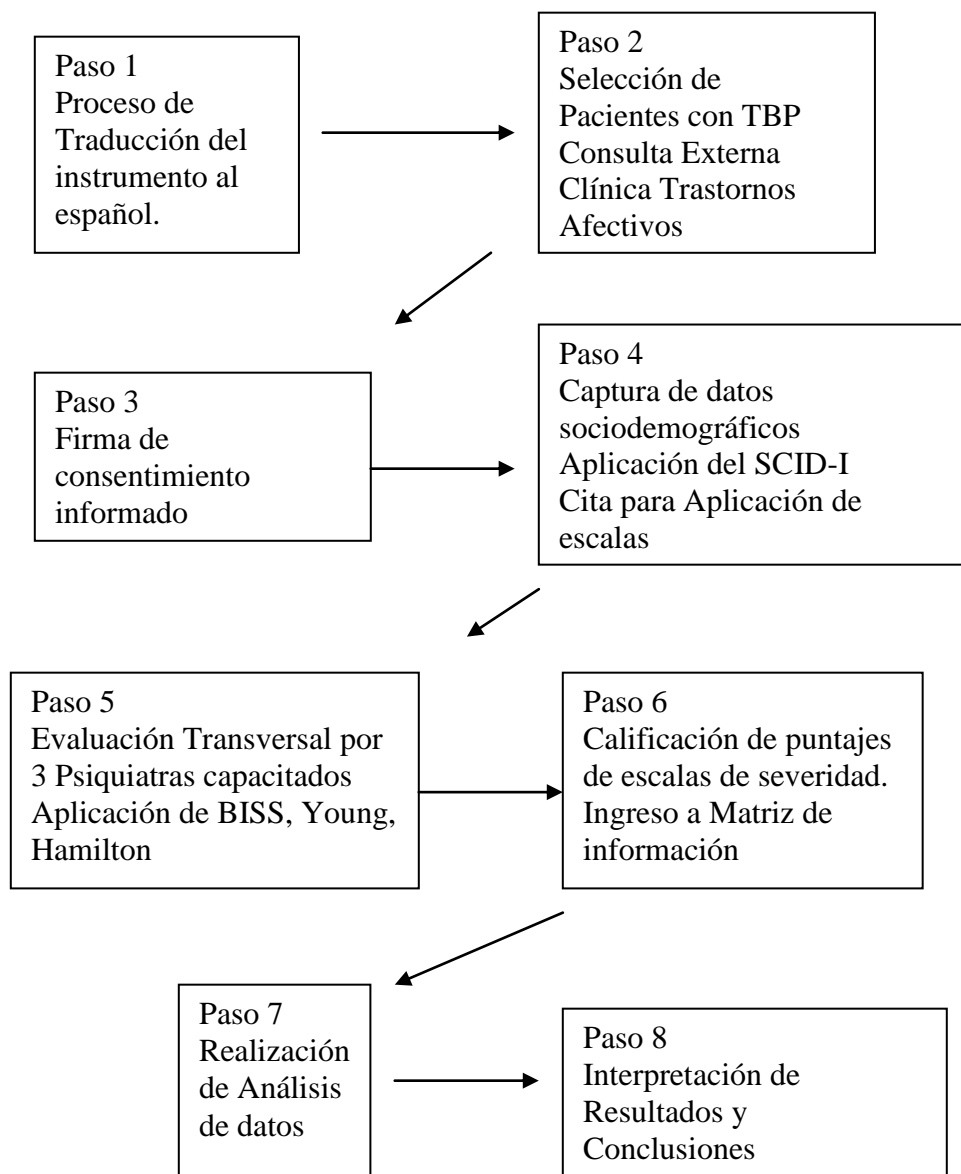
Procedimiento

Se seleccionó la muestra de sujetos con diagnóstico de TBP subtipos I y II de la Clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría. Previo a la aplicación del cuestionario, se les invitó inicialmente de manera verbal a participar en el estudio, se les explicó brevemente el proceso de la entrevista y los objetivos del estudio, posteriormente se les otorgó la Carta de consentimiento informado para que la revisaran con detenimiento y se aclararon todas las dudas que surgieron al respecto. Únicamente posterior a que los pacientes firmaron la Carta de consentimiento informado se procedió a la realización de la entrevista y a la aplicación de los diferentes instrumentos necesarios para la validación al español del Inventario de Síntomas para TBP.

Uno de los evaluadores se encargó de, previo consentimiento informado, aplicar el SCID I para corroborar diagnóstico de TBP y subtipo diagnóstico. Así mismo fue el encargado de recabar los datos sociodemográficos, subtipo diagnóstico y de realizar la sumatoria de puntajes de cada escala, siendo este mismo evaluador quien ingresó los datos a la matriz de información.

En entrevista conjunta por tres médicos psiquiatras capacitados para la aplicación del BISS y con experiencia en la evaluación de las escala de Hamilton y Young se realizó la evaluación transversal del sujeto con la aplicación del Inventario de Síntomas para TBP, la Escala de Manía de Young y la Escala de Hamilton de depresión.

Flujograma



Análisis estadístico: Pruebas a utilizar

Los datos almacenados en la matriz de información fueron codificados para mantener confidencialidad y para su análisis estadístico.

1.-Para el Cálculo de la confiabilidad se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

* Correlación interevaluador: Se realizó una correlación a través de la prueba Anova de los puntajes otorgados por los evaluadores a los pacientes evaluados.

* Cálculo del error de halo: Se obtuvo a través de la realización de un análisis de varianza

* Cálculo del error de interacción evaluador-reactivo: se obtuvo a través de la realización de un análisis de varianza.

* Consistencia interna: Se calculó por medio del coeficiente alfa de cronbach para cada uno de los evaluadores.

2.- Para el análisis de la validez de criterio (concurrente) se calculó a través del coeficiente de correlación de Pearson para las distintas escalas.

Implicaciones Éticas

De manera previa a la aplicación del cuestionario se invitó inicialmente de manera verbal a los pacientes que recibían tratamiento en la Clínica de Trastornos del Afecto del INP, se les explicó brevemente el proceso de la entrevista y los objetivos del estudio, posteriormente se les otorgó la Carta de consentimiento informado para que la revisaran con detenimiento y se aclararon todas las dudas que surgieron al respecto. Únicamente posterior a que los pacientes firmaron la Carta de consentimiento informado se procedió a la realización de la entrevista y a la aplicación de los diferentes instrumentos necesarios para la validación al español del Inventario de Síntomas para TBP. El paciente tuvo la libertad de abandonar el estudio en el momento que lo deseara. Se hizo énfasis en el hecho de que en caso de no aceptar participar en el estudio no afectaría en lo absoluto la calidad de atención en la Institución.

Se consideró que la investigación fue de riesgo mínimo ya que incluyó **pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipuló la conducta del sujeto**. No obstante dadas las posibles consecuencias psicológicas subsecuentes.

RESULTADOS

La versión final del instrumento obtenido del proceso final de traducción al español se muestra en los anexos.

Se procedió a mantener la confidencialidad del paciente a través de la asignación de un número de clave por cada sujeto participante en la investigación. Se evitó la utilización de nombres.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

a) Características Clínicas de la muestra:

Se evaluaron a 51 sujetos con TBP, de los cuales uno se eliminó por no desear concluir con la entrevista y dos más que no acudieron a la realización del SCID. Restando un total de 49 sujetos: 39 con TBP I, 9 con TBP II y 1 con Trastorno Esquizoafectivo tipo bipolar. (Tabla 1). Correspondiente a la distribución por sexo resultaron 35 mujeres (68.62%) y 16 hombres (31.37%). (Tabla 2). Respecto a la edad; se obtuvo que la edad máxima fue de 68 años y la mínima de 18 años, con una media de 37 años. (Tabla 3).

De acuerdo a la escala de depresión de Hamilton se encontraron a 25 sujetos en eutimia (50%) con un puntaje menor de 8 puntos. 9 sujetos con síntomas depresivos leves (18%) con puntuación de 8 a 13 puntos. A 3 sujetos (6%) con síntomas moderados, con puntuación de 14 a 18 puntos. 4 sujetos (8%) con síntomas severos con puntuación de 19 a 22 puntos y a 9 sujetos (18%) con síntomas muy severos con una puntuación mayor a 23 puntos. (Tabla 4).

Respecto a los síntomas de elevación del ánimo mediante la escala de manía de Young se encontraron a 33 sujetos (66%) libres de síntomas de manía con una puntuación menor a 6 puntos, 3 sujetos (6%) con síntomas de hipomanía con una puntuación de 7 a 10 puntos, a 6 sujetos (12%) con síntomas de manía leve con una puntuación de 10 a 19 puntos, 4 sujetos (8%) con síntomas moderados de manía con una puntuación de 20 a 29 puntos y 4 sujetos (8%) con síntomas de manía grave con puntaje mayor de 30 puntos. (Tabla 5).

Referente a la comorbilidad psiquiátrica en eje I se encontraron mediante el SCID a 4 sujetos (7.84%) con Trastorno Obsesivo Compulsivo, 4 sujetos (7.84%) con Trastornos de abuso de sustancias, 3 sujetos (5.88 %) con Trastorno de Angustia sin Agorafobia y un sujeto (1.96%) con Trastorno por Estrés Postraumático. (Tabla 6)

b) Características del instrumento (BISS)

CONSISTENCIA INTERNA

El alfa de Cronbach global mediante el método de varianza de los ítems fue de 0.90

El alfa de Cronbach de la subescala de depresión fue de 0.92

Mientras que de la subescala de manía fue de 0.93.

VALIDEZ CONCURRENTES

El coeficiente de correlación de Pearson entre Hamilton y la subescala de depresión del BISS fue de -0.184 con $p = .101$; sin ser significativa. El coeficiente de correlación entre Hamilton y el factor ansioso depresivo tampoco fue significativo ($r = -.151$, $p = 0.147$)

La correlación entre Young y subescala de manía de BISS fue de $r = .392$, $p = .002$; mientras que entre la escala de Young y el factor manía fue $r = .282$, $p = 0.02$.

CONFIABILIDAD INTER-EVALUADOR

Los coeficientes de correlación intraclass (ICC) señalados fueron significativamente distintos de cero ($p < 0,001$) y superiores a 0,8 para 37 de los 44 ítems del instrumento, a excepción de los ítems correspondientes a retardo psicomotriz 0.782, insomnio 0.796, aumento del interés social 0.721, aumento de interés por la noche 0.787, impulsividad 0.751, comportamiento riesgoso 0.647 (el cual tuvo la correlación más baja), y alucinaciones 0.733. Lo cual se reportó en la tabla 7.

Análisis factorial:

Se observaron cuatro factores claramente distinguibles que explican el 72.08% de la varianza

FACTOR 1 “espectro depresivo-ansioso”

Incluyó los siguientes ítems: tristeza expresada, tristeza observada, pesimismo, suicidio, preocupación, culpa, minusvalía, baja energía, anhedonia, aislamiento social, ansiedad

expresada, ansiedad observada, ansiedad somática, sueño excesivo, disminución de apetito, alteraciones concentración, agitación, irritabilidad observada, taquipsiquia, distractibilidad, comportamiento riesgoso, ideas de persecución.

FACTOR 2 “manía”

Incluyó los ítems: insomnio, hiperactividad, aumento energía, aumento interés social, verborrea, aumento de conductas sexuales, disminución en las horas de sueño, grandiosidad, euforia, claridad de pensamiento, aumento de energía por la noche, delirios.

FACTOR 3 “irritabilidad-agresividad”

Incluyó los ítems: irritabilidad reportada, agresividad, impulsividad, labilidad afectiva

FACTOR 4 “síntomas psicofisiológicos y psicóticos”

Incluyó a los ítems: retardo psicomotriz, disminución del deseo sexual, aumento del apetito, alucinaciones y conciencia de enfermedad.

TABLAS DE LOS RESULTADOS

a) Características Clínicas de la muestra:

Diagnóstico de acuerdo a SCID. Tabla 1

DX SCID	N	%
TBP I	39	76,47
TBP II	9	17,64
ESQUIZOAFECTIVO		
BIPOLAR	1	1,96
Total	49	96,07

Distribución por sexo. Tabla 2

sexo	N	%
mujer	35	68,62
hombre	16*	31,37
Total	51	100

*se eliminó un sujeto masculino que suspendió la entrevista

Distribución por edad. Tabla 3

N	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
50	18	68	37,84	14,06

Severidad de síntomas depresivos de acuerdo a Hamilton. Tabla 4

Hamilton	severidad	sujetos	%
<8	ausente	25	50
8 a 13	leve	9	18
14-18	moderada	3	6
19-22	severa	4	8
> 23	muy severa	9	18
	total	50	100

Severidad de síntomas de manía de acuerdo a Young. Tabla 5

Young	severidad	sujetos	%
< 6	ausente	33	66
7 a 10	hipomanía	3	6
10 a 19	leve	6	12
20-29	moderado	4	8
>30	severa	4	8
	total	50	100

Comorbilidad con TBP mediante SCID. Tabla 6

SCID	N	%
TOC	4	7,84
T. SUSTANCIAS	4	7,84
TRASTORNO ANGUSTIA	3	5,88
T. ESTRES		
POSTRAUMATICO	1	1,96

b) Características del instrumento (BISS)

CONFIABILIDAD INTER-EVALUADOR

ICC: Coeficiente de correlación intraclase. Tabla 7.

ITEM	ICC	p
TRISTEZA EXPRESADA	0.921	.000
TRISTEZA OBSERVADA	0.869	.000
PESIMISMO	0.986	.000
SUICIDIO	0.941	.000
PREOCUPACIÓN	0.919	.000
CULPA	0.870	.000
MINUSVALÍA	0.949	.000
BAJA ENERGIA	0.957	.000
RETARDO PSICOMOTRIZ	0.782*	.000
ANHEDONIA	0.950	.000
AISLAMIENTO	0.932	.000
REDUCCION DESEO	0.927	.000
ANSIEDAD EXPRESADA	0.944	.000
ANSIEDAD OBSERVADA	0.873	.000
ANSIEDAD SOMATICA	0.908	.000
MIEDO	0.875	.000
INSOMNIO	0.796*	.000
SUEÑO EXCESIVO	0.889	.000
FALTA DE APETITO	0.875	.000
AUMENTO APETITO	0.886	.000
FALTA CONCENTRACION	0.832	.000
AGITACION	0.898	.000
IRRITABILIDAD REPORTADA	0.880	.000
IRRITABILIDAD OBSERVADA	0.828	.000
AGRESIVIDAD	0.941	.000
HIPERACTIVIDAD	0.831	.000
AUMENTO DE ENERGIA	0.939	.000
AUMENTO INTERÉS SOCIAL	0.721*	.000
TAQUIPSIQUIA	0.846	.000
VERBORREA	0.892	.000

AUMENTO SEXO	0.892	.000
DISMINUCIONSUEÑO	0.924	.000
GRANDIOSIDAD	0.943	.000
EUFORIA	0.911	.000
CLARIDAD PENSAMIENTO	0.915	.000
INTERES DE NOCHE	0.787*	.000
IMPULSIVIDAD	0.751*	.000
DISTRACTIBILIDAD	0.900	.000
COMPORTAMIENTO RIESGOSO	0.647**	.000
LABILIDAD AFECTIVA	0.873	.000
IDEAS PERSECUSION	0.865	.000
DELIRIOS	0.870	.000
ALUCINACIONES	0.733*	.000
CONCIENCIA	0.868	.000

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Concerniente a la confiabilidad se analizó la Consistencia interna obteniendo un coeficiente alpha de 0.90 y todos los ítems se correlacionan altamente entre sí y con la escala total. Si tomamos en cuenta el hecho de que cuanto más próximo a la unidad es el coeficiente alpha, más consistentes son los ítems entre sí, y a que a modo indicativo se ha señalado que a partir de valores de alpha de 0.75-0.80 se considera que el instrumento es muy consistente (59), podemos afirmar que el Inventario de síntomas para el TBP está compuesto por ítems que miden lo mismo, presentando una alta consistencia interna.

Respecto a la confiabilidad interevaluador los coeficientes señalados en la mayoría de los ítems fueron significativamente distintos de cero ($p < 0,001$) y superiores a 0,8 lo cual indica una buena concordancia entre las medidas efectuadas por los tres evaluadores.

No obstante no fue posible establecer la validez concurrente entre el BISS y el estándar de oro para depresión con la escala de Hamilton, la correlación entre ambas no fue

significativa, tampoco se encontró correlación significativa entre el Hamilton y el factor ansioso del instrumento. Probablemente esto tenga explicación en el hecho de que para la validación inicial del instrumento en su idioma original en inglés se tomó en cuenta a un instrumento diferente, siendo la Escala Clínica Global (CGI) con la que se estableció la validez original. También se considera de importancia el hecho que el BISS y la escala de Hamilton presentan diferencias en algunos de los ítems que valoran y en la manera que abordan los síntomas depresivos. El BISS toma en cuenta algunos otros ítems no considerados en la escala de Hamilton como son los síntomas atípicos de depresión, por ejemplo sueño excesivo y aumento del apetito. Se considera importante establecer la validez concurrente con otros instrumentos útiles para depresión y ansiedad; pudiendo así establecer en estudios futuros la validez concurrente con de las subescalas para depresión y ansiedad.

Fue posible establecer la validez concurrente entre la subescala de manía y el factor de manía del BISS y el estándar de oro para manía mediante la escala de Young.

Para el análisis factorial se seleccionó el método de factores principales, teniendo en cuenta que el propósito fundamental era determinar la estructura de los dominios del síndrome buscando la presencia de variables latentes no observadas.

Nuestro análisis factorial indicó la presencia de cuatro factores, relacionados con síntomas del espectro ansioso-depresivo, manía, irritabilidad-agresividad y síntomas psicofisiológicos y psicóticos. Esta estructura factorial tiene una obvia posibilidad de interpretación desde el punto de vista clínico y resulta útil.

Existen diversos instrumentos para la evaluación de las dos fases de la enfermedad del trastorno bipolar tanto de depresión como de elevación del ánimo. Las escalas comúnmente utilizadas para cuantificar síntomas depresivos y de manía tienen limitaciones. Carecen de eficiencia para evaluar a la vez otros síntomas presentes en el Trastorno Bipolar como la impulsividad, ansiedad, molestias somáticas, síntomas psicóticos y episodios mixtos. Los sistemas actuales para evaluar el Trastorno Bipolar enfrentan algunas dificultades: Es difícil integrar diversos episodios de la Psicopatología. Algunos síntomas llegan a ocultar a otros lo cual lleva a la pérdida de información. Los límites entre estadios

de Espectro del Trastorno Bipolar son en ocasiones arbitrarios y requieren de interpretación muchas veces subjetiva. Las categorías diagnósticas disponibles son relativamente poco útiles para distinguir severidad. Los casos subclínicos del trastorno no son colocados de manera útil en las actuales categorías del Diagnóstico.

La presente escala pretende valorar el espectro completo sintomatológico, a través de la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos, maníacos y mixtos de manera simultánea, así como los efectos del tratamiento.

CONCLUSIONES

Se realizó la traducción del Inventario de Síntomas para el TBP de acuerdo a los lineamientos establecidos a nivel internacional.

La validez concurrente entre el Inventario de Síntomas para el TBP y los estándares de oro para depresión y manía pudo establecerse solo de manera parcial. Cumpliendo únicamente para la escala de Young y no así para la escala de Hamilton.

No obstante se puede concluir mediante los resultados obtenidos que presentó una buena confiabilidad obteniendo un alto índice de consistencia interna. Así como una buena confiabilidad interevaluador. Por lo cual se consideró que podría ser un instrumento útil para la valoración clínica y de tratamiento para el TBP.

Se apreciaron además ventajas de este instrumento respecto a otras escalas comúnmente empleadas para la valoración del TBP. Como la facultad de poder evaluar de manera simultánea síntomas depresivos, de elevación del ánimo y síntomas psicóticos en un solo momento y con un solo instrumento. Lo cual podría facilitar la evaluación de diversos estadios de la enfermedad como son los episodios mixtos o los episodios afectivos en presencia de síntomas psicóticos sin la necesidad de emplear múltiples escalas para valorar un solo episodio como es la práctica habitual. Valora aspectos no tomados en cuenta por otros instrumentos como la impulsividad y la labilidad afectiva.

Hay que señalar que sirve bien para discriminar entre pacientes con manía y sin ella, encontrándose diferencias, siendo mayor la puntuación, como es obvio en sujetos que presentaban sintomatología maniaca.

Podría además ser útil para facilitar el diagnóstico o ayudar a identificar la necesidad de medicación o ajuste al tratamiento. No obstante es importante remarcar que el BISS no debe ser empleado de modo aislado para realizar el diagnóstico clínico.

También podría en un futuro resultar útil para fines de investigación o ser una valiosa herramienta psicoeducativa para ayudar a los pacientes a reconocer y supervisar sus propios síntomas. Así como servir como medida subjetiva de mejora o empeoramiento clínico.

Referencias

1. Akiskal H. *Patterns of sensitisation in the course of affective illness. A life-charting study of treatment refractory depressed patients.* J Affect Disord. 70(1):67-75, 2002.
2. Angst J. *Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals?.* J Clin Psychiatry, 64 Suppl 6:18-22, 2003.
3. Angst J, Sellaro R. *Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder.* Biol. Psychiatry, 48:445-457, 2000.
4. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS. *Polarity of the First Episode, Clinical Characteristics, and Course of Manic Depressive Illness: a systematic Retrospective investigation of 320 Bipolar I patients.* Comprehensive Psychiatry, 41:13-18, 2000.
5. Tohen M, Hennen J, Zarate CM, y cols. *Two year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features.* Am J Psychiatry, 157:220-228, 2000a.
6. Tsuchiya KJ, Byrne M, Mortensen PS. *Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a sustematic review.* Bipolar Disorders, 5:231-242, 2003.
7. Bauer M, McBride L, Chase C. *Manual-Based Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: A feasibility Study.* J Clin Psychiatry, 59:9, 2001.
8. Findling RL, Kowatch RA. Post RM. *Causes and mechanisms of bipolar illness: a focus on childhood onset. En Pediatric Bipolar Disorder, a handbook for clinicians,* Martin Dunitz Editors, 51-86, 2003.

9. Ehlers C, Frank E. *Social zeitgebers and biological rhythms*. Archives of General Psychiatry, 45:948-952,1988.
10. Hunt N, Bruce-Jones W, Silverstone T. *Life events and relapse in bipolar affective disorder*. J Affect Disord, 25:13-20, 1992.
11. Johnson S, Roberts J. *Life events and bipolar disorder: Implications from biological Theories*, Psychological Bulletin, 117:434-449, 1995.
12. Kupka R, Nolen W. *The Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments*. British J of Psychiatry, 178 (suppl 41): 177-184, 2001.
13. Coryell W, Endicott J, Maser JD. *The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: The importance of episode recency*. J Affect Disord, 33:201-206,1995.
14. Gitlin MJ, Swendsen J, Séller TL, y cols. *Relapse and impairment in bipolar disorder*. Am J Psychiatry, 152:1635-1640, 1995.
15. Ferrier I, Mac Millan I, Young A. *The search for the wandering thymostat: a review of some developments in bipolar disorder research*. British J of Psychiatry, 178 (8):suppl 41: 345-349,2001.
16. Kupka R, Nolen W. *The Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments*. British J of Psychiatry, 178 (suppl 41): 177-184, 2001.
17. Akiskal H. *Classification, Diagnosis and Boundaries of Bipolar Disorders: A review*. En. *Bipolar Disorder*; Maj M, Akiskal H, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N Editors, WPA Series. Vol 5: 1-52, 2002.
18. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: E. & S. Livingstone; 1921.
19. Akiskal HS, Pinto O. *The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV*. Psychiatr Clin North Am 1999; 22:517–534.
20. Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. *Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania*. J Affect Disord 2003; 73:133–146.
21. Cassano GB, Rucci P, Frank E, et al. *The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach*. Am J Psychiatry 2004; 161:1264–1269.

- 22.** Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5:456–463.
- 23.** Ghaemi SN, Hsu DJ, Ko JY, et al. Bipolar spectrum disorder: a pilot study. *Psychopathology* 2004; 37:222–226.
This presents suggested diagnostic criteria for bipolar spectrum disorder.
- 24.** Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, et al. Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa-San Diego collaboration. *J Affect Disord* 2001; 67:105–114.
- 25.** Duffy A, Grof P, Robertson C, Alda M. The implications of genetics studies of major mood disorders for clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 630–637.
- 26.** Akiskal HS, Benazzi F. Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. *J Affect Disord* 2003; 73:113–122.
- 27.** Angst J, Sellaro R, Stassen HH, Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Disord* 2005; 84:149–157.
A high frequency of MDD shifted to BP-I and BP-II during long-term follow-up.
- 28.** Cassano GB, Rucci P, Frank E, et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1264–1269.
- 29.** Benazzi F. Family history validation of a definition of mixed depression. *Compr Psychiatry* 2005; 46:159–166.
- 30.** Benazzi F. Mixed depression: a clinical marker of bipolar-II disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29:267–274.
- 31.** Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:530–537.
- 32.** Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord* 2005; 85:45–52.
- 34.** Lauren B. Marangell, MD. The importance of Subsyndromal Symptoms in Bipolar Disorder. *J. Clin Psychiatry*. 2004; 65: 24-27.
- 35.** Ronald Pies, MD. *Journal of Psychiatric Practice* 2002;8:189–195.

- 36.** Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16(suppl. 1):4–14.
- 37.** Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE: Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:1265–70.
- 38.** Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *Journal of Psychiatric Practice* 2001;7:287–97.
- 39.** Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, et al. The clinical features of bipolar depression: A comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry* 2001;62: 212–26.
- 40.** Benazzi F. The clinical features of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2002;63:77–8.
- 41.** Bowden CL, Singh V, Thompson P, González JM, Katz MM, Dahl M, Prihoda TJ, Chang X,. Development of the Bipolar Inventory of Symptoms Scale. 189-193. 2006.
- 42.** Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- 43.** First, M.B.-Spitzer, R.L., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV® SCID-I. 1999.
- 44.** López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR*. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- 45.** Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-435.
- 46.** Williams JBW. A structured interview guide for the Hamilton Depression rating scale. *Arch Gen psychiat* 1988, 45. 742-747
- 47.** Spearing MK, Post RM, y cols. Modification of the clinical global impressions scale for use in bipolar illness: The CGI-BP. *Psychiatry Res*;73:159-171, 1997.
- 48.** Allan Beigel, MD; Dennis L. Murphy, MD; William E. Bunney, Jr., MD. The Manic-State Rating Scale. Scale Construction, Reliability, and Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1971; 25(3):256-262.

- 49.** R. W. Licht, J. Jensen. Validation of the Bech-Rafaelsen Mania Scale using latent structure analysis. Department of Psychiatric Demography, Psychiatric Hospital in Aarhus, University of Aarhus, Risskov, Denmark. 1997
- 50.** Liliana Dell'osso, Antonella Armani, Paola Rucci, Ellen Frank, Andrea Fagiolini, Giorgio Corretti, Katherine M Shear, Victoria J Grochocinski, Jack D Maser, Jean Endicott, Giovanni B Cassano. Measuring Mood Spectrum: Comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 43, No. 1. 2002 pp. 69-73.
- 51.** M. Pompili, P. Girardi, R. Tatarelli, P. Iliceto, E. De Pisa, L. Tondo, K. Akiskal, H. Akiskal TEMPS-A (Rome): Psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid- and south Italy *Journal of Affective Disorders*, Volume 107, Issue 1, Pages 63-75.
- 52.** Robert M.A. Hirschfeld; Charles Holzer; Joseph R. Calabrese (et.al) Validez del Cuestionario para los Trastornos del Estado del Ánimo: estudio en la población general. *American Journal of Psychiatry*. 2003.
- 53.** Altman EG, Hedeker DR. Janicak PG, Peterson JL. David JM. The clinician-administered rating scale for mania (CARS-M): development, reliability, and validity. *Biol Psychiatry* 1994, 36: 124-134.
- 54.** Bagby R, Ryder AG, Shuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become lead weight? *AM J Psychiatry* 2004; 161: 2163-2177.
- 55.** Kessler RC, Chiu WT, Demler O. Merikangas K, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity Survey Replications. *Arch Gen Psychiat* 2005; 62:617.
- 56.** Singh V; Bowden CL. Concepts surrounding the diagnosis and treatment of mixed states. *Clin Approach Bipolar Disord* 2005, 4: 35-43.
- 57.** Sartorius S., JANCA A. Psychiatric Assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31: 55-69, 1996.
- 58.** Nick Craddock*1,2, Ian Jones1,2, George Kirov1 and Lisa Jones. The Bipolar Affective Disorder Dimension Scale (BADDS) dimensional scale for rating lifetime psychopathology in Bipolar spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 2004, 4:19.
- 59.** Melía JL. Apuntes sobre teoría clásica de test. Universidad de Valencia 1990.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Nombre del Paciente: _____ Expediente: _____

Lo estamos invitando a participar en Una investigación “**TRADUCCION, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ CONCURRENTE DEL INVENTARIO DE SÍNTOMAS PARA EL TBP**” del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, esta investigación requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

A usted se le ha diagnosticado un TBP, actualmente se incluye dentro de los trastornos afectivos o trastornos del estado de ánimo ya que comprende períodos de un estado anímico eufórico y períodos de depresión, es una enfermedad de curso crónico, con episodios de depresión o de manía que se presenta de manera cíclica y con remisiones entre episodio y episodio. El diagnóstico del TBP en ocasiones es complicado. Al mismo tiempo la comorbilidad del TBP con otras condiciones psiquiátricas crean confusión en el diagnóstico y tratamiento.

El propósito de esta investigación es evaluar en el idioma español a un nuevo instrumento “El inventario de síntomas para el TBP” el cual permita hacer un mejor diagnóstico y por lo tanto ofrecer un mejor tratamiento en pacientes con este Trastorno. Dicho estudio se llevará a cabo en la clínica de TBP del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

De igual manera el presente estudio pretende posibilitar una mejoría en la evolución del TBP al incrementar notablemente el conocimiento de su enfermedad (y de su tratamiento) en pacientes y familiares, al disminuir el riesgo de episodios afectivos (depresión, hipomanías, manías) y de hospitalizaciones y al optimizar la adherencia al tratamiento en general.

PLAN DE INVESTIGACIÓN.

Su participación es libre y es una decisión que sólo usted tomará y no conlleva costo alguno para usted. Si acepta participar en esta investigación, será evaluado (a) por un médico (s) de la institución, quien se hará cargo de su evolución durante el transcurso de esta

investigación y se le realizarán algunas preguntas relacionadas a su padecimiento actual y se le pedirá contestar un cuestionario (s) dirigido (s) a conocer sobre su padecimiento. Desde luego que en todo momento usted podrá decidir no continuar en esta investigación y seguir recibiendo su atención medica sin que esto limite la atención que pueda recibir por parte de la institución.

BENEFICIOS

El presente estudio no implica un riesgo directo hacia usted. No obstante; al validar el Inventario de síntomas para TBP en su versión traducida al idioma español ayudará a un mejor diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con TBP en población mexicana.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación. Su identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de resultados. La información sólo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

RIESGOS

La realización de estas entrevistas tiene un riesgo mínimo, por ejemplo: si usted al llenar dichos cuestionarios o durante las entrevistas sufriese de algún cambio en relación a su estado de ánimo (síntomas de ansiedad y/o intranquilidad) o se detectaran condiciones clínicas que ameriten tratamiento específico, que le impidiesen concluir con dichas entrevistas y en su caso se estableciera un diagnóstico emergente, el médico encargado en el momento de su entrevista valorara la situación clínica y si ameritara usted algún manejo se atenderá en dicho momento, y de requerirse se enviara al servicio de urgencias de esta institución. El equipo de investigación se encargará de comunicar a su médico tratante cualquier condición que amerite tratamiento

Aceptación para participar en el estudio

Por medio del presente documento afirmo que he leído la hoja de información y se me ha explicado de manera comprensible y suficiente cuáles son los objetivos de la investigación y cuál será mi participación en él.

Por lo tanto, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado (a) que puedo suspender mi participación en la investigación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo o que recibiré en el futuro en esta Institución.

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a el Dr. Rafael Rodríguez y Fernández al teléfono 56552811 extensión 545 del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente o a su número celular 044 55 32 31 01 28.

Nombre y firma del paciente

Fecha _____

Nombre y firma del testigo

Fecha _____

Nombre y firma del testigo

Fecha _____

Nombre y Firma del Médico

Fecha _____

INVENTARIO DE SÍNTOMAS PARA TRASTORNO BIPOLAR

I. Depresión

1. Tristeza-expresada: Sentimiento subjetivo de depresión basado en quejas verbales de sentirse deprimido, triste, ánimo cambiante, melancólico, vacío, “no me importa”. No incluir aspectos tales como falta de motivación, pesimismo, sentimientos de no valer nada; intentos de suicidio o apariencia depresiva.

¿Durante la última semana, como se ha sentido?

Describa su estado de ánimo.

¿Se ha sentido deprimido (triste, voluble, de mal humor, bajo de ánimo, vacío, como si no le importa nada)?

¿Ha llorado o ha estado a punto de llorar?

¿Qué tan frecuentemente?

¿Es todo el tiempo?

¿Cuánto le dura?

¿Qué tan mal se siente?

¿Lo puede aguantar?

2. Tristeza-observada: Aspecto desanimado, abatido, melancólico, desesperación, que se refleja en el habla, expresiones faciales y postura. Calificar también según la incapacidad para estar de buen ánimo.

¿Le han comentado que usted parece triste, melancólico o infeliz?

3. Pesimismo: Desánimo, pesimismo y desesperanza.

¿Ha estado desanimado (pesimista, se ha sentido sin esperanza?) ¿Cómo ve su futuro?

¿Cómo piensa que van a salir las cosas?

¿Puede usted ver que su situación va a mejorar?

- 0 Ausente.
 - 1 Mínimo; p. ej., sólo ocasionalmente se siente “triste” o “bajo de ánimo”.
 - 2 Leve; p. ej., frecuentemente se siente algo “deprimido” “melancólico” o “descorazonado” y/o aparenta tristeza y responde menos a estímulos positivos.
 - 3 Moderado; p. ej., la mayoría del tiempo se siente “deprimido” y/o tiene varias manifestaciones de tristeza con capacidad limitada para mejorar el ánimo.
 - 4 Grave; p. ej., la mayoría del tiempo se siente “pésimo” o mantiene aspecto melancólico.
-
- 0. Ausente.
 - 1 Mínimo; p. ej., aparenta estar sin ánimo, pero se alegra fácilmente.
 - 2 Leve; p. ej., más manifestaciones físicas de tristeza, y responde menos a estímulos positivos.
 - 3 Moderado; p. ej., con frecuencia aparenta estar triste e infeliz.
 - 4 Grave; p. ej., extrema y continua tristeza y melancolía.
-
- 0 Ausente.
 - 1 Mfínimo; p. ej., sentimientos ocasionales de desaliento acerca del futuro.
 - 2 Leve; p. ej., frecuentemente desanimado.
 - 3 Moderado; p. ej., muy frecuentemente pensamientos pesimistas sobre el futuro.
 - 4 Grave; p. ej., sentimientos constantes y profundos de intenso pesimismo y desesperanza.

4. Suicidio: Tendencias suicidas, incluyendo la preocupación con pensamientos de muerte o de suicidio. No incluya solo el miedo de morir.

Cuando una persona se siente molesta, deprimida, o sin esperanza, él o ella pueden pensar en morir o tal vez matarse. ¿Ha tenido algunos de estos pensamientos?

¿Ha pensado cómo lo haría?

¿Le ha contado a alguien de sus pensamientos de suicidio?

¿lo ha intentado?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., pensamientos ocasionales sobre la muerte (sin pensamientos de suicidio) “Estaría mejor muerto” o “Desearía estar muerto”.
- 2 Leve; p. ej., pensamientos frecuentes de que sería mejor estar muerto o pensamientos ocasionales de suicidio sin plan ni intención.
- 3 Moderado; p. ej., frecuentemente piensa en suicidio o tiene algún pensamiento de un método específico.
- 4 Grave; p. ej., permanentemente piensa en el suicidio y tiene pensamientos de un plan específico o ha hecho un gesto o intento de suicidio.

5. Preocupaciones: Preocupación, preocupación que aflige, rumiación, incapacidad para evitar pensamientos desagradables (pueden o no ser acompañado por ánimo depresivo).

¿Ha estado preocupándose mucho?

¿Qué tanto se preocupa?

¿Qué tipo de cosas le han estado preocupando?

¿Cuánto tiempo dedica a esto?

¿Se puede quitar las preocupaciones de la mente?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., ocasionalmente se preocupa acerca de un problema real y/o trivial.
- 2 Leve; p. ej., con frecuencia se preocupa excesivamente de un problema.
- 3 Moderado; p. ej., con mucha frecuencia se preocupa excesivamente por un problema realista y/o trivial.
- 4 Grave; p. ej., casi todo el tiempo se mantiene preocupado por problemas que no puede resolver.

6. Culpa: Sentimientos de autoreproche reprobación o de culpabilidad excesiva e inadecuada por cosas realizadas o son realizar.

¿Se culpa a usted mismo por cualquier cosa que haya hecho o que no hizo?

¿Tiene sentimientos de culpa?

¿Siente que ha hecho algo mal?

¿Piensa usted que merece ser castigado?

¿Piensa que usted se lo ha buscado?

¿Ha sido crítico con usted mismo

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., ocasionalmente sentimientos ligeros de culpa.
- 2 Leve; p. ej., se siente a menudo algo culpable sobre acciones pasadas, exagera su significado, tal como las consecuencias de la enfermedad.
- 3 Moderado; p. ej., se siente a menudo muy culpable de acciones pasadas o sentimientos de culpa que no puede explicarse.
- 4 Grave; p. ej., sentimientos intensos de culpa, autoreproches intensos o sentimientos generalizados de auto acusación.

7. Sentimientos de minusvalía: Evaluación negativa de si mismo, incluyendo sentimientos de ser inadecuado, haber fracasado, o no valer nada.

¿Cómo ha estado su autoestima en la última semana?

¿Se ha estado sintiendo menos valioso?

¿Qué opina de usted mismo, comparado con otras personas?

¿Siente usted que no vale nada? ¿Piensa qué es un fracasado?

¿Con qué frecuencia se siente de esta manera?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., sentimientos ocasionales de sentirse inadecuado o con la autoestima baja.
- 2 Leve; p. ej., frecuentemente se siente algo inadecuado o con la autoestima baja.
- 3 Moderado; p. ej., frecuentemente siente que ha fracasado.
- 4 Grave; p. ej., siempre tiene fuerte sentimientos que no vale nada.

8. Baja energía: Dificultad o lentitud para iniciar empezar y realizar actividades diarias. Sentimiento subjetivo de falta de energía o fatiga. No califique la falta de interés.

¿Ha tenido menos energía que lo normal para hacer cosas? ¿Se ha estado sintiendo cansado fácilmente? No estoy hablando de su interés... por las cosas sino de su energía física para hacer las cosas.

¿Esto ha interferido con lograr hacer las tareas que normalmente necesita hacer? ¿Ha necesitado ayuda para empezar?

9. Retardo psicomotriz: Retraso generalizado de las reacciones físicas, movimientos, y del habla, incluyendo pausas al hablar. Califique con base en la información observada y reportada.

¿Se ha sentido lento, o incapaz de moverse con la velocidad habitual para usted?

*¿Ha tenido dificultades para empezar a hablar?
¿Ha hablado mucho menos que lo normal?
¿Ha sentido que se mueve en cámara lenta?*

10. Pérdida de interés (Anhedonia): Experiencia subjetiva de haber perdido el interés, o de ser incapaz de disfrutar actividades que normalmente producen placer. Capacidad reducida para reaccionar emocionalmente de la manera adecuada ante determinadas circunstancias o ante la gente.

**¿Cuándo ha participado en actividades que normalmente le gustan, estas son placenteras para usted?
¿Si no ha realizado ninguna de sus actividades normales, fue porque usted no tuvo la oportunidad?
¿Puede usted experimentar las emociones o el afecto que normalmente siente con sus seres queridos?**

11. Aislamiento Social: Hay reducción en el interés por relacionarse con otras personas. Se asocia con una reducción en las interacciones sociales y con pasar menos tiempo con otras personas.

**¿Ha tenido menos deseo o interés en buscar o estar con otras personas, incluyendo su familia, amigos, o personas con cuales trabaja?
¿De verdad ha pasado menos tiempo viendo o buscando a otras personas?**

*¿Cuánto tiempo menos de lo normal representa esto?
¿Ha estado evitando ver o encontrarse con familiares o personas conocidas?*

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., disminución ocasional de la energía.
- 2 Leve; p. ej., definitivamente hay momentos en los que está más cansado, o tiene menos energía que lo habitual.
- 3 Moderado; p. ej., la mayoría de las veces esta muy cansado, o le falta de energía.
- 4 Grave; p. ej., requiere descansar la mayoría del tiempo, casi siempre se siente fatigado.

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo, significado clínico dudoso; solo sentimiento subjetivo de enlentecimiento.
- 2 Leve; p. ej., es notorio un lenguaje lento pero no se observa forzado.
- 3 Moderado; p. ej., la conversación es forzada o se mueve lentamente.
- 4 Grave; p. ej., dificultades para mantener la conversación o difícilmente se mueve.

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo, La capacidad para disfrutar de sus intereses habituales es menor. Menor habilidad para sentir ira.
- 2 Leve; p. ej., hay pérdida de interés en el entorno / actividades, pérdida de sentimientos agradables hacia amigos y conocidos.
- 3 Moderado; p. ej., la mayor parte del tiempo persiste un interés notoriamente reducido en la mayoría de las actividades habitualmente placenteras o agradables.
- 4 Grave; p. ej., Se siente emocionalmente paralizado, no puede sentir afecto o sentimientos de ira o dolor, y hay una total incapacidad para sentir emociones respecto a sus familiares o amigos.

- 0. Ausente.
- 1. Mínimo p. ej., cierta reducción en el interés por interactuar socialmente.
- 2 Leve; p. ej., reducción clara en las interacciones sociales, tratando de evadir a otras personas.
- 3 Moderado; p. ej., reducción significativa del tiempo que pasa con otras personas, con algunas consecuencias negativas al evadir a las personas.
- 4 Grave p. ej., reducción notable en

interacciones sociales generando problemas en las relaciones familiares, con amigos y compañeros.

12. Reducción del deseo sexual: Reducción en el interés sexual, fantasías o en la actividad sexual. Evalúe considerando los intereses y hábitos sexuales del paciente cuando está bien.

¿Cómo ha estado su interés sexual y su actividad sexual durante la semana pasada?

¿Se ha reducido en algún momento?

¿Me puede dar un ejemplo como ha cambiado, ha disminuido?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; reducción en interés sexual.
- 2 Leve; p. ej., reducción definitiva en interés sexual. Actividad sexual habitual parcialmente reducida.
- 3 Moderada, p. ej., reducción persistente en el interés sexual. Reducción persistente en la actividad sexual habitual.
- 4 Grave; p. ej., indiferencia sexual completa. “no tengo ningún interés sexual”.

13. Ansiedad-expresada: Sentimientos subjetivos de ansiedad, miedo, o aprensión; considerar si están o no acompañados por ansiedad somática y si están o no enfocados en aspectos específicos.

¿Se ha sentido tenso, o ansioso?

¿Esto llega al punto de sentirse incómodo?

¿Ha sufrido ataques de ansiedad?

¿Puede controlar estos sentimientos?

- 0 Ausente
- 1 Mínimo; p. ej., Tensión interna momentánea.
- 2 Leve; p. ej., Períodos más largos o frecuentes de tensión, miedo que aun se puede controlar.
- 3 Moderado; p. ej., Ansioso, se siente incómodo la mayoría del tiempo, menos capacidad para controlar la tensión, miedo.
- 4 Grave; p. ej., Tensión, miedo, con frecuencia tiene ataques de ansiedad. Con frecuencia incapacitado para efectuar sus actividades normales.

14. Ansiedad-observada: Exceso de actividad autonómica y/o tensión muscular observable en la expresión facial, postura o movimientos; se pone rojo, sudor, manos frías.

¿Durante la semana pasada le han dicho que usted parece estar tenso o que se le ve ansioso como con las manos sudorosas o frías?

- 0 Ausente
- 1 Mínimo; p. ej., molestias autonómicas leves u ocasionales como ponerse rojo o sudar bajo estrés.
- 2 Leve; p. ej., Molestias autonómicas en algunas ocasiones, aun cuando no está bajo estrés.
- 3 Moderado; p. ej., tensión, incomodidad la mayoría del tiempo, capacidad mínima para controlar tensión, miedo.
- 4 Grave; p. ej., Tenso todo el tiempo, con miedo, con frecuencia tiene ataques de ansiedad. Clara incapacidad funcional

15. Ansiedad Somática expresada: Ha sido afectado por uno o más síntomas fisiológicos de ansiedad.

¿Le han molestado ciertos síntomas físicos, como palpitaciones, falta de aire, mucho sudor, dolores de cabeza, calambres en el estómago, diarrea, o tensión muscular?

Si la respuesta es sí, determine si hubo otros síntomas y la gravedad de las molestias.

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., De vez en cuando le sudan excesivamente las manos.
- 2 Leve; p. ej., Con frecuencia padece de uno o más síntomas fisiológicos en un grado muy leve.
- 3 Moderado; p. ej., Con frecuencia tiene varios síntomas o un solo síntoma pero de grado considerable.
- 4 Grave; p. ej., Con mucha frecuencia le molesta uno o

más síntomas o le molesta un síntoma en un nivel muy intenso.

16. Miedo: Reacción de alarma al percibir estímulos interpretados como desconocidos o peligrosos (sonidos, visualizaciones, eventos u olores). En ese momento su pulso aumenta, su respiración se agita y se produce una reacción autonómica de enfrentamiento o huida.

Algunas personas sienten miedo fácilmente en ciertos momentos o cuando suceden eventos desagradables a su alrededor.

¿Le ha pasado esto en la semana pasada?

¿Ha sentido miedo de repente?

¿El miedo que ha sentido es más fuerte que lo normal?

¿Cómo se ha sentido cuando ha ocurrido esto?

¿Qué tan tanto ha podido controlar el miedo?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., Ocasionalmente siente miedo momentáneo que disminuye rápidamente.
- 2 Leve; p. ej., Ocasionalmente el miedo persiste por cierto tiempo aunque trate de controlarlo.
- 3 Moderado; p. ej., Tiene miedo casi todos los días, a veces asociado al deseo de enfrentar la causa o de huir de la situación.
- 4 Grave; p. ej., Tiene miedo casi todos los días, durante todo el día. No lo puede controlar, tiene al menos una reacción intensa de miedo.

17. Insomnio: Su sueño es irregular, ya sea por dificultad para conciliar el sueño, presencia de despertares a la mitad de la noche o despertarse muy temprano, antes de lo deseable. Calcule de forma aproximada, el número de horas que siente que duerme y lo que pierde de sueño. Los pacientes que toman medicamentos para dormir deberán ser calificados con el nivel dos o más. No califique este apartado si el paciente tiene disminución en la necesidad del sueño.

¿Está tomando medicamentos para dormir?

¿Qué tal durmió la semana pasada?

¿Tuvo dificultades para dormirse?

¿Cuántas horas pudo dormir cada noche, a pesar de estar cansado?

¿Cuántos días tuvo dificultades para dormirse?

¿Cuántas noches ha podido dormir una noche entera?

- 0 Ausente. No ha habido insomnio durante el período de calificación.
- 1 Mínimo; p. ej., De vez en cuando tiene insomnio.
- 2 Leve; p. ej., Con frecuencia tiene noches de insomnio.
- 3 Moderado; p. ej., Normalmente tiene insomnio.
- 4 Grave; p. ej., El insomnio es constante y persistente.

18. Sueño excesivo: Aumento de las horas de sueño, en comparación con lo normal del paciente. La pregunta 17 ayuda a calificar esta pregunta. Considere que es posible que el paciente reciba una calificación positiva en las preguntas 17 y 18. No califique síntomas producidos por medicamentos.

¿Durante la semana pasada, hubo ocasiones en que durmió durante el día?

¿Toma siestas durante el día?

¿Tiene dificultades para levantarse de la cama?

¿Cuántas horas más de sueño ha tenido usted en comparación con lo normal?

- 0 Ausente. No ha presentado en lo absoluto sueño excesivo durante este tiempo.
- 1 Mínimo; p. ej., Duerme más de lo normal 1-2 noches por semana.
- 2 Leve; p. ej., Duerme 2-3 horas demás, casi todo los días.
- 3 Moderado; p. ej., Pasa parte del día dormido a pesar de haber tenido un sueño normal o incluso en exceso en las noches.
- 4 Grave; p. ej., Su sueño ha aumentado en 4 horas o más; ha tenido dificultades para levantarse, a pesar de haber dormido bien o en exceso.

<p>19. Disminución de Apetito: Apetito comparado con lo normal.</p> <p>¿Durante la semana pasada ha cambiado su apetito para comer comparado con lo habitual? ¿Ha comido menos de lo normal? ¿Tiene que esforzarse para comer? ¿Tienen otras personas que convencerlo para que coma? ¿Ha cambiado su peso durante el mes pasado?</p> <p>¿Cuánto ha cambiado su peso?</p>	<p>0 No ha cambiado.</p> <p>1 Ha disminuido un poco, significado clínico dudoso.</p> <p>2 Ha disminuido levemente el apetito.</p> <p>3 Disminución moderada de apetito, asociado con cambio de peso.</p> <p>4 Disminución severa; p. ej., No tiene apetito, pérdida de peso significativa.</p>
<p>20. Aumento de apetito: Aumento de apetito y/o comer en exceso (atracon).</p> <p>¿Ha comido más de lo habitual? ¿Ha sido capaz de controlar cuanto es lo que come? ¿Ha habido ocasiones cuando come cantidades enormes en un tiempo muy corto? (atracones) ¿Ha comido entre comidas regulares? (“snacks”)</p> <p><i>¿Ha cambiado su peso por el cambio de apetito?</i> <i>¿Cuánto tiempo ha comido en exceso (atracones) o entre comidas (“botanas”)?</i></p>	<p>0 No ha cambiado.</p> <p>1 Incremento mínimo, significado clínico cuestionable.</p> <p>2 Incremento leve de apetito.</p> <p>3 Pérdida moderada de control al comer y/o incremento de apetito asociado con cambio de peso.</p> <p>4 Incremento severo (pérdida de control al comer o aumento significativo de peso).</p>
<p>21. Alteraciones en la concentración: Tiene dificultad para organizar sus pensamientos, esto ha podido ocasionar una alteración en su funcionamiento. Calificar la frecuencia, intensidad y grado de disfunción producida.</p> <p>¿Qué tan bien ha podido concentrarse? ¿Ha habido veces en que su concentración ha estado por debajo de su nivel normal?</p> <p><i>¿Esto ha interferido con su habilidad para leer, trabajar, o conversar con otros?</i></p>	<p>0 Ninguna.</p> <p>1 Mínimo; p. ej., De vez en cuando tiene dificultad en agrupar sus pensamientos.</p> <p>2 Leve; p. ej., Dificultad de concentración y para mantener un pensamiento que a veces interfiere con una conversación o lectura.</p> <p>3 Moderada; p. ej., La mayoría del tiempo tiene alteraciones en la concentración, y las responsabilidades diarias y acciones son entorpecidas por esto.</p> <p>4 Grave; p. ej., Falta de concentración incapacitante.</p>
<p>22. Agitación: Actividad motriz sin objetivo. Incapacidad para quedarse sentado, inquietud, movimiento en las manos, caminar de un lado a otro, jalándose la ropa, movimiento de labios o dedos sin querer. No incluir sensación de tensión o de inquietud. Calificar lo observado y lo reportado por el paciente.</p> <p>¿Ha habido momentos en que no se ha podido sentar quieto? ¿Sintió que necesita andar para arriba y para abajo?</p> <p><i>¿Notó que se jalaba su ropa, el pelo, o la piel? ¿Se retorció las manos? ¿Qué tan seguido hizo esto? ¿Le ha generado alteraciones en su funcionamiento</i></p>	<p>0 Ninguna.</p> <p>1 Mínimo; de significado clínico dudoso.</p> <p>2 Leve; p. ej., Ocasionalmente no puede estar quieto o sentado en silencio en una silla.</p> <p>3 Moderado; p. ej., Frecuentemente se jala el pelo, la ropa, etc. o tiene que moverse.</p> <p>4 Grave; p. ej., Está constantemente moviéndose o jalando el pelo o la ropa, etc. o está caminado de un lado a otro.</p>

II. Manía

23. Irritabilidad-reportada: Sensación subjetiva de enojo, resentimiento, o enfado (dirigido externamente), aunque se exprese abiertamente o no. Califique sólo la intensidad y la duración de la sensación subjetiva de irritabilidad.

¿Qué tan irritable, enojado, o resentido se ha sentido aunque no lo haya demostrado?

¿Qué tanto se sintió de esta manera?

¿Qué tanto del tiempo se sintió de esta manera?

¿Cómo demostró su (enojo, enfado, irritabilidad)?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; De significado clínico dudoso.
- 2 Leve; p. ej., Definitivamente más irritable que lo que corresponde a la situación, pero únicamente ocasional y no de una manera intensa.
- 3 Moderada; p. ej., Con frecuencia se siente bastante enojado o en ocasiones se siente muy enojado.
- 4 Grave; p. ej., La mayoría del tiempo está enojado o con frecuencia se siente muy enojado.

24. Irritabilidad-observada: Expresión abierta de irritabilidad, enfado y enojo. No califique las sensaciones subjetivas de enfado, enojo, o irritabilidad en esta pregunta, solo califique la irritabilidad que se exprese abiertamente. Incluye la irritabilidad observada por otras personas.

¿Durante la pasada semana ha expresado su irritabilidad o enojo a otros?

¿Qué tan seguido ocurrió esto?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; De significado clínico dudoso.
- 2 Leve; p. ej., definitivamente más irritable que lo que corresponde a la situación, pero solo en ocasiones y no de forma intensa.
- 3 Moderado; p. ej., Con frecuencia muestra enojo.
- 4 Grave; p. ej., La mayoría del tiempo muestra un intenso enojo.

25. Comportamiento Agresivo: Comportamiento de confrontación, discutiendo.

¿Durante la semana pasada, ha habido veces en que ha subido la voz, ha sido demandante, o sarcástico?

¿Ha tenido argumentos o confrontaciones con la gente?

¿Se puso furioso cuando lo anterior pasó? ¿Tiró, o quebró algo? ¿Empujó o le pegó a alguien?

- 0 Ausente
- 1 Mínimo; De significado clínico dudoso.
- 2 Leve; En ocasiones ha subido la voz, o ha sido sarcástico, pero solo de vez en cuando.
- 3 Moderado; p. ej., Con frecuencia es demandante o sube la voz.
- 4 Grave; p. ej., La mayor parte del tiempo es algo demandante, o sube la voz, o ha habido cualquier incidente en donde termina gritando, pegando o rompiendo cosas.

26. Hiperactividad: Aumento en actividades intencionadas o dirigidas a una meta en comparación con lo normal. Considere cambios en el nivel de actividad en el trabajo, familia, amigos, deseo sexual, proyectos, intereses, o actividades (p. ej., llamadas telefónicas, escribir cartas).

¿Ha estado más activo o involucrado en cosas de lo normal?

¿Ha estado más activo en su trabajo, labores en casa, familia, amigos, sexo, pasatiempos, proyectos nuevos o intereses?

¿Cuánto de su día ha ocupado en esto?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; Un poco de más interés en actividades, pero de significado dudoso.
- 2 Leve; Un poco aumento en el nivel de actividad.
- 3 Moderado; Un moderado aumento en actividad.
- 4 Grave; Aumento marcado, casi constantemente involucrado en numerosas actividades en áreas diversas.

27. Aumento de la energía: Incremento excepcional en el nivel de energía, más activo de lo normal sin cansancio.

¿Ha tenido más energía de lo normal para hacer las cosas?

¿Más energía que si solo regresará a su nivel normal o habitual?

¿Parecía como si tuviera demasiada energía?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; Aumento mínimo del nivel de energía, pero de significado dudoso.
- 2 Leve; Aumento leve en energía. Menos fatigado de lo normal.
- 3 Moderado; Aumento moderado en el nivel de energía comparado con lo normal, con poca sensación de fatiga.
- 4 Grave; Notablemente más activo de lo normal, la mayor parte del tiempo sin sensación de fatiga.

28. Aumento en interés social: Más interés o atención a otros. Asociado con aumento de interacciones sociales y aumento de tiempo dedicado hacia otros.

¿Ha tenido más interés de lo normal en pasar tiempo con otras personas, incluyendo la iglesia, familia, amigos, socios?

¿Realmente pasó más tiempo interactuando con otros?

¿Cuánto tiempo más de lo normal ha representado para usted?

¿Hizo contacto social con personas desconocidas o con personas que no ha visto desde hace mucho tiempo?

¿Qué me dice acerca de hablar por teléfono o usar el internet para conversar?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo aumento de interés en interacciones sociales. De significado dudoso.
- 2 Leve; aumento en interacciones sociales, asociado con buscar activamente a otros.
- 3 Moderado; Aumento significativo en tiempo compartido con otros, causando disfunción mínima, p. ej., Renovando amistades de forma inapropiada.
- 4 Grave; Aumento notable en las interacciones sociales, asociado con intromisiones con personas que no les cae bien, contacto con desconocidos (extraños).

29. Aumento en la velocidad de las ideas reportado: Aumento en la velocidad de las ideas, las cuales se pueden observar cuando habla. Hay continuidad de pensamiento aunque sea difícil o imposible mantenerse en un mismo tema. Califique en base del reporte subjetivo.

¿Le ha sucedido el tener demasiados pensamientos al mismo tiempo?

¿Ha aumentado la velocidad de sus pensamientos?

¿Esto le ha ocasionado alguna dificultad para mantenerla línea del pensamiento?

¿Por cuánto tiempo le ha ocurrido esto?

¿Esto se ha presentado de forma moderada o severa durante la semana pasada?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., se siente con ganas de platicar.
- 2 Leve; p. ej., asociaciones libres animadas, sin interferir en el mantenimiento de la línea de pensamiento.
- 3 Moderado; p. ej., flujo rápido de ideas, con dificultad para regresar al tema principal de los pensamientos.
- 4 Grave; p. ej., constantemente siente que muchos pensamientos corren por su mente, tiene muchas dificultades recolectando pensamientos y regresando al tema principal.

30. Verborrea: Prisa para hablar, aumento en el flujo del habla, demasiado locuaz. Califique el comportamiento observado y reportado.

¿Ha sentido que habla demasiado rápido, que habla muchísimo en las conversaciones?

¿Tuvieron otros que interrumpirlo para poder hablar?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., tendencia de hablar en exceso, sin perjudicar.
- 2 Leve; p. ej., habla muy rápido y excesivo. Contesta con respuestas detalladas.
- 3 Moderado; p. ej., habla mucho, difícil de

¿Esto ha interferido con la efectividad de sus conversaciones?

31. Aumento en conductas sexuales: Tiene un interés sexual más fuerte que lo normal. Tal vez se refleje en un aumento en actividades sexuales o fantasías. Evalúe comparando con los hábitos sexuales usuales cuando el paciente está bien.

¿Cómo ha sido su interés en actividades sexuales durante la semana pasada?

¿Ha pensado o hablado más de lo normal sobre cosas sexuales?

¿Cuál ha sido su nivel de actividad sexual?

32. Disminución en la necesidad de sueño: Menor necesidad de dormir durante la semana pasada. El paciente puede tener una calificación positiva en este punto al igual en otros puntos como el 17/18.

¿Ha necesitado menos sueño de lo normal para sentirse descansado?

¿Cuántas horas durmió?

¿Cuántos días de la semana pasada necesitó dormir menos?

¿Cuántas horas de sueño necesita usted normalmente?

33. Grandiosidad: Aumento en autoestima y autovaloración, de contactos sociales, poder o conocimiento (hasta delirios grandiosidad) comparado con nivel normal. Los delirios de persecución no deberán ser considerados como evidencia de grandiosidad al menos que el paciente sienta que la persecución se debe a algunos atributos especiales (p. ej., poder, contactos).

¿Ha sentido más confianza en usted mismo que lo normal?

¿Ha sentido que usted es una persona particularmente importante o que tiene capacidades o habilidades especiales?

¿Ha hecho planes especiales?

34. Euforia: Estado de ánimo elevado y/o tiene actitud optimista hacia el futuro, fuera de proporción con las circunstancias.

¿Ha habido momentos cuando se ha sentido muy bien, o excesivamente alegre fuera de lo normal?

¿Se ha sentido en la cima del mundo o como si no hubiera nada que usted no pudiera hacer?

¿Ha sentido como que todo le va a salir como usted quiso?

interrumpir.

4 Grave; p. ej., hablando constantemente. Las palabras fluyen sin parar. No se le puede interrumpir la mayoría del tiempo.

0 Ausente.

1 Un mínimo aumento en interés sexual.

2 Leve aumento ligero en interés sexual, p. ej., fantasías que preocupan al paciente algunas veces.

3 Moderado; p. ej., aumento definitivo de interés sexual o actividades, o fantasías intrusivas sexuales.

4 Grave; p. ej., preocupación con fantasías sexuales. Aumento notable en actividades sexuales.

0 Ausente. No ha reducido la necesidad de dormir la semana pasada.

1 Mínimo; hasta una hora menos de lo normal.

2 Leve; hasta dos horas menos de lo normal.

3 Moderado; hasta tres horas menos de lo normal.

4 Grave; cuatro o más horas menos de lo normal.

0 Ausente

1 Mínimo; p. ej., es más expansivo, con más confianza en sí mismo que la mayoría de las personas en circunstancias similares.

2 Leve; p. ej., Definitivamente elevación de la autoestima o exagera sus capacidades, fuera de proporción con las circunstancias.

3 Moderado; p. ej., Autoestima elevada, fuera de proporción con las circunstancias.

4 Grave; p. ej., grandiosidad puede tener un componente delirante.

0 Ausente.

1 Mínimo; p. ej., está más animado que otras personas en circunstancias similares, pero significado clínico dudoso..

2 Leve; p. ej., definitivamente con estado de ánimo elevado y punto de vista positivo algo fuera de proporción con las circunstancias.

3 Moderado; p. ej., Estado de ánimo y punto de vista claramente fuera de proporción con las

35. Claridad de pensamiento: Ha tenido pensamiento inusualmente agudo y claro, asociado con la creatividad, o habilidades para resolver problemas.

¿Ha habido momentos en que sus pensamientos parecían especialmente claros durante la semana?
¿Recuerda haber tenido ideas extraordinariamente creativas o soluciones a problemas?

¿Qué tan diferente de lo normal fue esto?

36. Aumento de energía o intereses en la noche: Energía, actividad, intereses en la noche.

¿Han estado su energía, sus actividades o intereses más o menos igual durante todo el día?
¿Ha tenido alguna tendencia a estar particularmente activo o ha empezado proyectos en la tarde o en la noche?

¿Esto lo ha mantenido despierto más de la hora de dormir habitual, o incluso después de la medianoche?

¿Le ha sido difícil parar lo que está haciendo en la noche, p. ej., lectura, ver la televisión, o trabajar en un proyecto?

37. Impulsividad: Toma decisiones, o empieza acciones sin considerar sus consecuencias. La impulsividad puede estar asociada con intrusividad, gastos, crítica a otros, o comportamiento sexual.

¿Ha tomado algunas decisiones sin pensar bien la situación? ¿Ha tomado decisiones repentinamente?
¿Ha dicho algo cuando debería de haberse quedado callado o ha adquirido proyectos sin pensarlo bien?

¿Ha podido controlar sus respuestas cuando ha estado en una situación donde necesita tomar una decisión? ¿Ha sido paciente o impaciente cuando ha tenido que esperar en una fila, como pasar a una caja? ¿Se ha metido en una fila? ¿Ha

circunstancias.

4 Grave; p. ej., Calidad de euforia o estado de ánimo exaltado.

0 Ausente.

1 Mínimo; p. ej., momentos breves de pensamientos con más claridad o con más creatividad.

2 Leve. Poco aumento en claridad o creatividad de pensamientos.

3 Moderado; p.ej., aumento moderado; cree que él o ella tiene perspectivas importantes hacia asuntos personales o externos, pero con insuficiente evidencia de esto.

4 Grave. Aumento notable; la mayoría del tiempo el pensamiento es excepcionalmente claro y creativo, puede estar asociado con consecuencias negativas. p. ej., actúa en base de sus creencias sin posibilidad razonable de éxito en la acción tomada.

0 Ausente.

1 Mínimo p. ej., Con frecuencia ha tenido más energía, e intereses en la noche que lo reatrasan para irse a acostar hasta una hora.

2 Leve; p. ej., La mayoría de las noches hace actividades que lo atrasan para irse a acostar hasta dos horas. Tiene dificultad discontinuando sus actividades de la noche.

3 Moderado; p. ej., Falla definitiva por aumento de energía actividad e intereses en la noche. Se queda despierto, activo más allá de la media noche. Se atrasa irse a dormir por más de dos horas.

4 Severo; p. ej., Notable interferencia con la hora que se va a acostar, e interferencia con actividades durante el día debido a elevada energía, actividad o interés en la noche.

0 Ausente

1 Mínimo; p. ej., ocasionalmente impulsivo con pocas o sin consecuencias adversas.

2 Leve; p. ej., Frecuentes actos impulsivos leves con algunas consecuencias adversas. p. ej., manejar a una velocidad un poco más rápido de lo normal o adelantarse en la fila.

3 Moderado; p. ej., actos impulsivos frecuentes, con muchas probabilidades de tener consecuencias adversas, como ser despedido del trabajo, infracciones de tránsito, cargos legales. La

comprado cosas que no necesitaba?

impulsividad es evidente durante la entrevista.

38. Distractibilidad: Atención fácilmente desviada por estímulos externos. Califique principalmente en el comportamiento observado.

¿Nota que su atención se mueve a otras cosas que están pasando alrededor suyo? ¿Se ha distraído fácilmente por lo que pasa a sus alrededores?

¿Ha notado que esto le cause dificultad para mantenerse en un tema durante una conversación o para concentrarse?

- 4 Grave; Alteraciones serias por impulsividad p. ej., accidente con consecuencias médicas o ser multado por la policía.
- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., atención distraída de vez en cuando por estímulos irrelevantes, como ruidos de fondo.
- 2 Leve; p. ej., se distrae fácilmente, pero regresa al tema principal sin ayuda.
- 3 Moderado; p. ej., se distrae con más frecuencia, y tiene dificultad regresando al tema, aún con ayuda.
- 4 Grave; p. ej., continuamente distraído por eventos y objetos incidentales, lo cual hace que sea difícil la entrevista.

39. Comportamiento riesgoso: Se involucra en actividades con alto potencial para consecuencias adversas en lo social, legal, financiero, o sexual.

¿Ha hecho algo que fue riesgoso o que le causó problemas? ¿Ha gastado más de lo que debe? ¿Le ha dicho algo ofensivo a otra persona sin necesidad, ha manejado muy rápido o hecho alguna otra cosa que le haya causado problemas? ¿Ha usado alguna droga que puede ser dañina para usted?

¿Con qué frecuencia ha ocurrido esto la semana pasada? ¿Puede dar un ejemplo?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; únicamente pensamientos de comportamiento promiscuo, o maneja de forma moderadamente agresiva.
- 2 Leve; p. ej., se pone en situaciones con algún peligro de lesiones, atracción de la atención de la policía o de contraer alguna enfermedad contagiosa.
- 3 Moderado; p. ej., Frecuentemente participa en actos de riesgo, con al menos una acción de peligrosidad seria.
- 4 Grave; p. ej., Discute con oficiales sin provocación alguna, se pasa los semáforos en rojo, busca prostitutas.

40. Labilidad afectiva: Cambios espontáneos de emociones afectivas o estados de emociones que duran desde minutos hasta horas. Cambios de las emociones independientemente de las circunstancias. Frecuentemente descrito metafóricamente, “Estoy en una Montaña Rusa, soy como un yoyo” Afectos pueden ser triste, alegre, aturdido, enojado, o con demasiada confianza. No clasifique basado en el estado afectivo expresado. Clasifique basado en la proporción de tiempo con labilidad, grado de inhabilidad para controlar cambios afectivos.

¿Qué tan estable ha estado su estado de ánimo? ¿Cambian sus emociones rápidamente o de vez en cuando?

¿Cuánto está usted así? ¿Cuando esto pasa, puede pararlo? ¿Interfiere esto en su vida diaria?

- 0 Ausente.
- 1 Mínimo; p. ej., Periodos esporádicos de fluctuaciones en estado de ánimo o afectos, generalmente durante el día, de significado clínico dudoso.
- 2 Leve; p. ej., Frecuente leve, inestabilidad en el estado de ánimo que la familia o amigos ven como disfuncional.
- 3 Moderado; p. ej., Inestabilidad afectiva que genera una alteración definitiva en lo social, o en el funcionamiento laboral.
- 4 Grave; p.ej. Alteración seria por inestabilidad emocional. Persiste la mayor parte del día, casi todo los días interfiere con sus funciones sociales y laborales.

- 41. Ideas de persecución.** Desde una leve falta de confianza hasta franca suspicacia y delirios de persecución. No incluye sentimientos o creencias que son completamente justificadas por la situación.
- ¿Hay personas que le están haciendo la vida difícil o le causan problemas adrede, o han tratado de hacerle daño? ¿Ha tenido que estar a la defensiva con las personas?**
- ¿Se ha sentido desconfiado de otros o temeroso que se aprovechen de usted? ¿Ha sentido que alguien hace algo contra usted personalmente?*
- 0 Ausente.
 1 Mínimo; Pocos sentimientos de falta de confianza que tal vez se basen en la realidad, y son de significado dudoso.
 2 Leve; Sospechoso, definitivamente no justificado por la situación, pero solo de vez en cuando y de leve intensidad p. ej., con frecuencia se siente que se aprovechan de él/ella.
 3 Moderado; Con frecuencia sospecha y desconfía pero claramente tiene ideas de referencia que se reconocen como de su imaginación.
 4 Severo; Fuertemente suspicaz con sentimientos de persecución con una intensidad de delirio p. ej., puede existir un complot contra él o ella.
- 42. Delirios:** Severos delirios de cualquier tipo. Considere la convicción en delirios preocupantes, y el efecto en acciones. Utilice preguntas apropiadas para obtener sus ideas de delirio.
- ¿Ha estado su mente jugando con usted de alguna manera? ¿Ha tenido algunas ideas que otras personas tal vez no entiendan?**
- ¿Pensó que esto era producto de su imaginación? ¿Se ha sentido controlado por un poder externo? ¿Qué hizo acerca de _____?*
- 0 Ausente.
 1 Mínimo, probable pero no perjudicial.
 2 Leve; delirio definitivamente presente, pero a veces el paciente lo reconoce como una creencia falsa.
 3 Moderado; el delirio tiene un efecto significativo en las acciones, pensamientos y sentimientos p. ej., le pide a su familia que le perdonen sus pecados, preocupado con la creencia que él/ella tiene un poder especial.
 4 Grave; los delirios tienen un mayor impacto en el paciente o en otros, p. ej., tiene delirios de control, llama a los números de emergencia acerca de invasores extraterrestres.
- 43. Alucinaciones:** Severidad de alucinaciones de cualquier tipo. Considere la convicción que tiene el paciente de la realidad de sus alucinaciones, preocupación, y efectos sobre el comportamiento. Utilice preguntas apropiadas para obtener información sobre alucinaciones.
- ¿Ha oído voces u otras cosas que no estaban allí o que otras personas no podían oír? ¿Ha habido algo fuera de lo normal sobre el modo en que se ven las cosas, se oyen, o huelen?**
- ¿Piensa que..... fue su imaginación? ¿Qué hizo acerca de esto?*
- 0 Ausente
 1 Mínimo; ocasional alteración de percepción de dudosa significancia clínica.
 2 Leve; Definitivamente presentes pero el paciente sabe que son su imaginación y normalmente puede ignorarlas.
 3 Moderadas; Generalmente cree en la realidad de la alucinación, pero tiene poca influencia en el comportamiento.
 4 Grave; Convencido que la alucinación es real y tiene efectos significativos en sus acciones p. ej., cierra con llave las puertas para no dejar entrar a los que escucha que lo persiguen.
- 44. Conciencia de enfermedad:** Está consciente de, o entiende su enfermedad, el desvarío en su comportamiento, y que necesita tratamientos psiquiátricos.
- ¿Por qué viene a tratamiento psiquiátrico? ¿Siente que tiene problemas emocionales o una enfermedad mental en este momento? ¿Cree que necesita tratamiento psiquiátrico?**
- 0 Ausente; Conciencia presente, el paciente admite, y entiende su enfermedad, y que necesita tratamiento.
 1 Mínimo; El paciente siente que está enfermo o que necesita tratamiento, pero tiene poca conciencia de la historia de la enfermedad o de lo que caracteriza la enfermedad.

¿Cómo explicaría usted su comportamiento, síntomas, etc?

- 2 Leve; Admite que su comportamiento ha cambiado o de la necesidad de tratamiento, pero lo atribuye a un factor externo no psiquiátrico. (Ejemplo: conflicto en el matrimonio, estrés). Los factores son plausibles y no de delirio.
- 3 Moderado; Admite que su comportamiento ha cambiado o que necesita tratamiento, pero da explicaciones delirantes o implausibles.
- 4 Grave; Niega cambios en comportamiento, niega la enfermedad o necesidad de tratamiento.