

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

11241

15
20

REPRODUCTIBILIDAD Y VALIDEZ CONCURRENTES INTER-OBSERVADORES
DE LA ESCALA PARA MANIA (MAS)

TESINA QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

DRA. MERCEDES MARIA ELENA LOPEZ ACEVES

MEXICO, D.F.

FEBRERO, 1990.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

- I. TITULO
- II. INTRODUCCION
- III. JUSTIFICACION
- IV. ANTECEDENTES
- V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- VI. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION
- VII. POBLACION A ESTUDIAR
- VIII. METODOS
- IX. PROCEDIMIENTO
- X. RESULTADOS
- XI. DISCUSION
- XII. CONCLUSIONES
- XIII. BIBLIOGRAFIA
- ANEXO 1 Y 2

II.- INTRODUCCION

GIGANTES EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA Y LA LITERATURA COMO HOMERO, PLUTARCO, HIPÓCRATES Y AVICENA, DESCRIBIERON TANTO LA MANÍA COMO LA MELANCOLÍA. EL ÚLTIMO MÉDICO DE LA EDAD MEDIA, EN SU CANON DE LA MEDICINA QUE SIRVIÓ DE TEXTO A MUCHAS GENERACIONES DE MÉDICOS, DESCRIBE EL FRENESÍ Y LA MANÍA CON GRAN FINURA DIFERENCIÁNDOLA DE OTRAS, COMO LO QUE HOY CONOCEMOS COMO ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRANSTORNOS MENTALES. REBASADO EL OBSCURANTISMO DE LA EDAD MEDIA CON EL RENACIMIENTO Y LA ILUSTRACIÓN, SE RETOMAN CONCEPTOS HIPOCRÁTICOS, DE ASCLEPIADES, ARISTÓTELES Y OTROS LIBERANDO A LA ENFERMEDAD MENTAL DE LA DEMONOLOGÍA. (1).

LAS CONCEPCIONES Y CLASIFICACIONES ACTUALES, SE FUNDAN EN LOS TRATADOS DE KRAEPELIN, QUIEN EN 1896 PROPUSO EL NOMBRE DE ENFERMEDAD MANIACO-DEPRESIVA, DESCRIBIÉNDOLA COMO UNA ENFERMEDAD PERIÓDICA Y CIRCULAR. ESTE AUTOR HABLÓ DE UNA PREDISPOSICIÓN INNATA, DÁNDOLE MENOS IMPORTANCIA A LOS FACTORES EXTERNOS. POSTERIORMENTE LOS PSICOANALISTAS, POSTULAN TEORÍAS PSICOLÓGICAS ACERCA DE LA PSICOSIS. ABRAHAM EL PRIMER PSICOANALISTA QUE ESTUDIÓ PACIENTES MANIACO-DEPRESIVOS, ENFATIZÓ QUE EN LOS PERÍODOS DE REMISIÓN LOS PACIENTES NO ERAN TOTALMENTE NORMALES, TENIENDO UNA PERSONALIDAD PARECIDA A LA DE LOS OBSESIVO-COMPULSIVOS. ESTE AUTOR, EN 1911, EXPLICÓ ESTE CUADRO CLÍNICO, UTILIZANDO LA TEORÍA DE LA LÍBIDO, POSTU-

LÓ QUE ESTOS PACIENTES TENÍAN UNA CARGA ANAL MUY INTENSA QUE ERA EL RESULTADO DE FRUSTRACIONES O DE FALTA DE GRATIFICACIONES POR PARTE DE LA MADRE. COMO RESULTADO DE ESTA ORALIDAD - FRUSTRADA, EL SUJETO NO PROGRESABA A LA SIGUIENTE FASE DE LA PERSONALIDAD LLEVANDO A LOS PACIENTES A UNA AMBIVALENCIA CON RESPECTO AL OBJETO AMADO. (2)

FREUD CREÍA QUE LA PÉRDIDA DEL OBJETO AMADO ERA LA QUE PRODUCÍA LA MELANCOLÍA, SUGIRIÓ, QUE EL DEPRIMIDO DESVIABA SU LÍBIDO DEL OBJETO PERDIDO HACIA SU PROPIO EGO. EN LA ESTRUCTURA PSICOANALÍTICA LA MANÍA ES VISTA COMO UNA DEFENSA EN CONTRA DE LA MELANCOLÍA. (3)

POR OTRA PARTE HA HABIDO INTENTOS PARA INTEGRAR LOS HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS DENTRO DE TEORÍAS QUE UNEN ENFERMEDADES DEL AFECTO CON EL METABOLISMO DE AMINAS BIOGÉNICAS. YA EN 1915, H. CANNON POSTULÓ QUE LA ADRENALINA ERA SECRETADA COMO PARTE DE UNA RESPUESTA DEL ANIMAL A LA FURIA O EL MIEDO. HA SIDO APARENTE QUE EXISTE UNA ÍNTIMA RELACIÓN ENTRE LA ADRENALINA Y OTRAS AMINAS BIOGÉNICAS CON LAS REACCIONES EMOCIONALES; POSTULÁNDOSE QUE LOS CAMBIOS DEL AFECTO SE ACOMPAÑAN DE CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, EN EL SISTEMA NERVIOSO AUTONÓMICO Y EL SISTEMA NERVIOSO ENDÓCRINO. (2)

SCHILDKRAUT EN 1965 (4), EN LA DÉCADA DE LOS 60s, REPORTAN ASOCIACIONES ENTRE ALGUNAS DEPRESIONES Y UNA DEFICIEN-

CIA FUNCIONAL DE NOREPINEFRINA EN CIERTOS SITIOS DEL CEREBRO- Y A LA MANÍA CON UN EXCESO; COOPEN Y COL. (5), DEMOSTRÓ NIVELES DISMINUIDOS DE SEROTONINA EN EL TRONCO CEREBRAL DE PACIENTES DEPRIMIDOS, CUANDO LOS COMPARÓ CON MATERIAL DE AUTOPSIA - CONTROL.

SE HA DEMOSTRADO QUE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN ENDÓGENA, PUEDEN SEPARARSE BIOQUÍMICAMENTE EN DOS GRUPOS: UNO CUYO DÉFICIT SE ENCUENTRAN EN LOS NIVELES DE SEROTONINA, Y OTRO EN LOS DE NORADRENALINA (4).

EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM III), DEFINE AL TRASTORNO AFECTIVO MAYOR EN FASE DE MANÍA, COMO UN TRASTORNO EN EL ESTADO DE ÁNIMO CARACTERIZADO POR EUFORIA, EXPANSIVIDAD, E IRRITABILIDAD. ESTE - - TRASTORNO PUEDE LLEGAR A SER TAN GRAVE QUE PROVOQUE UN DETERIORO DE LAS ACTIVIDADES LABORALES, SOCIALES O RELACIONALES. LOS SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES INCLUYEN AUTOESTIMA EXCESIVA O GRANDIOSIDAD (QUE PUEDE SER DELIRANTE), DISMINUCIÓN DEL SUEÑO, - VERBORREA, FUGA DE IDEAS, DISTRACTIBILIDAD, AUMENTO DE LAS ACTIVIDADES DIRIGIDAS A OBJETIVOS; AGITACIÓN PSICOMOTORA Y EXCESIVA IMPLICACIÓN EN ACTIVIDADES PLACENTERAS DE ALTO RIESGO O CONFLICTIVIDAD, CON FRECUENCIA NO RECONOCIDOS POR EL SUJETO. EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECE SÓLO SI NO PUEDE DEMOSTRARSE QUE UN FACTOR ORGÁNICO INICIÓ Y MANTIENE LA ALTERACIÓN. ADEMÁS EL DIAGNÓSTICO NO SE REALIZA SI LA ALTERACIÓN ESTÁ SUPERPUESTA A UNA ESQUIZOFRENIA, A UN TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, A

UN TRASTORNO DELIRANTE O A UN TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO, O SI SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DEL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO (6).

EL ESTADO DE ÁNIMO PUEDE DEFINIRSE COMO EUFÓRICO, IN-SÓLITAMENTE OPTIMISTA, FESTIVO O ELEVADO, CON UNA CUALIDAD - CONTAGIOSA QUE ARRASTRA AL OBSERVADOR Y QUE ES CALIFICADA COMO EXCESIVA POR LOS QUE CONOCEN BIEN AL SUJETO. LA CUALIDAD EXPANSIVA DE LA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO SE CARACTERIZA POR UN ESTUSIASMO INCESANTE Y POR UN CONTACTO NO SELECTIVO -- CON LA GENTE, EN BUSCA DE IMPLICACIÓN CON CUALQUIER ASPECTO - DEL ENTORNO. AUNQUE LA ELEVACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO SE CONSIDERA EL SÍNTOMA PROTOTIPO, LA ALTERACIÓN PREDOMINANTE PUEDE SER LA IRRITABILIDAD, QUE SE HACE MÁS EVIDENTE CUANDO SE CONTRARÍA AL SUJETO (6).

DE FORMA CARACTERÍSTICA, HAY UN INCREMENTO DE LA AUTOESTIMA, QUE VA DESDE UNA AUTOCONFIANZA CON FALTA DE CRÍTICA - HASTA UNA EXAGERADA GRANDIOSIDAD, QUE PUEDE SER DELIRANTE, - POR EJEMPLO, EL SUJETO PUEDE DAR CONSEJOS SOBRE ASUNTOS DE - LOS QUE NO TIENE UN CONOCIMIENTO ESPECÍFICO; TALES COMO DE - QUÉ MANERA DEBE FUNCIONAR UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA O LAS NACIONES UNIDAS. A PESAR DE LA FALTA DE UN ESPECIAL TALENTO, EL SUJETO PUEDE EMPEZAR A ESCRIBIR UNA NOVELA, COMPONER MÚSICA O BUSCAR PUBLICIDAD PARA UN INVENTO IRREALIZABLE. SON HABITUALES LOS DELIRIOS DE GRANDEZA, INCLUYENDO UNA ESPECIAL RELACIÓN CON DIOS O ALGÚN PERSONAJE CONOCIDO DE LA POLÍTICA, LA

RELIGIÓN O EL ESPECTÁCULO (6).

CASI INVARIABLEMENTE HAY UNA DISMINUCIÓN DE LA NECESIDAD DE DORMIR; EL SUJETO PERMANECE DESPIERTO Y LLENO DE ENERGÍA DURANTE MUCHAS MÁS HORAS DE LO HABITUAL. CUANDO LA ALTERACIÓN DEL SUEÑO ES GRAVE, EL SUJETO PUEDE AGUANTAR VARIOS DÍAS SIN DORMIR, SIN SENTIR CANSANCIO.

EL LENGUAJE MANIACO ES DE TONO TÍPICAMENTE ALTO, RÁPIDO Y DIFÍCIL DE INTERRUMPIR. A MENUDO ESTÁ LLENO DE CHISTES, DE JUEGOS DE PALABRAS Y DE SARCÁSTICAS IMPERTINENCIAS. PUEDE LLEGAR A SER TEATRAL, CON CANCIONES Y MANERISMOS DRAMÁTICOS. LAS PALABRAS PUEDEN SER ELEGIDAS MÁS POR SU SONIDO (CONSONANCIA), QUE POR SU SIGNIFICADO CONCEPTUAL. SI EL HUMOR ES MÁS IRRITABLE QUE EXPANSIVO PUEDE HABER QUEJAS, COMENTARIOS HOSTILES Y REPROCHES AIRADOS.

FRECUENTEMENTE HAY FUGA DE IDEAS; ES DECIR, FLUJO CASI CONTÍNUO DE UN LENGUAJE ACELERADO, CON CAMBIOS BRUSCOS DE UN TEMA A OTRO A PARTIR DE ASOCIACIONES COMPRESIBLES, ESTÍMULOS DISTRACTORES O JUEGOS DE PALABRAS. CUANDO LA FUGA DE IDEAS ES GRAVE, EL LENGUAJE PUEDE ESTAR DESORGANIZADO O SER INCOHERENTE. SIN EMBARGO PUEDE PRESENTARSE UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD ASOCIATIVA E INCOHERENCIA SIN FUGA DE IDEAS, CUANDO EL SUJETO ESTÁ BAJO LA INFLUENCIA DE LA MEDICACIÓN (6).

LA DISTRACTIBILIDAD FRECUENTE Y SE MANIFIESTA CON CAM

BIOS RÁPIDOS EN EL LENGUAJE Y LA ACTIVIDAD, EN RESPUESTA A -
DIVERSOS ESTÍMULOS IRRELEVANTES, COMO RUIDOS DE FONDO O DIBU-
JOS O CUADROS EN LA PARED.

EL AUMENTO DE LAS ACTIVIDADES DIRIGIDAS A OBJETIVOS -
IMPLICA UNA EXCESIVA PLANIFICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE MÚLTI -
PLES ACTIVIDADES (POR EJEMPLO, SEXUALES, LABORALES, POLÍTICAS,
RELIGIOSAS). CASI SIEMPRE, HAY UN AUMENTO DE LA SOCIABILIDAD
QUE INDUCE A RENOVAR VIEJAS AMISTADES Y A TELEFONEAR A LOS -
AMIGOS A CUALQUIER HORA DE LA NOCHE. EL SUJETO NO CAE EN LA
CUENTA DE LA NATURALEZA AVASALLADORA Y POCO DELICADA DE ESTOS
ACTOS. CON FRECUENCIA, LA EXPANSIVIDAD, EL OPTIMISMO INJUSTI -
FICADO, LA GRANDIOSIDAD Y LA FALTA DE JUICIO, CONDUCEN A ACTI -
VIDADES COMO GASTAR MUCHO DINERO EN JUERGAS, CONDUCIR IMPRU -
DENTEMENTE, INVERTIR EN NEGOCIOS ABSURDOS, Y A CONDUCTAS SE -
XUALES INHABITUALES EN EL SUJETO. LAS ACTIVIDADES TIENEN CON
FRECUENCIA CARACTERÍSTICAS INCOHERENTES, LLAMATIVAS O EXTRA -
ÑAS; POR EJEMPLO, VESTIR ROPA CON COLORES CHILLANTES O USAR -
PRENDAS EXTRAÑAS; GASTAR EXCESIVAMENTE, IR DESALINADO O REPAR -
TIR DULCES, DINERO O CONSEJOS A LA GENTE QUE PASA (6).

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PSICOSIS MANIACO DE -
PRESIVA EN FASE DE MANÍA Y ESQUIZOFRENIA PUEDE, EN ALGUNAS -
CIRCUNSTANCIAS, SER EXTREMADAMENTE DIFÍCIL. ES IMPORTANTE HA -
CER LA DISTINCIÓN POR RAZONES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y -
POR LAS IMPLICACIONES PRONÓSTICAS (7).

EL ENFOQUE DEL MÉDICO SOBRE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS - (MUY FRECUENTEMENTE EN LOS DELIRIOS), LA BAJA FRECUENCIA DE - EUFORIA DURANTE CIERTOS EPISODIOS MANIACOS, O EL ADVERTIRLA - DURANTE LOS ACCESOS DE IRRITABILIDAD PUEDEN SER ALGUNAS DE - LAS RAZONES DEL DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO (7).

LA ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA INCLUYE FUNDAMENTAL - MENTE, TRASTORNOS DEL AFECTO; PUEDE COMPORTAR NOTABLES TRAS - TORNOS DEL PENSAMIENTO Y DEL COMPORTAMIENTO, PERO ÉSTOS GENE - RALMENTE SE CONSIDERAN ADECUADOS AL AFECTO PREDOMINANTE. EL - DIAGNÓSTICO SUELE APLICARSE A PACIENTES QUE CUENTAN EN SU HIS - TORIA PSICOSIS AFECTIVA ANTERIOR, O EN AUSENCIA DE ELLA, - - CUANDO NO HA HABIDO UN HECHO DESENCADENANTE OBVIO, NI UN TIPO - DIFERENTE DE ENFERMEDAD PREEXISTENTE. EL PACIENTE QUE PADECE - EL TIPO MANIACO DEL TRASTORNO, SUELE PRESENTAR EXALTACIÓN E - IRRITABILIDAD, ACELERACIÓN DEL HABLA, FUGA DE IDEAS Y AUMENTO - DE LA ACTIVIDAD MOTORA. EL PACIENTE DEL TIPO DEPRESIVO, PRE - SENTA TODO LO CONTRARIO: ÁNIMO DEPRIMIDO, RETARDO MENTAL Y MO - TOR, AGITACIÓN Y SENTIMIENTOS DE TEMOR. DENTRO DEL TIPO MA - NIACO DEPRESIVO CIRCULAR SE CLASIFICAN LOS QUE TIENEN AL ME - NOS UN EPISODIO DE CADA UNO DE LOS DOS ESTADOS. LA ENFERME - DAD MANIACO DEPRESIVA DE TODOS LOS TIPOS TIENE TENDENCIA A LA - REMISIÓN Y A LA REAPARICIÓN, AUNQUE NO ES RARO EL CASO DE UNA - ENFERMEDAD AISLADA, ASÍ COMO TAMPOCO PROVOCA DETERIORO MENTAL. - CUANDO EL DESENLACE RESULTA DIFERENTE A LO EXPUESTO HASTA AHO - RA, SE SUPONE QUE EL DIAGNÓSTICO ORIGINAL FUE INCORRECTO O QUE

HA SOBREVENIDO UN TRASTORNO DISTINTO (2).

FACTORES HEREDITARIOS:

LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LOS GEMELOS Y SUS FAMILIARES, HAN APOYADO LOS DETERMINANTES GENÉTICOS DE LAS ENFERMEDADES AFECTIVAS QUE SUGIEREN, QUE LA ENFERMEDAD AFECTIVA BIPOLAR Y UNIPOLAR, NO SOLO SE REFIEREN A DOS ENTIDADES CLÍNICAS DIFERENTES, SINO QUE TAMBIÉN PUEDEN TENER UN PATRÓN GENÉTICO DIFERENTE DE TRANSMISIÓN. EN EL TIPO BIPOLAR, LA TRANSMISIÓN PUEDE SER DE TIPO DOMINANTE RELACIONADO CON EL SEXO; EN OTROS CASOS PUEDE SER AUTOSÓMICA DOMINANTE CON BAJA PENE- TRANCIA, Y EN OTROS DE TIPO POLIGÉNICO. EN EL TIPO UNIPOLAR SE HAN DISTINGUIDO, AL MENOS, DOS SUBGRUPOS UNO LLAMADO ENFERMEDAD DEPRESIVA PURA Y EL OTRO QUE ES UN ESPECTRO DE ENFERMEDAD DEPRESIVA CON UNA HERENCIA POLIGÉNICA (8).

MECANISMOS BIOQUÍMICOS:

LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS PUEDEN UTILIZARSE, PARA EXPLORAR LOS MECANISMOS BIOQUÍMICOS, QUE PUEDEN ACOMPAÑAR A LA CONDUCTA DEPRESIVA O SER RESPONSABLES DE ELLA. HA QUEDADO ESTABLECIDO QUE LAS INDOLAMINAS Y LAS CATECOLAMINAS SON LOS PRINCIPALES NEUROTRANSMISORES EN LAS ÁREAS DEL CEREBRO RELACIONADAS CON LA FUNCIÓN EMOCIONAL, ENTRE OTRAS FUNCIONES REGULAN LA TRANSMISIÓN DE LOS IMPULSOS NERVIOSOS EN ESTAS ÁREAS

CONTROLANDO LA CONDUCCIÓN A TRAVÉS DE LA SINAPSI. POR EJEMPLO, LA NORADRENALINA ES UNA CATECOLAMINA SINTETIZADA EN LA NEURONA Y ALMACENADA EN UNAS VESÍCULAS SITUADAS EN LA TERMINACIÓN DEL NERVI. UN IMPULSO NERVIOSO LIBERA LA NORADRENALINA Y LA CONDUCE AL ESPACIO SINÁPTICO, DONDE ACTIVA A UNA NEURONA RECEPTORA; LUEGO EL TRANSMISOR SE DESACTIVA PORQUE VUELVE A LAS VESÍCULAS DE ALMACENAJE DE LA TERMINACIÓN NERVIOSA O SE DESTRUYE GRACIAS A LA ACCIÓN DE LA ENZIMA MONOAMINOOXIDASA. LOS DETALLES DE ESTE PROCESO FUERON DESCUBIERTOS MIENTRAS SE INVESTIGABA EL HALLAZGO CLÍNICO DE QUE LA RESERPINA DISMINUÍA LA PRESIÓN SANGUÍNEA CUANDO SE ADMINISTRABA A INDIVIDUOS HIPERTENSOS, CON FRECUENCIA OCASIONABA SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN -- (9) (10).

ESTUDIOS REALIZADOS EN LINFOCITOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN Y MANÍA HAN ENCONTRADO CAMBIOS EN LOS RECEPTORES BETA ADRENÉRGICOS LINFOCITARIOS, QUE SUGIEREN UNA DISMINUCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS RECEPTORES BETA-ADRENÉRGICOS EN LOS LINFOCITOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AFECTIVAS. ESTOS ESTUDIOS NO PUEDEN DISTINGUIR SI LA DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ES SECUNDARIA A UNA REDUCCIÓN DE LA AFINIDAD DEL RECEPTOR O EN EL NÚMERO DE RECEPTORES.

DICHOS HALLAZGOS PARECEN REFLEJAR UNA DISMINUCIÓN ADRENÉRGICA CENTRAL. ESTO SE HA POSTULADO EN LOS DESÓRDENES AFECTIVOS, EN LOS QUE SE ASOCIAN A LA DEPRESIÓN CON UN ESTADO

HIPOADRENÉRIGICO; SUGIRIENDO QUE LA MANÍA Y LA DEPRESIÓN REPRESENTAN DIFERENTES ESTADOS DE LA MISMA DIMENSIÓN MÁS QUE EXTREMOS OPUESTOS DE UN MISMO POLO. (11)

LOS RITMOS BIOLÓGICOS Y LOS TRASTORNOS AFECTIVOS:

LOS SERES VIVOS POSEEN SISTEMAS QUE PERMITEN REGISTRAR FENÓMENOS DEL MEDIO AMBIENTE Y SINCRONIZAR SUS RITMOS ENDÓGENOS A ESTOS FENÓMENOS. EL SISTEMA CRONBIOLÓGICO ESTA COMPUESTO POR OSCILACIONES PRIMARIOS O MARCAPASOS, OSCILADORES SECUNDARIOS, TRANSDUCTORES MEDIADORES, ELEMENTOS ACTIVOS Y ELEMENTOS PASIVOS. EL NÚCLEO SUPRAQUIASMÁTICO Y OTROS NÚCLEOS HIPOTALÁMICOS APARECEN COMO MARCAPASOS QUE CONTROLAN UNA SERIE DE RITMOS. SUPUESTAMENTE EN EL SER HUMANO HAY UN MARCAPASO FUERTE Y OTRO DÉBIL: EL PRIMERO CONTROLA LOS RITMOS DE CORTISOL, LA TEMPERATURA CORPORAL Y LA PROPENSIÓN A PRESENTAR SUEÑO MOR, MIENTRAS QUE EL SEGUNDO CONTROLA EL CICLO SUEÑO-VIGILIA Y LA SECRECIÓN DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO. EN LOS SERES HUMANOS SOMETIDOS A CONDICIONES CONSTANTES DE AISLAMIENTO SE OBSERVA UN DESACOPAMIENTO DE LOS DOS OSCILADORES.

EN EL CASO DE ALTERACIONES AFECTIVAS HAY EVIDENCIAS QUE SUGIEREN LA EXISTENCIA DE UN COMPONENTE CRONBIOLÓGICO:

- 1.-) LAS VARIACIONES CIRCADIANAS DEL AFECTO HUMANO;
- 2.-) LA RECURRENCIA ESTACIONAL DE LOS CUADROS AFECTIVOS;
- 3.-) LOS DESPERTARES MATUTINOS TEMPRANOS;
- 4.-) LA CICLICIDAD DE LA ENFERMEDAD.

FENOMENOLÓGICAMENTE ENCONTRAMOS QUE EN EL CASO DE LOS

ENFERMOS BIPOLARES, SE DAN CICLOS RÁPIDOS DE 48 HORAS, CICLOS RÁPIDOS DE DÍAS O SEMANAS Y CICLOS ESTACIONALES.

LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LOS DEPRIMIDOS HAN LLEVADO A POSTULAR HIPÓTESIS DE QUE PERTENECEN A UNA FASE AVANZADA DE LA DEPRESIÓN, Y POR OTRA PARTE EXPLICAN EL EFECTO BENÉFICO QUE TIENE LA MANIPULACIÓN DEL SUEÑO PARCIAL O TOTAL EN LA DEPRESIÓN. EL CONOCIMIENTO DE LA MANERA COMO FUNCIONAN LOS DIFERENTES APARATOS Y SISTEMAS SE HA VISTO INCREMENTADO POR LA PATOLOGÍA DE ESAS ESTRUCTURAS. LAS ESTRUCTURAS ENFERMAS NOS PROPORCIONAN MODELOS NATURALES PARA ENTENDERLAS. LOS SERES VIVOS SON CAPACES DE LLEVAR RITMOS INTERNOS AUTÓNOMOS DE LOS FENÓMENOS EXÓGENOS QUE SE PUEDEN OBSERVAR EN CONDICIONES DE AISLAMIENTO SIN ZEITGEBERS. EL PAPEL QUE TENGAN LAS ALTERACIONES DE LOS RITMOS BIOLÓGICOS EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS HA SIDO CUESTIONADO A LA LUZ DE MÚLTIPLES EVIDENCIAS. - (12).

III. JUSTIFICACION

PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO AFECTIVO MAYOR EN FASE DE MANÍA, EXISTEN CRITERIOS ESPECÍFICOS; COMO LOS DEL DSM III Y EL CIE-9, QUE PERMITEN UN ACUERDO ENTRE LOS CLÍNICOS AL HACER EL DIAGNÓSTICO.

SIN EMBARGO ES EVIDENTE QUE LA CUANTIFICACIÓN EN LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS ES OTRO PARÁMETRO QUE EL CLÍNICO DEBE TENER EN CUENTA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES, PARA ESTA CUANTIFICACIÓN ACTUALMENTE EXISTEN INSTRUMENTOS QUE SON ÚTILES, YA QUE PERMITEN ABREVIAR EL TIEMPO DE LA ENTREVISTA, EVITAN LA CONFIANZA DE LA SUBJETIVIDAD EN LA APRECIACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS Y SON ESPECIALMENTE ÚTILES EN LA EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA COMO EN LOS CASOS, EN LOS QUE SE COMPARA LA EFECTIVIDAD DE MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE ESTE TRASTORNO; POR LO TANTO CONSIDERAMOS IMPORTANTE INVESTIGAR SI LOS INSTRUMENTOS DISPONIBLES EN NUESTRO MEDIO TIENEN UNA REPRODUCTIBILIDAD Y VALIDEZ ACEPTABLE CUANDO SE COMPARAN CON OTRAS ESCALAS.

IV. ANTECEDENTES

LA ENFERMEDAD MANIACO-DEPRESIVA ES, ESENCIALMENTE UN TRASTORNO GRAVE DEL ESTADO DE ÁNIMO. EL PACIENTE MANIACO PRESENTA DE MANERA CARACTERÍSTICA EUFORIA O IRRITABILIDAD, VERBOREA, FUGA DE IDEAS Y ACTIVIDAD MOTORA AUMENTADA. EL PACIENTE DEPRIMIDO PRESENTA LO CONTRARIO; ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO, RESENTIMIENTOS Y AGITACIÓN. LOS TRASTORNOS CLASIFICADOS COMO ENFERMEDADES MANIACO-DEPRESIVAS, DE TIPO CIRCULAR SE CARACTERIZA POR LA PRESENTACIÓN DE, POR LO MENOS, UN EPISODIO MANIACO Y UNO DEPRESIVO. (2)

AÚN CUANDO LOS DATOS ACTUALES SON INSUFICIENTES PARECE QUE LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD MANIACO-DEPRESIVA HA AUMENTADO MUCHO EN ESTE SIGLO. LA INCIDENCIA MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES MANIACO DEPRESIVAS QUE SE DA GENERALMENTE ES DE 3 A 4 POR MIL. LAS MUJERES SE AFECTAN MÁS QUE LOS HOMBRES Y, MUY AL REVÉS DE LO QUE SUCEDE EN LA ESQUIZOFRENIA, LAS CLASES SOCIALES MÁS ELEVADAS SUFREN LA ENFERMEDAD CON MAYOR FRECUENCIA QUE LAS CLASES BAJAS. EN LAS SERIES DE KRAEPELIN, EL 58% DE EPISODIOS INICIALES SE PRODUCERON ENTRE LOS 20 Y 30 AÑOS DE EDAD. LA FORMA MANIACA DE LA ENFERMEDAD SE PRESENTA SOBRE TODO EN JÓVENES; EL TIPO DEPRESIVO EN PERSONAS MAYORES. EN COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS, UN PORCENTAJE MÁS ELEVADO DE ESTOS PACIENTES ESTÁN CASADOS, Y EL STATUS MATRIMONIAL NO GUARDA RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO, A DIFERENCIA

DE LO QUE SUCEDE CON LA ESQUIZOFRENIA (2).

FREUD INDICÓ QUE, DE LA MISMA MANERA QUE LA PERSONA - LAMENTA LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO, EL MELANCÓLICO PARECE - QUE SE LAMENTA DE LA PÉRDIDA DE SU PROPIO YO. SUGIRIÓ QUE LA PERSONA DEPRIMIDA, AL RETIRAR SU UNIÓN LIBIDINAL DEL OBJETO - PERDIDO LO INVESTÍA EN SU PROPIO YO MÁS BIEN QUE A OTRO OBJETO. PARTE DE ESTA ENERGÍA LIBIDINAL SERVÍA PARA ESTABLECER - UNA IDENTIFICACIÓN DEL YO CON EL OBJETO ABANDONADO; LA LIBIDO RESTANTE ES REDUCIDA A SADISMO DIRIGIDA CONTRA EL YO. ESTE - SADISMO ORIGINARIAMENTE SERÍA DIRIGIDO HACIA EL OBJETO DEPRIVANTE CON EL CUAL EL YO ESTÁ AHORA IDENTIFICADO. (2)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

HAY UNA TRIADA CLÁSICA DE SÍNTOMAS: 1).- ESTADO DE -- ÁNIMO EUFÓICO PERO INESTABLE, 2).- PREMURA EN EL HABLAR, Y -- 3).- AUMENTO DE LA ACTIVIDAD MOTORA. EL HIPOMANIACO HABLA - CON FACILIDAD PERSUASIVAMENTE, CON GRACIA, Y NO PARA DE HA-- BLAR. ES CORDIAL AMISTOSO MUESTRA INTIMIDAD SIN QUE LE INVI-- TEN A ELLO, Y EN SU TRATO ES MUY PERSONAL SIN TENER EN CUENTA SI ES BIEN ACEPTADO O NO. IRRADIA BUENA SALUD LE BRILLAN LOS OJOS Y SU CABELLO ES COMO UNA AUREOLA, TIENE UNA PIEL RADIAN-- TE Y SU PASO ES MUY LIGERO; CASI SE PUEDE VER LA ELASTICIDAD DE SUS MÚSCULOS. ESTA CONSTANTEMENTE ACTIVO Y PARECE NO CAN-- SARSE NUNCA. SÓLO CUANDO SE PERMANECE CON ÉL SE PERCATA DE - QUE TIENE UNA GRAN CAPACIDAD DE DISTRACCIÓN; DE LA IMPACIEN -

CIA Y LA INTOLERANCIA QUE MANIFIESTA CUANDO SUS DESEOS NO SON GRATIFICADOS INMEDIATAMENTE; DE LAS ACCIONES IMPULSIVAS Y PERJUDICIALES QUE REALIZA; DE LA EXAGERADA INDULGENCIA QUE MUESTRA CONSIGO MISMO, Y DE CÓMO PUEDE OLVIDAR TRANQUILAMENTE LAS DIFICULTADES MÁS PATENTES. (2)

LA MANIA AGUDA:

EN ESTE ESTADO TODAS LAS MANIFESTACIONES ANTERIORES SON MÁS INTENSAS Y MÁS PERTURBADORAS PARA LOS QUE RODEAN A LA PERSONA. HAY UNA ANGUSTIOSA FALTA DE DECORO, CONVENCIONALISMO E INDISCRECIÓN. EL PACIENTE EXIGE E INTENTA DOMINAR EL CENTRO DE LA ESCENA. HACE JUEGOS DE PALABRAS, BROMAS Y CHISTES, ALGUNOS BUENOS OTROS HORRIBLES. SI SE LE CONTRADICE O SE LE IGNORA, SU EXCESIVO BUEN HUMOR SE TRANSFORMA INSTANTÁNEAMENTE EN UN ENOJO CARGADO DE SAÑA. ES DESCONSIDERADO CON LOS DEMÁS Y NO TOMA EN CUENTA SUS NECESIDADES, SU BIENESTAR Y SUS DERECHOS. ESTA CONSTANTEMENTE EN ACCIÓN, PASA RÁPIDAMENTE DE UNA ACTIVIDAD A OTRA, Y NUNCA TERMINA LO QUE EMPIEZA. HABLA LO MISMO QUE SE MUEVE: CON UNA FUGA DE IDEAS QUE PUEDE LLEVARLE A ASOCIACIONES ONOMATOPÉYICAS Y A UNA VERDADERA INCOHERENCIA. CUANDO SE ENFRENTA CON UN PROBLEMA REAL PUEDE ECHARSE A LLORAR DE REPENTE, PERO AL CAVO DE UN INSTANTE HABERSE OLVIDADO Y SER TODO SONRISAS. TODOS SUS IMPULSOS SE EXPRESAN EN PALABRAS Y, SI NO SE LE FRENA, TAMBIÉN EN LA ACCIÓN. HAY PÉRDIDA DE CONTACTO CON LA REALIDAD, INCAPACIDAD PARA AD-

HERIRSE A UNA LÍNEA DE PENSAMIENTO Y SEGUIRLA HASTA SU CONCLUSIÓN LÓGICA, Y CON FRECUENCIA APARENTES DELIRIOS DE RIQUEZA, O DE GRAN PODER O AMBOS, AUNQUE ESTOS SON MUY DIFERENTES DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS, QUE PODIAN CONSIDERARSE PARECIDOS EN UN NIVEL SUPERFICIAL. AUNQUE EL MANICOMIO TIENE TAN POCO CONTROL SOBRE SU CONDUCTA COMO EL ESQUIZOFRÉNICO, NO DA LA IMPRESIÓN DE ESTAR TAN ENAJENADO COMO ÉSTE, MÁ S BIEN PARECE UN CASO DE NEGACIÓN Y PERDIDA DE LAS INHIBICIONES NORMALES SIN PERTURBACIÓN PROFUNDA DEL SENTIDO DE IDENTIDAD. SIN EMBARGO, EL PACIENTE PUEDE SUFRIR CONFUSIÓN ESPACIO-TEMPORAL; PUEDE EQUIVOCARSE EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS Y OCASIONALMENTE SALUDAR A DESCONOCIDOS COMO SI FUERAN AMIGOS DE TODA LA VIDA. MUCHAS VECES UN ATAQUE DE MANÍA EMPIEZA CON UN BREVE PERÍODO DE DEPRESIÓN QUE LA FAMILIA RECUERDA RETROSPECTIVAMENTE PERO QUE NO CAUSÓ MAYOR PREOCUPACIÓN EN EL MOMENTO EN EL QUE SE PRODUJO. (2)

LA MANIA DELIRANTE:

ESTE ES EL ESTADO DE PERTURBACIÓN MÁ S INTENSO; PUEDE-DESARROLLARSE GRADUALMENTE, CUANDO EL PACIENTE PASA PRIMERO POR LAS DOS FASES MENORES, O PUEDE APARECER DE REPENTE. PUEDEN SER MANIFIESTOS TODOS LOS SÍNTOMAS QUE HEMOS MENCIONADO ANTES, PERO AHORA EN SU FORMA MÁ S EXTREMA. EL PACIENTE PIERDE EL CONTACTO TOTALMENTE, HABLA DE FORMA INCOHERENTE; Y SE ENTREGA A UNA ACTIVIDAD CONSTANTE Y SIN NINGÚ N PROPÓSITO. SON CORRIENTES LAS ALUCINACIONES Y LOS DELIRIOS; PUEDE HABER INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL. ES IMPOSIBLE TENER UN CONTACTO PROLONGADO CON EL PACIENTE, Y POR TANTO NO SE PUEDE CONSE-

GUIR SU COOPERACIÓN (2).

CON LAS ESCUELAS AMERICANAS, EN QUE SE PORMENORIZAN -
LOS SÍNTOMAS Y SE INTENTA HACER ESCALAS DE VALORACIÓN, LOS --
SÍNTOMAS SE VALORAN EN UN SÓLO PUNTO PRETENDIENDO UNA COONOTA
CIÓN NUMÉRICA, QUE HAGA MÁS FÁCIL APRECIAR LA SEVERIDAD DE -
LOS SÍNTOMAS EN UN MOMENTO DADO.

LORR DESDE PSYCHISTRIC PATIENT 1953, CREA UNA ESCALA,
LA MULTIDIMENSIONAL SCALE FOR RATING PSCHIATRIC PATIENT (MSRPP), EN ESTA
SE INTENTAN MEDIR LOS SÍNTOMAS POR ÁREAS PARA HACER MÁS FÁCIL
SU APLICACIÓN. POSTERIORMENTE EN 1960 CREA OTRA ESCALA LA IN
PATIENT MULTIDIMENSIONAL PSYCHIATRIC SCALE (IMPS) (13).

TENIENDO COMO BASE LAS DOS ESCALAS CREADAS POR LORR,
EL PSICÓLOGO OVERALL, CONSTRUYE UNA NUEVA ESCALA QUE REDUCE -
EL TIEMPO DE LA ENTREVISTA, MIDE SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLO
GÍA PSIQUIÁTRICA (BPRS). LA ESCALA CONSTA DE 18 APARATOS EL
ENTREVISTADOR EVALÚA LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE LA SINTOMATO
LOGÍA, NO ES UN INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO. LA ESCALA ES BÁSICA
MENTE CUANTITATIVA. INICIALMENTE SE PROBÓ ESTA ESCALA CON UN
GRUPO DE PSIQUIATRAS; OBTENIÉNDOSE MUY BUENOS RESULTADOS PARA
SU UTILIZACIÓN EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA. HACIÉNDOSE ÉNFA
SIS DE SU UTILIDAD CUANDO SE TRATA DE REALIZAR INVESTIGACIO--
NES CON PSICOFÁRMACOS (13).

EN 1960 SE CREA LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRE -

SIÓN, HA SIDO INTERNACIONALMENTE ACEPTADA, COMO LA ESCALA DE MAYOR APLICABILIDAD PARA INDIVIDUOS DE DIFERENTES CULTURAS, - CON ALTA CORRELACIÓN INTER-OBSERVADORES, FUNDADA EN MINUCIOSOS ESTUDIOS. (14)

EL PRIMER INTENTO DE IMPORTANCIA EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA PARA MEDIR LA SEVERIDAD EN EL TRASTORNO MANIACO FUE HECHA POR BIEGEL ET AL (1971), ESTA FUE EN UN PRINCIPIO APLICADA POR ENFERMERAS, CONSISTÍA DE 26 ITEMS; SE SOMETIÓ A UN ESTUDIO CONCURRENTE DE VALIDACIÓN, USANDO UNA ENTREVISTA CLÍNICA GLOBAL COMO ESTÁNDAR PARA VALIDACIÓN, SÓLO UN SUBGRUPO DE LOS ITEMS, FUE ENCONTRADO RELEVANTE, DESDE ENTONCES -- EXISTE UNA ESCALA CONSISTENTE EN 7 ITEMS, ESTA ESCALA SIN EMBARGO, NO INCLUYE PUNTOS TAN IMPORTANTES COMO CONTACTO SOCIAL, SUEÑO, Y ACTIVIDAD LABORAL (13).

CON ESTA BASE SE CONSTRUYÓ UNA ESCALA PARA MANÍA QUE CONSISTÍA EN 11 ITEMS, LA ESCALA DE BECH-RAFAELSEN (BRMS), -- ESTA ESCALA, SE CONSTRUYÓ PARA MEDIR EN FORMA CUANTITATIVA LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS SE HA OBSERVADO UNA ADECUADA REPRODUCTIBILIDAD INTER-OBSERVADORES (15).

BECH P. BOLWING, EN UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS ESCALAS PARA MANÍA DE BECH-RAFAELSEN (BRMS) Y LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDS), EN 18 PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA MANIACA, Y 31 PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA

DEPRESIVA, REPORTAN UNA REPRODUCTIBILIDAD INTER-OBSERVADORES PARA LA BRMS ADECUADA EN SU COMPARACIÓN A LA HDS (16).

PEETERSON ET AL EN 1973, CONSTRUYEN UNA ESCALA TOMANDO COMO BASE LA ESCALA DE BIEGEL ET AL, PARA SÍNTOMAS MANIACOS; - QUE CONSISTÍA DE 26 ITEMS Y 5 PUNTOS, EN SU APLICACIÓN SE ENCONTRÓ UNA ALTA REPRODUCTIBILIDAD INTER-OBSERVADORES. (17),

ESTO HACE EVIDENTE QUE LOS ESFUERZOS DE ESTOS AUTORES POR JERARQUIZAR LOS SÍNTOMAS Y REALIZAR ESTÁNDARES DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO HAN SIDO ESTÉRILES. QUEDA POR DEMÁS FUNDAMENTADO, QUE LA UTILIZACIÓN DE ESTOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN PSICOPATOLÓGICA SON ÚTILES EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA - EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES EN DONDE LA INVESTIGACIÓN ES SISTEMÁTICA.

REQUERIMIENTOS IDEALES PARA UNA ESCALA DE MEDICIÓN:

PARA QUE LOS DATOS OBTENIDOS CON DIFERENTE TIPO DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PUEDAN USARSE EN SITUACIONES PRÁCTICAS, ÉSTOS DEBEN SATISFACER CIERTAS CONDICIONES. PRIMERO, EL INSTRUMENTO DE MEDIDA QUE SE USA EN UN CASO Y CON UN PROPÓSITO DADOS, DEBE REALMENTE MEDIR EL RASGO QUE SE INTENTA MEDIR. SEGUNDO, EL INSTRUMENTO DEBE DAR MEDIDAS CONFIABLES, DE MANERA QUE SE OBTENGAN LOS MISMOS RESULTADOS AL VOLVER A MEDIR EL RASGO, BAJO CONDICIONES SIMILARES DEL OBJETO O INDIVIDUO EN CUESTIÓN. LOS DATOS DEBEN SER CONFIABLES DESDE DOS PUNTOS DE

VISTA; DEBEN SER SIGNIFICATIVOS Y REPRODUCIBLES. ES NECESARIO PROBAR EMPÍRICAMENTE QUE EL INSTRUMENTO MIDE LA VARIABLE QUE-- SE INTENTA MEDIR EN CADA CASO ESPECÍFICO. A ESTO SE LE LLAMA INVESTIGAR LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO Y ES UNA FASE IMPORTANTE EN EL TRABAJO DE CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS INSTRUMENTOS EN PSICOLOGÍA DIFERENCIAL. EL CONOCIMIENTO DEL GRADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO ES NECESARIO PARA QUE LOS DATOS OBTENIDOS CON ÉL PUE DAN USARSE SIGNIFICATIVAMENTE.

EL SEGUNDO REQUISITO DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA, -- MENCIONADO ANTES, FUE QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL INSTRUMENTO EN UNA DETERMINADA OCASIÓN, BAJO CIERTAS CONDICIONES, DEBEN SER REPRODUCIBLES, ES DECIR, LOS RESULTADOS DEBEN SER -- LOS MISMOS SI VOLVEMOS A MEDIR EL MISMO RASGO EN CONDICIONES -- IDÉNTICAS. ESTE ASPECTO DE LA EXACTITUD DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA ES SU CONFIABILIDAD EN LA ACEPCIÓN TÉCNICA DE ESTE TÉRMINO.

LOS PROBLEMAS DE CONFIABILIDAD, SE REFIEREN ENTONCES A LA EXACTITUD CON QUE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA, POR EJEMPLO UN TEST, MIDE LO QUE MIDE. CONOCIENDO SU CONFIABILIDAD PODEMOS -- INTERPRETAR LOS DATOS DEL INSTRUMENTO CON UN GRADO CONOCIDO DE CONFIANZA.

LA DISPERSIÓN DE LOS VALORES OBTENIDOS DE REPETIDAS ME DIONES DE LA MISMA DISTANCIA, BAJO CONDICIONES SIMILARES, -- PUEDE TOMARSE COMO EXPRESIÓN DE INCONFIABILIDAD; CUANTO MAYOR

ES LA DIFERENCIA ENTRE MEDIDAS DEL MISMO RASGO EN REPETIDAS -
OCASIONES TANTO MENOR ES LA CONFIABILIDAD.

EL GRADO DE ACUERDO ENTRE MEDIDAS HECHAS EN DIFEREN -
TES OCASIONES PUEDE COMPUTARSE POR MEDIO DE LOS MÉTODOS DE CO
RRELACIÓN. EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN PARA EL ACUERDO EN-
TRE MEDIDAS REPETIDAS BAJO CONDICIONES SIMILARES, CONSTITUYEN
EL VALOR NUMÉRICO DE LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS QUE PUEDEN
OBTENERSE CON UN INSTRUMENTO DADO. ESTE COEFICIENTE DE CORRE
LACIÓN ES LLAMADO COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD Y PUEDE TOMAR
VALORES ENTRE CERO Y UNO, PERO NO PUEDE SER NEGATIVO. SI EL
INSTRUMENTO ES INSENSIBLE A LOS FACTORES DEBIDOS AL AZAR, LOS
PUNTAJES DEL INDIVIDUO EN MEDIDAS SUCESIVAS SERÁN IDÉNTICAS,
Y SUS POSICIONES EN LAS DISTRIBUCIONES QUE PODEMOS CONSTRUIR
EN CADA OCASIÓN DE MEDIDA, SERÁN LAS MISMAS, POR LO QUE LA CO
RRELACIÓN ENTRE LAS DISTRIBUCIONES SERÁ 1.0. LAS MEDIDAS QUE
PUEDEN HACERSE CON TAL INSTRUMENTO SON COMPLETAMENTE CONFI--
BLES. (18)

CORRELACION:

LA RELACIÓN QUE HAY ENTRE VARIABLES ES A MENUDO LLAMA
DO CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES. EL GRADO DE CORRELACIÓN SE -
EXPRESA POR UN COEFICIENTE DE CORRELACIÓN. SE OBTIENE UN PUN
TAJE PARA CADA UNA DE LAS DOS VARIABLES Y SE ESTUDIA LA CORRE
LACIÓN ENTRE ELLAS. EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INDICA EN-
TONCES EL GRADO EN QUE LOS PUNTAJES DE UNA DE LAS VARIABLES -

MANTIENEN UNA RELACIÓN LINEAL SISTEMÁTICAMENTE CON LOS PUNTAJES EN LA OTRA.

EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN PUEDE TENER VALORES ENTRE 1.0 Y -1.0. EL VALOR DE 1.0 SIGNIFICA QUE EL ACUERDO ENTRE LOS DOS CONJUNTOS DE PUNTAJES PARA LOS QUE SE CALCULA LA CORRELACIÓN ES PERFECTO Y POSITIVO; CADA INDIVIDUO TIENE EXACTAMENTE LA MISMA POSICIÓN EXPRESADA COMO EL PUNTAJE ESTÁNDAR EN AMBAS DISTRIBUCIONES. EL VALOR -1.0 SIGNIFICA UNA RELACIÓN PERFECTA, PERO NEGATIVA; EN ESTE CASO LOS PUNTAJES ESTÁNDAR DE LOS INDIVIDUOS EN LAS DOS DISTRIBUCIONES SON LOS MISMOS, PERO TIENEN SIGNOS CONTRARIOS. SI NO HAY UNA RELACIÓN LINEAL SISTEMÁTICA ENTRE LOS PUNTAJES DE LAS DOS DISTRIBUCIONES, EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ES CERO.

EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ES, PUES, UNA MEDIDA DEL GRADO DE RELACIÓN LINEAL ENTRE DOS SERIES DE MEDIDAS.

LA EXACTITUD DE LA PREDICCIÓN QUE PUEDE HACERSE DE UNA VARIABLE A PARTIR DE LA OTRA, AUMENTA CON EL GRADO DE RELACIÓN DE LOS PUNTAJES: CUANTO MAYOR ES EL VALOR ABSOLUTO DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN, TANTO MÁS CIERTA SERÁ LA PREDICCIÓN.

CUANDO EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ES CERO, NO HAY RELACIÓN SISTEMÁTICA ENTRE LOS PUNTAJES DE LAS VARIABLES. LO MÁS QUE SE PUEDE HACER EN ESTE CASO, ES PREDECIR LA MEDIDA DE

LA DISTRIBUCIÓN Y, SI ESTAMOS FORZADOS A PREDECIR EL VALOR Y MÁS PROBABLE A PARTIR DE UN VALOR X CONOCIDO. ESTA PREDICCIÓN SERÁ POR SUPUESTO, LA MISMA PARA TODOS LOS VALORES X. ENTONCES, CUANDO LA CORRELACIÓN ES CERO ES IMPOSIBLE HACER UNA PREDICCIÓN SIGNIFICATIVA.

CUANDO LA RELACIÓN ES 1.0, LA PREDICCIÓN PUEDE HACERSE CON PERFECTA EXACTITUD, YA QUE LOS PUNTAJES ESTÁNDAR DE LOS INDIVIDUOS SON LOS MISMOS PARA AMBAS VARIABLES. TAN PRONTO COMO CONOCEMOS EL PUNTAJE DEL INDIVIDUO EN UNA DISTRIBUCIÓN SABEMOS SU PUNTAJE EN LA OTRA. CUANDO EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ES -1.0 PODEMOS HACER LA PREDICCIÓN CON LA MISMA EXACTITUD (18).

VALIDEZ:

EN GENERAL, LA VALIDEZ DE UN MÉTODO ES LA EXACTITUD CON QUE PUEDEN HACERSE MEDIDAS SIGNIFICATIVAS Y ADECUADAS CON ÉL, EN EL SENTIDO QUE MIDAN REALMENTE LOS RASGOS QUE SE INTENDEN MEDIR. OBTIENIENDO, DESEAMOS QUE EL TEST MIDA EL RASGO QUE HEMOS ENCONTRADO SIGNIFICATIVO EN LA SITUACIÓN DONDE EL TEST VA A USARSE Y NO ALGÚN OTRO RASGO. MIENTRAS NOS OCUPAMOS DE LA CONFIABILIDAD, NO NOS INTERESARÁ LO QUE EL TEST MIDA, SINO SOLAMENTE SABER SI EL TEST, DARÁ LOS MISMOS RESULTADOS EN MEDIDAS REPETIDAS; PERO CUANDO EXAMINAMOS LA VALIDEZ, INVESTIGAMOS SI EL TEST CUYA CONFIABILIDAD ES CONOCIDA MIDE AQUELLO PARA LO QUE FUE CONSTRUIDO. CON LOS MÉTODOS USADOS -

PARA MEDIR VARIABLES PSICOLÓGICAS ES NECESARIO PROBAR EMPÍRICAMENTE QUE EL INSTRUMENTO ES VÁLIDO PARA TODOS LOS CASOS -- (18, (19).

LA APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO PSICOLÓGICO NO DEBE BASARSE EN LA CONFIANZA SUBJETIVA DE QUE EL INSTRUMENTO FUNCIONA BIEN EN SITUACIONES PRÁCTICAS. LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS MUESTRAN QUE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA LAS IMPRESIONES DE ESTE TIPO, SON BASES MUY POCO DIGNAS DE CONFIANZA PARA JUZGAR LA SEGURIDAD DE UN MÉTODO DADO. DEBE MANTENERSE EL REQUERIMIENTO QUE LA VALIDEZ DE CUALQUIER MÉTODO TIENE QUE PROBARSE EMPÍRICAMENTE EN LAS DIFERENTES SITUACIONES DONDE VA A USARSE. CUANDO CONTRUIMOS UN TEST NOS INTERESA PRIMORDIALMENTE SABER SI TIENE ALTA VALIDEZ. LA CONFIABILIDAD INTERESA PRINCIPALMENTE COMO CONDICIÓN NECESARIA PARA MEDICIONES VÁLIDAS. DEBE TENERSE PRESENTE QUE UNA ALTA CONFIABILIDAD ES UN REQUISITO NECESARIO, PERO NO SUFICIENTE PARA UNA ALTA VALIDEZ. CUANDO ESTIMAMOS LA VALIDEZ DE UN TEST, NECESITAMOS SABER QUE RASGO DESEAMOS QUE MIDA. ÉSTE RASGO SE LLAMA VARIABLE DE CRITERIO. NO NOS INTERESA SABER QUÉ TAN BIEN CORRESPONDEN LAS POSICIONES DE LOS INDIVIDUOS EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS A SUS POSICIONES EN EL CONTÍNUO QUE REPRESENTA LA VARIABLE DE CRITERIO. LA VALIDEZ ES TRADICIONALMENTE ESTIMADA POR UN COEFICIENTE DE CORRELACIÓN, LLAMADO COEFICIENTE DE VALIDEZ EL CUAL INDICA LA RELACIÓN QUE HAY ENTRE LOS DATOS OBTENIDOS CON EL TEST Y LOS DATOS QUE USAMOS, CON UN GRADO CONOCIDO DE CERTEZA COMO ÍNDICES PARA LOS PUNTAJES DEL INDIVIDUO EN LA VA

RIABLE DE CRITERIO (18).

UN TEST NO TIENE UN COEFICIENTE FIJO DE VALIDEZ QUE -
 SIRVA PARA CUALQUIER FIN Y CUALQUIER GRUPO DE INDIVIDUOS PARA
 LOS CUALES PUDIERA USARSE. LA VALIDEZ DEL TEST VARÍA DE - -
 ACUERDO CON EL PROPÓSITO QUE SE USE Y EL GRUPO DENTRO DEL --
 CUAL DISCRIMINA. EN TODO PROCÉDIMIENTO DE VALIDACIÓN LA ---
 CUESTIÓN ESENCIAL ES: ¿PARA QUIÉN Y PARA QUÉ ES VÁLIDO EL --
 TEST? NECESITAMOS, POR CONSIGUIENTE, CRITERIOS DIFERENTES PA-
 RA DIFERENTES PROPÓSITOS DE TEST. (18).

COMO CRITERIOS DE LA EXACTITUD DE LAS MEDIDAS DE UN -
 TEST DESEAMOS, POR SUPUESTO, TENER UNA EXPRESIÓN LO MÁS EXAC-
 TA POSIBLE DE LAS POSICIONES DE LOS INDIVIDUOS EN LA DISTRIBU
 CIÓN DEL CRITERIO VERDADERO.

ÁQUELLAS MEDIDAS DE CRITERIO QUE USAMOS PARA PROBAR -
 LA VALIDEZ DE UN NUEVO INSTRUMENTO, RARA VEZ DAN UNA MEDIDA -
 EXACTA DE LAS POSICIONES DE LOS INDIVIDUOS SOBRE EL CONTÍNUO
 DEL "CRITERIO VERDADERO". CUANDO ESTIMAMOS LA VALIDEZ, RARA
 VEZ TENEMOS ACCESO A LOS CRITERIOS QUE SON EXPRESIONES CONFIA
 BLES Y VÁLIDAS DE LA VARIABLE DE CRITERIO. POR LO TANTO DEBE
 MOS DISTINGUIR ENTRE LOS GENUINOS CRITERIOS INTERMEDIOS DISPO
 NIBLES. CUANDO JUZGAMOS EL VALOR DE ALGÚN COEFICIENTE DE VA-
 LIDEZ, DEBEMOS TOMAR EN CUENTA CUAN ESTRECHAMENTE ESTÁ RELA -
 CIONADO EL CRITERIO USADO CON EL VERDADERO Y, ADEMÁS, LA CON-
 FIABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE CRITERIO OBTENIDAS. Á UN PROPÓ-

SITO DADO, NO SIEMPRE PODEMOS ESPERAR QUE EL COEFICIENTE DE VALIDEZ DE UNA EXPRESIÓN EXACTA DE LA VALIDEZ DEL TEST, TODOS LOS COEFICIENTES DE VALIDEZ DEBEN JUZGARSE A LA LUZ DEL CRITERIO QUE SE HA USADO. (18)

CUANDO COMPUTAMOS LA VALIDEZ PREDICTIVA, DESEAMOS USAR EL TEST PARA PREDECIR LAS POSICIONES DE LOS INDIVIDUOS SOBRE UNA DISTRIBUCIÓN DE LA QUE SOLO PODEMOS DISPONER MÁS TARDE. EL TEST PREDICE CIERTO RESULTADO DESPUÉS DE UN TIEMPO DADO. (18)

COMO LA VALIDEZ PREDICTIVA, LA VALIDEZ CONCURRENTENTE SE EXPRESA POR UN COEFICIENTE DE VALIDEZ. LA VALIDEZ CONCURRENTENTE SE USA PARA TEST EN SITUACIONES DE DIAGNÓSTICO. CUANDO EVALUAMOS LOS COEFICIENTES DE VALIDEZ CONCURRENTENTE, DEBEMOS RECORDAR QUE LOS CRITERIOS USADOS, POR EJEMPLO EN SITUACIONES CLÍNICAS, VARÍAN GRANDEMENTE EN CALIDAD. EL COEFICIENTE DE VALIDEZ DA LA VALIDEZ DEL TEST CON RESPECTO A LA VARIABLE DEFINIDA POR LA MEDIDA DE CRITERIO. EN LA VALIDEZ CONCURRENTENTE, LA CUESTIÓN ES SI EL TEST MIDE LO QUE SE INTENTA MEDIR, Y EL COEFICIENTE DE VALIDEZ INDICA QUE TAN ADECUADOS SON LOS DATOS DEL TEST COMO BASE PARA EL DIAGNÓSTICO, EN EL SENTIDO MÁS AMPLIO DE LA PALABRA. EN LA VALIDEZ PREDICTIVA, LA CUESTIÓN ES LA EXACTITUD CON QUE EL TEST PREDICE LO QUE SE INTENTA PREDECIR. SI ALGO NO PUEDE MEDIRSE EXACTAMENTE, NO PUEDE USARSE COMO BASE DE PREDICCIONES VÁLIDAS. (16)

LA VALIDEZ DE CONTENIDO SE DETERMINA POR EL GRADO EN QUE LA MUESTRA DE ITEMS DEL TEST ES REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN TOTAL. ANTES DE QUE PUEDA ESTIMARSE LA VALIDEZ DE CONTENIDO, ES NECESARIO DEFINIR EXPLÍCITAMENTE LAS METAS DEL CURSO. (18)

EL CONCEPTO DE VALIDEZ DE CONSTRUCCIÓN ES ESPECIALMENTE ÚTIL EN RELACIÓN A LOS TEST QUE MIDEN RASGOS PARA LOS CUALES NO HAY UN CRITERIO EXTREMO. (18)

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EL EPISODIO MANIACO ES UN TRASTORNO PSICOPATOLÓGICO - CUYO DIAGNÓSTICO SE BASA EN EL ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA SINTOMATOLOGÍA REPORTADA Y LONGITUDINAL DE LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE INICIO Y EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO. SIN EMBARGO LA EVALUACIÓN DEL CURSO DE ÉSTE ESTADO A TRAVÉS DEL TIEMPO REQUIERE DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA, CON UN ALTO COSTO EN TIEMPO. FRECUENTEMENTE EXISTEN DISCREPANCIAS EN LA CUANTIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD LO QUE SE PRESTA A CONFUSIONES, POR LO QUE ES IMPORTANTE INVESTIGAR SI LOS INSTRUMENTOS DISPONIBLES TIENEN UNA REPRODUCTIBILIDAD INTEROBSERVADORES ACEPTABLE Y, ADEMÁS, POSEAN VALIDEZ CONCURRENTES AL COMPARARLAS CON OTRAS ESCALAS.

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

DETERMINAR LA REPRODUCTIBILIDAD INTEROBSERVADOR DE -
LA VERSIÓN CASTELLANA DEL MAS.

DETERMINAR LA VALIDEZ CONCURRENTENTE DEL MAS COMPARADO -
CON EL BPRS.

VII. POBLACION A ESTUDIAR

SE ESTUDIÓ A UN GRUPO DE 15 PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" (HPFBA), DEL 3ER. PISO, QUE SATISFACÍAN LOS CRITERIOS SEÑALADOS A CONTINUACIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- EDAD ENTRE 18-50 AÑOS.
- AMBOS SEXOS.
- QUE SATISFACEN LOS CRITERIOS DEL DSM III, PARA EPISODIO DE MANÍA, (VER ANEXO 1)
- AUSENCIA DE ENFERMEDAD FÍSICA DETERMINADA POR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE LABORATORIO DE RUTINA.
- CARTA DE CONSENTIMIENTO FIRMADA POR EL PACIENTE Y/O FAMILIAR.

VIII. METODO

UNA VEZ SELECCIONADOS LOS PACIENTES Y ANTES DE QUE -
RECIBIERAN TRATAMIENTOS SE APLICARON LAS ESCALAS BPRS Y MAS,
(ANEXOS 2), POR DOS O MAS EVALUADORES INDEPENDIENTES, LAS VA-
LORACIONES SE REALIZARON ENTRE 8 Y 9 A.M. CON LOS PUNTAJES -
OBTENIDOS SE PROCEDIÓ A CALCULAR LAS MEDIAS Y LOS COEFICIEN--
TES DE REPRODUCTIBILIDAD QUE SE ESPECIFICAN EN EL SIGUEINTE -
APARATO.

IX. PROCEDIMIENTO

A).- SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO - MAYOR EN FASE DE MANÍA, SEGÚN LOS CRITERIOS DEL DSM III, INTERNADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVA -- REZ" (HPFBA), DEL 3ER PISO; DE AMBOS SEXOS.

B).- EVALUACIONES CLÍNICAS:

LAS EVALUACIONES FUERON REALIZADAS POR OBSERVADORES - INDEPENDIENTES, CON LAS ESCALAS BPRS Y MAS, ENTRE LAS 8 Y 9 - DE LA MAÑANA, EFECTUÁNDOSE UNA EVALUACIÓN BASAL EL PRIMER DÍA DE INTERNAMIENTO ANTES DE QUE LOS PACIENTES RECIBIERAN LA PRI - MERA DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS, CONTINUÁNDOSE CON VALORACIO - NES CADA CUATRO DÍAS HASTA COMPLETAR EN TOTAL OCHO VALORACIO - NES.

SE TOMARON LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES BPRS Y MAS, EN LAS QUE COINCIDÍAN EN SU APLICACIÓN UN MAYOR NÚMERO - DE EVALUADORES EN CADA PACIENTE, SE SUMARON LOS RESULTADOS OB - TENIDOS Y SE DIVIDIERON, SE CALCULARON LAS \bar{X} POR PACIENTE Y - POR ESCALA, SE CALCULÓ EL COEFICIENTE INTERCLASE Y EL COEFI - CIENTE DE REPRODUCTIBILIDAD DE SPEARMAN BROWN PARA EL MAS. ADE - MÁS SE CALCULÓ EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LOS PROMEDIOS DE PUNTAJES EN EL MAS Y EL BPRS ENTRE LOS PA -- CIENTES.

TABLA 1

	\bar{X} MAS	\bar{X} BPRS
S 1	23,7	28,7
S 2	14,7	28,0
S 3	23,0	17,7
S 4	27,3	6,25
S 5	28,3	9,7
S 6	21,25	19,5
S 7	16,25	15,5
S 8	21,0	11,0
S 9	9,0	24,0
S 10	28,5	23,5
S 11	24,0	30,5
S 12	24,3	14,0
S 13	33,0	35,0
S 14	7,5	26,0
S 15	17,5	26,0
\bar{X} GENERAL	18,9	21,2

R DE PEARSON = 0,55

TABLA 2

C C I = 0,65 (F (17,29) = 5,9 P 0,000) - C C I = 0,65 F (17,29)
= 5,9 P 0,0001

‰ VARIANZA EXPLICADA POR EL ACUERDO = 35

SPEARMAN BROWN = 0,83

X. RESULTADOS

COMO PUEDE VERSE EN LA TABLA I, EXISTIÓ UNA CORRELACIÓN MODERADA ENTRE LAS ESCALAS BPRS Y MAS, COMO LO INDICA EL RESULTADO OBTENIDO EN LA R DE PEARSON CON UN VALOR DE 0.55, - ESTA CORRELACIÓN SE DEBE A QUE AMBAS ESCALAS MIDEN EL MISMO RASGO (APRECIACIÓN CUANTITATIVA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL EPISODIO DE MAÑÍA). EN LA TABLA 2 SE RESUMEN LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA LA ESCALA MAS, ENCONTRÁNDOSE UN COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE CON UN VALOR DE 0.65 Y UNA P. DE - - - 0.0001, VARIANZA EXPLICADA POR EL ACUERDO DE 35% Y UN COEFICIENTE DE SPERMAN BROWN DE 0.83; INDICANDO ESTOS RESULTADOS - QUE LA ESCALA MAS PRESENTÓ UNA REPRODUCTIBILIDAD INTER-EVALUADORES Y UNA VALIDEZ CONCURRENTENTE ACEPTABLES.

XI. DISCUSION

EN EL PRESENTE ESTUDIO FUERON EVALUADOS 15 PACIENTES-HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO MAYOR - EN FASE DE MANÍA, MEDIANTE LAS ESCALAS MAS Y BPRS, ENCONTRÁNDOSE EN LOS RESULTADOS UN GRADO DE CORRELACIÓN MODERADA ENTRE AMBAS ESCALAS EN LA APRECIACIÓN CUANTITATIVA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL EPISODIO DE MANIA, COMO LO INDICA EN LOS RESULTADOS LA R DE PEARSON. EN LA ESCALA DE MAS COMO SE MUESTRA EN LA TABLA 2, ENCONTRAMOS UNA REPRODUCTIBILIDAD INTER-EVALUADORES Y UNA VALIDEZ CONCURRENTES ACEPTABLES.

EN EL CASO DE LA CORRELACIÓN ENCONTRADA EN LAS ESCALAS UTILIZADAS DEBEMOS TOMAR EN CUENTA, QUE LA CORRELACIÓN CARACTERIZA LA EXISTENCIA DE UNA RELACIÓN ENTRE VARIABLES Y - QUE AUNQUE PUEDEN EXISTIR MUCHAS RAZONES PARA UNA RELACIÓN, - LA CORRELACIÓN NO INDICA NADA RESPECTO A ESTAS RAZONES, SÓLO SEÑALA QUE DOS O MÁS VARIABLES VARIAN EN FORMA CONJUNTA, YA - SEA POSITIVA O NEGATIVAMENTE, ESTO SE PUEDE DEBER A QUE UNA - VARIABLE SEA LA CAUSA Y LA OTRA EL EFECTO, O QUIZÁS LAS DOS - VARIEN EN FORMA CONJUNTA COMO RESULTADO DE UNA TERCERA VARIABLE QUE LAS CAUSE (20). EN EL PRESENTE ESTUDIO LAS ESCALAS - BPRS Y MAS SON LAS DOS PRIMERAS VARIABLES Y LOS RASGOS QUE ESTAS MIDEN (APRECIACIÓN CUANTITATIVA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL EPISODIO DE MANIA) ES LA TERCERA VARIABLE, LO QUE EXPLICA QUE AMBAS ESCALAS VARIEN EN UNA MISMA DIRECCIÓN ES QUE MIDEN EL -

MISMO RASGO.

EN CUANTO A LA ESCALA MAS, LOS DATOS DE LA TABLA 2 SON REPRESENTATIVOS DE UNA REPRODUCTIBILIDAD INTER-EVALUADORES Y ACEPTABLE. SIN EMBARGO AL EVALUAR LOS RESULTADOS, SE DEBE TENER EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS TANTO DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS COMO DE LOS EVALUADORES. EN EL CASO DE LOS INSTRUMENTOS, LA ESCALA MAS TIENE LA CARACTERÍSTICA DE HABER SIDO CONSTRUIDA PARA LA APRECIACIÓN CUANTITATIVA DE LA SINTOMATOLOGÍA DE MANIA Y CONSTA DE ONCE ITEMS, CADA ITEM ES DEFINIDO EN UNA ESCALA DE CINCO PUNTOS, DEL 0 AL 4, TOMANDO AL 0 COMO NORMAL O AUSENTE Y AL 4 COMO SEVERO O EXTREMO, EL PUNTAJE VA DEL 0 AL 44. EL TIEMPO DE APLICACIÓN RECOMENDADO ES DE 15 A 30 MINUTOS; EN CUANTO A LA ESCALA BPRS, SE TRATA DE UNA ESCALA DE APRECIACIÓN PSIQUIÁTRICA MÁS GENERAL, QUE CUENTA CON 18 ITEMS EN LOS QUE INCLUYE PUNTOS QUE EVALÚAN ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO, ASÍ COMO DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, EL TIEMPO DE APLICACIÓN RECOMENDADO ES EL MISMO QUE EN LA ANTERIOR, CADA ITEM ES DEFINIDO EN UNA ESCALA DE CINCO PUNTOS, DEL 0 AL 4, TOMANDO AL CERO COMO NORMAL O AUSENTE Y AL CUATRO COMO SEVERO O EXTREMO, EL PUNTAJE TOTAL VA DEL 0 AL 72. EN CUANTO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS EVALUADORES ES DE SEÑALAR SE QUE FUERON NUEVE EN TOTAL, CUATRO DE ELLOS MÉDICOS PSIQUIATRAS Y CINCO RESIDENTES EN PSIQUIATRIA 2º AÑOS; LO QUE NOS HABLA DE UN GRADO DIFERENTE EN SU ENTRENAMIENTO Y EXPERIENCIA, CONSIDERAMOS DESEABLE QUE EN PRÓXIMAS INVESTIGACIONES EN ESTA

LÍNEA, EL GRUPO DE EVALUADORES SEA MÁS HOMOGÉNEO, LO QUE PODRÍA REDUNDAR EN UNA MEJOR CORRELACIÓN.

XII. CONCLUSIONES

DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

- EXISTIÓ UNA CORRELACIÓN MODERADA ENTRE LAS ESCALAS BPRS Y MAS
- LA CORRELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS BPRS Y MAS SE DEBE A QUE AMBAS MIDEN EL MISMO RASGO
- LA ESCALA MAS PRESENTÓ UNA REPRODUCTIVIDAD INTER-EVALUADORES Y UNA VALIDÉZ CONCURRENTES ACEPTABLES
- CONSIDERAMOS A LA ESCALA MAS UN INSTRUMENTO ÚTIL EN LA PRÁCTICA DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PARA LA APRECIACIÓN CUANTITATIVA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL EPISODIO DE MANÍA
- ES DESEABLE QUE EN FUTURAS INVESTIGACIONES EN ESTA LÍNEA, LOS EVALUADORES SEAN MÁS HOMOGÉNEOS EN SU EXPERIENCIA Y ENTRENAMIENTO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 1

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL EPISODIO MANIACO,
SEGÚN CRITERIOS DEL DSM III:

A: UN PERÍODO DELIMITADO Y PERSISTENTE EN EL QUE HAY UN ESTADO DE ÁNIMO ANORMALMENTE ELEVADO, EXPANSIVO O IRRITABLE.

B: DURANTE EL PERÍODO DE ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO, COMO MÍNIMO SE HAN MANTENIDO PRESENTES DE FORMA SIGNIFICATIVA TRES DE LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES: (4, SI EL ESTADO DE ÁNIMO SÓLO ES IRRITABLE):

- 1) AUTOESTIMA EXCESIVA O GRANDIOSIDAD.
- 2) DISMINUCIÓN DE LA NECESIDAD DE DORMIR; POR EJEMPLO EL SUJETO SE SIENTE DESCANSADO DESPUÉS DE DORMIR - SÓLO 3 HORAS.
- 3) EL PACIENTE ESTÁ MÁS HABLADOR DE LO HABITUAL O NECESITA HABLAR CONTINUAMENTE.
- 4) FUGA DE IDEAS O EXPERIENCIA SUBJETIVA DE QUE LOS - PENSAMIENTOS SE SUCEDEN A GRAN VELOCIDAD.
- 5) DISTRAIBILIDAD, POR EJEMPLO, LA ATENCIÓN SE DIRIGE CON FACILIDAD HACIA ESTÍMULOS EXTERNOS IRRELEVANTES O POCO IMPORTANTES.
- 6) INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD DIRIGIDA HACIA UN OBJETIVO (TANTO SOCIAL, COMO LABORAL O ESCOLAR, O SEXUAL) O AGITACIÓN PSICOMOTORA.

- 7) IMPLICACIÓN EXCESIVA EN ACTIVIDADES CON UNA ALTA -
POSIBILIDAD DE CONSECUENCIAS NEGATIVAS, SIN QUE --
ELLO SEA RECONOCIDO POR EL SUJETO; POR EJEMPLO, --
GASTAS DINERO EN JUERGAS, INDISCRECIONES SEXUALES,
INVERTIR EN ABSURDOS NEGOCIOS.

C: LA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO ES SUFICIENTE GRAVE COMO
PARA PROVOCAR UN NOTABLE DETERIORO EN LA VIDA LABORAL O EN -
LAS ACTIVIDADES SOCIALES HABITUALES O EN LAS RELACIONES CON -
LOS DEMÁS, O COMO PARA REQUERIR HOSPITALIZACIÓN EN PREVENCIÓN
DE POSIBLES PERJUICIOS PARA EL PACIENTE O PARA LOS DEMÁS.

D: FUERA DEL CONTEXTO DE LA ALTERACIÓN ANÍMICA (ANTES DE LA -
APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y DESPUÉS DE QUE HAN REMITIDO) NO -
HA HABIDO EN NINGÚN MOMENTO IDEAS DELIRANTES NI ALUCINACIONES
QUE HAYAN DURADO MÁS DE DOS SEMANAS.

É: EL TRASTORNO NO ESTÁ SUPERPUESTO A UNA ESQUIZOFRENIA, NI A
UN TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME, NI A UN TRASTORNO DELIRANTE O
PSICÓTICO NO ESPECIFICADO.

F: NO PUEDE ESTABLECERSE QUE UN FACTOR ORGÁNICO INICIÓ Y MAN-
TUVO LA ALTERACIÓN.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- LAIN E. P. MEDICINA HOMERICA, HIPOCRÁTICA, Y ARABE. CAP. I HISTORIA DE LA MEDICINA. SALVAT EDITORES, BARCELONA, - 1975, PP 46-50, 59-66, 157-162.
- 2.- COHEN R.A., ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA. EN TRATADO DE PSIQUIATRÍA. FREEDMAN A M, KAPLAN H I, SADOCK B J (EDS) SALVAT EDITORES S.A. MÉXICO, 1982. PP 1132-1146.
- 3.- FREUD S. REPRESSION THE HISTORY STANDARD EDITION OF THE - COMPLETE PSYCHOLOGICAL WORKS OF SIGMUND FREUD. ED, THE - HOGART PRESS 1957, PP 152.
- 4.- SCHILDKRAUT J.J. THE CATECOLAMINE HYPOTHESIS OF AFECTIVE DISORDER, A REVIEW OF SUPPORT EVIDENCE. AM J PSYCHIAT - 122:509, 1965.
- 5.- COOPERN A. TRYPTOPHAN CONCENTRATION IN THE CEREBRO ESPINAL FLUID OF DEPRESIVE PATIENTS. LANCET 11:1329, 1972.
- 6.- ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA AMERICANA. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM III, 2A EDICIÓN MASON, 1988. PP 218-220.

- 7.- GARVEY N J, TUASON V B, MANIA MIGHT BE DIAGNOSED AS SCHIZOPHRENIA. J CLIN PSYCHIAT 41:75-80, 1980.
- 8.- JAKIMOW-VENULET B. HEREDITARY FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF AFFECTIVE ILLNESSES. BRIT J PSYCHIAT 139:450 - 456. 1981.
- 9.- GOODWIN F K, Y BUNNEY W.E, JR. A PSYCHOBIOLOGICAL APPROACH TO AFFECTIVE ILLNESS. PSYCHIAT ANN 3:19, 1973.
- 10.- PRANGE A J, JR. THE USE OF DRUGS IN DEPRESSION: ITS THEORETICAL AND PRACTICAL BASIS. PSYCHIAT ANN 3:19, 1973.
- 11.- EXTEIN I, TALLEMAN J, SMITH C C, GOODWIN F K. CHANGES IN LYMPHOCYTE BETA-ADRENERGIC RECEPTORS IN DEPRESSION AND MANIA. PSYCHIAT RES, 1(2): 191-199, 1979.
- 12.- SALIN PACUAL R J, LOS RITMOS BIOLÓGICOS Y LOS TRASTORNOS EFECTIVOS. SALUD MENTAL 9:30-36, 1986.
- 13.- OVERALL J E. PSYCHOPHARMACOL BULL 18: 6-10, 1988.
- 14.- HAMILTON M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. J NEUROL - NEUROSURG PSYCHIAT 23:56-62, 1960.

- 15.- BECH P, RAFAELSEN O J, KRAMP P Y BOLWING T G. THE MANIA RATING SCALE CONSTRUCTION AND INTER-OBSERVER AGREEMENT. NEUROPHARMACOL 17: 430-431, 1979.
- 16.- BECH P, BOLWING T G, KRAMP, RAFAELSEN O J. THE BECH RAFAELSEN MANIA SCALE THE HAMILTON DEPRESSION SCALE. ACTA PSYCHIAT SCAND 59:420-430, 1979.
- 17.- PETTERSON U, FYROB, Y SEDVALL G. A NEW SCALE FOR THE LONGITUDINAL RATING OF MANIC STATES. ACTA PSYCHIAT SCAND 49: 248-265, 1973.
- 18.- MAGNUSON D. TEORIA DE LOS TEST. CAP. V, III, Y X EDITORIAL TRILLAS, 12AVA ED. MÉXICO D.F., 1985 PP 77-97, 47-69, 153-169.
- 19.- BARTKO, J J, WILLIANT D PH, CARPENTER JR. ON THE METHODS AND THEORY OF RELIABILITY. THE JOURNAL OF NERVOUS 163:5 1976.
- 20.- LEACH CH. ENFOQUE NO PARAMETRICO DE LAS CIENCIAS SOCIALES FUNDAMENTOS DE ESTADÍSTICA CAP. X EDITORIAL LIMUSA, 1982. PP 115-118.

ESCALA PARA MANIA

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Protocolo: _____ Código del paciente en el protocolo: _____

Marque con una X la calificación del síntoma de acuerdo a lo observado durante la entrevista y en caso necesario, en base al estado del paciente durante los últimos 3 días. La duración de la entrevista deberá ser entre 15 y 30 minutos.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Actividad motora (expresión facial, gesticulación, movimiento corporal, inquietud). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Actividad verbal (verborrea). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Fuga de ideas (asociaciones fortuitas, coherencia, cambios de tema). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Volumen de la voz (gritos, cantos, escándalo). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Hostilidad/destructividad (hostilidad, irritabilidad, amenazas, violencia física). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estado de ánimo (optimismo, euforia, bromas, risas, exaltación incongruente). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Autoestima (sobrestimación de capacidades; capacidades, poderes o conocimientos extraordinarios). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Contacto/Intrusividad (entrometimiento, argumentación, dominio, manipulación). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sueño (últimas 3 noches) (reducción 25%, 50%, 75% o insomnio total). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Interés sexual (coqueteo, flirteo, atuendo provocativo, sexualidad excesiva). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Trabajo (rendimiento laboral, distractibilidad, motivaciones fluctuantes, actividad hospitalaria). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |