

SÍNDROME MANIACO

DETERMINACIÓN DE SU ESTRUCTURA FACTORIAL

NORA ROSERO*
RICARDO SANCHEZ**
ELENA MARTÍN***

Se analiza la estructura factorial del síndrome maníaco utilizando un instrumento construido a partir de la escala de manía de Bech y de tres ítems para medir atención y psicosis. El instrumento mostró un adecuado nivel de consistencia interna (a de Cronbach 0.86). Se utilizó un método de análisis factorial que evidenció 4 dominios en el síndrome: activación, psicosis, vida de relación y cognoscitivo-afectivo. La activación es el dominio que explica la mayor parte de la varianza.

Palabras clave: Manía, Escalas de evaluación psiquiátrica.

MANIC SYNDROME DETERMINATION OF THE FACTORIAL STRUCTURE

Analyzes the factorial structure of the manic syndrome using an instrument composed with Bech's mania rating scale and 3 items to measure attention and psychosis is analysed. This instrument showed adequate internal consistence (Cronbach's alpha 0.86). A factor analysis method has been used, showing 4 domains in this syndrome: Activation, Psychosis, Relationship and Cognitive-Affective. Activation is the Domain which explains most of the variance.

Key words: Manic Disorder; Psychiatric Status Rating Scales

Residente de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia.
Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia
Directora Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN

Los síndromes son agrupaciones artificiales de signos y síntomas que efectúa el clínico para predecir la respuesta a una intervención o para determinar la evolución de un paciente. En general agrupan un conjunto de categorías relacionadas entre sí. El síndrome refleja la característica multifactorial del fenómeno salud-enfermedad y el desconocimiento de una etiología precisa, si es que esta existe.

Las categorías que agrupa un síndrome deben ser medidas de una manera adecuada, dependiendo de las cualidades que éstas posean. Si en un síndrome hay leucocitosis, esto implica efectuar la medición con una técnica de laboratorio específica; si hay fiebre debe disponerse de un instrumento especial para medir la temperatura; si hay hepatomegalia, se requiere desarrollar una habilidad de palpación y percusión para poder medirla. De tal modo, la construcción del síndrome implica haber hecho mediciones en diferentes categorías. Estas categorías se denominan dominios, niveles, factores o campos ⁽¹⁾.

En Psiquiatría los diferentes dominios de un síndrome suelen ser medidos con una misma técnica, básicamente centrada en la comunicación verbal. En algunos casos, para afinar la observación, se utilizan escalas de medición y sólo de manera excepcional, técnicas de laboratorio o instrumentos especiales para medir un determinado dominio.

Un primer paso para determinar el mejor método para cuantificar un dominio es establecer la estructura factorial de los síndromes. A nivel de los trastornos afectivos, es en los cuadros depresivos donde probablemente se han hecho mayores aportes⁽²⁾, lo cual se ha reflejado en el establecimiento de subtipos diagnósticos con diferentes características y pronóstico variable ⁽³⁻⁴⁾.

Los informes sobre la estructura factorial del síndrome maníaco son escasos y se han realizado dentro de procesos de validación de escalas de medición. Los resultados de estos análisis no son uniformes, lo cual puede deberse a características de las poblaciones examinadas, o a particularidades de los instrumentos utilizados en la medición. Aunque el análisis factorial es un procedimiento recomendado en la validación y desarrollo de escalas de medición ⁽⁵⁻⁶⁾, llama la atención que entre los instrumentos para evaluación de manía son pocos los que incluyen en su proceso de desarrollo un análisis de dominios ⁽⁷⁾.

Entre ellos están la escala de evaluación para manía (CARS-M)⁽⁸⁾, administrada por el clínico, la escala del Estado Interno (ISS)⁽⁹⁾ y el Inventario de Auto-reporte para Manía⁽¹⁰⁾. En la construcción de la CARS-M se realizó un análisis de componentes principales que reveló la presencia de dos factores: manía y psicosis. En el desarrollo de la ISS se aplicaron los algoritmos para análisis factorial de compo-

nentes principales y se utilizó la rotación ortogonal varimax, resultando cuatro factores: índice de depresión, bienestar, activación y conflicto percibido⁽⁵⁾.

Para el Inventario de Autoreporte para Manía se desarrolló un análisis factorial rotado que produjo dos factores: euforia y disforia.

En Colombia, la literatura disponible en salud mental no incluye ningún trabajo que permita ubicar alguna aproximación a la caracterización factorial del síndrome.

Para la realización del presente trabajo se utilizó la escala de evaluación de manía (MAS)⁽¹¹⁾. Este es el instrumento con el cual se tiene mayor experiencia en pacientes con enfermedad bipolar en el Hospital San Juan de Dios (Santafé de Bogotá), tanto para la valoración inicial como para el seguimiento de pacientes hospitalizados⁽¹²⁾. El instrumento fue desarrollado por Bech y colaboradores en 1975 y consta de 11 ítems que evalúan el estado maníaco. Tiene la limitante de no incluir ítems que evalúen atención y psicosis, elementos que observamos con frecuencia en los pacientes.

La determinación de dimensiones subyacentes, que den cuenta de la mayor parte de variabilidad en las mediciones, se *realiza* con técnicas de análisis factorial⁽¹³⁾. Estos procedimientos permiten entender con poca información qué es lo que los datos están midiendo (parsimonia).

Así se puede identificar las distintas dimensiones que los datos representan⁽⁴⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

La muestra consistió de 89 pacientes evaluados consecutivamente entre marzo de 1998 y marzo de 1999. Todos los sujetos fueron valorados en los servicios de Urgencias o de Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá por el mismo grupo de investigadores. Los pacientes asistieron al hospital para evaluación psiquiátrica por presentar sintoma-tología productiva. Aquellos a quienes se les hizo un diagnóstico inicial de Trastorno bipolar, fueron de nuevo valorados por el grupo de investigadores para verificar el acuerdo sobre el diagnóstico DS-MIV de Trastorno bipolar I, episodio actual maníaco o mixto y solo en los cuales hubo concordancia en el diagnóstico ingresaron al estudio. Además se realizó la medición de severidad de los síntomas con la escala MAS de Bech, pero teniendo en cuenta que se han detectado que esta escala no evalúa todos los dominios teóricos del síndrome, se incluyeron mediciones para atención y psicosis de acuerdo al instrumento presentado en el Anexo 1.

El presente estudio hace parte de un proyecto de evaluación y desarrollo de instrumentos de evaluación integral del síndrome maníaco y fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de

la Universidad Nacional de Colombia.

La prueba de normalidad de las variables continuas se efectuó con los estadísticos de Shapiro-Wilk, Shapiro Francia y Martínez Iglewicz utilizando el paquete estadístico NCSSÓ. Los otros pasos del procesamiento de datos se efectuaron en el paquete estadístico STATA 5.0. La medición de la consistencia interna se realizó con el alfa de Cronbach. Teniendo en cuenta la naturaleza ordinal de las variables correspondientes a los ítems de las escalas, se efectuó análisis de correlación con el coeficiente de Spearman. Se aplicaron los algoritmos para análisis factorial de componentes principales y se utilizó la rotación ortogonal varimax buscando mejorar la interpretabilidad de los factores⁽¹⁵⁾.

Para determinar el número de factores a analizar se utilizó el método de componentes principales, tomando como criterios de selección de factores la presencia de valores propios mayores de 1⁽¹⁶⁾ y el gráfico de Cattell⁽¹⁷⁾. Para la descripción de los componentes de cada dominio se consideraron los coeficientes de las cargas factoriales.

RESULTADOS

De los 89 pacientes, el 66% eran mujeres y el 34% hombres. El puntaje total de la escala de manía MAS presentó una distribución normal con media 25.2 y desviación estándar 7.8. El puntaje de la escala no fue diferente entre hombres y mujeres ($t=-0.48$, $p>0.11=0.62$).

Los ítems que tuvieron un mayor puntaje en este grupo fueron «autoestima», «trabajo» y «sueño». Los menores puntajes correspondieron a los ítems «sexo», «fuga de ideas» e «intensidad de la

VOZ».

En la matriz de correlación los puntajes más altos correspondieron a los pares «distractibilidad-actividad motora». Los puntajes de correlación más representativos se muestran en la Tabla 1. Todos los puntajes de correlación fueron signifi-

Tabla 1

Coefficientes de correlación entre ítems

Pareja de ítems	Coefficiente
Actividad motora - Contacto	0.60
Actividad motora - Intensidad de la voz	0.60
Actividad motora - distractibilidad	0.70
Actividad motora - agresividad	0.55
Actividad motora - otras creencias extrañas	0.55
Contacto-Trabajo	0.60
Contacto - Sexo	0.60
Contacto - Intensidad de la voz	0.58
Contacto - Distractibilidad	0.60
Contacto - Intensidad voz	0.60
Sueño - Trabajo	0.55
Autoestima - Trabajo	0.55
Distractibilidad - Trabajo	0.55

Se encontró que los ítems que se correlacionan con un mayor número de síntomas son «actividad motora» y «contacto», lo cual sugiere que son elementos con tendencia a comportarse como marcadores del síndrome.

Teniendo en cuenta que la escala del MAS fue complementada con ítems adicionales para evaluar psicosis y atención, se determinó el impacto de esta adición midiendo los niveles de consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala con la adición es de 0.86, puntaje que se encuentra dentro del rango recomendado de 0.7 a 0.9⁽⁶⁾.

Se obtuvo una solución de cuatro factores aplicando el procedimiento de análisis descrito antes. Los ítems fueron estandarizados previamente, teniendo en cuenta la dife-

rente escala de medición. Cuatro de los valores propios fueron mayores de 1 (Tabla 2) y la curva de sedimentación muestra 4 puntos antes de la tendencia horizontal (Fig. 1).

La interpretabilidad de los factores mejoró luego de efectuar una rotación ortogonal (Varimax), al aumentar los valores de carga de varios de los ítems.

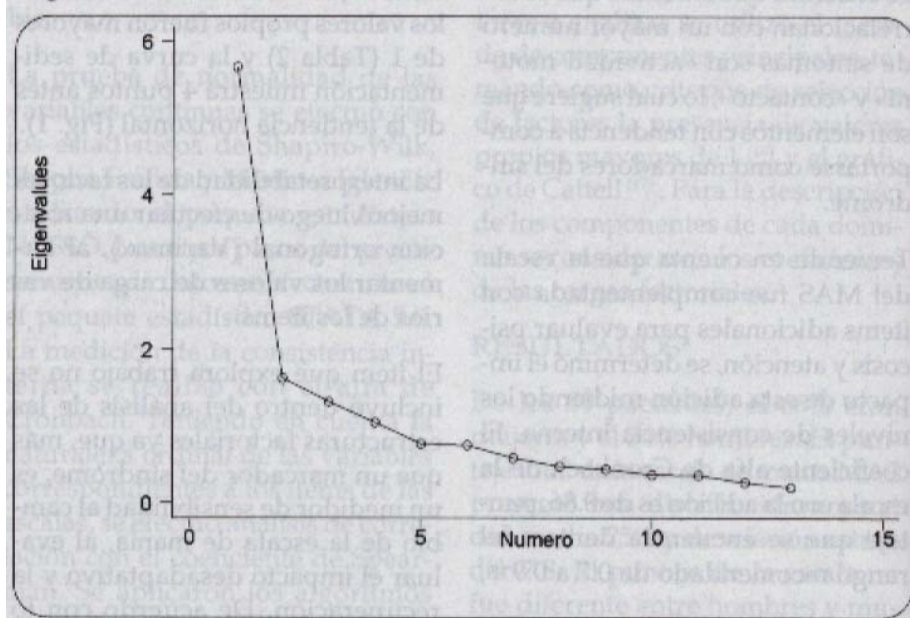
El ítem que explora trabajo no se incluyó dentro del análisis de las estructuras factoriales ya que, más que un marcador del síndrome, es un medidor de sensibilidad al cambio de la escala de manía, al evaluar el impacto desadaptativo y la recuperación. De acuerdo con lo anterior, la estructura de cada uno de los factores es la siguiente:

Factor 1: constituido por los ítems «actividad motora», «intensidad de

Tabla 2

Componentes principales retenidos y valores propios				
Componente	Eigenvalue	Diferencia	Proporción	Acumulado
1	5.64337	4.02839	0.4031	0.4031
2	1.61498	0.30448	0.1154	0.5185
3	1.31050	0.26156	0.0936	0.6121
4	1.04894	0.27976	0.0749	0.6870
5	0.76918	0.01282	0.0549	0.7419
6	0.75635	0.18790	0.0540	0.7960
7	0.56846	0.09092	0.0406	0.8366
8	0.47754	0.04284	0.0341	0.8707
9	0.43470	0.06784	0.0311	0.9017
10	0.36686	0.01831	0.0262	0.9279
11	0.34855	0.07931	0.0249	0.9528
12	0.26924	0.06702	0.0192	0.9720
13	0.20221	0.01311	0.0144	0.9865
14	0.18910		0.0135	1.0000

Figura 1



la voz», «agresividad» y «contacto». Puede denominarse como un factor de *activación*.

Factor 2: constituido por los ítems «otras creencias extrañas (delirios)» y «alucinaciones». Está claramente constituido como un factor de *psicosis*.

Factor 3: incluye los ítems «sexo», «autoestima» y «sueño». Podría denominarse como un factor de *vida de relación*.

Factor 4: incluye los ítems «distracción», «actividad verbal», «fuga de ideas» y «humor». Puede denominarse como un factor *cognoscitivo-afectivo*.

La medición de la consistencia interna de cada uno de estos factores

se efectuó mediante el alfa de Cronbach arrojando los siguientes valores:

Factor de activación: 0.84 Factor de psicosis: 0.46 Factor de vida de relación: 0.62 Factor cognoscitivo - afectivo: 0.73

DISCUSIÓN

El presente estudio busca determinar las características nucleares del síndrome maniaco en nuestro medio, a partir de la aplicación de un instrumento de evaluación modificado. La importancia de esta aproximación es establecer la estructura subyacente del síndrome, delimitar los signos y síntomas que tienen mayor peso como elementos constitutivos de este trastorno y ca-

racterizar las particularidades clínicas de pacientes entre nosotros.

El análisis de dominios del síndrome maníaco utilizando la escala de evaluación de Manía de Bech, junto con una adición de ítems para explorar atención y psicosis, reporta la presencia de cuatro factores: activación, psicosis, vida de relación y cognoscitivo-afectivo.

Los ítems incluidos en el dominio «activación», son los mismos que tienen los mayores puntajes de correlación con otros síntomas. Esta observación concuerda con los hallazgos de Bauer y colaboradores⁽⁹⁾, quienes consideran que las variables relacionadas con el nivel de activación constituyen las características nucleares del síndrome maníaco y no el estado de ánimo. Estos autores incluyen como ítems de este dominio, los siguientes:

- Me siento acelerado internamente
- Mis pensamientos van rápido
- Me siento hiperactivo
- Me siento descansado
- Me siento impulsivo.

En nuestro estudio, los ítems adicionales incluidos en el instrumento de medición correspondientes a alucinaciones y otras creencias extrañas, se ubicaron en el dominio que denominamos «psicosis». Este factor resultó también presente en el trabajo de Altman y colaboradores⁽⁸⁾, quienes incluyeron ítems como delirios, alucinaciones, tras-

tornos del pensamiento, orientación e introspección. Estos autores consideran que dicho factor debe evaluarse como una subescala, dejando el factor Manía como el núcleo del síndrome maníaco.

Llama la atención que en el trabajo de Shugar y colaboradores⁽¹⁰⁾, los elementos psicóticos, junto con el incremento de la actividad psico-motora, se ubican en el factor 1 que los autores denominan «disforia». Considerando nuestros hallazgos, estos son factores bien diferenciados y no son adecuadamente descritos con esta denominación. También en el trabajo de Shugar se plantea que el incremento de la actividad motora acompañado de otros síntomas, es más representativo del síndrome maníaco acumulando un 43.9% de la varianza total, mientras que el factor 2, que incluye elación, grandiosidad, actividad sexual y verbosidad, acumula sólo el 9,5% de la varianza. En nuestro estudio estas variables se distribuyeron en los factores «vida de Relación» y «cognoscitivo-afectivo».

Es de anotar que el ítem que corresponde a trabajo aparece con altos puntajes de correlación con otros ítems, lo cual se explica porque las alteraciones en el sueño, la distractibilidad, el aumento del contacto interpersonal y el incremento en la autoestima llevan a conflictos y a un deterioro en el desempeño laboral. Es decir, este ítem puede considerarse más como un marcador de

evolución que como un marcador de estado.

Este trabajo muestra que en el síndrome maníaco pueden definirse diferentes componentes que representan distintas dimensiones dentro de la misma construcción. Algunas de estas dimensiones no tienen adecuada consistencia, como en el caso del dominio llamado «psicosis» que presenta un valor de α de 0,46. Este hallazgo está en concordancia con la propuesta de otros autores de incluir estos síntomas en una subescala y no dentro de la medición específica del síndrome.

El dominio «activación» es el que recoge la mayor parte de la varianza (40% aplicando procedimientos de componentes principales y 74% aplicando factores principales). El ítem correspondiente al afecto eufórico queda ubicado en el factor «cognoscitivo-afectivo» que recoge sólo un 7.5% de la varianza. Esto sugiere el peso que dentro del síndrome maníaco tiene el componente de activación, y que plantearían la probabilidad de inconsistencia en ciertos sistemas de diagnóstico vigentes que proponen el afecto como categoría central de este síndrome.

Anexo 1

Otras creencias falsas (delirios):

Creencias personales que no se ajustan a la realidad, diferentes de los contenidos depresivos o megalomaniacos ya explorados y que no corresponden a ideas sobrevaloradas. 0. Ausente.

1. Presencia dudosa o de significación clínica cuestionable.
2. Se evidencian creencias falsas pero el paciente no está completamente convencido de ellas.
3. Creencias falsas sobre las cuales hay convicción por parte del paciente pero que no afectan su comportamiento.
4. Creencias falsas sobre las cuales hay convicción y afectan el comportamiento del paciente aunque este trata de controlarlo.
5. Las creencias falsas sobre las cuales hay convicción y son actuadas abiertamente por el paciente.

Cree que alguna persona quiere perjudicarlo?

Hay algún complot contra usted?

Cree que su compañero(a) le está siendo infiel?

Ha tenido alguna experiencia religiosa especial?

Hay algo que cree que esté mal en su cuerpo?

Siente que la gente habla o se ríe de usted?

Se siente controlado por alguna fuerza extraña?
Siente que sus pensamientos se difunden como ondas de radio y otros pueden escucharlos?

Alucinaciones:

Percepción sensorial sin estímulo desencadenante. 0.

Ausente.

1. Se sospecha su presencia pero no puede confirmarse.
2. Presentes, pero el paciente está conciente que no son reales y puede ignorarlas.

3. Definitivamente presentes y el paciente está convencido de que son hechos reales, pero tienen poca influencia en su comportamiento.

4. Las alucinaciones tienen efecto significativo sobre los pensamientos sentimientos o conducta.

5. Las alucinaciones generan acciones que tienen gran impacto sobre el paciente o sobre otros.

Ha escuchado sonidos o voces de gente hablando sin que haya nadie alrededor?

Ha tenido visiones o percibido olores que los demás no parecen notar? Ha tenido alguna otra percepción sensorial fuera de lo común? Esas percepciones le han ocasionado algún tipo de problema o dificultad?

Distractibilidad:

El paciente fácilmente se distrae con estímulos externos sin importancia.

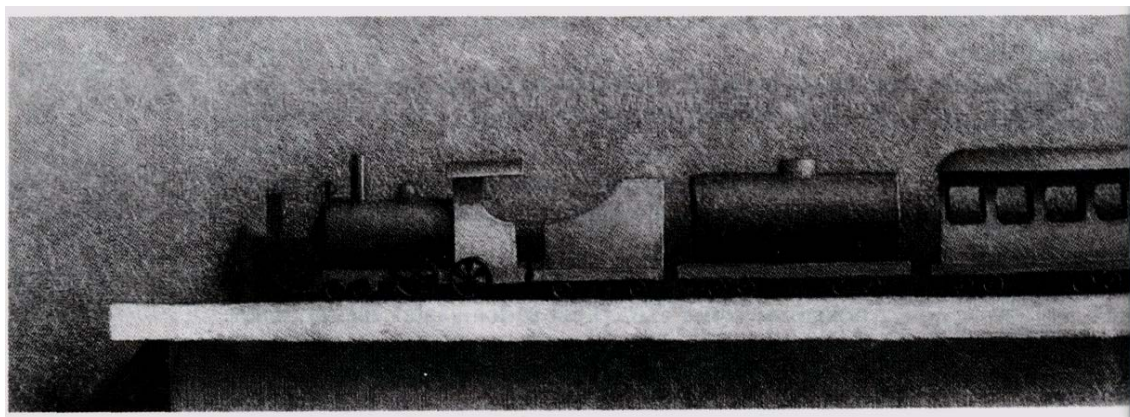
0. Ausente.

1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve, presente pero sin interferir con sus tareas ni su conversación.
3. Moderada, interfiere un poco con la conversación o con sus tareas.
4. Severa, interfiere frecuentemente con la conversación o sus tareas.
5. Extrema, el paciente es incapaz de mantener la atención en la conversación o en alguna tarea.

REFERENCIAS

- 1 Sánchez R, Gómez C: Conceptos básicos sobre validación de escalas. Rev Col Psiquiatría 1998;27:121-130.
- 2 Carroll BJ, Fielding JM, Blashki TG: Depression rating scales. A critical review. Am J Psychiatry 1973; 28:361-366.
- 3 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition revised (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press: 1994.
- 4 World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva, 1992.
- 5 Streiner DL: A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. Can J psychiatry 1993;38:140-148.

- 6 Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press: 1989.
- 7 Sánchez R, Rosero N. Evaluación de escalas de medición del síndrome maniaco. Revista latinoamericana de Psicología 1999, en prensa.
- 8 Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG, Peterson JL, Davis JM: The clinical administered rating scale for manía (CARS-M): Development, reliability and validity. Biol Psychiatry 1994;36:124-134.
- 9 Bauer M, Crits-Christoph R Ball W, Dewees E, McAllister T, Alahi R Cacciola J, Whybrow P: Independent Assessment of Manic and Depressive Symptoms by Self-rating. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:807-812.
- 10 Shugar G, Schertzer, Toner B, and Di Gasbarro I: Development, Use and Factor Analysis of a Self-Report Inventory for Mania. Comprehensive Psychiatry 33: 325-331 September/ October 1992.
- 11 Bech R Rafaelsen OJ, Kramp R Bolwig TG: The mania rating scale: Scale construction and interobserver agreement. Neuropharmacology 1978;17:430-431.
- 12 Jaramillo LE, Sánchez R: Protocolo para el manejo de pacientes con trastorno afectivo bipolar maniaco. Rev Fac Med U N Col 1995;43:207-209.
- 13 Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE: Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods. Second edition. Belmont: Duxbury Press: 1988. pp 595-631.
- 14 Hamilton LC: Regression with Graphics. A Second Course in Applied Statistics. Belmont: Duxbury Press: 1992, pp 249-282.
- 15 Johnson RA, Wicchern DW: Applied Multivariate Statistical Analysis. Fourth edition. New Jersey: Prentice Hall: 1998, pp 540-550.
- 16 Gnanadeikan R: Methods for Statistical Data analysis of multivariate observations. New York: John Wiley & Sons: 1997, pp 15-26.
- 17 Norman GR, Streiner DL: Bioestadística. Barcelona: Mosby Doyma Libros: 1996. pp 129-244.



«TREN CON VAGONES DL GASOLINA»
OLEO SOBRE TEIA
41X120 CM
1998