

Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN)

Ricardo Sánchez Pedraza¹
Luis Eduardo Jaramillo²
Carlos Gómez-Restrepo³

Resumen

Objetivo: Desarrollar un instrumento que permita medir de manera confiable y válida el síndrome maniaco. *Método:* Estudio observacional, analítico y prospectivo. El pretest de los ítems se realizó con 15 pacientes con trastornos psiquiátricos en fase aguda, admitidos para tratamiento. El análisis factorial se realizó con 95 pacientes diagnosticados con trastorno episodio actual bipolar maniaco o mixto. Para la confiabilidad interevaluador y la prueba-reprueba se realizó con 41 pacientes psiquiátricos en fase aguda admitidos para tratamiento. La sensibilidad al cambio y la validez de concurrencia se realizó con 25 pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar episodio actual maniaco o mixto. *Resultados:* Se construyó una escala con 19 ítems. En la primera fase del proceso se delimitaron 5 factores que contribuyeron para el 67% de la varianza total. Los factores incluidos en la escala fueron llamados activación física, activación psíquica, activación autonómica y sus efectos y polaridad depresión-megalomanía. Todos estos factores mostraron adecuados niveles de consistencia interna. El coeficiente de correlación de concordancia de Lin mostró adecuados puntajes en la confiabilidad interevaluador y prueba-reprueba. El coeficiente de correlación de Pearson entre los puntajes totales de la escala EMUN y la Escala de Evaluación de Manía de Bech estuvo entre 0,61 y 0,92. *Conclusiones:* Se desarrolló una escala de 16 ítems para evaluar el síndrome maniaco. Tiene una adecuada validez de contenido y define 4 dominios adecuadamente cubiertos por estos ítems. Los resultados indican que la EMUN es confiable y válida para medir la gravedad de la manía. Esta escala es un instrumento confiable y consistente a través del tiempo.

Palabras clave: escalas de valoración psiquiátrica, trastorno bipolar, análisis factorial, psicometría.

Title: Development and Validation of a Scale to Measure Manic Symptoms: Mania Scale of the Universidad Nacional de Colombia (EMUN)

- ¹ Médico psiquiatra. Magister en Epidemiología, especialista en Estadística. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.
- ² Médico psiquiatra. Magister en Farmacología. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.
- ³ Médico psiquiatra. Psicoanalista. MSc Epidemiología Clínica. Especialista en Psiquiatría de Enlace. Profesor asociado del Departamento Psiquiatría y Salud Mental y del Departamento de Epidemiología Clínica y coordinador de la Especialidad en Psiquiatría de Enlace de la Pontificia Universidad Javeriana y el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Abstract

Objective: To develop an instrument that allows a valid and reliable measurement of the manic syndrome. *Method:* Observational, analytic, and prospective study. 15 psychiatric patients admitted to acute phase treatment (pretest of the items). 95 patients diagnosed as bipolar disorder, manic or mixed episode (factor analysis). 41 psychiatric patients admitted to acute phase treatment (test-retest and inter-rater reliability). 25 patients with a diagnosis of bipolar disorder, current episode manic or mixed (sensitivity to change and concurrent validity). *Results:* An initial 19-item scale has been assembled. In a first step the procedure delimited 5 factors accounting for 67% of the total variance. Factors included in the scale were called physical activation, psychic activation, autonomic activation and its effects, and depression-megalomania polarity. All of these factors showed adequate levels of internal consistency. Lin's concordance correlation coefficient revealed adequate scores for interrater reliability and test-retest reliability. Pearson correlation coefficient between total scores on the EMUN and the MRS ranged from 0.61 to 0.92. *Conclusions:* A 16-item scale for manic syndrome has been developed. This scale has an adequate content validity and defines 4 domains adequately covered by the items. Results indicate the EMUN is both reliable and valid measuring severity of mania. This scale is a reliable instrument that performs consistently over time.

Key words: Psychiatric status rating scales, bipolar disorder, statistical factor analysis, psychometrics.

Introducción

A lo largo de la historia, el proceso diagnóstico en psiquiatría ha sido muy subjetivo. Ejemplo de ello es la existencia de múltiples

aproximaciones nosológicas para una misma entidad. Por ejemplo, Berner y colaboradores (1) citan 15 sistemas diagnósticos para la esquizofrenia y 9 para las psicosis afectivas. La clasificación de los trastornos mentales se limita a la elaboración de agrupaciones tipológicas sobre la base de criterios sintomáticos y evolutivos (2) difíciles de medir objetivamente.

La utilización de instrumentos de medición en psiquiatría es una práctica relativamente reciente y se ha desarrollado debido a la particularidad del proceso de diagnóstico en esta especialidad. Para algunos, el hecho de no utilizar escalas de medición en la práctica clínica implica darles prioridad a las impresiones subjetivas del clínico, las cuales son difíciles de medir y no dan parámetros adecuados de comparación ni de comunicación con otros clínicos (3).

A pesar de que dentro de las enfermedades psiquiátricas el trastorno bipolar es una patología con buen nivel de estabilidad diagnóstica, su medición también ha estado influida por la vigencia de determinadas escuelas teóricas. En nuestro país hay reportes que muestran que, luego de aplicar un sistema de clasificación diferente en un servicio de pacientes psiquiátricos hospitalizados, la proporción de pacientes con enfermedad bipolar pasó del 21% al 50% (4). Aunque se han afinado los criterios de diagnóstico y se ha logrado establecer la presencia de subtipos más es-

pecíficos dentro de los trastornos afectivos, las escalas disponibles no reflejan esta evolución diagnóstica. Esto implica que los procesos de investigación se vienen desarrollando con instrumentos de medición desactualizados, que no reflejan el estado actual del conocimiento científico. Una revisión sobre el proceso de desarrollo de los instrumentos para medir el síndrome maniaco se resume en la Tabla 1 (5). En dicho estudio no se encontraron reportes

de validación de estos instrumentos en Colombia.

De acuerdo con esta revisión, la Escala de Evaluación para Manía Administrada por el Clínico (14) y las escalas desarrolladas por Bech (9) y Young (10) son las que mejor cumplen los criterios para considerarlas instrumentos válidos, confiables y útiles —se tomaron como criterios de utilidad aspectos relacionados con el tiempo de aplicación, el entrenamiento de

Tabla 1. Resultados de la evaluación de 12 escalas de manía

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Fuente de los ítems	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fuente de los pacientes												
Tamaño de la muestra												
Consistencia interna					✓		✓	✓		✓	✓	✓
Confiabilidad test-retest					✓			✓		✓		✓
Confiabilidad interevaluador	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA		NA
Validez de apariencia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	✓	NS	NS	✓
Validez de contenido								✓		✓	✓	✓
Validez de criterio	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Sensibilidad al cambio				✓		✓		✓	✓	✓		
Utilidad		✓	✓	✓				✓		✓	✓	✓

- A: Escala de Evaluación del Estado Maniaco (Beigel, Murphy, Bunney, 1971) (6,7).
- B: Nueva Escala para Evaluación Longitudinal de Estados Maniacos (Pettersson, Fyro, Sedvall, 1973) (8).
- C: Escala de Evaluación de Manía (Bech, Rafaelsen, Kramp, Bolwig, 1978) (9).
- D: Escala de Evaluación de Manía (Young, Biggs, Ziegler, Meyer, 1978) (10).
- E: Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (Endicott, Spitzer, 1978) (11).
- F: Escala de Diagnóstico, Medición del Estado y Predicción de Respuesta al Tratamiento en Manía (Secunda, Katz, Swann, Koslow, Maccs, Chuang, Croughan, 1985) (12).
- G: Escala de evaluación de enfermería de Manchester (Brierley, Szabadi, Rix, Bradshaw, 1988) (13).
- H: CARS-M (Altman, Hedeker, Janicak, Peterson, Davis, 1994) (14).
- I: Escala para Evaluación de Estados de Ánimo en Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados (Mazmanian, Sharma, Persad, Kueneman, Burnham, Franklin, Hemmings, Leiska, 1994) (15).
- J: Valoración Independiente de Síntomas Maniacos y Depresivos por Autoevaluación (Bauer, Crits-Christoph, Ball, Dewees, McAllister, Alahi, Cacciola, Whybrow, 1991) (16).
- K: Inventario Chino de Polaridad (Zheng, Lin, 1994) (17).
- L: Inventario de Autorreporte para Manía (Shugar, Schertzer, Torner, Di Gasbarro, 1992) (18).
- NA: No aplica.
- NS: No satisfactoria.

los evaluadores y la complejidad del procesamiento de datos que proporciona la escala (18)—. Por el contrario, la Escala de Diagnóstico, Medición del Estado y Predicción de Respuesta al Tratamiento en Manía (12) no cumplió con ninguno de los criterios de utilidad.

Entre las escalas de autoevaluación, el Inventario de Autorreporte para Manía (18) parece ser la más útil. Sin embargo, la que mejor cumple con el proceso de validación es la Escala para Valoración Independiente de Síntomas Maníacos y Depresivos por Autoevaluación (5,16).

El tiempo requerido para ser aplicadas es una limitación importante en las siguientes escalas: Evaluación del Estado Maníaco (6), Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (11), Escala de Evaluación de Enfermería de Manchester (13) y la Escala para Evaluación de Estados de Ánimo en Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados (15).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de síntomas disfóricos en los cuadros maníacos, es fundamental que una escala que pretenda medir adecuadamente esta entidad los incluya en alguno de sus dominios. Siete de las escalas revisadas los incorporan dentro de sus ítems (Beigel, Bech, Endicott, Bauer, Zheng y Shugar) (6,7,9,11,16-18).

Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia de determinar el peso de los ítems, únicamente en las escalas de Altman (14), Bauer (16) y Shugar (18) se aplicó un análisis factorial para este fin.

La dificultad en el procesamiento de la información es un elemento que afecta la utilidad de un instrumento, hecho que se presenta como una desventaja en las escalas desarrolladas por Secunda (12) y Bauer (16).

Como puede observarse, las diferentes escalas de evaluación de manía disponibles hasta el momento tienen ventajas y limitaciones que deben tomarse en cuenta si se va a emprender un proceso de adaptación y validación. De la misma manera, si se va a desarrollar un nuevo instrumento, deben considerarse las virtudes y limitaciones de las escalas previas, para así poder generar una herramienta que cumpla los criterios de validación y utilidad que permitan su uso en los diferentes campos de la clínica y la investigación (19).

Una escala ideal para ser aplicada en la práctica clínica con pacientes maníacos debe caracterizarse por:

1. Ser breve.
2. Ser clara y fácil de aplicar.
3. Incluir guías de entrevista estructurada cuando haya ítems que impliquen obtener información del paciente.
4. Abarcar todos los dominios del trastorno maniaco, no sólo los de los cuadros clásicos.
5. Poder detectar el cambio de los síntomas en respuesta al tratamiento.
6. Tener buenos niveles de confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

7. Ser desarrollada con pacientes similares a los de la población en la que se va a aplicar dicha escala.

Teniendo en cuenta lo anterior, puede decirse que la escala que más se acerca a esta situación es el CARS-M (14). Sin embargo, su aplicación en nuestro medio puede tener limitaciones; por ejemplo, no abarca todos los dominios del episodio maniaco (excluye síntomas de manía disfórica), incluye síntomas que no pertenecen claramente al episodio maniaco y se desarrolló en pacientes con menor grado de severidad que la de los pacientes que usualmente son hospitalizados en instituciones colombianas.

Teniendo en cuenta las limitaciones de los instrumentos disponibles, se desarrolló una escala que pueda ser útil como herramienta de diagnóstico, de determinación de severidad y de respuesta al cambio en la condición clínica denominada episodio maniaco.

Materiales y métodos

El desarrollo de la escala se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Fase de desarrollo del contenido de la escala

Como paso inicial se efectuó una búsqueda en las bases de datos MedLine y LILACS, entre los años 1966 y 1997, y 1982 y 1997, respectivamente, para identificar artículos relacionados con sintomatología y medición de trastorno

bipolar, manía o enfermedad maniacodepresiva. Se seleccionaron 19 artículos relacionados con escalas de medición y 13 con síntomas de manía en MedLine, y 5 artículos relacionados con síntomas de manía y 1 con escalas en LILACS.

El siguiente paso fue conformar un grupo de coordinación, que estuvo integrado por tres clínicos con experiencia en diagnóstico y tratamiento de trastorno bipolar y por tres pacientes con este diagnóstico que no se encontraban en un episodio activo de enfermedad. En este grupo se efectuó un estudio y selección de los síntomas representativos del síndrome maniaco, teniendo en cuenta lo descrito en la literatura, la experiencia de los clínicos y la percepción de los pacientes.

Luego se definió la escala para medición de los ítems: teniendo en cuenta la experiencia existente con la aplicación de la escala MRS de Bech (9) se cuantificaron los ítems con un método directo específico (20) con una estructura ordinal entre 0 (ausente) y 5 (grave). Considerando el número de ítems, se planteó la asignación de un peso de calificación homogéneo (20).

Al final de esta fase se ensambló un instrumento con 19 ítems que consideraron los siguientes aspectos:

- Afecto eufórico.
- Afecto irritable.
- Afecto depresivo.
- Urgencia del pensamiento.
- Fuga de ideas.
- Incremento de la intensidad de la voz.

- Ideas de grandiosidad.
- Ideas depresivas.
- Otras ideas delirantes diferentes de las megalomaniacas.
- Hiperactividad motora.
- Excesiva energía.
- Hiperbulia.
- Disminución en necesidad de dormir.
- Incremento de energía sexual, cambios en el apetito.
- Distraibilidad.
- Aumento de contacto interpersonal.
- Pobre juicio.
- Alucinaciones.

2. Fase de estudio piloto

El instrumento preliminar se aplicó a 15 pacientes que ingresaron consecutivamente al servicio de hospitalización de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios, en Bogotá, independientemente de su diagnóstico. Para efectuar dicha aplicación se reclutaron tres clínicos, diferentes de los que participaron en la estructuración del instrumento.

Luego de esta aplicación, el investigador principal y los clínicos participantes en el estudio piloto evaluaron y ajustaron lo pertinente para obtener buena aplicabilidad e interpretabilidad de la escala.

3. Fase de aplicación preliminar para análisis factorial

Dos clínicos experimentados en evaluación y manejo de pacientes con trastorno bipolar se encargaron

de aplicar la escala desarrollada en la etapa previa a un grupo de 95 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, episodio actual maníaco o mixto. Todos los pacientes fueron evaluados dentro de los primeros tres días después de su ingreso. El diagnóstico de episodio maníaco se efectuó con los criterios del DSM-IV (21).

Los pacientes que inicialmente fueron considerados bipolares por parte de los clínicos de la Unidad de Salud Mental fueron remitidos al grupo de investigadores del proyecto. Solamente se incluyeron los pacientes en quienes hubo acuerdo en el diagnóstico por parte de los dos investigadores principales, luego de una evaluación independiente de 20 a 30 minutos de duración, utilizando una entrevista semiestructurada.

Para el análisis de los datos se aplicaron métodos estadísticos que permitieran establecer la consistencia interna de los ítem (alfa de Cronbach) y se efectuó un análisis multivariado para determinar la estructura factorial del instrumento. De esta manera se desarrolló una versión definitiva para ser sometida posteriormente al procedimiento de validación.

4. Fase de validación de la escala

En esta fase se evaluaron la confiabilidad, la validez y la sensibilidad al cambio del instrumento.

Para medir la confiabilidad interevaluador, una vez definidas las características del instrumen-

to se seleccionaron 41 pacientes que ingresaron consecutivamente a los servicios de hospitalización, independientemente del diagnóstico. Cada uno de los pacientes fue valorado de inmediato luego de su admisión, de manera independiente por cada uno de los tres clínicos. La medición de confiabilidad se efectuó con el coeficiente de correlación intraclase y el coeficiente de correlación concordancia de Lin.

Para establecer la confiabilidad test-retest, cada uno de los evaluadores clínicos les practicó a los 31 pacientes que conformaron el grupo anterior una segunda aplicación de la escala después de dos días de la primera medición. La medición de la confiabilidad test-retest se efectuó con el coeficiente de correlación de Pearson.

La validez de criterio convergente se evaluó seleccionando 25 pacientes con diagnóstico DSM-IV (21) de episodio maniaco o mixto efectuado por tres investigadores. Al momento del ingreso al hospital, a estos pacientes simultáneamente se les aplicaron la escala de manía de Bech (9), un formato de Impresión Clínica Global y el instrumento desarrollado en el presente estudio.

Para evaluar la sensibilidad al cambio, a los primeros 25 pacientes con diagnóstico de episodio maniaco que cumplieron los criterios de inclusión y que recibieron tratamiento farmacológico se les realizó una aplicación inicial de la escala y otra a las dos semanas de tratamiento.

Análisis estadístico

El número total de pacientes para entrevistar en el análisis factorial se determinó según la recomendación de Norman y Streiner: cinco pacientes por ítem (22). Para determinar la confiabilidad inter-evaluador se calculó una muestra de 25 pacientes, siguiendo el método de Donner (23): tres mediciones por sujeto, una significación de 0,05, un poder del 80% y asumiendo una hipótesis a una cola con la siguiente estructura: $H_0: \rho=0,6$ $H_1: \rho>0,6$. Para la determinación de la confiabilidad test-retest se calculó un número de 20 pacientes, estimando un r de 0,6. Para determinar la validez concurrente se utilizó la misma función anterior, pero con un $r=0,8$, lo cual dio un número de 15 pacientes. Para evaluar la sensibilidad al cambio, la muestra de 25 pacientes se calculó esperando encontrar una diferencia de 25 puntos en la media de la escala, asumiendo una desviación estándar de 6.

Se calcularon medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencia para caracterizar los diferentes ítems medidos por el instrumento. En todas las fases se tomó un tamaño de muestra igual o mayor que el calculado para cada procedimiento.

Para el análisis factorial se usaron métodos de factores principales y métodos de rotación factorial para interpretación de dominios. Se manejó un método de rotación oblicuo (Promax) que asume que no existe

ortogonalidad entre las variables latentes (24).

Se evaluó la consistencia interna de los factores detectados y de los ítems que los conforman mediante la prueba de alfa de Cronbach, considerando satisfactorios valores entre 0,7 y 0,9 (20). Para evaluar la capacidad del instrumento para discriminar entre pacientes con el trastorno y sin el trastorno, se calculó el estadístico lambda de Wilks. Este estadístico evalúa la significación de la distancia entre los centroides de los dos grupos (25).

Para las puntuaciones totales de la escala, la evaluación de concordancia entre las mediciones de los tres evaluadores (confiabilidad interevaluador) o entre mediciones repetidas (confiabilidad test-retest) se efectuó mediante el coeficiente de correlación-concordancia de Lin (ρ_c), el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el estadístico de límites de acuerdo de Bland y Altman (26-28).

Para las puntuaciones de los diferentes ítems, la concordancia fue medida con el coeficiente de correlación intraclase. El test de ANOVA que incluye factores entre sujetos (29), se aplicó para determinar la sensibilidad del instrumento al cambio (variaciones en la condición clínica). El factor de corrección para ajuste por falta de independencia aplicado fue el ϵ de Huynh-Feldt (30).

Los procedimientos se efectuaron con los paquetes estadísticos STATA6® (31) y SPSS9®. El estudio

fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Resultados

Validez de contenido

A partir del resultado satisfactorio de una prueba de esfericidad de Barlett, se efectuó un análisis factorial en el que se interpretaron cinco dominios, de acuerdo con el criterio de valores propios mayores que 1. Dada la no independencia teórica alcanzada en la rotación ortogonal, se realizó una rotación Promax, cuyos resultados se presentan en la Tabla 2. Los dominios encontrados en esta rotación se definieron así:

- Factor 1: Puede denominarse como *factor de activación psíquica*. Este factor recoge el 32,8% de la varianza total de la escala.
- Factor 2: Se considera un *factor de activación física* y recoge el 10,4% de la varianza total.
- Factor 3: Puede denominarse como *factor activación autonómica y sus efectos*. Es responsable del 9,1% de la varianza total.
- Factor 4: Es el *factor de polaridad depresión-megalomanía*. Recoge el 8,5% de la varianza de la escala.
- Factor 5: Es el *factor de psicosis*. Se considera responsable del 6,8% de la varianza total.

Tabla 2. Cargas factoriales luego de rotación Promax

Síntoma	Factor (carga)				
	1	2	3	4	5
Afecto eufórico	0,56528	-0,43959	-0,07208	-0,12376	-0,3937
Afecto irritable	-0,00825	0,84524	0,04055	-0,04019	0,09749
Afecto depresivo	0,1386	0,02497	0,07137	0,93015	-0,00878
Urgencia pensamiento	0,93836	0,07218	-0,17455	0,13161	0,07947
Fuga de ideas	0,97328	0,09076	-0,08346	0,26122	0,17828
Intensidad de voz	0,58307	0,61808	-0,12934	0,02031	-0,02883
Grandiosidad	0,23942	-0,15165	0,32359	0,46	0,22895
Ideas depresivas	0,15132	-0,09736	0,11276	0,98494	-0,00162
Otras creencias	0,14848	0,03031	-0,12689	-0,09555	0,90342
Hiperactividad	0,37219	0,57186	0,19927	0,0572	-0,15045
Exceso energía	0,00343	0,1567	0,65937	-0,16606	-0,03793
Ánimo emprendedor	0,40076	-0,25065	0,33408	-0,26234	0,09278
No dormir	-0,15232	0,30409	0,70883	-0,10775	0,05915
Más sexo	0,31925	-0,07194	0,43479	-0,06037	-0,39293
Apetito	-0,19691	-0,06602	0,91364	0,36727	-0,17694
Distraibilidad	0,7064	0,28042	0,05295	-0,08722	-0,00105
Sociabilidad	0,39754	0,39776	0,2126	-0,19169	-0,10055
Juicio pobre	0,1707	0,2077	0,48691	-0,05108	0,1065
Alucinaciones	0,08649	-0,20285	0,45555	0,22125	0,48435

Todas las cargas de cada uno de los factores fueron mayores que 0,4. La consistencia interna de cada uno de estos factores se evaluó con el alfa de Cronbach. Los resultados se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Valores de alfa de Cronbach para la escala y los factores

Factor	Valor
Escala completa	0,864
Factor 1	0,761
Factor 2	0,826
Factor 3	0,726
Factor 4	0,714
Factor 5	0,451

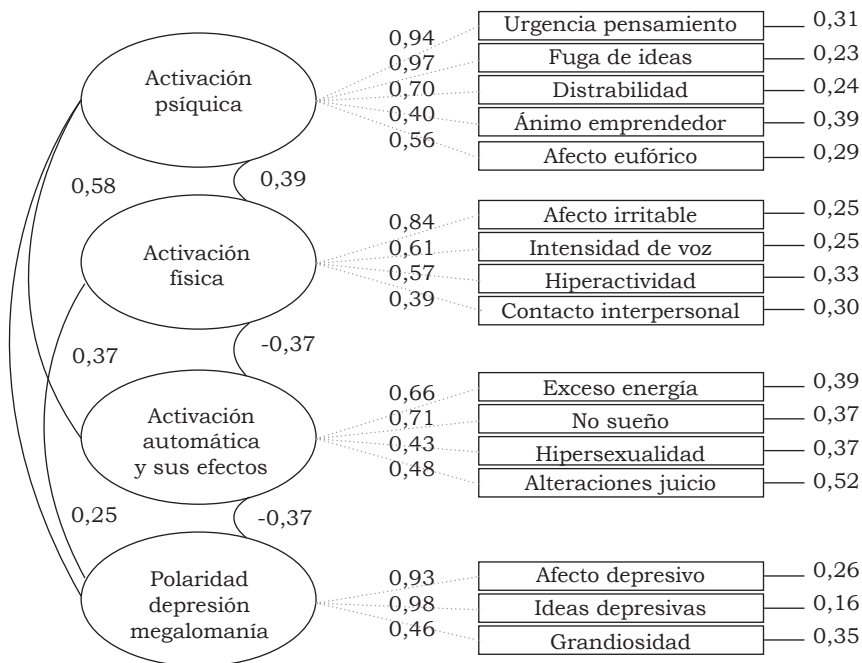
Teniendo en cuenta que para identificar un factor a partir de una

matriz de correlación se requieren al menos tres cargas factoriales significativas (32), y que el valor del alfa de Cronbach es muy bajo para el factor 5 (0,451), se retiró este factor del análisis. Los valores de unicidad para estos ítems también resultaron altos (mayores que 0,6). Los valores de unicidad también resultaron elevados para el ítem “apetito” (0,67), por lo cual también se retiró del análisis. El modelo final quedó con cuatro factores (Figura 1).

Validez de criterio convergente

Los valores de las correlaciones entre las tres escalas (Escala de Manía de Bech [MAS], Impresión Clínica Global [ICG] y Escala de

Figura 1. Estructura factorial medida por la escala EMUN



Manía de la Universidad Nacional [EMUN]) resultaron significativas en el rango de 0,60 a 0,92 ($p < 0,01$). En general, los valores de las correlaciones fueron más altos entre las escalas EMUN y MAS. Hay que tener en cuenta que la puntuación de la ICG no es específica para manía.

Confiabilidad interevaluador

De los 41 pacientes evaluados en esta fase, 31 presentaban episodio maníaco; los otros 10 tenían patologías del espectro psicótico no afectivas ($n=7$), trastornos depresivos ($n=2$) y un trastorno de personalidad. La capacidad del instrumento para diferenciar entre pacientes maniacos y no maniacos se evaluó mediante el estadístico

lambda de Wilks (25). Para todos los tres evaluadores se encontró que la escala discrimina significativamente entre pacientes con manía y sin manía ($p < 0,04$ en todos los casos). La Tabla 4 muestra los resultados de los diferentes métodos con los que se midió la concordancia para las puntuaciones totales de la escala. Los coeficientes de correlación-concordancia tuvieron un rango de 0,755 a 0,822. Estos valores indican muy buen nivel de concordancia entre los diferentes evaluadores, lo cual se confirma con las puntuaciones cercanas a 1 en el factor de corrección del sesgo y con el valor del coeficiente de correlación intraclass calculado con un algoritmo para acuerdo absoluto (0,917).

Tabla 4. Coeficientes de correlación, evaluación de confiabilidad interevaluador

Evaluadores	ρ_c^a	IC 95% ^b	p^c	C_b^d	ρ_p^e	CCI ^f
1 - 2	0,755	0,631 0,879	0,000	0,885	0,853 Pr(r = 0) = 0,000	0,917 IC ⁹⁵ : ,826 ,958 F _{40,80,0} = 15,84 P=0,0000
1 - 3	0,771	0,646 0,896	0,000	0,920	0,838 Pr(r = 0) = 0,000	
2 - 3	0,822	0,724 0,921	0,000	0,986	0,834 Pr(r = 0) = 0,000	

a: Coeficiente de correlación-concordancia de Lin (ρ_c).

b: Intervalo de confianza del 95%.

c: Valor p para el ρ_c .

d: Factor de corrección del sesgo.

e: Coeficiente de correlación de Pearson.

f: Coeficiente de correlación intraclase, modelo de efectos aleatorios a dos vías, medido sobre los tres evaluadores.

Confiabilidad test-retest

Para esta fase del desarrollo del instrumento se evaluaron 31 pacientes (21 con episodio maniaco, 7 con cuadros psicóticos no afectivos, 2 con trastornos depresivos no bipolares y 1 con trastorno de personalidad). La Tabla 5 muestra los resultados de los diferentes métodos con los que se midió la concordancia para las puntuaciones totales de la escala. Los coeficientes de correlación-concordancia tuvieron un rango de 0,809 a 0,870, lo cual muestra

muy buenos niveles de confiabilidad test-retest. Este hecho es confirmado por las puntuaciones cercanas a 1 del factor de corrección del sesgo y por los valores del coeficiente de correlación intraclase, calculado para cada uno de los evaluadores con un algoritmo para acuerdo absoluto (rango de 0,897 a 0,932).

Sensibilidad al cambio

Para este paso del desarrollo del instrumento se evaluaron 25 pacientes con diagnóstico de

Tabla 5. Coeficientes de correlación para evaluación de confiabilidad test-retest

Evaluador	ρ_c^a	IC 95% ^b	p^c	C_b^d	ρ_p^e	CCI ^f
1	0.809	0.681 0.937	0.000	0.981	0.824 Pr(r=0) = 0.000	0.897 IC: 0.784 0.950
2	0.831	0.724 0.939	0.000	0.941	0.883 Pr(r=0) = 0.000	0.910 IC: 0.771 0.960
3	0.870	0.779 0.961	0.000	0.964	0.903 Pr(r=0) = 0.000	0.932 IC: 0.797 0.972

a: Coeficiente de correlación-concordancia de Lin (ρ_c).

b: Intervalo de confianza del 95%.

c: Valor p para el ρ_c .

d: Factor de corrección del sesgo.

e: Coeficiente de correlación de Pearson.

f: Coeficiente de correlación intraclase e intervalos de confianza al 95%, modelo de efectos aleatorios a dos vías.

trastorno afectivo bipolar tipo I. Los pacientes fueron evaluados en la entrevista inicial y luego de dos semanas de tratamiento. La media de la puntuación inicial en la escala EMUN fue 31,70. La diferencia de la puntuación no fue significativa entre los tres evaluadores ($F(2, 72, 0,05) : 1,6 p=0,20$). La media de la puntuación final (luego de dos semanas de tratamiento) fue 17,53. La diferencia de la puntuación ϵ no fue significativa entre los tres evaluadores ($F(2, 72) : 2,94 p=0,06$). Se encontró que la puntuación inicial y la final fueron diferentes ($F(3, 72)=39,89 p=0,000$). Dicha diferencia depende del componente de variabilidad dentro de sujetos, dada por el momento de efectuar la medición ($F(1, 72)=117,19 p=0,0000$). La interacción entre evaluador y momento de realizar la entrevista no resultó significativa ($F(2, 72)=1,24 p=0,29$).

Discusión

Hasta donde tenemos conocimiento, la EMUN es la primera escala desarrollada para medir síntomas maníacos en español. El instrumento desarrollado buscó suplir deficiencias encontradas en instrumentos anteriores: no incorporar todas las dimensiones del síndrome, no incluir guías de entrevista semiestructurada para evaluar aspectos clínicos de una manera sistemática, no considerar todos los procedimientos y componentes estadísticos recomendados en un análisis de validación.

Se desarrolló una escala compuesta de 16 ítems (Anexo 1) que tiene una adecuada validez de contenido, pues define cuatro dominios que quedan adecuadamente representados por los ítems.

Los valores en las mediciones de correlación y concordancia entre diferentes evaluadores, o entre evaluaciones sucesivas con relativa estabilidad de la condición clínica, muestran que la EMUN es un instrumento válido y confiable para medir la severidad de la manía y que se desempeña consistentemente a lo largo del tiempo.

La escala desarrollada detecta adecuadamente los cambios en la condición clínica derivados del tratamiento y muestra muy buena correlación con un patrón de referencia. De acuerdo con los resultados, es una herramienta útil, no sólo para evaluar la condición de los pacientes en la práctica clínica psiquiátrica, sino también para efectuar estudios de investigación en los cuales se analice la eficacia de intervenciones terapéuticas en este tipo de trastornos psiquiátricos.

Los resultados del estudio indican una estructura factorial en la cual los criterios clásicamente relacionados con el diagnóstico de manía no están presentes. Este hallazgo es consistente con otros reportes que sugieren que, en contraposición con lo planteado en criterios diagnósticos del DSM-IV, el afecto no es un síntoma central en la definición del síndrome (33,34).

El no haber incorporado suficiente número de pacientes con di-

ferentes estadios de gravedad puede comprometer la generalizabilidad de los resultados de este estudio de validación. Se proponen investigaciones posteriores en las cuales se incorporen diferentes tipos de pacientes que cubran el espectro de la enfermedad para evaluar el desempeño del instrumento en escenarios diferentes. Adicionalmente, se plantea la realización de estudios que evalúen la estructura factorial evidenciada en el síndrome mediante el uso de técnicas estadísticas confirmatorias (ecuaciones estructurales), utilizando muestras más grandes de pacientes.

Como resultado final, se ofrece una escala para medir síntomas maníacos, desarrollada en población latina, hispanohablante; este instrumento muestra propiedades psicométricas satisfactorias y se ofrece libremente a aquellos que estén interesados en utilizarla (solamente se solicita dar los créditos a los autores del instrumento).

Referencias

1. Berner P, Gabriel E, Katschnig H, Kieffer W., Koehler K, Lenz G et al. Criterios diagnósticos para la esquizofrenia y las psicosis afectivas. World Psychiatric Association. Barcelona: Espaxs; 1986.
2. Géraud M. Emil Kraepelin y los trastornos unipolares/bipolares. En: Bourgeois ML, Verdoux H. Trastornos bipolares del estado de ánimo. Barcelona: Masson; 1997. p.23-33.
3. Strauss JS: A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. Am J Psychiatry 1975;132(11): 1193-7.
4. Sánchez R, García M, Velásquez J: Influencia del cambio de sistema de clasificación diagnóstica sobre indicadores hospitalarios. Boletín Epidemiológico de Antioquia. 1996;23:110-121.
5. Sánchez-Pedraza R, Rosero-Villota N. Revisión crítica de escalas de medición de manía. Avances en Medición. 2003;1(1):37-70.
6. Beigel A, Murphy DL, Bunney WE. The manic-state rating scale. Am J Psychiatry. 1971;128:688-94.
7. Bech P, Bolwig T.G, Dein E, Jacobsen O, Gram L F. Quantitative rating of manic states. Correlation between clinical assessment and Beigel's objective rating scale. Acta Psychiatr Scand. 1975;52(1):1-6.
8. Petterson U, Fyro B, Sedvall G. A new scale for the longitudinal rating of manic states. Acta Psychiatr Scand. 1973;49(3):248-56.
9. Bech P, Rafaelsen OJ, Kramp P, Bolwig TG. The mania rating scale: Scale construction and interobserver agreement. Neuropharmacology. 1978;17(6):430-1.
10. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133:429-35.
11. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1978;35(7):837-44.
12. Secunda SK, Katz MM, Swann A, Koslow SH, Maas JW, Chuang S, et al. Mania. Diagnosis, state measurement and prediction of treatment response. J Affect Disord. 1985;8(2):113-21.
13. Brierley CE, Szabadi E, Rix KJ, Bradshaw CM. The Manchester Nurse Rating scale for the daily simultaneous assessment of depressive and manic ward behaviors. J Affect Disord. 1988;15(1):45-54.
14. Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG, Peterson JL, Davis JM. The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, reliability and validity. Biol Psychiatry. 1994;36(2):124-34.
15. Mazmanian D, Sharma V, Persad E, Kueneman K, Burnham J, Franklin J et al. Development and validation of a scale for rating mood states of psychiatric inpatients. Hosp Community Psychiatry. 1994;45(3):238-41.
16. Bauer MS, Crits-Christoph P, Ball WA, Dewees E, McAllister T, Alahi P, et al. Independent assessment of manic and

- depressive symptoms by self-rating. Scale characteristics and implications for the study of mania. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):807-12.
17. Zheng YP, Lin KM. The reliability and validity of the Chinese Polarity Inventory. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(2):126-31.
 18. Shugar G, Schertzer S, Tonner BB, Di Gasbarro I. Development, use, and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Compr Psychiatry*. 1992;33(5):331-335.
 19. Bech P. Rating scales for mood disorders: applicability, consistency and construct validity. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1988;345:45-55.
 20. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
 21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, D.C.: APA; 1994.
 22. Norman GR, Streiner DL. *Bioestadística*. Barcelona: Mosby; 1996.
 23. Donner A, Eliasziw M. Sample size requirements for reliability studies. *Stat Med*. 1987;6(4):441-8.
 24. Johnson R, Wicher DW. *Applied multivariate statistical analysis*. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
 25. Tabachnik BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins College Publishers; 1996.
 26. Lin LI. A concordance correlation coefficient to evaluate reproducibility. *Biometrics*. 1989;45(1):255-68.
 27. Steichen TJ. Concordance correlation coefficient. *Stata Technical Bulletin*. 1998;43:35-9.
 28. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986;1(8476):307-10.
 29. Gleason JR. Within subjects (repeated measures) ANOVA, including between subjects factors. *Stata Technical Bulletin*. 1999;8(47):40-45.
 30. Huynh H. Some approximate tests for repeated measurement designs. *Psychometrika*. 1978; 43(2):161-75.
 31. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 5.0*. College Station, Texas: Stata Corporation; 1997.
 32. Zwick WR, Velicer WF. Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychol Bull*. 1986; 99:432-42.
 33. Tabachnik BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins College Publishers; 1996. p 400-401.
 34. Bauer MS, Simon GE, Ludman E, Unützer J. `Bipolarity` in bipolar disorder: distribution of manic and depressive symptoms in a treated population. *Br J Psychiatry*. 2005;187:87-8.
 35. Rosero N, Sánchez R, Martín E. Determinación de la estructura factorial del síndrome maniaco. *Rev Colom Psiquiatr*. 2000;29(1):49-58.

Conflicto de interés: Los autores niegan cualquier conflicto de interés para este artículo.

Recibido para evaluación: 2 de julio de 2008

Aceptado para publicación: 10 de septiembre de 2008

Correspondencia
Ricardo Sánchez Pedraza
Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, oficina 203
Carrera 30 N° 45-03
Bogotá, Colombia
rsanchezpe@unal.edu.co

Anexo 1. Escala de manía de la Universidad Nacional (EMUN)

Nombre del paciente _____
Fecha # 1 _____ Fecha # 2 _____
Diagnóstico _____
Edad _____ Entrevistador _____

Marque con un círculo el numeral que represente más apropiadamente el nivel de severidad de cada síntoma. Haga todas las preguntas empezando por: “Durante esta última semana usted tuvo...”.

1. **Afecto eufórico**

Presencia de uno o más períodos claramente diferentes del estado basal, que duran más de una hora, en los cuales el paciente está muy alegre o exageradamente optimista, sin que tenga que ver con circunstancias externas ni con uso de sustancias.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Aumento leve, pero definitivo: se siente animado, se ve simpático.
3. Aumento moderado: alegría y ánimo exagerados ante las circunstancias, bromea y ríe frecuentemente pero su afecto puede cambiar ante situaciones no alegres.
4. Aumento severo: está casi todo el tiempo eufórico, claramente desproporcionado ante las circunstancias, casi no se modifica ante situaciones no alegres.
5. Aumento extremo: permanentemente está riendo y gritando, sin relación aparente con el entorno.
 - ¿Ha tenido periodos en los cuales se sienta muy contento, sin que esto tenga que ver con uso de alcohol o de otra sustancia?
 - ¿Ha sentido como si todo le saliera perfecto y tal como usted lo desea?
 - ¿Los familiares o amigos creen que está exageradamente alegre?
 - ¿Cuánto duró usted así?

2. Afecto irritable

Presencia de uno o más períodos claramente diferentes del estado basal, que duran más de una hora, en los cuales está muy irritable o de mal genio, sin que tenga que ver con circunstancias externas ni con uso de sustancias.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Aumento leve: un poco argumentativo, expresa fácilmente fastidio o desagrado por los demás, ocasionalmente irritable durante la entrevista.
3. Aumento moderado: algunos temas lo irritan demasiado, fácilmente insulta o maldice, puede ser necesario limitar le las visitas, frecuentemente irritable durante la entrevista, pero se le puede calmar.
4. Aumento severo: ocasionalmente agresivo, irritable de manera excesiva y desproporcionada, puede romper objetos, no tolera la entrevista porque fácilmente se pone irritable, puede requerir contención física.
5. Aumento excesivo: fácilmente violento contra objetos y personas.
 - ¿Se ha sentido malgeniado o irritable?, ¿qué tan seguido?
 - ¿Nota que la gente lo saca de casillas con facilidad?, ¿qué tan seguido?
 - ¿Ha notado que tiene discusiones o peleas con mayor frecuencia que antes?, ¿qué tan seguido?

3. Afecto depresivo

Sentimientos de tristeza, aburrimiento, desgano, incapacidad de disfrutar, pesimismo, que no tienen que ver con uso de sustancias ni con circunstancias externas.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Se evidencian sentimientos de tristeza solamente cuando se interroga al paciente.
3. El paciente espontáneamente reporta sentimientos de tristeza.
4. La tristeza del paciente es evidente no sólo en el aspecto verbal sino también en el no verbal.
5. El paciente, prácticamente, lo único que comunica tiene que ver con su tristeza.

- ¿Ha tenido períodos en los que se siente triste, aburrido o sin esperanzas?
- ¿Ha tenido periodos en los cuales no puede disfrutar nada?
- ¿Qué tanto le han durado?

4. Urgencia del pensamiento

Producción de ideas de manera continua o excesiva

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Aumento leve: está algo más hablador que lo normal.
3. Aumento moderado: habla fluidamente sobre uno o varios temas, con pocas interrupciones espontáneas, el paciente por sí mismo para de hablar, se le puede interrumpir.
4. Aumento severo: habla permanentemente sobre múltiples temas; si se deja, no para de hablar, es difícil interrumpirlo.
5. Aumento marcado: habla sin parar de múltiples temas, imposible interrumpirlo.

5. Fuga de ideas

Paso de un tema a otro que la mayoría de las veces está relacionado y que no suele hacer perder la continuidad del pensamiento.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve: hasta en uno de cuatro temas se va por las ramas pero no pierde el hilo, la velocidad del pensamiento está un poco aumentada.
3. Moderada: hasta en un tercio de los temas que trata durante la entrevista se va por las ramas, hay tendencia a perder el hilo del pensamiento, es necesario recordarle al paciente el tema que inicialmente estaba tratando y el paciente puede volver a retomarlo; la velocidad del pensamiento está claramente aumentada.
4. Marcada: por lo menos en la mitad de los temas el paciente se va por las ramas, el paciente pierde el hilo del pensamiento con facilidad y hay que ayudarlo mucho para que pueda retomar el tema que inicialmente estaba tratando, sus ideas surgen a gran velocidad.
5. Severa: el paciente no puede terminar un tema sin haberse ido por las ramas, su discurso se hace ininteligible y difícil de seguir, no

puede retomar el tema inicial a pesar de los esfuerzos del entrevistador, las ideas surgen permanentemente y a gran velocidad.

6. Intensidad de la voz

Volumen de la voz, qué tan fuerte habla el paciente.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Habla más alto, pero sin llegar a estar alborotado.
3. Voz que se escucha a distancia, está un poco alborotado.
4. Vocífera, su voz se escucha a gran distancia, alborota, canta.
5. Chilla, grita o hace ruido de otra manera, pues se ha quedado ronco.

7. Grandiosidad

Aumento de la autoestima y exageración de las capacidades, atributos o posesiones.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve: su autoestima está aumentada y exagera sus capacidades, pero sus creencias no están muy alejadas de la realidad, puede aceptar la confrontación con la realidad.
3. Moderada: el aumento de la autoestima es claramente desproporcionado con las circunstancias reales, es difícil que acepte la confrontación con la realidad.
4. Severa: ideas delirantes de grandeza que no actúa.
5. Extrema: ideas delirantes de grandeza que actúa.
 - ¿Se siente más seguro de usted mismo que antes?
 - ¿Es usted una persona especialmente importante o con poderes, capacidades o riquezas especiales?
 - ¿Tiene alguna misión especial en esta vida? ¿Tiene algún tipo de relación especial con Dios?

8. Ideas depresivas

Ideas de minusvalía, culpa, desesperanza, desamparo, muerte, enfermedad, aniquilación.

0. Ausente.
1. Presencia dudosa o de significación clínica cuestionable.
2. Leve: hay ideas depresivas que no están muy alejadas de la realidad, puede aceptar la confrontación con la realidad.

3. Moderada: las ideas depresivas son claramente desproporcionadas con las circunstancias reales, es difícil que acepte la confrontación con la realidad.
4. Ideas depresivas delirantes que no se actúan.
5. Ideas delirantes de grandeza que se actúan.
 - ¿Ha sentido que usted ya no es capaz de hacer las cosas como las hacía antes?
 - ¿Se siente culpable por algo que ha sucedido? ¿Siente que está demasiado pesimista?
 - ¿Cree que tiene alguna enfermedad grave o que mejor sería estar muerto?
 - ¿Cree que el mundo se va a acabar pronto?

9. Hiperactividad motora

Hiperquinesia. Conducta motora incrementada sin relación con sustancias ni medicaciones.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve: caminadera ocasional, le cuesta trabajo quedarse quieto en la silla.
3. Moderada: caminadera frecuente, no se puede quedar sentado.
4. Severa: casi siempre está moviéndose o caminando.
5. Extrema: movimiento continuo o agitación constante, hay que inmovilizarlo.

10. Excesiva energía

El paciente se siente con más fuerza y energía y experimenta poco o ningún cansancio.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve: aumento en el nivel de actividad que no le causa dificultades y que incluso puede ser productivo.
3. Moderado: está claramente más activo que lo normal y no muestra suficientes signos de cansancio, tiene interferencias ocasionales con su funcionamiento.
4. Severo: está mucho más activo que lo usual y no muestra signos de fatiga, tiene claras interferencias con su funcionamiento.
5. Extremo: tiene que estar activo todo el día y no muestra ningún signo de fatiga.

- ¿Se ha sentido con más energía que lo usual para hacer las cosas?
- ¿Percibe que puede estar trabajando todo el día y que no se cansa?

11. Excesivo involucramiento en actividades

Hiperbulia o ánimo emprendedor. Parte voluntaria de la conducta motora.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Busca participar en algunas actividades adicionales a las habituales (máximo dos) que teóricamente podría cumplir con facilidad.
3. Busca participar en algunas actividades adicionales a las habituales (más de dos, menos de cuatro) y por lo menos una de ellas es difícil de cumplir.
4. Busca participar en algunas actividades adicionales a las habituales (más de dos, menos de cuatro) y por lo menos una de ellas es imposible de cumplir.
5. Busca participar en más de cuatro actividades adicionales a las habituales y la mayoría de ellas son imposibles de cumplir.
 - ¿Qué cosas ha buscado hacer diferentes de las que normalmente hace?
 - ¿Alguno de los nuevos planes es difícil de cumplir?, ¿por qué?

12. Disminución de la necesidad de dormir

Es necesario diferenciarlo de insomnio.

0. Ausente.
1. Duerme hasta una hora menos que lo normal.
2. Duerme hasta dos horas menos que lo normal.
3. Duerme hasta tres horas menos que lo normal.
4. Duerme hasta cuatro horas menos que lo normal.
5. Cuatro o más horas de sueño menos que lo normal.
 - ¿Cuántas horas duerme normalmente?
 - ¿Cuántas horas está durmiendo ahora?
 - ¿Siente ganas de dormir en algún momento del día?

13. Incremento de energía sexual

Conducta sexual incrementada, pero en general no extraña.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve: el paciente flirtea discretamente, pero en mayor grado que lo habitual en él.
3. Moderado: el paciente flirtea abiertamente.
4. Severo: el paciente flirtea excesivamente, viste en forma provocativa.
5. Extremo: ocupado en la sexualidad en forma completa e inapropiada.

14. Distractibilidad

El paciente se distrae fácilmente 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.

15. Excesiva sociabilidad

Contacto interpersonal y social incrementados.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Ligeramente entrometido, opina sin que se le pregunte.
3. Moderadamente entrometido y con ganas de discutir, algo impertinente.
4. Dominante, da órdenes, dirige, pero se mantiene en contacto con el entorno.
5. Extremadamente dominante y manipulador, sin contacto con el entorno.

16. Juicio pobre

El paciente se comporta de manera imprudente, comete indiscreciones, no mide las consecuencias de sus actos.

0. Ausente.
1. Aumento dudoso o de significación clínica cuestionable.
2. Leve pero definitivo: comete imprudencias menores que llaman la atención, pero son infrecuentes o poco graves (llama demasiado por teléfono, se viste llamativamente, revela algunos secretos...).
3. Moderado: se involucra en tareas para las cuales no está preparado, no mide adecuadamente sus gastos o hace inversiones riesgosas, es abiertamente imprudente.
4. Severo: se involucra frecuentemente en actividades riesgosas, hace inversiones o gastos claramente absurdos que lo dejan en importantes dificultades económicas.
5. Participación permanente y continua en actividades altamente peligrosas o antisociales, sin tener en cuenta las graves consecuencias.
 - ¿Ha hecho alguna cosa que le haya causado problemas a usted o a su familia?
 - ¿Ha dicho cosas que antes no se le hubiera ocurrido ni mencionar?
 - ¿Le gusta el peligro?, ¿qué cosas peligrosas ha hecho?
 - ¿Cómo ha manejado sus inversiones?