

Análisis factorial confirmatorio de síntomas en el síndrome maniaco a partir de la aplicación de la escala de Emun

Álvaro Enrique Romero Tapia¹
Ricardo Sánchez Pedraza²

Resumen

Introducción: En la actualidad, la manía y la depresión son los componentes fundamentales del trastorno afectivo bipolar, aun cuando se consideran polos de un mismo proceso, pese a presentarse hasta en el 40% de los casos en forma simultánea (fenómeno reconocido y denominado espectro bipolar). *Objetivo:* Realizar un análisis factorial confirmatorio del síndrome maniaco, con el fin de determinar sus dominios, establecer el peso de los diferentes síntomas y afinar sus criterios diagnósticos. *Método:* Estudio observacional, analítico y prospectivo, en tres fases: confirmación del diagnóstico, aplicación de la Escala de Manía de la Universidad Nacional (EMUN) y análisis estadístico. Posteriormente se evaluó la matriz, para mediante un método de máxima verosimilitud, llevar a cabo el análisis factorial confirmatorio. *Resultados:* En una muestra de 202 pacientes se establecieron cuatro factores, donde el factor de mayor peso del síndrome maniaco fue la activación motora, y el de menor peso, los síntomas afectivos. Estos hallazgos fueron similares al estudio preliminar. *Conclusión:* Los resultados son contradictorios con lo hasta ahora definido por los sistemas de clasificación vigentes, donde se consideran como ejes centrales del diagnóstico del síndrome maniaco los síntomas afectivos, que en este trabajo resultan teniendo el menor peso dentro de los factores constitutivos de síndrome.

Palabras clave: trastorno bipolar, depresión, manía, diagnóstico.

Title: Confirmatory Factorial Analysis of Symptoms of the Manic Syndrome from the Application of the Universidad Nacional Mania Scale (EMUN)

Abstract

Introduction: Mania and depression are today the main components of bipolar disorders. They are considered opposite sides of the same illness in spite of the fact that they are present simultaneously in almost 40% of the cases. This has been called the bipolar spectrum.

.....
¹ Médico psiquiatra, Universidad Nacional. Clínica Universitaria Teletón. Bogotá, Colombia.

² Médico psiquiatra, MSc en Epidemiología Clínica. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Objective: A confirmatory factorial analysis of the manic syndrome is carried out in order to establish its principal factors, the weight of its symptoms, and adequate diagnostic criteria. *Method:* Observational, analytic and prospective study that was accomplished in three steps: Diagnostic confirmation, application of the Universidad Nacional Mania Scale (EMUN), and statistical analysis. Next, the matrix was evaluated and the confirmatory factorial analysis with a maximum precision method was performed. *Results:* In 202 patients we established four factors. The most important factor was motor activation and the least important factor was affective symptoms. These results were similar in our former study. *Conclusion:* Our results do not agree with standard classification systems as they did not establish affective symptoms as the main factor of the manic syndrome. In our study affective symptoms were the least important factor of the syndrome.

Key words: Bipolar disorder, depression, mania, diagnosis.

Introducción

Los trastornos del estado de ánimo son las entidades psiquiátricas con mayor prevalencia y morbimortalidad, junto con los trastornos de ansiedad, en nuestro país. Dentro de estas, el episodio maniaco como componente nuclear del trastorno del estado de ánimo bipolar constituye uno de los más importantes (1). Su prevalencia en la población general se ha estimado entre el 1,3% y el 1,6%, y en nuestro medio alcanza hasta el 2%, cifra que podría ser mayor, teniendo en cuenta que en muchos casos estados atenuados de la enfermedad (hipomanía) pueden ser subdiagnosticados (2,3).

La mortalidad asociada a esta entidad es tres veces mayor que la de la población general, dado el involucramiento en conductas peligrosas, y que hasta el 25% de pacientes diagnosticados hace intentos de suicidio (4,5).

Su presentación por género es igual y la edad promedio de inicio es de 20 años, aunque puede llegar a presentarse incluso después de la cuarta década de la vida (6,7). A pesar de la variabilidad en su evolución, se estima que más del 15% de las personas que padecen de la enfermedad presenta más de un episodio maniaco. Se ha encontrado que son factores pronósticos para las enfermedades del estado de ánimo el mayor número de episodios, la edad de inicio, el estrato socioeconómico, la adherencia al tratamiento, el abuso de sustancias y la funcionalidad premórbida (8,9).

Su caracterización semiológica surge de descripciones clásicas realizadas por psiquiatras como Kraepelin, en las cuales se plantearon las bases sobre las cuales se ha estructurado la sintomatología que actualmente se acepta, pero que progresivamente ha sido modificada, hasta el punto de desconocerse la continuidad planteada originalmente entre depresión y manía, así como la posibilidad de que los síntomas afectivos no sean el eje central del síndrome (10).

En consecuencia, aunque se haya buscado claridad en la delimitación sintomática de los diferentes

síndromes, se ha polarizado su tipificación, lo cual ha conllevado una simplificación del síndrome que excluye variaciones de presentaciones no tan frecuentes, y ello causa confusión diagnóstica con algunos trastornos psicóticos y, por tanto, dificultades para definir las mejores opciones terapéuticas (11-14).

La repercusión del paradigma de clasificación utilizado para el diagnóstico ha sido estudiada en nuestro medio: un reporte sugiere 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% (15).

Actualmente se considera el síndrome maniaco como una entidad cíclica, que, como parte del trastorno del estado de ánimo bipolar, alterna episodios de depresión y de manía, con períodos de remisión entre ellos. Sin embargo, algunos estudios respaldan que, en realidad, no habría periodos de mejoría total en la mayoría de casos, sino periodos de una disminución en la intensidad de los síntomas, durante los cuales pueden presentarse signos atenuados y comorbilidad con otros trastornos (16-18).

Su caracterización, incluida dentro de los sistemas de clasificación DSM IV-R (19) y CIE-10 (20) como trastorno del estado de ánimo, establece como síntoma cardinal del episodio maniaco el afecto expansivo, elevado o irritable,

el cual siempre debe estar presente y acompañado de por lo menos tres síntomas adicionales relacionados con alteraciones del pensamiento, conducta motora, sueño y conducta sexual, que determinan un deterioro y compromiso social y funcional, el cual, en ocasiones, exige un manejo intrahospitalario.

En consecuencia, para la nosología vigente, la manía y la depresión son consideradas como polos opuestos de un mismo proceso, a pesar de presentarse hasta en el 40% de los casos, con manifestaciones simultáneas que configuran estados intermedios, y que en su forma más extrema se reconocen como episodio mixto, pero que conforman el llamado espectro bipolar propuesto por varios autores (21-23).

Por esta razón, y buscando precisar posibles subtipos, estados intermedios de la enfermedad y validez jerárquica de los síntomas afectivos, se ha definido la manía como un síndrome más que como un síntoma de un trastorno en particular, con lo cual se intenta establecer su validez como constructo sintomático mediante métodos estadísticos de análisis factorial (24).

Cassidy (25) encontró que la alteración en el estado de ánimo fue el síntoma más importante, pero a diferencia del DSM IV, incluye una variedad en este, dada por la presencia de ánimo disfórico, ansioso o lábil dentro del mismo episodio maniaco. La agitación psicomotora

(aceleración), fuga de ideas, logorrea y urgencia del pensamiento constituyeron el segundo dominio en el grupo estudiado, lo cual comparte los hallazgos descritos en el trabajo clásico de Beigel y Murphy (26). Adicionalmente, la presencia de psicosis, grandiosidad, irritabilidad o agresividad fue significativa, mas no constante, en la población estudiada, y ello impide concluir un patrón único para la presentación de esta patología y, por tanto, sugiere una subtipificación de un mismo episodio.

Akiskal, intentando replicar los hallazgos de Beigel y Murphy, encuentra que los subtipos paranoide-destrutivo y eufórico-grandioso no fueron consistentes, ya que como factor de mayor peso se identificó la desinhibición-inestabilidad (interpretado como activación), que está por encima del afecto, y sin encontrar como dominio significativo la paranoia-destrucción (27).

Serreti (28) reporta como factores importantes la psicosis, la irritabilidad y la agitación psicomotora, y respalda, una vez más, la dificultad diagnóstica y la tipificación sintomática del síndrome maniaco.

Dilsaver (29) reportó cuatro dominios factoriales, sintetizados en agitación, alteración del patrón de sueño, síntomas depresivos e irritabilidad. Este autor toma como base la descripción de Kraepelin y propone tres probables tipos de episodios maniacos, dependiendo de la intensidad de síntomas depresivos

concomitantes con los síntomas “clásicos” de manía.

Hallazgos consistentes han sido descritos por Sato *et al.* (30) y Cassidy y Carroll (31), quienes proponen una clasificación con cinco subtipos de manía, incluyendo un espectro similar al mencionado por otros investigadores en relación con la presencia de síntomas depresivos en el mismo episodio, acompañados o no de psicosis. Adicionalmente, postulan que en este espectro se incluyan episodios mixtos, en los cuales predominan los trastornos del pensamiento y la actividad motora sobre la alteración afectiva.

González-Pinto, utilizando como escalas de medición el SCID-I, YMRS y el HDRS-21, encontró cinco factores independientes y clínicamente interpretables, de los cuales los más importantes son el hedonismo, la disforia y la agitación, que en forma variable se acompañaron de psicosis y depresión, por lo cual este autor separa los episodios mixtos de los maniacos, al encontrar como principal diferencia la presencia de depresión en estados mixtos, y como dato llamativo, la activación motora como uno de los dominios de mayor peso en la manía (32, 33).

Estudios similares realizados por Meyer, nuevamente, reconocen como síntomas de mayor peso la activación motora, y describen la variabilidad afectiva dentro de un mismo episodio maniaco; en este caso, la disforia es tan importante como la euforia (34).

En nuestro país, Rosero y Sánchez determinaron cuatro factores estructurales de síntomas de manía, los cuales fueron: activación (agresividad, contacto, tono de voz), psicosis, vida de relación (sexo, sueño y autoestima) y factor cognoscitivo-afectivo. Para esto utilizaron la escala de MAS, de Bech (35).

En relación con el tipo de estudios mencionados, es importante destacar que el uso de escalas psicométricas para la medición sintomática permite cuantificar aspectos clínicos de forma objetiva, al disminuir el riesgo de darles prioridad a las impresiones subjetivas del evaluador, las cuales son difíciles de medir y no dan parámetros adecuados de comparación ni de comunicación con otros investigadores (36). En este sentido, a pesar de contar con reportes de varios autores (37, 38), que utilizando escalas como BPRS o SCL-90 (Symptom Checklist 90) han logrado seguir en forma longitudinal la evolución de pacientes o han realizado estudios factoriales, la validez de las escalas disponibles hasta el momento tiene limitaciones respecto a los criterios de validación y utilidad que permitan su uso en los diferentes campos de la clínica y de la investigación, tal como lo reportó una investigación en Colombia (39).

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los dominios que caracterizan al síndrome maniaco, establecer el peso de los diferentes síntomas y afinar sus

criterios diagnósticos, mediante la realización de un análisis factorial confirmatorio. Para esto se utilizó un instrumento validado en nuestro país para la medición del síndrome maniaco (40).

Materiales y métodos

Con el fin de confirmar la estructura de dominios del síndrome maniaco y de ponderar algunos signos o síntomas, se procedió ordenadamente a lo largo de las siguientes fases:

1. Confirmación de diagnóstico: cada paciente incluido en la muestra, que se describe más adelante, fue evaluado simultáneamente por dos psiquiatras clínicos con experiencia en evaluación y tratamiento de trastornos bipolares. Cuando los dos evaluadores coincidieron en el diagnóstico de episodio maniaco o mixto, de acuerdo con criterios DSMIV o CIE-10, al paciente se lo consideró como apto para participar en el estudio. Si los dos evaluadores tenían diagnósticos inconcordantes, no se incluyó al paciente en el estudio. Se aceptaron las inconcordancias “manía-hipomanía”, “manía-mixto” y “mixto-hipomanía”.
2. Aplicación de instrumento: la Escala para Manía de la Universidad Nacional (EMUN) es un instrumento que, en un estudio previo, mostró adecua-

das propiedades de medición al ser aplicado en pacientes con diagnóstico de episodio maniáco (39). Dicha escala se aplica rutinariamente a los pacientes evaluados dentro de las actividades académicas y clínicas practicadas por docentes y residentes de esta universidad. Los pacientes evaluados en el estudio fueron aquellos con diagnóstico confirmado, ubicados en los servicios de urgencias o de hospitalización de instituciones que tuvieran convenio docente con la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, durante los años 2004 a 2006. A los pacientes con diagnóstico confirmado se les registraron los puntajes arrojados en la escala EMUN. Tanto a los pacientes como a sus familiares se les explicó la naturaleza del estudio y se les solicitó su autorización para poder registrar los puntajes arrojados en la evaluación clínica rutinaria. El desarrollo del estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

3. Procesamiento y análisis estadístico: para seleccionar el tamaño de muestra se siguió la recomendación según la cual para que un análisis factorial confirmatorio resulte aceptable se requiere un número mínimo de 200 observaciones (40). Se utilizaron pruebas de normali-

dad de sesgo-apuntalamiento y de Shapiro-Wilks para establecer las características de la distribución de los puntajes de las escalas. Se efectuaron descripciones utilizando medias o proporciones, según el tipo de variable. Para las comparaciones de puntajes de la escala entre grupos se utilizó la prueba ANOVA de una vía. La factibilidad de analizar factorizabilidad de la matriz de correlación de ítems se evaluó mediante las pruebas de esfericidad de Bartlett y el criterio de adecuación factorial de Keiser-Meyer-Olkin (KMO). La determinación del número de factores se estableció mediante un gráfico de sedimentación y el análisis de proporción de varianza explicada. La extracción de los factores se efectuó mediante el método de máxima verosimilitud, teniendo en cuenta que es lo recomendado para análisis que, como el presente, son de tipo confirmatorio (40). Para todos los casos de pruebas de hipótesis de utilizó un nivel de significación bilateral al 5%. Los análisis se efectuaron con el paquete estadístico Stata 9[®].

Resultados

Durante el período comprendido entre junio de 2004 y junio de 2006 se incluyeron en el estudio 202 pacientes. La media de edad (\pm DE) fue de 41 años (\pm 13 años) y el mayor

número de pacientes (el 58,9%) fue de sexo femenino (n=119).

En cuanto a la distribución por diagnósticos, el más frecuente fue el trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos congruentes con el

estado de ánimo (108 pacientes), el cual correspondió al 53,5%, y que sumado a los otros diagnósticos de episodio maníaco, con psicosis no congruente con el estado de ánimo y sin psicosis, alcanzaron el 97% en la muestra evaluada (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según diagnóstico del episodio actual

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
TAB I Hipomanía	5	2,48	2,48
TAB I Manía	57	28,22	30,69
TAB I Manía con psicosis congruente	108	53,47	84,16
TAB I Manía con psicosis no congruente	27	13,37	97,52
TAB I Mixto	4	1,98	99,50
TAB I Mixto con psicosis	1	0,50	100,00
Total	202	100,00	

En relación con el puntaje de la escala, este presentó una distribución normal (pruebas de sesgo-apuntalamiento y Shapiro-Wilks no significativas), con una media (\pm DE) de 40 (\pm 7,5 puntos). Los ítems que alcanzaron en promedio el mayor puntaje, en su respectivo orden, fueron: el número 12 (disminución de la necesidad de dormir, media \pm DE de 3,8 \pm 0,9), el 7 (grandiosidad, 3 \pm 1,5) y el 10 (3 \pm 0,8). A su vez, los ítems con menor puntaje fueron: el número 13 (incremento de energía sexual, 1,5 \pm 1,3), seguido del 8 (ideas depresivas, 1,6 \pm 1,2) y el 3 (afecto depresivo, 1,7 \pm 1,4).

Al agrupar los diagnósticos según el tipo de episodio, se encontró que la escala tuvo la media más alta en el grupo de pacientes maníacos (40,9 \pm 7), mientras que

la media más baja del puntaje total correspondió a los pacientes con diagnóstico de hipomanía (25,4 \pm 5). (Diferencia entre medias estadísticamente significativa, F= 2,2; 13,59 gl; p=0,000.)

Los resultados de las pruebas de factorizabilidad de la matriz de ítems resultaron satisfactorios (prueba de esfericidad de Bartlett: $\chi^2 = 907,1$ (120); p= 0,000. Prueba de KMO = 0,72.) Al evaluar el gráfico de sedimentación y la varianza acumulada, se determinó que la mejor solución factorial se lograba con cuatro factores (mostraba los mayores cambios de inercia en el gráfico y explicaba una varianza total de más del 95%).

Se realizó un análisis de las estructuras factoriales mediante tres alternativas: solución inicial,

solución rotada ortogonal (varimax) y solución rotada oblicua (promax), todas ellas desarrolladas con un método de máxima verosimilitud.

La solución que ofreció la mejor interpretabilidad fue la oblicua (Tabla 2). La Tabla 3 presenta la estructura factorial en términos de ítems de la escala.

Tabla 2. Valores de las cargas factoriales. Solución rotada oblicua (promax), cuatro factores

Síntoma	Factor1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Unicidad
Afecto eufórico	-0,001	0,698	-0,055	-0,157	0,451
Afecto irritable	0,156	-0,469	0,538	-0,029	0,609
Afecto depresivo	-0,080	0,001	0,026	0,993	0,000
Urgencia de pensamiento	-0,216	0,261	0,500	0,081	0,694
Fuga de ideas	0,068	0,125	0,420	0,016	0,737
Intensidad de la voz	-0,092	0,064	0,724	-0,038	0,490
Grandiosidad	0,367	0,042	0,009	-0,191	0,796
Ideas depresivas	0,113	-0,132	-0,105	0,665	0,475
Hiperactividad	0,419	-0,029	0,282	0,062	0,648
Exceso energía	0,804	-0,078	-0,003	-0,061	0,378
Ánimo emprendedor	0,775	0,031	-0,202	0,014	0,500
No dormir	0,427	0,071	0,125	0,075	0,727
Hipersexualidad	0,196	0,535	-0,052	0,150	0,665
Distraibilidad	0,126	0,198	0,262	0,037	0,799
Sociabilidad	-0,049	0,742	0,085	-0,005	0,420
Pobre juicio	0,467	0,161	0,098	-0,047	0,633

Tabla 3. Conformación de los factores del síndrome maniáco

Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
0,38*	0,34*	0,32*	0,25*
- Grandiosidad - Hiperactividad motora - Excesiva energía - Ánimo emprendedor - Disminución de la necesidad de dormir - Pobre juicio	- Afecto eufórico - Incremento de energía sexual - Excesiva sociabilidad	- Afecto irritable - Urgencia del pensamiento - Fuga de ideas - Intensidad de la voz - Distraibilidad	- Afecto depresivo - Ideas depresivas

* Proporción de varianza explicada (por ser la rotación ortogonal, la suma acumulada puede ser mayor que uno).

Como puede verse, los dominios que se configuran pueden denominarse activación, euforia-sociabilidad, funciones cognoscitivas-irritabilidad y, por último, depresión. El dominio relacionado con activación es el que explica la mayor cantidad de varianza del síndrome. Las correlaciones entre los factores resultantes de la rotación oblicua son discretas (la mayor se da entre los factores uno y tres, con un coeficiente de 0,31, y la menor, entre los factores tres y cuatro, con un coeficiente de -0,09).

Discusión

Dentro de la población obtenida, el promedio de edad fue de 41 años, el cual es un poco mayor al promedio de edad reportado en la literatura para las fases iniciales de la enfermedad, lo cual, pensamos, puede estar asociado al tipo de instituciones en las cuales se recolectó la muestra, ya que en estas se atiende a pacientes predominantemente crónicos, cuyas enfermedades han cursado por varios años, y el motivo de hospitalización, en general, corresponde a recaídas y agudización de crisis afectivas.

A pesar de ser una patología de igual frecuencia en ambos géneros, la mayoría de pacientes obtenidos en el presente trabajo fueron mujeres (el 58%).

El diagnóstico más frecuente fue el de episodio maniaco, incluyendo sus diferentes especificadores

(97%), lo cual es atribuible a que este constituye el motivo de hospitalización más frecuente en unidades de salud mental de pacientes que padecen trastorno afectivo bipolar.

Respecto a los síntomas, el ítem que mayor puntaje tuvo fue el correspondiente a la disminución de la necesidad de dormir, el cual, a pesar de no ser específico para episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, creemos que puede considerarse como un marcador importante para tener en cuenta en el proceso psicoeducativo de prevención y detección temprana de crisis afectivas.

En relación con los resultados del análisis factorial confirmatorio, se encontró que los dominios representados fueron similares al estudio preliminar, en el que se validó la escala EMUN (39), así como al de otros autores como Klahr, Disalver, González-Pinto, Akiskal y Meyer, donde se obtuvo la activación motora como el factor de mayor peso del síndrome maniaco.

Estos resultados son contradictorios con lo hasta ahora definido por los sistemas de clasificación vigentes, donde se considera como eje central del diagnóstico del síndrome maniaco los síntomas afectivos, que en nuestro trabajo resultan teniendo menos peso dentro de los factores constitutivos de síndrome, al ser superados por la activación motora.

Con la obtención de los síntomas depresivos como uno de los

factores constitutivos del síndrome maniaco, se sugiere la presencia simultánea de síntomas afectivos maníacos y depresivos dentro de un mismo episodio, con lo cual se vislumbra la posibilidad, ya hace tiempo descrita, de conformar un continuum de enfermedad donde la separación categórica entre los polos opuestos manía-depresión no es tan clara ni definitiva; menos aún, si se contempla que ninguno de los síntomas afectivos conforma el factor de mayor peso en el diagnóstico.

Consideramos que los hallazgos obtenidos constituyen un aporte clínico de importancia, por cuanto suministran información que puede ser de utilidad para ampliar y ajustar los criterios diagnósticos del síndrome maniaco establecidos en los sistemas de clasificación en la práctica clínica diaria.

Sin embargo, creemos que se deben realizar más trabajos dentro de la misma línea de investigación, en los cuales se incluyan pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar reciente o en sus fases iniciales, pues, como ya se comentó previamente, la población estudiada fue en su mayoría crónica, lo cual implica que ha sido tratada con múltiples medicaciones, incluyendo antipsicóticos, los cuales pueden alterar la expresión o modulación afectiva, y ello puede ser un factor de sesgo que debe tenerse en cuenta en este estudio.

El uso de otras técnicas de análisis de variables latentes, como

las ecuaciones estructurales, se propone para estudios posteriores, en los cuales pueda evaluarse la posible relación entre los dominios encontrados en este síndrome.

Referencias

1. Posada J, Aguilar S, Magaña C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: informe preliminar Estudio Nacional de Salud Mental. *Rev Col Psiquiatría*. 2004;33(3):241.
2. Bourgeois ML, Verdoux H. Trastornos bipolares del estado de ánimo. Barcelona: Masson; 1997. 23-33 p.
3. Cassano GB, Dell'Oso L, Frank E. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria. *J Affect Disord*. 1999;54(3):319-28.
4. Müller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet*. 2002;359(9302):241-7.
5. Vestergaard P, Aagaard J. Five-year mortality in lithium-treated manic-depressive patients. *J Affect Disord*. 1991;21(1):33-8.
6. Carlson G, Bromet E, Sievers S. Phenomenology and outcome of subjects with early and adult onset psychotic mania. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):213-19.
7. Bellivier F, Goldmar J, Henry C, Leboyer M, Schürhoff F. Admixture analysis of age at onset in bipolar I affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(5):510-2.
8. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(11):1635-40.
9. Strakousky S, Keck P, McElroy S, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. Twelve-Month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(1):49-55.
10. Schorer CE. Diagnosis according to Kraepelin. *Am J Psychiatry*. 1980;137(12):1625-27.
11. Silverstein ML, Warren RA, Harrow M, Grinker RR Sr, Pawelski T. Changes in diagnosis from DSM-II to the research

- diagnostic criteria and DSM-III. *Am J Psychiatry*. 1982;139(3): 366-8.
12. Klahr D, Ramirez PM, Opler LA. Cognitive deficit in affective disorders and schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1995;152(2):303.
 13. Shiwach R. Bipolar disorder. *Lancet*. 2002;359(9318):1702.
 14. Cuesta Zorita MJ, Peralta Martin V. Formal changes of thought in schizophrenic, schizophreniform, and manic schizoaffective disorders. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1992;20(2):61-70.
 15. Sanchez R, Garcia M. Influencia del cambio de clasificación diagnóstica sobre indicadores hospitalarios. *Boletín Epidemiológico de Antioquia*. 1996;23:110-21.
 16. Judd LL, Akiskal H, Schettler P, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530-7.
 17. Frank E, Cyranowsky J, Rucci P, Shear K, Fagiolini A, Thase ME, et al. Clinical Significance of Lifetime Panic Spectrum Symptoms in the Treatment of Patients with Bipolar I Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(10):905-11.
 18. Solomon D, Leon A, Endicott J, Coryell W, Mueller T, Posternak MA, et al. Unipolar mania over a course of a 20-year follow up study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):2049-51.
 19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition Revised*. Washington: American Psychiatric publishing. 1994.
 20. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Reserch*. Geneva: World Health Organization; 1992.
 21. Bowden C. The clinical approach to the differential diagnosis of bipolar disorder. *Psychiatric Annals*. 1993;23(2):57-63.
 22. Akiskal HS. The bipolar spectrum: new concept in classification and diagnosis. In: L Grinspoon. *Psychiatric update*. Washington DC: American Psychiatry Press; 1983. p. 271-92.
 23. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2000;59 Suppl 1:S5-S30.
 24. Hardy MC. Toward a new approach to mania. *Ann Med Psychol*. 1986;144(4):357-73.
 25. Cassidy F, Forest K, Murry E, Carroll BJ. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(1):27-32.
 26. Beigel A, Murphy D. Assessing clinical characteristics of the manic state. *Am J Psychiatry*. 1971;128(6):688-94.
 27. Akiskal HM, Azorin JM, Hantouch EG. Proposed multidimensional structure of mania: beyond the euphoric-dysphoric dichotomy. *J Affect Disord*. 2003;73(1-2):7-18.
 28. Serretti A, Rietschel M, Lattuada E, Krauss H, Held T, Nöthen MM, et al. Factor analysis of mania. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):671-2.
 29. Disalver SC, Chen YR, Shoaib AM, Swann AC. Phenomenology of mania: evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *Am J Psychiatry*. 1999;156(3):426-30.
 30. Sato T, Bottlender R, Kliendiest N, Möller HJ. Syndromes and phenomenological subtypes underlying acute mania: a factor analytic study of 576 manic patients. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):968-74.
 31. Cassidy F, Carroll BJ. Symptoms factors and clinical subtypes in mania. *Am J Psychiatry*. 2003;160(2):392.
 32. Gonzalez-Pinto A, Ballesteros J, Aldama A, Pérez de Heredia JL, Gutiérrez M, Mosquera F. Principal components of mania. *J Affect Disord*. 2003;76(1-3):95-102.
 33. Gonzalez-Pinto A, Aldama A, Pinto AG, Mosquera F, Pérez de Heredia JL, Ballesteros J, et al. Dimensions of mania: differences between mixed and pure episodes. *Eur Psychiatry*. 2004;19(5):307-10.
 34. Meyer TD, Hautzinger M. The structure of affective symptoms in a sample

- of young adults. *Compr Psychiatry*. 2003;44(2):110-6.
35. Rosero N, Sanchez R, Martin E. Síndrome maniaco, determinación estructura factorial. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 2000;29(1):49-58.
36. Strauss JS. A Comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1975;132(11):1193-7.
37. Perlick D, Rosenheck R, Clarkin J, Sirey J, Raue P. Symptoms predicting inpatient use among patients with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv*. 1999;50(6):806-12.
38. Hunter EE, Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Othmer E, DeSouza C. Development and validation of a mania scale for the symptom checklist 90. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(3):176-9.
39. Sanchez R, Jaramillo L, Gómez C. Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). *Rev Colom Psiquiat*. 2008;37(4):516-37.
40. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis. Thousand Oaks: Sage; 2003.

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

Recibido para evaluación: 16 de enero del 2009

Aceptado para publicación: 2 de mayo del 2009

Correspondencia
Álvaro Enrique Romero Tapia
Clínica Universitaria Teletón
Autopista Norte Km 21
Bogotá, Colombia
alvaroromerotapia@yahoo.com