

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

## Desarrollo de una escala de auto-reporte para medición de síntomas maníacos

*Development of a self-report scale to measure manic symptoms*

Karol Barrios MD<sup>1</sup> • Jorge Rodríguez-Losada MD<sup>2</sup> • Ricardo Sánchez MSc<sup>2</sup>

Recibido: 5/04/2013 / Aceptado: 19/07/2013

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Correspondencia: rsanchezpe@unal.edu.co

### | Resumen |

**Antecedentes.** No existen instrumentos de auto-reporte en español para medir síntomas de trastorno bipolar. La perspectiva del paciente puede dar información complementaria de utilidad para el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

**Objetivo.** Desarrollar una escala de auto-reporte para medir síntomas maníacos, a partir de la escala EMUN.

**Materiales y métodos.** Los ítems de la escala EMUN se transformaron a un lenguaje en primera persona por parte de dos psiquiatras. Esta versión preliminar en primera persona fue analizada en un estudio piloto y ajustada de acuerdo con los resultados de la evaluación. Se realizó un segundo estudio piloto con 20 pacientes con enfermedad bipolar, aplicando la versión ajustada.

**Resultados.** Se generó una escala con 26 ítems que incorporan síntomas del episodio mixto. La escala mide tres dimensiones de importancia clínica en salud mental: frecuencia, intensidad y grado de desadaptación producido por los síntomas.

**Conclusión.** El instrumento desarrollado puede ser de utilidad en áreas de investigación y en escenarios clínicos para intervenciones psicoeducativas y seguimiento del paciente.

**Palabras clave:** Autoinforme, cuestionarios, trastornos afectivos, trastorno bipolar, adulto (DeCS).

Barrios K, Rodríguez-Losada J, Sánchez R. Desarrollo de una escala de auto-reporte para medición de síntomas maníacos. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 245-253.

### Summary

**Background.** In Spanish language, no self-report instruments have been specifically developed to measure symptoms of bipolar disorder. The patient's perspective provides valuable information useful to diagnose and treat the disorder.

**Objective.** To develop a self-report scale for measuring manic symptoms making use of the EMUN scale.

**Materials and methods.** The items of the EMUN scale were transformed in a first person language by two psychiatrists. This preliminary version was evaluated in a pilot testing and adjusted according to this evaluation. A second pilot study applying the adjusted version to 20 patients having bipolar disorder was performed.

**Results.** A 26 items scale including symptoms of mixed episode was developed. This scale measures three clinical relevant dimensions in mental health: frequency, severity and maladaptive effect of symptoms.

**Conclusions.** The instrument developed can be a useful tool for researchers and in clinical settings to support educational interventions and patient's follow-up.

**Key words:** Selfreport, questionnaires, mood disorders, bipolar disorder, adult (MeSH).

Barrios K, Rodríguez-Losada J, Sánchez R. Development of a self-report scale to measure manic symptoms. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 245-253.

## Introducción

La medición de síntomas del síndrome maniaco se ha realizado especialmente utilizando escalas aplicadas por clínicos; sin embargo, algunos autores refieren que el auto-reporte tiene ventajas sobre la valoración por un evaluador externo, ya que el paciente se encuentra en una posición única y particular para dar información sobre aspectos tan difíciles de evaluar como los sentimientos y las características del afecto (1). Otra ventaja de la auto evaluación de los pacientes es que estos no tienen sesgos teóricos para la observación de síntomas y que pueden describir experiencias más amplias de las que mide un instrumento convencional (2). También se han descrito desventajas en la aplicación de instrumentos de auto-reporte en pacientes con enfermedades afectivas: por ejemplo, aspectos tales como el analfabetismo, la falta de cooperación, la utilización de mecanismos de negación, el deterioro cognoscitivo, la gravedad de los síntomas y las alteraciones de la atención pueden comprometer de manera importante los resultados de la evaluación (2,3). Debido a estas limitaciones, algunos estudios han reportado que existe una pobre concordancia entre la evaluación por el clínico y el auto-reporte del paciente cuando la evaluación se hace durante el episodio agudo; cuando el paciente se ha recuperado, la evaluación retrospectiva que éste hace de sus síntomas se correlaciona mucho mejor con la evaluación del clínico (2). En pacientes con trastornos afectivos se ha descrito que las observaciones de los clínicos y los resultados del auto-reporte de síntomas tienden a ser discordantes en las evaluaciones puntuales ya que el informe que surge del paciente no tiene mucha utilidad para calificar la gravedad de los síntomas(4); la evaluación del clínico y la hecha por el paciente sólo tienden a parecerse cuando se hacen seguimientos y esta concordancia puede depender de aspectos tales como la gravedad del cuadro y la edad de los pacientes (5). Esta situación se refleja en el desarrollo de diferentes instrumentos que buscan evaluar síndromes hipomaníacos y no condiciones de mayor gravedad.

Dentro de los instrumentos de auto-reporte desarrollados para evaluar la sintomatología del espectro maniaco se encuentran los siguientes:

1. Escala M-D: es un instrumento de 16 ítems con dos niveles de respuesta (sí-no) que busca evaluar sintomatología hipomaníaca (6).
2. Escala para personalidad hipomaníaca de Eckblad: es un instrumento de 48 ítems basado en los conceptos diagnósticos del DSM III (7) y que busca detectar síntomas sub-sindromáticos de manía.

3. Inventario de comportamiento general: busca identificar trastornos afectivos bipolares a lo largo de la vida. Tiene 73 ítems que se califican en una escala tipo Likert. Cuenta con una versión abreviada de 15 ítems (8).

4. Inventario de auto-reporte de manía (SRMI): este instrumento se desarrolla sobre los criterios diagnósticos del DSM-III-R y tiene 47 ítems con dos niveles de respuesta (sí-no) (9).

5. Escala de auto-reporte de manía de Altman (ASRM): es un instrumento que mide tres dominios (manía, síntomas psicóticos y agresividad) con ítems que tienen niveles de respuesta tipo Likert. De acuerdo con el autor, con un punto de corte de cinco la escala muestra buenos niveles de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de manía (10).

6. Lista de chequeo para hipomanía 32 (HCL-32):es un instrumento de 32 ítems con dos niveles de respuesta y dos dominios (activación-euforia y toma de riesgos-irritabilidad). Se desarrolló en un estudio internacional y discrimina aceptablemente entre depresión e hipomanía (11).

7. Cuestionario de trastornos del estado de ánimo: aunque se han reportado buenos niveles de especificidad para diagnosticar trastornos bipolares (0,97) con este instrumento, se ha cuestionado la utilización de esta herramienta como cuestionario de tamización teniendo en cuenta su baja sensibilidad (0,29)(12).

8. Autocuestionario de Memphis, Pisa, París, San Diego para evaluación del temperamento: Este instrumento, originalmente con 84 ítems, tiene una versión reducida de 69 ítems; estos configuran cinco dominios: ciclotimia, distimia, irritabilidad, hipertimia y ansiedad (13-15).

9. Escala de diagnóstico del espectro bipolar: es un instrumento con 19 ítems creado para diagnosticar diferentes tipos de trastornos bipolares(16). En poblaciones de habla española se ha reportado una sensibilidad de 0,70 y una especificidad de 0,89 (17).

No se encuentran reportes más recientes en la literatura científica que aborden la construcción de instrumentos tramitados por el mismo paciente en casos de trastornos bipolares. De acuerdo con la revisión efectuada, ninguno de los instrumentos considera una evaluación de los síntomas que incorpore simultáneamente diferentes dimensiones de relevancia clínica. Teniendo en cuenta lo anterior, y que no existen escalas de auto-reporte desarrolladas en poblaciones de habla hispana, se planteó como objetivo del presente estudio generar un instrumento completado por el mismo paciente,

que permita la autoevaluación de síntomas de la enfermedad maniaco-depresiva, a partir del único instrumento creado y validado para ser utilizado en pacientes en Colombia, la escala EMUN (18). El instrumento desarrollado pretende evaluar el síndrome, teniendo en cuenta tres dimensiones de auto-reporte: intensidad, frecuencia y grado de desadaptación que los síntomas producen en el paciente. Hasta donde se tiene conocimiento, éste es el primer instrumento de auto-reporte para trastornos bipolares que introduce este método de evaluación.

## Materiales y métodos

El proceso de generación de la escala se desarrolló en cuatro fases:

1. Conversión de la escala EMUN a un instrumento con ítems formulados en primera persona. En esta fase participaron dos psiquiatras con experiencia en evaluación y manejo de enfermedad bipolar, quienes, de manera independiente, realizaron una versión de la escala original convirtiéndola en ítems formulados en primera persona. Luego del trabajo individual, se efectuó un consenso en el cual participaron tres psiquiatras (los dos que efectuaron las versiones en primera persona y un tercer clínico con experiencia en diagnóstico de enfermedad bipolar); en dicho consenso se generó una versión final de la escala EMUN en un formato en primera persona que tuviera equivalencia semántica con la versión original y que se pudiera interpretar adecuadamente.

2. Primer estudio piloto. El instrumento generado en la etapa anterior fue presentado a tres pacientes con historia de episodios maníacos previos, y que no presentaban sintomatología activa, quienes contrastaron la versión EMUN original y la versión en primera persona. A los pacientes se les solicitó efectuar sugerencias en cuanto a comprensibilidad de los ítems, insuficiencia o redundancia de los mismos.

3. Generación de versión preliminar del instrumento. A partir de los comentarios y observaciones de los pacientes se genera una versión de la escala de auto-reporte que integra las tres dimensiones de medición (frecuencia, intensidad y desadaptación). Esta versión se diseñó utilizando diferentes formatos de presentación. En esta versión preliminar se mantuvo el formato de calificación tipo Likert. Adicionalmente, se diseñó un instructivo para el trámite del instrumento.

4. Segundo estudio piloto. En esta fase participaron 20 pacientes con episodios maníacos o mixtos en remisión parcial y sin compromiso cognoscitivo, que aceptaron participar en el estudio. A cada paciente se le presentaron dos versiones del instrumento, cada una con diferente disposición gráfica y estilo

de presentación del formato, y una propuesta de instructivo del instrumento. Después de tramitar los instrumentos de auto-reporte a cada paciente se le practicó una entrevista semiestructurada en la cual se evaluaron, para cada uno de los ítems, los siguientes aspectos: dificultad para comprender el ítem, eventual presencia de características ofensivas, posibles opciones alternativas de presentar el ítem y preferencia por alguna de las dos opciones de formato; adicionalmente se solicitó información sobre ítems redundantes o sobre posibles características de la enfermedad que no habían quedado incluidas en el instrumento. También se solicitó información sobre la estructura y claridad del instructivo para tramitar el instrumento. Se realizó una revisión de la historia clínica institucional de la clínica, para obtener datos tales como el diagnóstico en eje I, el tiempo de evolución de la enfermedad, edad, escolaridad y estado actual de la enfermedad. También se realizó una entrevista psiquiátrica corta previa a la aplicación de la prueba piloto en cada paciente para confirmar el diagnóstico de la historia clínica, determinar que no estuvieran agudamente sintomáticos y, además, establecer su capacidad de aceptar y otorgar el consentimiento informado.

Las características clínicas y demográficas de los pacientes participantes en el segundo estudio piloto se describieron utilizando herramientas de estadística descriptiva: medias o medianas, con sus correspondientes medidas de dispersión en el caso de variables continuas, y porcentajes cuando se trataba de variables categóricas. El estudio fue aprobado por los comités de ética de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz y el Hospital la Victoria, ambas instituciones de Bogotá.

## Resultados

Las dos versiones generadas en primera persona fueron altamente coincidentes y se llegó a una versión conciliada que se presenta en la tabla 1 (Columna titulada “Versión en primera persona”). En la aplicación piloto preliminar los pacientes sugirieron complementar el ítem que explora afecto eufórico con uno que incorporara la observación de personas cercanas, por lo cual se incluyó como ítem adicional la afirmación: “Mis familiares o amigos creen que he estado exageradamente alegre”. Uno de los pacientes consideró que el término “beligerante”, incluido en el ítem que explora agresividad y hostilidad, no era claro: sin embargo, dado que no hubo unanimidad entre los pacientes sobre este término, se decidió dejarlo en la versión preliminar para evaluarlo posteriormente en el segundo estudio piloto. A partir de estas observaciones se efectuaron dos versiones de diseño de presentación de los ítems, uno con formato de tarjeta y otro con formato de tabla, que se presentan en las figuras 1 y 2.

Estoy hablando muy fuerte											<b>INTENSIDAD</b>	
											10	Muchísimo
											9	
											8	
											7	Mucho
											6	
											5	Más o menos
											4	
											3	Un poco
											2	
											1	
											0	Nada
											<b>GRADO DE MOLESTIA</b>	
											3	<input type="checkbox"/> Mucha molestia
											2	<input type="checkbox"/> Molestia moderada
											1	<input type="checkbox"/> Molestia leve
											0	<input type="checkbox"/> Ninguna molestia
Nunca												
Rara vez												
Con frecuencia												
Casi siempre												
Todo el tiempo												
0											1	2
1											3	4
2											5	6
3											7	8
4											9	10
5												
6												
7												
8												
9												
10												
<b>FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA</b>												

Figura 1. Formato1 para evaluación de síntomas (Intensidad de la voz).

ITEM	FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA/INTENSIDAD										GRADO DE MOLESTIA		
	Nunca	Rara vez		Con frecuencia			Casi siempre		Todo el tiempo		Mucha molestia	3	
Estoy hablando muy fuerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molestia moderada	2
	Nada		Un poco		Más o menos			Mucho		Muchísimo		Molestia leve	1
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ninguna molestia	0

Figura 2. Formato 2 para evaluación de síntomas (Intensidad de la voz).

Los 20 pacientes que participaron en el estudio piloto tuvieron una razón hombre/mujer de 1. La edad tuvo una media de 41 años (DE=12,5 años). De acuerdo con el diagnóstico se encontró la siguiente distribución: trastorno afectivo bipolar I, episodio maníaco grave, sin psicosis, en remisión parcial, 12 pacientes (60%); trastorno afectivo bipolar I, episodio maníaco grave, con psicosis, en remisión parcial, 6 pacientes (30%); y trastorno afectivo bipolar I, episodio mixto grave, sin psicosis, en remisión parcial, 2 pacientes (10%). La totalidad de los pacientes estaba recibiendo algún tipo de tratamiento farmacológico (19 pacientes recibían moduladores de ánimo, 15 recibían antipsicóticos y 15 benzodiazepinas). A pesar del tratamiento farmacológico y de la presencia de síntomas, se verificó que los pacientes tuvieron integridad cognoscitiva para participar en el estudio. La mediana de evolución de la enfermedad fue de 14 años con un rango entre 2 y 30 años. El instructivo diseñado previamente fue evaluado en el grupo y ajustado para quedar en la versión que se presenta en la figura 3. Las recomendaciones surgidas de este estudio piloto fueron las siguientes:

1. Se consideró que el diseño de presentación de los ítems más adecuado era el que tenía formato de tarjeta, ya que presentaba de una manera más clara e independiente las tres dimensiones evaluadas (frecuencia, intensidad y grado de desadaptación). Con la utilización de este formato los pacientes consideraron que el trámite del instrumento no resultaba fatigante y que era posible tramitarlo en su totalidad.
2. Se planteó que no era recomendable numerar los ítems debido a que esto podría sugerir algún tipo de jerarquía y sesgar la medición. La no numeración de los ítems, y por lo tanto la posibilidad de presentarlos de manera un tanto aleatoria, también se facilita con el formato de tarjeta (Figura 1).
3. Se recomendó omitir el ítem que mide afecto eufórico a partir de la observación externa ("Mis familiares o amigos creen que he estado exageradamente alegre"). Se planteó que esta evaluación puede resultar redundante con la evaluación de grado de molestia del síntoma.

4. En relación con la medición del afecto depresivo se consideró importante aislar cada uno de los componentes de la pregunta (sentimientos de tristeza, aburrimiento, desgano, anhedonia) y generar ítems individuales para cada aspecto del afecto.

5. En el ítem que explora intensidad de la voz se propuso aislar el incremento o la reducción, en ítems independientes.

6. De manera similar a lo recomendado en el ítem que mide afecto depresivo, en el que mide ideas depresivas se planteó independizar en ítems individuales cada una de las opciones exploradas (minusvalía, culpa e ideas de muerte o suicidio).

7. Se recomendó que la hiperactividad motora se complementara con la medición de la inhibición motora, razón por la cual se incorporó un ítem adicional: “He notado que me muevo menos y que me fatigo con facilidad”.

8. Se sugirió re-frasear algunos de los ítems para facilitar su comprensión:

a. “Me siento últimamente con un ánimo emprendedor. Alguno de mis nuevos planes es difícil de cumplir”. Dado que no es claro el concepto de ánimo emprendedor, se sugirió presentar el ítem de la siguiente manera: “He notado que tengo muchos planes y que podría hacer muchas cosas a la vez”.

b. “En las noche no duermo, he notado disminución en el tiempo del sueño pero no estoy cansado”. Se consideró que el término “tiempo del sueño” puede resultar confuso por lo que se recomendó redactar el ítem así: “Me ha sucedido que en las noches no duermo o duermo poco y que al levantarme no me siento cansado”.

c. “Mi actividad sexual está incrementada. He notado cambios en mi actividad sexual”. Se planteó que la segunda frase resulta redundante por lo cual se dejó el ítem así: “He sentido que mi actividad sexual está incrementada”.

d. “He sentido que mi contacto interpersonal y social están aumentados”. Para los pacientes el término “contacto interpersonal” no resulta suficientemente claro, por lo cual se propuso redactar el ítem así: “He sentido que estoy más sociable y más hablador con las personas”.

e. El término “beligerante” no resultó claro para todos los pacientes. Por esta razón el ítem que explora agresividad y hostilidad quedó redactado de la siguiente manera: “He estado agresivo, desafiante, hostil y violento con las personas o con el medio que me rodea”.

Ésta es una escala para medir algunas características del trastorno bipolar o enfermedad maniaco-depresiva. La escala mide 26 síntomas en tres aspectos: intensidad, frecuencia y grado de molestia que le generaron a usted estas manifestaciones de la enfermedad.

Para llenar la escala tenga en cuenta lo que ha sentido en la última semana o lo que sintió durante la semana en que estuvo más grave (si no tiene síntomas recientemente considere sólo lo de la semana en que estuvo más grave, no importa cuándo haya sido).

Para ayudarle a calificar su opinión, las escalas de intensidad y frecuencia tienen unas palabras que buscan que usted pueda ubicar más fácilmente su percepción de lo que le ocurrió cuando estaba con los síntomas.

Para calificar la INTENSIDAD de lo que sintió, marque con una equis sobre alguno de los números o de las rayas de la escala. Usted puede marcar cualquier número, ente cero y 10, para expresar su opinión de qué tan intensos fueron los síntomas que percibió.

Para calificar la FRECUENCIA del síntoma durante el período de una semana, marque con una equis sobre alguno de los números o de las rayas de la escala. Usted puede marcar cualquier número, ente cero y 10, para expresar su opinión de qué tan frecuentes durante la semana fueron los síntomas que percibió.

Para calificar el GRADO DE MOLESTIA, marque con una equis dentro del cuadro que está al frente de la frase que mejor represente su opinión.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo un paciente ha calificado uno de los síntomas de la escala:

Me he sentido últimamente más irritable o de peor genio.		<b>INTENSIDAD</b>	
		10	Muchísimo
		9	
		8	
		7	Mucho
		6	
		5	Más o menos
		4	
		3	
		2	Un poco
		1	
		0	Nada
		<b>GRADO DE MOLESTIA</b>	
		3	<input type="checkbox"/> Mucha molestia
		2	<input checked="" type="checkbox"/> Molestia moderada
		1	<input type="checkbox"/> Molestia leve
		0	<input type="checkbox"/> Ninguna molestia
Nunca		Rara vez	Con frecuencia
0		1	2
		3	4
		5	6
		7	8
		9	10
		FRECUENCIA DURANTE LA SEMANA	
		Casi siempre	
		Todo el tiempo	

Figura 3. Instructivo para diligenciamiento de la escala.

De acuerdo con las anteriores recomendaciones se generó una versión definitiva de los ítems (tercera columna de la tabla 1), que se organizó dentro del formato sugerido, quedando el instrumento tal como se muestra en la figura 4. Por cuestiones de diseño para la publicación, en esta figura se muestra una versión con tamaño de letra reducido y que solo incorpora 25 ítems (se omitió el ítem que explora atención). La propuesta inicial de calificación acogerá el sistema utilizado por la escala EMUN, en la cual el total del puntaje se calcula sumando la calificación dada a cada uno de los ítems (18).

### Discusión

Se ha presentado un proceso en el que, a partir de una escala validada en Colombia, e incorporando las

percepciones y opiniones de los pacientes, se generó un instrumento de auto-reporte conformado por 26 ítems que miden síntomas maníacos. La inclusión de algunos síntomas del espectro depresivo podría mejorar las propiedades de medición de un constructo que no está claramente delimitado. Consideramos importante la incorporación de tales síntomas, ya que este instrumento pretende medir, no solo características clínicas de episodios maníacos, sino también de los episodios mixtos, los cuales resultan un tanto ignorados por la mayoría de instrumentos de medición, generalmente diseñados para evaluar solo uno de los dos polos (depresión o manía). No puede olvidarse que, de acuerdo con varios autores, la mayoría de episodios del trastorno tendrían características mixtas (19,20). Dentro de los instrumentos generados como escalas de auto-reporte se encuentra que muchos de ellos están diseñados para medir síntomas hipomaníacos o características clínicas presentes en estados iniciales de los episodios maníacos. La escala cuyo desarrollo estamos presentando se aplica en un contexto de síntomas más graves, pero no puede excluirse su utilidad para evaluar pacientes con episodios hipomaníacos o con grados leves de manía; este punto deberá medirse en los procesos posteriores de determinación de las propiedades psicométricas de la escala.

Aunque se han reportado importantes limitaciones en los instrumentos de auto-reporte en trastornos afectivos, es claro que dichos instrumentos tienen ventajas sobre los aplicados por el clínico, por lo cual consideramos importante su desarrollo así como el estudio de sus limitaciones. Al estar diseñados en un lenguaje comprensible para los pacientes, los instrumentos de auto-reporte podrían ser herramientas efectivas para mejorar el conocimiento que ellos tienen de sus síntomas, lo cual podría tener un impacto en el curso clínico de la enfermedad al favorecer consultas más tempranas y, así, un mejor control de las crisis y eventualmente una mejor adherencia al tratamiento. Una particularidad de este instrumento es que generará tres dimensiones de evaluación, lo cual permitirá en estudios posteriores evaluar la concordancia entre tales dimensiones

y si esta concordancia depende de características particulares de los pacientes, tales como tipo de enfermedad bipolar, tiempo de evolución del trastorno, gravedad de los síntomas o de características de los clínicos, como puede ser el grado de experiencia de estos.

En estudios futuros se deberán establecer las propiedades psicométricas del instrumento mediante estudios formales de validación y analizar la correlación existente entre la observación del clínico y la percepción del paciente; sería interesante conocer en cuál de las tres dimensiones evaluadas se presentan mayores o menores correlaciones. Adicionalmente, el instrumento podría ser adaptado para ser utilizado por familiares o por miembros de la comunidad para que participen en la monitorización de síntomas y colaboren en el seguimiento de los pacientes. Mediante métodos de análisis basados en teoría de respuesta al ítem se deberá establecer la pertinencia de la escala de medición utilizada en cada una de las tres dimensiones.

Una posible limitación de este estudio es que los pacientes que participaron se encontraban con un grado importante de control de su sintomatología, lo cual podría generar un sesgo, pues los aportes de pacientes con mayor gravedad no quedaron representados en esta muestra: por lo tanto, no podría excluirse que la aplicabilidad de este instrumento estuviera limitada a casos con síntomas leves o moderados. Otra limitación de la aplicabilidad del instrumento es el analfabetismo, pues este suele ser un obstáculo insalvable para cualquier instrumento de auto-reporte.

En conclusión, se considera que la generación de este instrumento permitirá incorporar la perspectiva del paciente, no solo en investigaciones sobre trastornos del estado del ánimo, sino que también como herramienta clínica para intervenciones psicoeducativas, así como para el seguimiento de los pacientes. Adicionalmente, ofrecerá un sistema de evaluación más integral del estado clínico del paciente, al incorporar dentro de la medición aspectos relacionados con intensidad, frecuencia y grado de desadaptación de los síntomas.

**Tabla 1.** Versiones resultantes de los procesos de elaboración de ítems.

Ítem original EMUN	Versión en primera persona	Versión resultante del segundo estudio piloto
Afecto eufórico	He sentido que mi estado de ánimo ha estado muy alegre o exageradamente optimista.	1. He sentido que mi estado de ánimo ha estado muy alegre y que estoy exageradamente optimista.
	Mis familiares o amigos creen que he estado exageradamente alegre.	
Afecto irritable	Me he sentido últimamente más irritable o de peor genio.	2. Me he sentido últimamente más irritable o de peor genio.
Afecto depresivo	He tenido sentimientos de tristeza, aburrimiento, desgano, periodos en los cuales no puedo disfrutar nada, de pesimismo.	3. Me he sentido triste.
		4. Me he sentido con aburrimiento y desgano.
		5. Me he sentido exageradamente pesimista.
		6. Siento que nada me atrae y que no puedo disfrutar nada.
Urgencia del pensamiento	He sentido que produzco muchas ideas de manera continua o excesiva.	7. He sentido que produzco muchas ideas de manera continua o excesiva.
Fuga de ideas	Me ha sucedido que con facilidad paso de un tema a otro y que por momentos pierdo el hilo de la conversación.	8. Me ha sucedido que con facilidad paso de un tema a otro y que por momentos pierdo el hilo de la conversación.
Intensidad de la voz	Qué tan fuerte estoy hablando.	9. Estoy hablando muy fuerte.
		10. Estoy hablando muy pasito, casi no me oyen.
Grandiosidad	Últimamente me he sentido que soy una persona especialmente importante o que tengo poderes o capacidades especiales.	11. Últimamente me he sentido que soy una persona especialmente importante o que tengo poderes o capacidades especiales.
Ideas depresivas	He sentido sensación de fracaso personal, desesperanza o culpa y a veces me han dado ganas de morirme.	12. Siento que soy un fracasado y veo el futuro negro.
		13. Siento que muchas cosas malas que han sucedido son por mi culpa.
		14. Siento ganas de morirme o matarme.
Hiperactividad motora	He notado que mis movimientos están aumentados.	15. He notado que mis movimientos están aumentados. 16. He notado que me muevo menos y que me fatigo con facilidad.
Excesiva energía	Me he sentido con más energía que lo usual para hacer las cosas.	17. Me he sentido con más energía que lo usual para hacer las cosas.
Excesivo involucramiento en actividades	Me siento últimamente con un ánimo emprendedor. Alguno de mis nuevos planes es difícil de cumplir.	18. He notado que tengo muchos planes y que podría hacer muchas cosas a la vez.
Disminución de la necesidad de dormir	En las noches no duermo, he notado disminución en el tiempo del sueño pero no estoy cansado.	19. Me ha sucedido que en las noches no duermo o duermo poco y que al levantarme no me siento cansado.
Incremento de energía sexual	Mi actividad sexual está incrementada. He notado cambios en mi actividad sexual.	20. He sentido que mi actividad sexual está incrementada.
Distractibilidad	He notado que me distraigo fácilmente.	21. He notado que me distraigo fácilmente.
Excesiva sociabilidad	He sentido que mi contacto interpersonal y social está aumentado.	22. He sentido que estoy más sociable y más hablador con las personas.
Pobre juicio	He notado que me comporto imprudente, cometo indiscreciones, no mido las consecuencias de mis actos. He hecho alguna cosa que me haya causado problemas a mí o a mi familia o he dicho cosas que antes no se me hubiera ocurrido ni mencionar.	23. He notado que me comporto de manera imprudente, cometo indiscreciones, no mido las consecuencias de mis actos, he hecho algunas cosas que han causado problemas a mí o a mi familia, o he dicho cosas que antes no se me hubiera ocurrido ni mencionar.
Labilidad afectiva	He notado que mi estado de ánimo cambia fácilmente, he notado que todo me afecta y que no puedo en absoluto controlar mis estados de ánimo, lloro, me emociono, río sin poderme controlar.	24. He notado que mi estado de ánimo cambia fácilmente, que todo me afecta y que no puedo controlar mi estado de ánimo; lloro, me emociono, me enfurezco o río fácilmente, sin poderme controlar.
Agresividad/hostilidad	He estado con actitud desdeñosa, desafiante y beligerante. Soy hostil y violento con las personas o con el medio que me rodea.	25. He estado agresivo, desafiante, hostil y violento con las personas o con el medio que me rodea.
Impulsividad	He tenido dificultades en evaluar y considerar las consecuencias de mis acciones, lo que me lleva a realizar conductas imprudentes, peligrosas o potencialmente dañinas.	26. He tenido dificultades en evaluar y considerar las consecuencias de mis acciones, lo que me lleva a realizar conductas imprudentes, peligrosas o potencialmente dañinas.

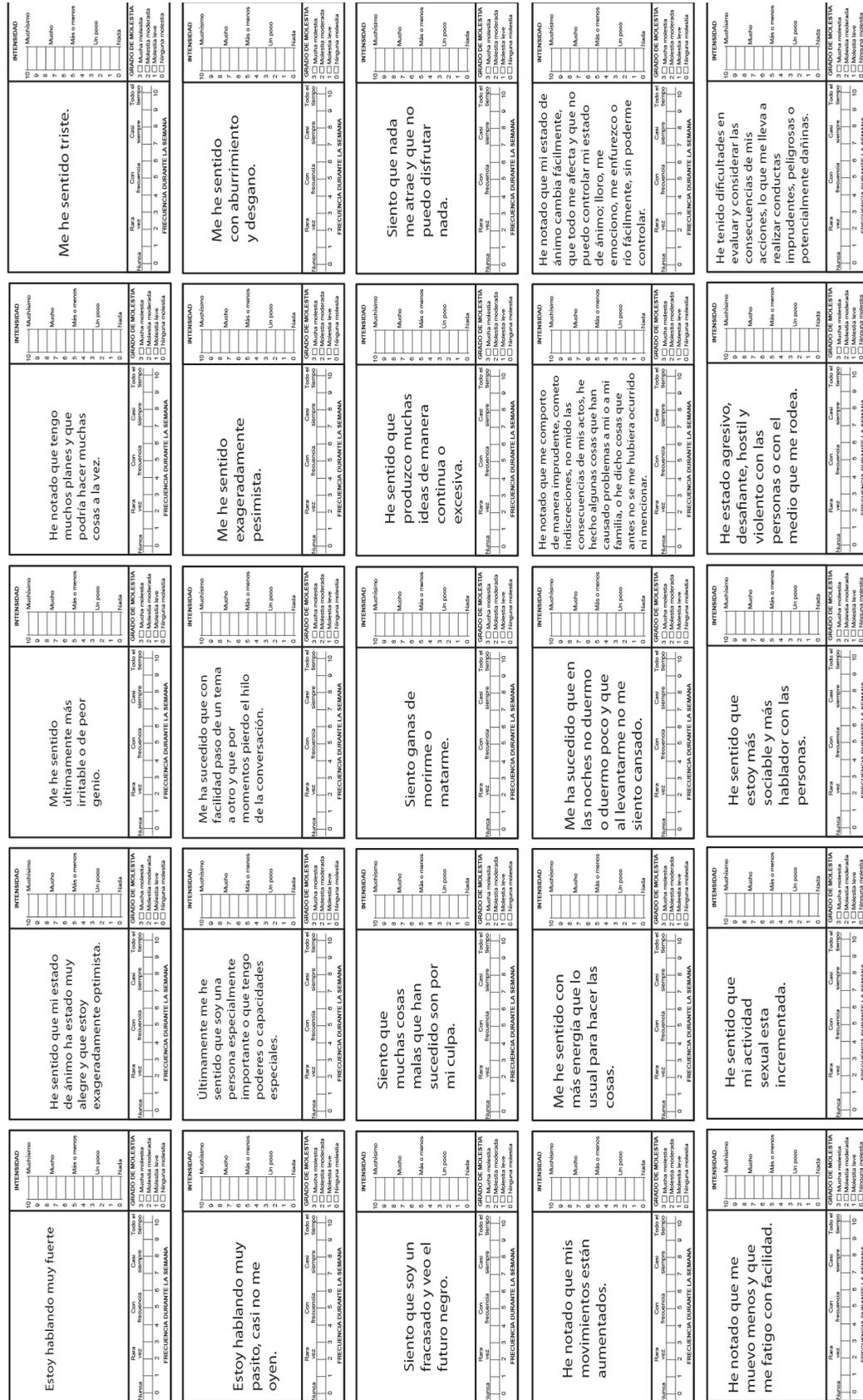


Figura 4. Propuesta de la escala de auto-reporte para síntomas maníacos.

## Financiación

Ninguna declarada por los autores.

## Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

## Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores

## Referencias

1. **Raskin A, Schulerbrandt JG, Reatig N, McKeon JJ.** Differential response to chlorpromazine, imipramine, and placebo. A study of subgroups of hospitalized depressed patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1970;23:164-73.
2. **Goodwin FK, Jamison KR, Ghaemi SN.** Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
3. **Snaith RP.** Rating scales. *British Journal of Psychiatry.* 1981;138:512-4.
4. **Prusoff BA, Klerman GL, Paykel ES.** Pitfalls in the self-report assessment of depression. *Can Psychiatr Assoc J.* 1972;17 Suppl 2:SS101.
5. **Prusoff BA, Klerman GL, Paykel ES.** Concordance between clinical assessments and patients' self-report in depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1972;26:546-52.
6. **Plutchik R, Platman SR, Tilles R, Fieve RR.** Construction and evaluation of a test for measuring mania and depression. *J Clin Psychol.* 1970;26:499-503.
7. **Eckblad M, Chapman LJ.** Development and validation of a scale for hypomanic personality. *J Abnorm Psychol.* 1986;95:214-22.
8. **Depue RA, Krauss S, Spoont MR, Arbisi P.** General behavior inventory identification of unipolar and bipolar affective conditions in a nonclinical university population. *J Abnorm Psychol.* 1989;98:117-26.
9. **Braunig P, Shugar G, Kruger S.** An investigation of the Self-Report Manic Inventory as a diagnostic and severity scale for mania. *Compr Psychiatry.* 1996;37:52-5.
10. **Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM.** The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biol Psychiatry.* 1997;15:42:948-55.
11. **Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, et al.** The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord.* 2005;88:217-33.
12. **Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, et al.** Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry.* 2003;160:178-80.
13. **Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, et al.** TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord.* 2005;85:45-52.
14. **Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD.** TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord.* 2005;85:3-16.
15. **Akiskal HS, Akiskal KK.** TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J Affect Disord.* 2005;85:1-2.
16. **Nassir Ghaemi S, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW.** Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord.* 2005;84:273-7.
17. **Vazquez GH, Romero E, Fabregues F, Pies R, Ghaemi N, Mota-Castillo M.** Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale-Spanish Version. *Compr Psychiatry.* 2010;51:552-6.
18. **Sanchez R, Velasquez J, Navarro A.** Validation by Rasch analysis of the Mania Scale (EMUN) for measuring manic symptoms. *Biomedica.* 2011;31:410-8.
19. **Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Musetti L, Paiano A, Quilici C, et al.** Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J Affect Disord.* 1997;43:169-80.
20. **Prien RF, Himmelhoch JM, Kupfer DJ.** Treatment of mixed mania. *J Affect Disord.* 1988;15:9-15.