

REVISION CRÍTICA DE ESCALAS DE MEDICIÓN DE MANÍA

Ricardo Sánchez-Pedraza & Nora Elena Rosero-Villota
Universidad Nacional de Colombia

Resumen

Este artículo presenta una revisión crítica de 12 escalas de evaluación de manía: 9 de administración por clínico y 3 de autoreporte, que fueron elaboradas por diferentes autores entre 1971 y 1994. Se evaluó el desarrollo de cada escala incluyendo su construcción, confiabilidad, validez, sensibilidad al cambio y también su utilidad. Se identifican las ventajas y limitaciones de las distintas escalas con el fin de determinar las características de un instrumento integral de medición de síntomas maniacos.

Palabras clave: Escalas, Manía, Medición, Revisión Crítica.

Abstract

This article shows a critical review of 12 manic rating scales, 9 clinician-administered and 3 of self-assessment, elaborated between 1971 and 1994. The development of these scales has been evaluated including its construction, reliability, validity, sensitivity to change and utility. Advantages and limitations of the scales have been identified in order to determine characteristics of a comprehensive instrument to measure manic symptoms.

Key words: Scales, Mania, Measurement, Critical review.

Introducción

El trastorno afectivo bipolar afecta aproximadamente al 0.8% de la población adulta (American Psychiatric Association, 1994). Representa el 21% de los costos de todas las enfermedades mentales (Rice y Miller, 1995) y tiene un pico de edad de inicio de los síntomas entre los 15 y los 19 años. Es un trastorno que tiende a cronificarse y a producir estancias hospitalarias prolongadas y múltiples recaídas. Los pacientes no tratados pueden presentar más de diez episodios de manía y depresión a lo largo de la vida, con el agravante de que solo dos de cada tres pacientes reciben tratamiento. Aunque hasta el momento no existe cura para el trastorno bipolar, el tratamiento puede disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas, permitiendo controlar la frecuencia, severidad y desajuste psicosocial de los episodios, y mejorar el funcionamiento durante los intervalos sin crisis que tenga el individuo. Ante esta situación se hace necesario mejorar las herramientas orientadas a la prevención, el diagnóstico adecuado y oportuno, y el tratamiento de los trastornos bipolares. En este sentido, es importante contar con instrumentos de evaluación adecuados para esta condición psicopatológica.

A lo largo de la historia se puede observar que progresivamente se han afinado los criterios diagnósticos y se han llegado a establecer subtipos dentro de los trastornos bipolares. Es así como en la actualidad el DSM IV incluye criterios para episodios depresivos, maníacos y mixtos dentro del diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo uno (American Psychiatric Association, DSM-IV, 1994). Sin embargo la evolución en la conceptualización de la entidad psicopatológica no se refleja en el desarrollo de instrumentos de evaluación y medición acordes con las nuevas descripciones nosológicas.

Las escalas de evaluación de manía comienzan a desarrollarse a principios de los años setenta. Inicialmente se trataba de instrumentos extensos y complejos que requerían un tiempo de aplicación prolongado y un entrenamiento especial de los evaluadores que los usaban; además, estos instrumentos se centraban en la medición de manía clásica o pura. Con el tiempo se han construido herramientas de medición cortas y de fácil aplicación y procesamiento, llegando incluso al desarrollo de escalas de autoreporte del estado maníaco y de instrumentos que incluyen ítems para evaluar manía disfórica y episodios mixtos.

En Colombia no existe la suficiente disponibilidad de escalas validadas para ser utilizadas en la medición de los trastornos afectivos, lo cual constituye una limitante grave en la investigación orientada a evaluar intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados. Esta revisión constituye la primera fase en el proceso de adoptar la mejor escala disponible, o de desarrollar una herramienta útil para medir los síntomas de los episodios maníacos, de tal manera que se pueda disponer de instrumentos para la investigación en este campo.

Método

Se efectuó una búsqueda en la base de datos MEDLINE utilizando como palabras claves: "manía", "bipolar disorder", "scale", "measurement". Se encontraron trece instrumentos de los cuales se descartó uno por tratarse de un instrumento más apropiado para la evaluación de episodios depresivos (Heimann, Bobon-Schrod & Schmocker, 1975). Además se revisaron artículos que muestran estudios de evaluación de las escalas que más adelante se analizan (Bräunig, Shugar & Krüger, 1996; Bech, Bolwig, Dein, Jacobsen & Gram, 1975; Cooke, Krüger & Shugar, 1996).

Los doce instrumentos se revisan teniendo en cuenta las recomendaciones hechas para este efecto por Streiner (1993, 1996). Para dicha revisión crítica se consideran los siguientes aspectos:

Ítems: Elementos que, al ser agrupados, constituyen cada uno de los dominios de una escala. En el análisis de los ítems se debe evaluar de dónde fueron tomados (escalas previas,

observación clínica, opinión de expertos, reporte de pacientes, etc.) y con base en qué procedimiento se asignaron los pesos específicos de cada uno de ellos.

Muestra: Se refiere a un subgrupo de la población a la cual va a aplicarse la escala, que se utiliza para efectuar los procedimientos de validación. Se debe indicar la fuente de los sujetos de la muestra y los procedimientos necesarios para calcular la cantidad de pacientes reclutados.

Confiabilidad: Significa que al efectuar mediciones de individuos en diferentes ocasiones, por diferentes observadores, o por test similares o paralelos, se producen iguales o similares resultados. Existen diferentes aproximaciones para evaluar la confiabilidad de un instrumento de medición: la *consistencia interna* se evalúa, en general, utilizando medidas como el Alfa de Cronbach, cuyo valor se incrementa con el número de ítems (escalas de 20 ítems tienen valores cercanos a 0.9), y la Fórmula 20 de Kuder-Richarson (KR20); la *confiabilidad test-retest* evalúa la estabilidad de la capacidad de medición de un instrumento a lo largo del tiempo: se mide utilizando el coeficiente de correlación intraclase y el coeficiente de correlación de Pearson siendo el primero el más recomendado; la *confiabilidad interevaluador* según la cual la evaluación independiente de un fenómeno por dos o más evaluadores debe dar marcadores similares. Como medida se utiliza el coeficiente de correlación intraclase y los resultados idealmente deben estar alrededor de 0.8.

Validez: Se refiere a qué es lo que se mide exactamente. Al igual que en la confiabilidad hay diferentes formas de evaluarla: la *validez de apariencia* responde a la pregunta: ¿a los ojos del examinado, la escala mide lo que dice que está midiendo? y se define por observación de la misma; la *validez de contenido* identifica la presencia de dominios y si están bien representados por los ítems; la *validez de criterio*, que incluye validez concurrente y validez predictiva, se evalúa comparando la escala con un Patrón de Oro u observando el desenlace del fenómeno a lo largo del tiempo.

Sensibilidad al cambio: Evalúa si la escala permite detectar la evolución de un fenómeno a lo largo del tiempo.

Utilidad: Es un concepto en el que se incluye el tiempo de aplicación que requiere para aplicar la escala, el entrenamiento de los evaluadores y la complejidad del procesamiento de datos que proporciona la escala.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de aplicar los criterios de evaluación mencionados a cada uno de los instrumentos encontrados:

Escala de Evaluación del Estado Maníaco (Beigel, Murphy, Bunney, 1971) (Apéndice A)

Es una escala que consta de 26 ítems, evalúa frecuencia (0 a 5) e intensidad (1 a 5) de los síntomas y está diseñada para ser aplicada por personal de enfermería.

Ítems: Para la construcción de la escala se siguió un proceso inicial riguroso: los 26 ítems provienen de la revisión de literatura, observación por clínicos y personal de enfermería. Sin embargo no se menciona el procedimiento seguido para asignar el peso de los ítems.

Muestra: No se menciona la fuente ni cómo se calculó, pero teniendo en cuenta el número de ítems y de evaluadores parece ser pequeña (trece pacientes). Se incluyeron pacientes con diagnóstico de depresión unipolar y trastorno afectivo bipolar.

Confiabilidad: No se evaluó la consistencia interna. No se evaluó la confiabilidad test – retest. La confiabilidad interevaluador se evaluó adecuadamente con el coeficiente de correlación intraclase obteniendo marcadores entre 0.86 y 0.89. Aunque esta medida no se calculó para el ítem 6 (viste de forma inapropiada) porque todos los evaluadores puntuaron 0, no se excluyó de la escala.

Validez: De Apariencia: Incluye ítems que no son representativos del estado maníaco como suspicacia, disminución del control de impulsos y apariencia. Faltan ítems que evalúen el sueño. Esta escala tiene la ventaja de incluir síntomas de manía disfórica.

De Contenido: No se determinaron los dominios de la escala y por lo tanto no se observó si estaban bien representados por los ítems.

De Criterio: Se evaluó adecuadamente utilizando el coeficiente de correlación de Pearson comparando esta escala con la escala global de manía y con una lista de síntomas de manía. Se explica la inclusión en la escala de los ítems 1, 14 y 19 a pesar de no tener correlación significativa. Para los demás ítems los marcadores estuvieron entre 0.55 y 0.92.

Sensibilidad al cambio: No se evaluó.

Utilidad: Limitada utilidad por el tiempo de observación requerido (un turno de enfermería de ocho horas) y por requerir entrenamiento del personal de enfermería para aplicarla. Tiene la ventaja del fácil procesamiento de la información.

Comentario: Es un instrumento para el que no se realizó un proceso completo de validación y que tiene desventajas importantes como las mencionadas en el criterio de utilidad y validez de apariencia.

Una Nueva Escala para la Evaluación Longitudinal de Estados Maníacos (Pettersen, Fyro, Sedvall, 1973) (Apéndice B).

Se trata de una escala que incluye 7 ítems y 2 evaluaciones globales. Debe ser aplicada por un clínico.

Ítems: Aunque se menciona un estudio piloto para llegar a la escala final, no se conoce de dónde vienen los 22 ítems originales. Tampoco se refieren los procedimientos utilizados para asignar el peso a los ítems.

Muestra: No se describe la fuente ni el procedimiento utilizado para calcular su tamaño: Solamente se menciona que fue de 20 pacientes con síntomas de elación, fuga de ideas e incremento de la actividad motora.

Confiabilidad: No se evaluó la consistencia interna. No se evaluó la confiabilidad test - retest. Se evaluó adecuadamente la confiabilidad interevaluador con coeficientes de correlación de Pearson pre - tratamiento entre 0.57 y 1.0 y durante el tratamiento con valores entre 0.48 y 1.0.

Validez: De Apariencia: No incluye síntomas de manía disfórica. Incluye ítems como orientación que no son representativos de manía y no incluye otros representativos como sueño o atención. Evalúa en un mismo ítem autoestima y estado de ánimo.

De Contenido: Se mencionan tres dominios (actividad motora, elación, fuga de ideas) que no están bien representados.

De criterio: No se evaluó.

Sensibilidad al cambio: Se evaluó pero no se utilizaron medidas adecuadas, ya que en lugar de usar procedimientos para comparar medidas no independientes, simplemente se comparó la sumatoria de los marcadores de la primera y segunda evaluación, observando una variación de 17.48 ± 3.50 a 8.40 ± 1.46 .

Utilidad: El tiempo de aplicación es adecuado (30 minutos). La información es fácil de procesar y no es necesario un entrenamiento especial ya que la puede aplicar cualquier clínico con experiencia en la evaluación de pacientes maníacos.

Comentario: Se trata de un instrumento para el que no se realizó un proceso adecuado de validación y que carece de ítems importantes en la evaluación del paciente maníaco.

Escala de Evaluación de Manía (Bech, Rafaelsen, Kramp, Bolwig, 1978). (Apéndice C)

La escala consta de 11 ítems que se puntúan de 0 a 4 y debe ser aplicada por un clínico.

Ítems: Los ítems derivan de las escalas de Beigel y Petterson. No se menciona el procedimiento usado para establecer peso de los ítems.

Muestra: Constituida por 38 pacientes, 24 con síntomas depresivos y 14 con síntomas maníacos. Sin embargo no se menciona la fuente ni se define cómo se calculó el número total.

Confiabilidad: Se midió la confiabilidad interevaluador con el coeficiente de correlación intraclass obteniendo valores entre 0.80 y 0.95. No se evaluó la consistencia interna ni la confiabilidad test-retest.

Validez: De Apariencia: Faltan ítems que evalúen la atención. Tiene en cuenta síntomas de manía disfórica como irritabilidad. No se muestra como se evaluó la validez de contenido y de criterio de la escala

Sensibilidad al cambio: No se presenta su análisis.

Utilidad: El tiempo de aplicación es adecuado (30 minutos). No es necesario un entrenamiento, ya que puede aplicarla un clínico con experiencia en el campo. Es un instrumento fácil de procesar

Comentario: Es una escala que cumple con las características de un instrumento útil. Sin embargo en el artículo no se muestra un proceso de validación adecuado.

Una Escala de Evaluación de Manía (Bech, Rafaelsen, Kramp, Bolwig, 1978). (Apéndice D)

Se trata de un instrumento para ser aplicado por un evaluador clínico y consta de 11 ítems que evalúan severidad del comportamiento maníaco.

Ítems: Los 11 ítems que incluye la escala se seleccionaron a partir de la revisión de la literatura en un proceso que no es claramente descrito. El peso asignado a los ítems no aparece fundamentado.

Muestra: Fue de 20 pacientes que cumplían con criterios diagnósticos de manía, pero no se describe ni la fuente ni cómo se calculó este número.

Confiabilidad: Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la confiabilidad interevaluador, obteniendo correlaciones significantes entre 0.66 y 0.95. No se evaluó confiabilidad test- retest ni consistencia interna.

Validez: De Apariencia: No incluye síntomas de manía disfórica. Incluye síntomas no representativos de manía como son la apariencia y la introspección. Incluye la distraibilidad en

los trastornos del pensamiento y del lenguaje, ítem que, consideramos, debería evaluarse por separado.

De Contenido: No se establecieron dominios.

De Criterio: Se evaluó validez concurrente comparando la escala con la escala de Beigel, la de Petterson y la evaluación global, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman; se obtuvieron correlaciones de 0.71, 0.89 y 0.88 respectivamente.

Se evaluó también la validez predictiva correlacionando los marcadores con el número de días de estancia intrahospitalaria después de la aplicación de la escala. La correlación fue más alta para esta escala (0.66) que para la escala de Beigel (0.58) y la escala de Petterson (0.50).

Sensibilidad al cambio: Se evaluó adecuadamente utilizando inicialmente el Mann-Whitney U Test y posteriormente el análisis de varianza de una vía de Kruskal-Wallis para mayor sensibilidad, resultando que esta escala fue la más consistente en la evaluación de sensibilidad al cambio cuando se comparó con las escalas de Beigel y de Petterson.

Utilidad: El tiempo de administración es adecuado (15 a 30 minutos). El procesamiento de la información es sencillo. No es necesario un entrenamiento especial para su aplicación.

Comentario: Se trata de un instrumento útil. Para su desarrollo no se realizó un proceso de validación completo, como ya se mencionó en el apartado sobre validez de apariencia, y carece de elementos importantes en la evaluación del estado maníaco.

Una Entrevista Diagnóstica: El Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (Endicott, Spitzer, 1978) (Apéndice E)

Se trata de un inventario completo que evalúa síntomas afectivos y psicóticos en 8 subescalas; el síndrome maníaco se registra en la subescala número 6 que consta de 18 ítems y puede calificarse de 10 a 65 puntos.

Ítems: No se define el proceso de construcción de las subescalas .

Muestra: Incluyó en total 210 pacientes pero no se muestra la fuente ni cómo se calculó su tamaño.

Confiabilidad: Se evaluó adecuadamente la confiabilidad interevaluador utilizando el coeficiente de correlación intraclase, obteniendo una alta correlación (0.99). La confiabilidad test – retest se evaluó por medio del coeficiente de correlación intraclase, que reportó un alto puntaje (0.93). La consistencia interna se evaluó con el Alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0.97.

Validez: De Apariencia: Faltan ítems que evalúen la atención. Incluye en una lista de chequeo el comportamiento antisocial, que no parece ser un ítem específico de manía. Incluye fuga de ideas, delirios de grandeza y síntomas de manía disfórica en otras subescalas.

De contenido: No se establecen los dominios del síndrome.

De criterio: Se utilizó el coeficiente de correlación intraclase para comparar las subescalas con la SCL-90 y la KAS-R. Se obtuvo baja correlación en la mayoría de ítems (alrededor de 0.2)

Sensibilidad al cambio: No se evaluó.

Utilidad: Tiene una importante limitación de uso por el tiempo requerido para su aplicación (una hora y media a dos horas). Los evaluadores deben ser personal experto; de lo contrario es necesario entrenamiento especial. El procesamiento de la información es más complejo que el de otras escalas existentes.

Comentario: El instrumento es muy completo, pero no reúne las características de utilidad de una escala. El proceso de validación es incompleto.

Escala de Diagnóstico, Medición del Estado y Predicción de Respuesta al Tratamiento en Manía (Secunda, Katz, Swann, Koslow, Macs, Chuang, Croughan, 1985) (Apéndice F) .

Se trata de un instrumento con 23 ítems agrupados en 4 subescalas para ser aplicado por personal clínico y de enfermería, dependiendo de la subescala.

Ítems: Los ítems vienen de diferentes escalas.

Muestra: Fue de 19 pacientes, pero no se menciona el método para calcular su tamaño ni la fuente.

Confiabilidad: Se evaluó la confiabilidad interevaluador con el coeficiente de correlación intraclase que arrojó adecuados puntajes (entre 0.85 y 0.91 en las diferentes subescalas). No se evaluó la consistencia interna ni la confiabilidad test - retest.

Validez: De Apariencia: Incluye síntomas de manía disfórica. Repite ítems en las diferentes subescalas: grandiosidad, irritabilidad, euforia. Incluye ítems no específicos de manía como suspicacia. Faltan ítems para evaluar el contacto interpersonal y el tono de voz .

De contenido: No se definen dominios.

De Criterio: Se evalúa pero no se aplican medidas adecuadas. Se usa como Patrón de Oro el SADS y se comparan marcadores promedios y desviaciones estándar en diferentes grupos

de pacientes concluyendo que los dos instrumentos permiten diferenciar la población de pacientes maníacos de otros grupos diagnósticos.

Sensibilidad al cambio: Se evaluó utilizando medidas no paramétricas (test de Wilcoxon y test de Fisher).

Utilidad: No está definido tiempo de aplicación pero es extensa (23 ítems). Es necesaria intervención de personal médico y paramédico para su aplicación. Aunque no está definido en el artículo la forma cómo se califican los ítems, el procesamiento de la información resulta complejo por incluir subescalas que se califican de diferente manera.

Comentario: Este instrumento resulta ser el más complejo de los evaluados, con limitaciones evidentes en su utilidad y un incompleto proceso de validación.

Escala de Evaluación de Enfermería de Manchester (Brierley, Szabadi, Rix, Bradshaw, 1988) (Apéndice G)

Se trata de una escala construida para ser aplicada por personal de enfermería y consta de 9 ítems que evalúan la frecuencia de una serie de comportamientos observables.

Ítems: La mayoría de los ítems fueron tomados y modificados de la escala de evaluación de manía de Beigel, Murphy y Bunney. No se describe el método para asignar el peso de los ítems.

Muestra: No se define cómo se calculó la muestra pero esta fue de 9 pacientes.

Confiabilidad: Se evaluó la confiabilidad interevaluador con el coeficiente de correlación de Pearson usando transformación de Fisher. Se obtuvo alta correlación en la mayoría de los ítems pero no es clara la necesidad de la transformación; los valores se encontraron entre 0.23 y 0.78. También se utilizó el test de Student para comparar la confiabilidad interevaluador de enfermeras calificadas y estudiantes. Dado que no hay independencia en las mediciones este procedimiento resulta cuestionable. La consistencia interna se evaluó con el coeficiente de Kendall. No se evaluó la confiabilidad test- retest.

Validez: De Apariencia: Faltan ítems para evaluar el sueño. Dentro de los comportamientos observables se incluyen las ideas de grandiosidad, que deberían estar en otro apartado. No incluye síntomas de manía disfórica.

De contenido: no se establecieron los dominios del síndrome.

De criterio: se evaluó adecuadamente utilizando coeficiente de correlación de Pearson para comparar con la escala de Young y la de Shopsin, obteniendo puntajes de 0.79 y 0.65 respectivamente.

Sensibilidad al cambio: No se evaluó.

Utilidad: Limitada por el largo periodo de observación (ocho horas de turno de enfermería) y por requerir entrenamiento especial para el personal que la aplica. Es fácil de procesar.

Comentario: Es un instrumento con evidentes limitaciones en su utilidad, pero su proceso de validación cumple con la mayoría de pasos.

Escala de Evaluación para Manía Administrada por Clínico: Cars-M. (Altman, Hedeker, Janicak, Peterson, Davis, 1994) (Apéndice H)

Se trata de una escala para ser administrada por un clínico. Consta de 15 ítems e incluye una entrevista semiestructurada. Evalúa la presencia o ausencia de síntomas y su severidad. No solamente incluye el comportamiento reportado por el paciente u observado por el clínico durante la entrevista sino también el comportamiento observado por otros miembros del equipo clínico fuera de la entrevista.

Ítems: Fueron modificados del SADS y se hizo análisis factorial para determinar su peso.

Muestra: No se reporta el método utilizado para calcularla ni la fuente. Llama la atención que se utilizaron diferentes muestras para evaluar confiabilidad y validez (14, 36 y 96 pacientes respectivamente)

Confiabilidad: La confiabilidad interevaluador se evaluó adecuadamente con el coeficiente de correlación intra clase obteniendo valores que están entre 0.71 y 0.94. La confiabilidad test-retest se evaluó con el coeficiente de correlación de Pearson, obteniendo valores entre 0.78 y 0.95. La consistencia interna se evaluó adecuadamente con el Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado un valor de 0.88 para el factor manía y 0.63 para el factor psicosis.

Validez: De apariencia: Incluye orientación e introspección, que no son específicos para manía. No incluye síntomas de manía disfórica.

De contenido: Se establecieron dos dominios (manía y psicosis) que están bien representados.

De criterio: Se evaluó adecuadamente con el coeficiente de correlación de Pearson comparando CARS-M con MRS con una correlación de 0.94.

Sensibilidad al cambio: Se evaluó adecuadamente utilizando MANCOVA ($p < 0.001$ para el grupo de pacientes maníacos)

Utilidad: Su tiempo de aplicación es adecuado (15 a 30 minutos) y no es necesario un entrenamiento especial del clínico para su aplicación, aunque si es deseable una experiencia clínica que permita el adecuado desarrollo de la entrevista semiestructurada. El procesamiento de la información es sencillo.

Comentario: Resulta ser un instrumento útil para el cual se hizo un completo proceso de validación.

Escala para Evaluación de Estados de Ánimo en Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados (Mazmanian, Sharma, Persad, Kueneman, Burnham, Franklin, Hemmings, Leiska, 1994) (Apéndice I)

Es una escala que consta de 11 ítems, construida para ser aplicada por personal de enfermería.

Ítems: Los ítems derivan de los criterios diagnósticos del DSMIII R, escalas previas y observaciones del equipo. No se presenta el proceso de asignación de pesos a los ítems

Muestra: La muestra fue de 53 pacientes, pero no se determina ni la fuente ni cómo se calculó. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (51%), trastorno afectivo bipolar con episodio maníaco, depresivo o mixto (40%) y trastorno esquizoafectivo (9%).

Confiabilidad: Se evaluó la confiabilidad interevaluador con el coeficiente de correlación intraclass obteniendo un valor de 0.84. No se evaluó la confiabilidad test-retest ni la consistencia interna.

Validez: De Apariencia: Incluye síntomas de manía disfórica. Los síntomas están agrupados para la puntuación pero resulta difícil encontrarlos de esa manera en la clínica.

De contenido: No se establecen dominios. Los síntomas son polos opuestos de características de estado de ánimo.

De criterio: Se evaluó con el coeficiente de correlación intraclass, comparando la escala con BDI (Inventario de Depresión de Beck), Escala análoga visual y la versión de autoreporte de la escala Depresión-Manía, obteniendo puntajes de 0.54, 0.55 y 0.85 respectivamente.

Sensibilidad al cambio: Se evaluó adecuadamente con ANOVA ($F=19.47$, $p<.001$)

Utilidad: El tiempo de evaluación es prolongado (12 horas) y es necesario entrenamiento especial para su aplicación por la dificultad de ubicar a un paciente en un solo puntaje. Es fácil de procesar

Comentario: Este instrumento tiene limitaciones importantes: faltan pruebas de confiabilidad en su proceso de validación y su utilidad es cuestionable.

Valoración Independiente de Síntomas Maníacos y Depresivos por Autoevaluación. (Bauer, Crits-Christoph, Ball, Dewees, Mcallister, Alahi, Cacciola, Whybrow, 1991) (Apéndice J).

Es una escala que consta de 17 ítems, diseñada para autoreporte, que los autores denominan Internal State Scale (ISS).

Ítems: No especifica de donde vienen los ítems pero informa que se obtuvieron de escalas basadas en observación. Se hizo análisis factorial para asignar el peso de los ítems.

Muestra: No informa cómo se calculó la muestra pero los autores son muy claros en los criterios de inclusión y exclusión (89 pacientes y 24 controles).

Confiabilidad: Se evaluó la consistencia interna con el Alfa de Cronbach pero no se presentan los resultados. No se evaluó la confiabilidad interevaluador. Se evaluó la confiabilidad test-retest en sujetos control pero no se informa sobre el método usado ni los resultados.

Validez: De Apariencia: No se incluyen ítems representativos del estado maniaco como afecto elevado, sueño o actividad sexual. Incluye ítems de manía disfórica.

De contenido: Se establecieron cuatro dominios (activación, bienestar, conflicto, depresión), los cuales están bien representados.

De Criterio: Se determinó con el coeficiente de correlación intraclass, comparando la ISS con HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), YMRS (Young Mania Rating Scale) y la Escala de evaluación psiquiátrica breve, obteniendo puntajes de 0.95, 0.95 y 0.93 respectivamente.

Sensibilidad al cambio: Se evaluó utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, comparando los marcadores test-retest y posteriormente aplicando un análisis de función discriminante.

Utilidad: No especifica el tiempo de aplicación. Es difícil de procesar. Tiene la limitación de dificultad de aplicación en pacientes severamente maniacos.

Comentario: Se desconocen varias de las medidas de los procedimientos utilizados para la validación. Los ítems que se incluyen no cubren todos los dominios. Tiene limitaciones en cuanto a su utilidad.

Inventario de Polaridad Chino (Zheng, Lin, 1994) (Apéndice K)

Es un instrumento de autoreporte que contiene 20 ítems, cada uno con dos frases que representan los polos depresivo y maniaco del comportamiento.

Ítems: Hay un proceso adecuado de selección de ítems. Estos son tomados de diferentes escalas de evaluación y de criterios diagnósticos del DSM III. Inicialmente la escala constaba de 39 ítems de los cuales se seleccionaron 20 por discusión del equipo. No se hizo análisis factorial.

Muestra: No se explica ni la fuente ni cómo se calculó su tamaño pero llama la atención el gran número de pacientes utilizado (685).

Confiabilidad: Se evaluó únicamente la consistencia interna con el Alfa de Cronbach obteniendo resultados de 0.93 para la subescala de depresión y 0.92 para la subescala de manía; también se utilizó el test de Split Half obteniendo valores de 0.86 y 0.92 para las subescalas de depresión y manía respectivamente. No se hizo confiabilidad interevaluador ni test-retest.

Validez: De Apariencia: No se incluyen ítems para medir la atención. Incluye síntomas de manía disfórica.

De contenido: Se establecieron cuatro dominios (actividad motora, capacidad, placer, irritabilidad) que están bien representados.

De criterio: Se evaluó adecuadamente comparando el inventario con la CHDRS (versión china de la Hamilton Depression Rating Scale) y la CBRMS (versión china de la Bech, Rafaelsen Mania Scale) con coeficientes de correlación de 0.59 y 0.53 respectivamente.

Sensibilidad al cambio: No se evaluó

Utilidad: Es fácil de procesar. Aunque no especifica el tiempo de aplicación, parece ser adecuado. No requiere entrenamiento para su procesamiento, solamente un mínimo de 7 años de escolaridad.

Comentario: La principal limitación de esta escala en nuestro medio sería el requerimiento de que el paciente tenga siete años de educación como mínimo, lo cual puede hacerla no aplicable en muchos pacientes. Como puede observarse en el análisis, hay fallas en el proceso de validación.

Inventario de Autoreporte para Manía (Shugar, Schertzer, Torner, Di Gasbarro, 1992) (Apéndice 1)

Este instrumento, que se diseñó como una escala de autoreporte, consta de 48 ítems presentados en oraciones que describen síntomas y comportamientos típicos de la manía.

Ítems: Se seleccionaron teniendo en cuenta los criterios de manía del DSM III R, ICD 9 y la experiencia clínica de los autores. Se hizo análisis factorial.

Muestra: La muestra fue de 107 pacientes, pero no se determina la fuente ni cómo se calculó su tamaño. Incluyó 25 sujetos maníacos y 82 no maníacos.

Confiabilidad: Se evaluó la consistencia interna con el Alfa de Cronbach que arrojó un valor de 0.94. La confiabilidad test-retest se midió con el coeficiente de correlación de Pearson con un valor de 0.93. No se hizo confiabilidad inter evaluador.

Validez: De Apariencia: Incluye síntomas de manía disfórica. Se hizo una evaluación especial con 10 pacientes en remisión de síntomas maníacos.

De contenido: Se establecieron dos dominios por análisis factorial: disforia, representado en cinco subescalas, y euforia representado en cuatro subescalas.

De Criterio: No se evaluó.

Sensibilidad al cambio: No se evaluó.

Utilidad: Tiempo de aplicación adecuado (5 a 10 minutos). Es un instrumento fácil de procesar y no requiere entrenamiento.

Comentario: Este instrumento de evaluación resulta útil, pero faltaron varios elementos para lograr un proceso de validación adecuado.

Discusión

El desarrollo y validación de un instrumento de medición son tareas que implican una serie de procesos bien definidos (Streiner, 1993; Streiner, Norman, 1995). Dentro de los instrumentos disponibles para medición de síntomas maníacos ninguno ha tenido un proceso de validación que le permita ser aplicado en pacientes de nuestro medio.

Entre las escalas revisadas, y siguiendo una metodología de análisis precisa, se encontró que la Escala de Evaluación para Manía Administrada por el Clínico (Altman, Hedeker, Janicak, Peterson, Davis, 1994) es la que mejor cumple con los criterios para considerarla un instrumento válido, confiable y útil. Aunque el proceso de validación referido en los artículos

analizados es incompleto, las escalas desarrolladas por Bech (Bech, Rafaelsen, Bolwing, 1978) y Young (Young, Biggs, Ziegler, Meyer, 1978) también reúnen los criterios para ser calificadas como instrumentos útiles. Por el contrario, la Escala de Diagnóstico, Medición del Estado y Predicción de Respuesta al Tratamiento en Manía (Secunda, Katz, Swann, Koslow, Macs, Chuang, Croughan, 1985) no cumple con ninguno de los criterios de utilidad.

Entre las escalas de auto-evaluación se encontró que el Inventario de Autoreporte para Manía (Shugar, Schertzer, Torner, Di Gasbarro, 1992) es 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 (Bauer, Crits-Christoph, Ball, Dewees, McAllister, Alahi, Cacciola, Whybrow, 1991).

El tiempo requerido para ser aplicadas es una limitación importante en las escalas de Evaluación del Estado Maníaco (Beigel, Murphy, Bunney, 1971), el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (Endicott, Spitzer, 1978), la Escala de Evaluación de Enfermería de Manchester (Brierley, Szabadi, Rix, Bradshaw, 1988) y la Escala para Evaluación de Estados de Ánimo en Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados (Mazmanian, Sharma, Persad, Kueneman, Burnham, Franklin, Hemmings, Leiska, 1994).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de síntomas disfóricos en los cuadros maniacos, es fundamental que una escala que pretenda medir adecuadamente esta entidad los incluya en alguno de sus dominios. Se encontró que siete de las escalas revisadas los incorporan dentro de sus ítems.

Uno de los pasos necesarios para efectuar un proceso completo de validación de una escala consiste en establecer un tamaño de muestra adecuado. Sin embargo llama la atención que en ninguno de artículos revisados se define cómo se calculó el número de sujetos para el estudio.

Por otra parte, siendo importante determinar el peso de los ítems, únicamente en las escalas de Altman, Bauer y Shugar 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 y Bauer.

Como puede observarse, las diferentes escalas de evaluación de manía disponibles hasta el momento tienen limitaciones y ventajas que deben tenerse 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 con los criterios de validación y utilidad que permitan su uso en los diferentes campos de la clínica y la investigación.

Referencias:

- Altman, E., Hedeker D., Janicak P., Peterson J. y Davis J. (1994). The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, Reliability and Validity. *Biol. Psychiatry*, 36, 124-134.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4 revised (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). Practice Guideline for the treatment of the patients with Bipolar disorder. *American Journal Psychiatry*, 151, 2-36.
- Bauer M., Crits-Christoph P., Ball W., Dewees E., McAllister T., Alahi P., Cacciola J. y Whybrow P. (1991). Independent Assessment of Manic and Depressive Symptoms by Self-rating. *Arch Gen Psychiatry* 48,807-812.
- Bech P., Bolwig T.G., Dein E., Jacobsen O. y Gram L. F. (1975). Quantitative Rating of Manic States. Correlation between clinical assessment and Beigel's objective Rating Scale. *Acta psychiatry Scand.*, 52, 1-6.
- Bech P., Rafaelsen K. y Bolwing G. (1978). The Mania Rating Scale: Scale Construction and Inter-observer Agreement. *Neuropharmacology*, 17, 430-431.
- Beigel A., Murphy D.L. y Bunney W.E. (1971). The manic-state rating scale. *Arch Gen Psychiatry*, 25, 256-261.
- Bräunig P., Shugar G. y Krüger S. (1996). An Investigation of the Self-Report Manic Inventory as a Diagnostic and Severity Scale for Mania. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 52-55.
- Brierley C., Szabadi E., Rix K. y Brashaw C.(1988). The Manchester Nurse Rating Scales for the daily simultaneous assesment of depressive and manic ward behaviors. *Journal Affective Disorders*, 15, 45-54.
- Cooke R., Krüger S. y Shugar G. (1996). Comparative Evaluation of Two Self-Report Mania Rating Scales. *Biol Psychiatry*, 40, 279-283.
- Endicott J. y Spitzer R. (1978). A Diagnostic Interview. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35, 837-845.
- Heimann H., Bobon-Schrod H., Schmocker A. M. y Bobon D. P. (1975). Auto-évaluation de l'humeur par une liste d'adjectifs, la "Befindlichkeits-Skala" (BS) de ZERSSEN. *L'Encéphale*,1:165, 183.
- Mazmanian D., Sharma V., Persad E., Kueneman K., Burnham J., Franklin J., Hemmings M. y Leiska G. (1994). Development and Validation of Scale for Rating Mood States of Psychiatric Inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 238-241.
- Petterson U., Fyrö B. y Sedvall G. (1973). A New Scale for the Longitudinal Rating of Manic States. *Acta Psychiatry Scand*, 49, 248-256.
- Rice D.P. y Miller L.S. (1995). The Economic Burden of Affective Disorders. *Psychiatry*, 27, 34-42.
- Secunda S., Kattz M., Swan A., Koslow S., Maas J., Chuang S. y Croughan J. (1985). Mania: Diagnosis, State Measurement and Prediction of Treatment Response. *Journal of Affective Disorders*, 8, 113-121.
- Shugar G., Toner B. y Di Gasbarro I. (1992). Development, Use and Factor Analysis of a Self.Report Inventory for Mania. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 325-331.
- Streiner D. L. (1993). A Checklist for Evaluating the Usefulness of Rating Scales. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 140-148.
- Streiner D. L. y Norman G. (1995). *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use*. New York: Oxford University Press.
- Young R., Biggs T., Ziegler V. y Meyer D.(1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.

Zheng Y.P. y Lin K.M. (1994). The Reliability and Validity of the Chinese Polarity Inventory. *Act Psychiatry Scand*, 89, 126-131.

Autores

Ricardo Sánchez Pedraza. Profesor Titular Departamento de Psiquiatría y Centro de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Dirección para correspondencia: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Ciudad Universitaria, Bogotá, Colombia. E-mail: risanche@bacata.usc.unal.edu.co

Nora Elena Rosero. Médica psiquiatra, Universidad Nacional de Colombia.

APÉNDICE A

ESCALA DE EVALUACION DEL ESTADO MANIACO

(Beigel, Murphy, Bunney, 1971)

Parte A: Frecuencia (¿cuánto tiempo?)						Parte B: Intensidad (Qué tan intenso es?)				
Nunca	Rara vez	A veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
0	1	2	3	4	5	El PACIENTE				
						1	2	3	4	5
						1 Se ve deprimido				
						2. Está hablador				
						3 Se mueve de un lado a otro				
						4 Hace amenazas				
						5 Tiene pobre juicio				
						6 Se viste inapropiadamente				
						7 Se ve feliz y alegre				
						8 Busca a otros				
						9 Está distráctil				
						10 Tiene ideas de grandiosidad				
						11 Está irritable				
						12 Está peleador y destructivo				
						13 Está delirante				
						14 Verbaliza sentimientos depresivos				
						15 Está activo				
						16 Está argumentativo				
						17 Habla sobre sexo				
						18 Está de mal humor				
						19 Está descuidado en su aseo y vestido				
						20 Tiene disminuido el control de impulsos				
						21 Verbaliza sentimientos de bienestar				
						22 Está suspicaz				
						23 Hace planes no realistas				
						24 Solicita contacto con otros				
						25 Tiene preocupaciones sexuales				
						26 Pasa de un tema a otro				

APÉNDICE B

ESCALA PARA LA EVALUACION LONGITUDINAL DE ESTADOS MANIACOS

(Petterson, Fyro, Sedvall, 1973)

Actividad motora: este ítem se refiere al incremento de la movilidad en general, que puede ser observada en la mímica, gesticulación, manera de andar y otros movimientos intencionales. Se considera la cantidad y velocidad de los movimientos.

1= Quietud movimientos lentos. Poca gesticulación. Latencia habitual o ligeramente prolongada en la iniciación de actividad. 2= Velocidad común de cambio y cantidad de movimientos. Sólo ocurren cortos periodos de quiescencia. 3= Mímica y andar vívido. Gesticulación y movimientos abundantes sin ser exagerados o especialmente marcados. 4= Movimientos exagerados, amplios y/o rápidos ocurren repetidamente. La gesticulación es llamativa. El paciente deja su silla sólo ocasionalmente durante la entrevista. 5= Actividad motora continua. El paciente no puede ser persuadido para permanecer quieto sentado o recostado.

Urgencia de pensamiento: Este ítem se refiere a la evaluación cuantitativa de la actividad verbal del paciente durante la entrevista.

1= Da respuestas lacónicas. Expresa pocas frases espontáneamente. 2= Da adecuadas respuestas sin ser rico en palabras. Habla sin bloqueos. 3= Expresa frases largas espontáneamente. Da respuestas ricas en palabras. Discurso rápido. 4= Muy hablador. Expresa espontáneamente frases ricas en palabras, detalladas, interrumpe al entrevistador en algunas ocasiones. 5= Domina la conversación completamente. Es imposible interrumpir al paciente. El paciente habla ininterrumpidamente sin poner atención a los estímulos del entrevistador.

Fuga de ideas: Este ítem se relaciona con el flujo de asociaciones y puede ser inferido del discurso del paciente durante la entrevista.

1= El discurso del paciente es coherente y la conexión entre las oraciones es adecuada. Pocas asociaciones. 2= Asociaciones laxas con tendencia a desviarse del tema. 3= Flujo de asociaciones rápido con presencia ocasional de asociaciones inusuales inducidas por el sonido o por otro estímulo. 4= Asociaciones rápidas y numerosas y hay abundantes asociaciones inducidas por estímulos auditivos o visuales durante la entrevista. 5= La conversación a menudo se desvía del tema y el paciente tiene gran dificultad para llevar una conversación lógica debido a nuevas asociaciones.

Tono de voz: Este ítem se refiere al tono de voz que el paciente utiliza durante la entrevista.

1= El paciente habla con un tono de voz bajo o modulado. 2= Habla claramente y en pocas ocasiones en tono alto. Nivel el tono de voz de acuerdo al ambiente. 3= Habla en tono alto todo el tiempo pero sin ser molesto. 4= El tono de voz del paciente se escucha a cierta distancia. El paciente no regula el tono de voz de

acuerdo con el ambiente. El ruido del paciente es molesto. 5= El paciente grita y ríe a carcajadas constantemente y es muy molesto.

Agresividad: Este ítem evalúa agresividad en términos de expresiones verbales o comportamentales del paciente. Se evalúa de acuerdo a la intensidad y la frecuencia.

1= No hay signos de agresividad. 2= El paciente se torna levemente irritable con provocación. 3= En algunas ocasiones frases agresivas relacionadas con eventos ocurridos fuera de la entrevista. La conversación se lleva a cabo tranquilamente durante largos periodos. 4= Agresividad verbal repetidamente y sin provocación. Discute, deja la silla pero puede calmarse. 5= Amenazante, actos destructivos, violencia física durante la entrevista.

Orientación: 1= Alerta, adecuada orientación. 2= Leve o infrecuente obnubilación. 3= Obvia desorientación durante la mayor parte de la entrevista.

Ánimo elevado: Este ítem se refiere al nivel de ánimo que el paciente expresa en la mímica, selección de temas de conversación y punto de vista personal sobre su ánimo.

1= Ánimo neutral. Cambios modulados entre ánimo elevado y bajo relacionados con el tema de conversación. 2= El paciente tiene una actitud optimista y autoestima que parece ser adecuada a su situación. 3= El paciente tiene una actitud optimista, alegre y autoestima sin relación con el tema de conversación. El ánimo está elevado y puede ser notado por la selección de los temas de conversación, la expresión facial y la gesticulación. 4= Ánimo marcadamente elevado o exagerada autoestima sin relación con el tema de conversación. Un intenso sentimiento de bienestar intermitente. 5= Expresa continuo sentimiento de extremo bienestar o marcada exaltación emocional. Máxima autoestima.

Evaluación global del estado maniaco: 1= No signos de comportamiento maniaco o hipomaniaco. 2= Posiblemente hipomaniaco, actitud optimista. 3= Hipomaniaco. 4= Comportamiento maniaco. 5= Marcado comportamiento maniaco.

Evaluación global del estado maniaco. Actividad motora desde evaluación previa: 1= Marcado deterioro. 2= Leve deterioro. 3= Sin cambios. 4= Leve mejoría. 5= Marcada mejoría.

APÉNDICE C
ESCALA DE EVALUACIÓN DE MANIA
(Bech, Rafaelsen, Kramp, Bolwig, 1978)

ACTIVIDAD MOTORA: 0 Normal. Expresión facial adecuada. 1 Aumento dudoso de poca importancia. Expresión facial vivaz. 3 Moderadamente incrementada, por ejemplo gestos vigorosos. 4 Claramente excesiva, movimientos casi continuos. De pie una o más veces.

ACTIVIDAD VERBAL: 0 Normal. 1 Cierta locuacidad. 2 Muy locuaz, sin interrupciones espontáneas. 3 Resulta difícil interrumpirle. 4 Imposible interrumpirle, domina completamente la conversación.

FUGA DE IDEAS: 0 Habla coherente, sin fuga de ideas. 1 Cierta aceleración, sin perder el tema de conversación. Habla aún coherente. 2 El paciente una y otra vez cambia de tema, pues hace asociaciones al azar. 3 Pensamiento habitualmente interrumpido por asociaciones perturbadoras. 4 Resulta difícil o imposible seguir el hilo del pensamiento.

VOZ/INTENSIDAD: 0 Volumen natural de la voz. 1 Habla algo más alto sin llegar a estar alborotado. 2 Voz que se escucha a distancia, está algo alborotado. 3 Vocifera, su voz se escucha a gran distancia. Alborota, canta. 4 Chilla, grita o hace ruido de otra manera, pues se ha quedado ronco.

HOSTILIDAD/AGRESIVIDAD: 0 Ausencia de signos de impaciencia u hostilidad. 1 Algo impaciente o irritable aunque mantiene el control. 2 Claramente impaciente o irritable, tolera mal las provocaciones. 3 Provocativo, realiza amenazas pero se le puede calmar. 4 Violencia física evidente, agresividad contra objetos o personas.

HUMOR (SENSACION DE BIENESTAR): 0 Humor neutro. 1 Dudosa o ligeramente elevado, optimista. 2 Humor moderadamente elevado, bromea ríe. 3 Humor marcadamente elevado, exuberante en ademanes y habla. 4 Humor extremadamente elevado, prácticamente sin relación con la situación.

AUTOESTIMA: 0 Autoestima normal. 1 Dudosa o levemente aumentada. Sobreestima ocasionalmente sus capacidades. 2 Moderadamente aumentada. Sobreestima mas constantemente sus capacidades habituales o insinúa poseer capacidades inusuales. 3 Ideas claramente poco realistas, pero se le puede corregir, al menos un tiempo. 4 Ideas de grandiosidad que no pueden ser corregidas.

CONTACTO (INTRUSIVIDAD): 0 Contacto normal. 1 Dudosa o ligeramente entrometido. Opina sin que se le pregunte. 2 Moderadamente entrometido y con ganas de discutir, algo impertinente. 3 Dominante, da órdenes, dirige pero se mantiene en contacto con el entorno. 4 Extremadamente dominante y manipulador, sin contacto con el entorno.

SUEÑO (PROMEDIO DE LAS TRES ULTIMAS NOCHES): 0 Duración habitual del sueño. 1 Duración del sueño reducida en un 25%. 2 Duración del sueño reducida en un 50%. 3 Duración del sueño reducida en un 75%. 4 No duerme en lo absoluto

INTERES POR EL SEXO: 0 Interés y actividad sexual habituales. 1 Dudoso o ligero aumento. Por ejemplo flirtea discretamente. 2 Incremento moderado. Por ejemplo flirtea abiertamente. 3 Incremento marcado. Flirtea excesivamente, viste en forma provocativa. 4 Ocupado en la sexualidad de forma completa e inapropiada.

TRABAJO E INTERESES: 0 El paciente no tendría dificultades en volver a su trabajo habitual. 1 Es dudoso que pueda volver a su trabajo y desempeñarlo satisfactoriamente debido a distraibilidad y variaciones en la motivación. 2 El paciente aún está hospitalizado o de baja laboral. Solo podría volver a su trabajo si se tomaran precauciones especiales (supervisión estrecha). 3 El paciente aun está hospitalizado o de baja laboral y es incapaz de volver a su trabajo. En el hospital participa en actividades algunas horas el día. 4 El paciente todavía está hospitalizado tiempo completo y generalmente es incapaz de participar en actividades de la unidad y a menudo tiene que ser ayudado con sus necesidades personales.

APÉNDICE D

UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE MANIA

(Young, Biggs, Ziegler, Meyer, 1978)

Guía para puntuación de los ítems: El propósito de cada ítem es evaluar la severidad de esa anormalidad en el paciente. Cuando se dan varias claves para un grado particular de severidad, se requiere solo la presencia de una para calificar en esa evaluación. Las claves provistas son guías. Se puede ignorar las claves si es necesario para indicar la severidad, aunque esto debe ser la excepción antes que la regla. Es posible puntuar entre los puntos dados (puntos medios o completos) y puede fomentarse después de adquirir experiencia con la escala. Es particularmente útil cuando en un paciente la severidad de un ítem en particular sigue la progresión indicada por las claves.

1 ÁNIMO ELEVADO: 0 Ausente. 1 Levemente o posiblemente incrementado al interrogar. 2 Definitiva elevación subjetiva; optimista, alegre, confiado; apropiado al contenido. 3 Elevado, inapropiado con el contenido; humorístico. 4 Eufórico; risas inapropiadas; canta.

2 ACTIVIDAD MOTORA-ENERGÍA INCREMENTADA: 0 Ausente. 1 Subjetivamente incrementada. 2 Animado; gesticulación incrementada. 3 Excesiva energía; hiperactivo todo el tiempo; intranquilo (puede ser calmado). 4 Excitación motora; continua hiperactividad (no puede ser calmado).

3 INTERÉS SEXUAL: 0 Normal; no incrementado. 1 Leve o posiblemente incrementado. 2 Incremento subjetivo definitivo cuando se le pregunta. 3 Contenido sexual espontáneo; recargado en temas sexuales; hipersexual por autoreporte. 4 Actos sexuales manifiestos (hacia pacientes, personal o entrevistador).

4 SUEÑO: 0 Reporta no disminución en sueño. 1 Duerme menos que lo normal, hasta una hora. 2 Duerme menos que lo normal por más de una hora. 3 Reporta disminución de la necesidad del sueño. 4 Niega necesidad de dormir.

5 IRRITABILIDAD: 0 Ausente. 2 Incrementada subjetivamente. 4 Algunas veces irritable durante la entrevista; recientes episodios de ira o fastidio en el barrio. 6 Frecuentemente irritable durante la entrevista; brusco, áspero todo el tiempo. 8 Hostil, imposible entrevistar.

6 DISCURSO (VELOCIDAD Y CANTIDAD): 0 No incremento. 2 Se siente hablador. 4 Incremento en la velocidad y cantidad algunas veces, verborrea algunas veces. 6 Aceleración; la velocidad y cantidad está consistentemente incrementada; difícil interrumpir. 8 Apresurado, ininterrumpible, discurso continuo.

7 LENGUAJE-TRASTORNO DEL PENSAMIENTO: 0 Ausente. 1 Circunstancial; leve distractibilidad; pensamientos rápidos. 2 Distráctil; pérdida de metas de pensamiento; Frecuentemente cambia de tema; pensamientos a la carrera. 3 Fuga de ideas; tangencialidad; dificultad para seguirlo; rima, ecolalia. 4 Incoherente; imposible comunicación.

8 CONTENIDO: 0 Normal. 2 Planes cuestionables, nuevos intereses. 4 Proyectos especiales, hiperreligioso. 6 Ideas de grandeza y paranoides; ideas de referencia. 8 Destructivo; imposible entrevistar.

9. APARIENCIA: 0 Apropiado vestido y aseo. 1 Mínimamente despeinado. 2 Pobrementemente aseado; moderadamente desgreñado; vestido exagerado. 3 Desgreñado; vestido alegremente; cursi. 4 Completamente despeinado; decorado; vestido extraño.

10 INTROSPECCIÓN: 0 Presente; admite enfermedad; está de acuerdo con la necesidad de tratamiento. 1 Posiblemente enfermo. 2 Admite cambio de comportamiento, pero niega enfermedad. 3 Admite posible cambio de comportamiento, pero niega enfermedad. 4. Niega cualquier cambio de comportamiento.

APÉNDICE E
INVENTARIO PARA TRASTORNOS AFECTIVOS Y ESQUIZOFRENIA
(Endicott, Spitzer, 1978).

Escala 1 ÁNIMO E IDEACIÓN DEPRESIVA	Escala 3 DEPRESION	Escala 5 ANSIEDAD	Escala 7 DELIRIOS Y ALUCINACIONES
Ánimo depresivo Preocupación Sentimientos de autoreproche Evaluación negativa de sí mismo Desaliento	Tendencias suicidas Insomnio Insomnio inicial Insomnio medio Insomnio terminal Hipersomnia Pérdida de energía Pérdida de apetito Pérdida de peso Indecisión Dificultad para concentrarse Pérdida de interés o placer Agitación psicomotora Retardo psicomotor Apariencia depresiva	Ataques de pánico Número de ataques Ansiedad somática Ansiedad psíquica Fobias	Delirios de referencia Delirios de ser controlado Delirios de lectura de pensamiento Difusión de pensamiento Delirios persecutorios Delirios de culpa o pecado Delirios de grandeza Delirios somáticos Delirios de opresión Delirios extraños Delirios múltiples Voces que comentan Dos o más voces conversando Alucinaciones verbales agresivas Alucinaciones visuales Alucinaciones olfatorias Alucinaciones somáticas Alucinaciones de grandeza o persecutorias Severidad de alucinaciones
Escala 2 CARACTERÍSTICAS ENDÓGENAS	Escala 4 IDEACION Y COMPORTAMIE NTO SUICIDA	Escala 6 SINDROME MANIACO	Escala 8 TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
Calidad de ánimo diferente Pérdida de interés específico Sentimientos de autoreproche Insomnio Insomnio medio Insomnio terminal Pérdida de apetito Pérdida de peso Pérdida de interés o de placer Agitación psicomotora Retardo psicomotor Reactividad Empeoramiento en la mañana	Tendencias suicidas Número de intentos Seriedad del intento Amenaza médica a la vida	Animo elevado Pérdida de la necesidad del sueño Inusualmente enérgico Actividad incrementada Grandiosidad, Irritabilidad Hiperactividad Discurso acelerado Velocidad de pensamiento Intrusividad Exhibición pública Indiscreción financiera Asume responsabilidad Antisocial Excesos sexuales Embriaguez Comportamiento extraño Pobre juicio	Fuga de ideas Incoherencia Pérdida de asociaciones Pensamiento ilógico Pobreza ideativa Neologismos

APÉNDICE F

DESCRIPTORES DE LOS TEST COMPONENTES DE LA ESCALA DE PREDICCIÓN DEL ESTADO Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN MANIA (Secunda, Katz, Swann, Koslow, Macs, Chuang, Croughan, 1985)

I SADS: Síndrome maníaco	II VIBES	III ADRS: Factor 1 Manía	IV ADRS: Factor 2 Elación grandiosidad
Ánimo elevado	Pensamientos de grandeza	Sin cansancio	No realista
Disminución de la necesidad del sueño	Prevenido	Busca a otros	Grandiosidad
Energía inusual	Irritable	Distráctil	Elación
Incremento en actividad	Trastorno en la introspección	Salta de un tema a otro	
Grandiosidad	Trastorno en el juicio	Argumentativo	
	Negativismo	Irritable	
		Juicio	
		Impulsivo	

APÉNDICE G

ESCALAS DE EVALUACION DE ENFERMERÍA DE MANCHESTER

(Brierley, Szabadi, Rix, Bradshaw,1988)

A. ESCALA DE DEPRESIÓN	B. ESCALA DE MANIA
Características Positivas	Está muy hablador
Muestra interés en actividades de su alrededor	Cuando habla salta de un tema a otro
Trata de ser amigable con otros	Está hiperactivo
Ríe o sonríe con eventos o comentarios divertidos	Tiene ideas de grandeza
Inicia conversación con otros	Está eufórico
Habla sobre sus intereses	Está demandante e interfiriendo
	Está irritable
Características Negativas	Está fácilmente distráctil
Rehúsa a hablar	Está desinhibido o antisocial
Tiene que recordársele lo que debe ser	
Tiene dificultad para completar aún tareas simples para sí mismo	
Está impaciente	
Permanece sentado a menos que se le ordene una actividad	
Se mueve lenta y perezosamente	
Llora	
Dice sentirse deprimido o abatido	
Dice que él no es bueno	
Rehúsa a comer sus alimentos	

APÉNDICE H

ESCALA DE EVALUACION PARA MANÍA ADMINISTRADA POR CLÍNICO (CARS M)

(Altman, Hedeker, Janicak, Peterson, Davis, 1994)

1. Ánimo eufórico/elevado: 0 Ausente. 1 Dudoso, ej. buen humor, más alegre que otros o significación clínica cuestionable. 2 Afecto elevado o expansivo leve pero definitivo, demasiado optimista y algo fuera de proporción con las circunstancias. 3 Moderado, afecto y expectativas claramente fuera de proporción. 4 Severo, claro afecto eufórico. 5 Extremo, claramente eufórico, extremos sentimientos de bienestar, canta y ríe inapropiadamente.

2 Irritabilidad: 0 Ausente. 1 Leve, ocasional fastidio. Significación clínica cuestionable. 2 Moderada, algo argumentativo, expresa fácilmente fastidio con pacientes o equipo. Ocasionalmente irritable durante la entrevista. 3 Marcada, a menudo maldice, se encoleriza, amenaza, se irrita excesivamente con ciertos temas, puede requerir aislamiento, frecuentemente irritable durante la entrevista. 4 Severa, ocasionalmente violento, puede lanzar objetos, demanda propiedades, limita espacio, excesiva e inapropiada irritabilidad. Puede requerirse contención física. La entrevista tiene que interrumpirse. 5. Extrema, Episodios de violencia contra objetos o personas. Requiere inmovilización.

3 Hiperactividad motora: 0 Ausente. 1 Incremento de significación clínica cuestionable. 2 Leve, camina ocasionalmente, no puede permanecer quieto en la silla. 3 Moderada. Caminadera frecuente. No puede permanecer sentado. 4 Marcada. Casi constante movimiento, sale del cuarto. 5 Extrema, continuos signos de hiperactividad, tanto que se debe usar contención para evitar agotamiento.

4 Discurso acelerado: 0 Ausente. 1 Incremento de significación clínica cuestionable. 2 Leve, más hablador que lo normal, pero puede seguir la conversación. 3 Moderado, muy hablador, difícil seguir la conversación, difícil interrumpirlo. 4 Marcado, La conversación del paciente es tan rápida que no se puede seguir. Muy difícil interrumpirlo. 5 Extrema, no se puede interrumpir.

5 Fuga de ideas/urgencia: 0 Ausente. 1 Ocasional, significación clínica cuestionable. 2 Leve, cambios abruptos de temas ocasionales, poco deterioro en comprensión, el paciente reporta ocasional urgencia de pensamiento. 3 Moderada, frecuentes cambios de tema, algún deterioro en comprensión, frecuente urgencia de pensamiento, molesta o angustiosa para el paciente. 4 Severa, muy frecuentes cambios de tema. Definitivo deterioro de la comprensión. 5 Extrema, la mayor parte del discurso hay rápidos cambios de temas, por lo cual resulta difícil seguirlo.

6 Distractibilidad: 0 Ausente. 1 Significación clínica cuestionable. 2 Leve, presente pero no interfiere con las tareas o conversación. 3 Moderada, alguna interferencia con tareas o conversación. 4 Severa, frecuente interferencia con tareas o conversación. 5 Extrema, incapaz de enfocar atención en tareas o conversación.

7 Autoestima: 0 Ausente. 1 Confianza o autoestima incrementada de significación clínica cuestionable. 2 Leve, autoestima definitivamente aumentada, exagera habilidades, fuera de proporción con las circunstancias. 3 Moderada, autoestima claramente aumentada, casi delirante. 4 Severa, delirios de grandeza claros. 5 Extrema, preocupado por actos basados en delirios de grandeza.

8 Disminución de la necesidad de sueño: 0 Ausente. 1 Hasta una hora menos de lo usual. 2 Hasta dos horas menos que lo usual. 3 Hasta tres horas menos que lo usual. 4 Hasta cuatro horas menos que lo usual. 5 Cuatro o más horas menos que lo usual.

9 Excesiva 0 Ausente. 1 Leve, de significación clínica cuestionable. 2 Definitivo incremento en la actividad, o menos fatiga que lo usual, no interfiere con el funcionamiento. 3 Claramente más activo que lo usual con poca y alguna interferencia con el funcionamiento. 4 Mucho más activo que lo usual, con ninguna fatiga y clara interferencia con el funcionamiento. 5 Extrema actividad todo el día sin ninguna fatiga o sin necesidad de dormir.

10. Pobre Juicio: 0 Ausente. 1 Presente pero de significación clínica cuestionable. 2 Leve pero con muestras definitivas como alguna intrusividad, canta inapropiadamente. 3 Moderado, asume responsabilidades sin entrenamiento apropiado, indiscreciones financieras, compras, fiestas sin límites, frecuente intrusividad. 4 Severo, promiscuidad, hipersexualidad, comportamiento extremadamente intrusivo, se pone en severas dificultades económicas. 5 Extremo, comportamiento intrusivo continuo, requiere límites firmes, llama por teléfono a toda hora, excesivo involucramiento en actividades sin medir consecuencias.

11. Trastorno del pensamiento: Ausente. 1 Ocasional, de significación clínica cuestionable. 2 Frecuente con muy poco o sin deterioro en la comprensión. 3 Muy frecuente con algún deterioro en la comprensión. 4 Severo con marcado deterioro en la comprensión. 5 Extremo, la mayor parte del discurso está distorsionada, es imposible entender lo que dice el paciente.

12 Delirios: 0 Ausente. 1 Sospechoso o probable. 2 Definitivamente presentes, pero el paciente no está completamente convencido, ideas de referencia y persecución sin total convicción. 3 Presentes, con total convicción pero con poca o ninguna influencia en su comportamiento. 4 Los delirios tienen significativo efecto sobre los pensamientos, sentimientos o comportamiento del paciente. 5 Las acciones del paciente están basadas en los delirios y tienen gran impacto sobre él y otros ej. deja de comer porque cree que la comida está envenenada, golpea a otros porque cree que le van a hacer daño).

13 Alucinaciones: 0 Ausente. 1 Sospechoso o probable. 2 Presente, pero el sujeto es consciente de que puede ser su imaginación y puede ignorarlo. 3 Definitivamente presente, con total convicción pero con poca o ninguna influencia sobre su comportamiento. 4 Las alucinaciones tienen significativo efecto sobre las acciones, sentimientos y pensamientos del paciente (ej. asegura puertas para evitar intenciones imaginarias). 5 Las acciones basadas en alucinaciones tienen más impacto sobre los pacientes y otros. (Ej., el paciente conversa tanto con las voces de manera que tienen mucha interferencia con el funcionamiento normal).

14 Orientación: 0 Ausente. 1 Leve compromiso, de significación clínica cuestionable (Ej. olvida datos por un día). 2 Leve pero definitivo compromiso (Ej. inseguro en orientación en lugar y tiempo, o algún compromiso en pocos aspectos de memoria reciente o remota). 3 Moderado (Ej., confusión sobre dónde está o no puede recordar varios eventos importantes de su vida). 4 Severo (desorientado o gran compromiso en la memoria). 5 Extremo (Ej. completamente desorientado en tiempo, lugar y persona y /o es incapaz de recordar numerosos eventos importantes de su vida).

15. Introspección: 0 Introspección presente (Ej. el paciente admite enfermedad, cambio de comportamiento y necesidad de tratamiento). 1 Introspección parcial presente (Ej. el paciente admite la posibilidad de enfermedad o necesidad de tratamiento pero no está seguro). 2 El paciente admite cambio de comportamiento, enfermedad o necesidad de tratamiento pero lo atribuye a factores externos posibles, no delirantes (Ej., conflictos maritales, dificultades laborales, estrés). 3 El paciente admite cambio de comportamiento, enfermedad o necesidad de tratamiento pero da explicaciones delirantes (Ej. está siendo controlado por fuerzas externas, está muriendo de cáncer etc.). 4 Pérdida completa de introspección, el paciente niega cambio de comportamiento, enfermedad o necesidad de tratamiento.

APÉNDICE I

**ESCALA PARA EVALUACIÓN DE ESTADOS DE ÁNIMO EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**

(Mazmanian, Sharma, Persad, Kueneman, Burnham, Franklin, Hemmings, Leiska, 1994)

5	Delirium maníaco	Alteración de conciencia	Alucinaciones Incoherencia Lenguaje desorganizado	Desorientación	
4	Maníaco, fuera de control	Llanto Intransigente Grita	Fuga de ideas Delirios de grandeza Alucinaciones	Sudor Amenaza Agrede físicamente	No necesita dormir
3	Hiperactividad Desinhibición	Muy expansivo	Pobre concentración Discurso apresurado Ideas de grandeza	Marcha acelerada Desinhibición Imprudente	Disminución de la necesidad de dormir
2	Agitado Vocífera	Animo elevado Aumento de la autoestima Expansivo	Aprehensivo Optimismo exagerado Autoconfianza excesivo	Activo Alborotado	Menor necesidad de dormir
1	Irritable Hipervigilante	Impulsivo Leve elevación del ánimo Actitud vigilante	Distráctil Confiado Optimista	Lenguaje corporal en guardia	
0	Eutímico	Ánimo modulado No pensamientos suicidas	Lenguaje normal Pensamiento normal Ausencia de culpa	Ausencia de ansiedad	No quejas somáticas No alteración en sueño
-1	Aislamiento Quietud	Ligeramente deprimido Anhedonia Sentimientos de minusvalía	Leve enlentecimiento motor Autoreproche Hábitos alimentarios aumentados	Tendencia al aislamiento Leve tensión Irritable	Quejas somáticas menores Fatiga Sueño no reparador
-2	Depresión leve	Mirada triste Ideación suicida	Retardo motor evidente Sentimientos de culpa Pesimismo	Evita a otros Respuestas mínimas Preocupado Juega con las manos y el cabello	Quejas somáticas frecuentes
-3	Depresión moderada	Aprehensivo Vacío Plan suicida	Pobre concentración Culpa excesiva	Autoaislamiento Letárgico Deterioro funcional	Preocupación somática Dificultad mayor para dormir
-4	Depresión severa	Extremadamente vacío Serio intento suicida	Culpa delirante Incapaz de concentrarse	No actividades Agitación severa	Delirios somáticos Incapaz de dormir aún con medicaciones
-5	Estupor depresivo	Parálisis emocional	Alucinaciones acusatorias	Estupor Mutismo	

APÉNDICE J**VALORACIÓN INDEPENDIENTE DE SÍNTOMAS MANÍACOS Y DEPRESIVOS
POR AUTOEVALUACIÓN.****(Bauer, Crits-Christoph, Ball, Dewees, McAllister, Alahi, Cacciola, Whybrow, 1991)****HOY...**

- | | |
|--|--|
| - Me siento una persona capaz | - Actualmente me siento magnifico internamente |
| - Parece como si nada pudiera acabar conmigo | - Me siento deprimido |
| - Me siento con energía | - Me siento acelerado internamente |
| - Mis pensamientos van rápido | - Me siento hiperactivo |
| - Me siento descansado | - Me siento impulsivo |
| - Mi ánimo esta variable | - Siento que la gente no puede alcanzarme |
| - Siento que el mundo está en mi contra | - Me siento irritable |
| - Me siento peleador | - Estoy fácilmente distráctil |
| - No puedo concentrarme | |

APÉNDICE K
INVENTARIO DE POLARIDAD CHINO
(Zheng, Lin, 1994)

Instrucción: el inventario contiene 20 ítems. Cada uno tiene dos frases localizadas al lado derecho e izquierdo. Los números entre las dos frases representan, respectivamente para cada lado, lo siguiente:

0= nunca 1= ocasionalmente 2 = algunas veces 3 = a menudo 4 = siempre

Por favor compare la frase de la derecha con la correspondiente de la izquierda y encierre en un círculo los números apropiados para ambas frases de acuerdo a sus experiencias en la última semana, incluyendo el día hoy.

D1	Estoy cansado y no puedo dormir bien	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Tengo mucha energía y no necesito dormir mucho	M1
D2	Soy una persona débil en la vida	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Soy una persona fuerte en la vida	M2
D3	Deseo matarme	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Deseo herir a alguien cuando estoy furioso	M3
D4	Mi memoria está mucho peor que lo usual	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Mi memoria está mucho mejor que lo usual	M4
D5	Estoy muy preocupado por pequeñas cosas	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	No me preocupa nada	M5
D6	Soy mentalmente inferior a otros	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Soy mentalmente superior a otros	M6
D7	Siento que en mi falla algo	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Siento que nunca fallo	M7
D8	Siento fastidio por pequeñas cosas	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Me enoja si mis deseos no son completamente satisfechos	M8
D9	Estoy más flaco y feo	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Me veo más joven y atractivo que lo usual	M9
D10	He perdido toda mi energía para hacer las cosas	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Estoy inusualmente enérgico	M10
D11	Me siento aislado	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Tengo muchos amigos y los veo frecuentemente	M11
D12	Siento que mi vida diaria es un infierno	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Siento que mi vida diaria es un paraíso	M12
D13	Estoy siendo castigado por mis fallas	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Soy una persona reconocida y poderosa	M13
D14	Hablo más lentamente y menos frecuente que lo usual	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Hablo más fuerte o frecuente que lo usual	M14
D15	No tengo interés en las cosas a mi alrededor	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Tengo interés en todo a mi alrededor	M15
D16	Estoy preocupado por mí	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Tengo habilidades extraordinarias	M16
D17	Estoy deprimido	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Estoy muy feliz y alegre	M17
D18	Tengo miedo sin ninguna razón	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	No temo a nada	M19
D19	No tengo deseo sexual	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Estoy más interesado en el sexo	M20
D20	Mis pensamientos están más lentos y menos claros que lo usual	4 3 2 1 0	0 1 2 3 4	Mis pensamientos son más rápidos y más claros que lo usual	M20

APÉNDICE L
INVENTARIO DE AUTOREPORTE PARA MANIA
(Shugar, Schertzer, Torner, Di Gasbarro, 1992)

1. Tuve más energía
2. Tuve dificultad para quedarme quieto en la silla
3. Conduje más rápido
4. Bebí más bebidas alcohólicas
5. Me cambié de ropa varias veces al día
6. Usé ropa y maquillaje más extravagante
7. Puse la música más alta
8. Comí más rápido que lo usual
9. Comí más que lo usual
10. Comí menos que lo usual
11. Dormí más pocas horas que lo usual
12. Inicié cosas que no terminé
13. Regalé mis posesiones
14. Compré regalos para la gente
15. Gasté dinero más libremente
16. Acumulé deudas
17. Tomé decisiones imprudentes en los negocios
18. Fui a más fiestas
19. Disfruté coqueteando
20. Me masturbé más a menudo
21. Estuve más interesado en el sexo que lo usual
22. Tuve sexo con personas con quienes usualmente no podría tener sexo
23. Gasté más tiempo hablando por teléfono
24. Hablé más alto que lo usual
25. Hablé tan rápido que la gente decía que no podía entenderme
26. Me divertí haciendo retruécanos y rimas
27. Me entrometí en conversaciones
28. Hablé sobre una y otra cosa y no pude ser interrumpido
29. Disfruté siendo el centro de atención
30. Me gustó bromear y reír
31. La gente me encontró divertido
32. Sentí como si estuviera en la cima del mundo
33. Estuve más alegre que mi forma usual de ser
34. Otras personas me enervan
35. Entré en conflicto
36. Tuve tantas ideas que no pude alcanzar a hacerlas todas
37. Mis pensamientos corren por mi mente
38. No pude concentrarme en un solo tema por más de un minuto
39. Pensé que era una persona especialmente importante
40. Pensé que podía cambiar el mundo
41. Pensé que estaba en lo correcto la mayor parte del tiempo
42. Pensé que era superior a otros
43. Deseé tomar trabajos para los cuales no estaba entrenado
44. Pensé que sabía lo que otras personas estaban pensando
45. Pensé que otras personas sabían lo que yo estaba pensando
46. Pensé que alguien deseaba matarme
47. Escuché voces cuando no había gente ahí
48. Tuve falsas creencias relacionadas con quién era yo