

Validez y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de la Manía

Rogelio Apiquian*
Francisco Páez*
Rosa Oralia Tapia******
Ana Fresán****
Gabriela Vallejo****
Humberto Nicolini*

Summary

The aim of this study was to translate into Spanish the Mania Rating Scale. Diagnostic and concurrent validity and reliability were determined.

Methods

Patients were recruited from the Psychiatric Hospital "Fray Bernardino Alvarez" in Mexico City Using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) to assess diagnosis, two groups were assigned: 26 patients with active mania and 28 schizophrenics used as controls. The Mania Rating Scale was applied to all subjects in two different occasions. The internal consistency was determined and the best diagnostic cut-off point was established to reach and adequate diagnosis using the CIDI as gold standard.

Results

The instrument's Cronbach's alpha was 0.84 and the test-retest reliability, 0.98. The best cut-off point was reached at 28 points with 96% sensibility values and 100% specificity. The total sum of the scale was significantly higher in manic patients than in schizophrenic subjects.

Conclusion

The Spanish version of the Mania Rating Scale is reliable and valid for the clinical assessment of mania.

Key word: Mania, evaluation instruments, clinimetry.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue traducir al castellano y determinar la validez diagnóstica y concurrente, así como la confiabilidad, de la Escala para la Evaluación de la Manía, de Young y cols (15).

* División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

** Residente de 3er año. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México.

*** Residente de 3er año. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Secretaría de Salud.

**** Pasantes en servicio social. Facultad de Psicología. Universidad del Valle de México. Plantel Tlalpan.

Metodología

Los pacientes procedían del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la ciudad de México. Mediante una entrevista estructurada (la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, CIDI) se formaron dos grupos para el estudio: uno de 26 pacientes con diagnóstico de manía en el estado actual y otro, que funcionó como control y se integró con 28 sujetos esquizofrénicos. A todos los sujetos se les aplicó la Escala para la Evaluación de la Manía, en dos ocasiones diferentes, por evaluadores independientes. Se determinó la consistencia interna del instrumento, así como el mejor punto de corte para el diagnóstico, tomando como estándar de oro el diagnóstico del CIDI.

Resultados

El alfa de Cronbach del instrumento fue de 0.84. La confiabilidad *test-retest* fue de 0.93. El mejor punto de corte del instrumento para fines diagnósticos se ubicó en los 28 puntos, con una sensibilidad de 96% y especificidad del 100%. Los puntajes obtenidos por los pacientes maniacos fueron significativamente mayores de los de los sujetos con esquizofrenia.

Conclusión

La versión en castellano de la escala de evaluación de la manía tuvo un comportamiento psicométrico adecuado, y puede ser utilizada con seguridad en las investigaciones clínicas.

Palabras clave: Manía, instrumentos de evaluación, clinimetría.

Introducción

El trastorno bipolar es una alteración del estado de ánimo dentro de la cual el episodio maniaco es una de sus principales manifestaciones. El episodio maniaco se caracteriza por euforia y alteraciones conductuales, acompañados de deterioro del funcionamiento psicosocial (10).

El riesgo de desarrollar un episodio maniaco durante el transcurso de la vida es de 0.4 a 1.2%. La enfermedad es igualmente común entre los hombres que entre las mujeres. El padecimiento se presenta al final

de la adolescencia o alrededor de los 20 años de edad. Se ha demostrado claramente que el trastorno bipolar se presenta con más frecuencia en los familiares de primer grado de los sujetos con trastorno bipolar que en la población general (15).

Hay varias escalas para cuantificar la severidad de la depresión, las cuales se utilizan extensamente en la práctica clínica diaria (8); sin embargo, para evaluar el episodio maníaco se cuenta con menos instrumentos. Algunos estudios sobre el tratamiento de los trastornos bipolares emplean ciertos reactivos de la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), que evalúa en forma global varios síntomas maníacos en forma cuantitativa (12).

El primer intento de construir una escala para medir la severidad de un episodio maníaco fue hecho por Biegel (5), cuyo instrumento fue diseñado para ser aplicado por enfermeras. La escala contiene 7 apartados que no incluyen la evaluación del contacto social, del sueño ni de la actividad laboral.

En 1973, Petterson y cols (13) diseñaron una escala para evaluar la severidad de la manía. Esta se aplica mediante una entrevista clínica y consta de 7 puntos con definiciones específicas para cada grado de severidad evaluado en los diferentes reactivos. Este instrumento, aunque cuenta con un mayor grado de confiabilidad, sigue siendo incompleto por no cubrir todo el espectro del estado maníaco.

Tomando en cuenta las deficiencias antes mencionadas, Young y cols (16) diseñaron un instrumento que se administra en una entrevista clínica, que resultó ser más específica y de una alta sensibilidad.

La Escala para la Evaluación de la Manía, de Young y cols (EEM) se le aplicó a un grupo de pacientes con diagnóstico de manía, para evaluar su validez, confiabilidad y sensibilidad. Se correlacionó con la Escala de Petterson, con una evaluación global de severidad y con la Escala de Biegel aplicada por enfermeras. La confiabilidad interevaluadores fue muy buena (0.93), con un rango de confiabilidad del 0.66 en el apartado de conducta agresiva a un 0.95 en el apartado de sueño; todas las correlaciones fueron significativas ($p = 0.001$). Se determinó la validez concurrente entre instrumentos, encontrando que la EEM presentaba una alta correlación con la evaluación global (0.88) y con la Escala de Petterson (0.89), y una baja, pero aceptable correlación con la Escala de Biegel (0.71). Al valorar la sensibilidad se encontró que la EEM diferenciaba los puntajes pre-tratamiento y post-tratamiento ($p = 0.005$), por lo que la EEM resultó ser una escala más explícita y definida en comparación con sus antecesoras (16).

Posteriormente, Bech y Rafaelsen diseñaron una escala de manía muy similar a la EEM que se compone de 11 apartados para medir en forma cuantitativa la severidad de los síntomas, y que tiene, en general, una adecuada confiabilidad inter-observadores (4).

En 1994, Altman y colaboradores desarrollaron la confiabilidad y validación de una escala para medir la severidad de la manía (CARS-M). Con esta escala se evaluó a 96 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar en fase maníaca, con una aplicación *test-retest*, y se les correlacionó con la EEM, encontrando

una alta confiabilidad y una buena correlación con ésta (0.94) (1).

Recientemente se desarrollaron otras escalas para evaluar simultáneamente la severidad de los síntomas maníacos y depresivos. Por ejemplo, la Escala de Mazmanian, que se utiliza para clasificar a los pacientes que tienen depresión estúpida y diferenciarlos de los que tienen cuadros de manía; su confiabilidad es bastante buena ($r = 0.84$) (9). La Escala de Bauers y colaboradores se compone de 4 subescalas: actividad, existencia placentera, percepción de conflictos e indicadores de depresión. Todas las subescalas presentan una adecuada confiabilidad, por lo que discriminan los síntomas maníacos de los depresivos (3).

El objetivo de este estudio fue traducir al castellano la EEM, determinar su validez diagnóstica y sus confiabilidad.

Método

Sujetos

El estudio se integró con pacientes del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", que fueron referidos con el diagnóstico clínico inicial de trastorno bipolar en fase maníaca o de esquizofrenia. Los pacientes que se incluyeron en el estudio cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1) Hombres y mujeres. 2) Entre 18 y 55 años. 3) El diagnóstico estuvo de acuerdo con el DSM-III-R (2) para el episodio de manía o esquizofrenia. 4) Los pacientes no tenían ninguna enfermedad física corroborada por la historia clínica, los exámenes de laboratorio de rutina y el electroencefalograma. 5) Cooperar en el estudio y ser aceptado para participar en éste mediante su consentimiento por escrito.

De la muestra seleccionada se formaron dos grupos independientes y mutuamente excluyentes. El grupo considerado como experimental o de trabajo se denominó Grupo I y se integró con 26 pacientes con el diagnóstico de episodio maníaco, y el Grupo II, considerado como control, se formó con 28 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

Instrumentos y procedimiento

En ambos grupos de estudio el diagnóstico se corroboró con la CIDI (14), que es una entrevista estructurada para el diagnóstico y evaluación de los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (11) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R) (2).

Para evaluar el funcionamiento general de los pacientes se utilizó el GAF (Escala de Evaluación del Funcionamiento Global) (2), la cual se aplicó al principio del estudio.

El CIDI se utilizó como la regla de oro para evaluar la validez diagnóstica. A los pacientes de ambos grupos se les aplicó la EEM en dos ocasiones diferentes, con intervalo de 48 horas de diferencia, con la finali-

dad de evaluar la confiabilidad *test-retest*. Los evaluadores fueron psiquiatras clínicos que previamente habían recibido un entrenamiento para aplicar ambos instrumentos.

La EEM (anexo 1) tiene 11 apartados; cada uno se califica de 0 a 4, de acuerdo con la severidad de los síntomas. La escala está diseñada para aplicarse entre 15 y 30 minutos, y la calificación de cada uno de los apartados se asigna con base en el informe subjetivo del paciente. Cuatro de los apartados (reactivos 5,6,8 y 9) reciben doble puntuación a fin de compensar la falta de cooperación de los pacientes, y al resto de los reactivos se les asigna su valor multiplicando el puntaje por la unidad. Ambos resultados se suman y esto da la calificación total (16).

Análisis estadístico

La confiabilidad *test-retest* se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase. La consistencia interna del instrumento se obtuvo por medio del alfa de Cronbach. La sensibilidad y la especificidad se determinó mediante la prueba de tamizaje. Los contrastes entre las medias se hicieron por medio de la *t* de Student para las variables continuas y Chi cuadrada para las variables categóricas.

Resultados

a) Clínicodemográficos

El grupo I se integró con 26 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar en fase de manía, de 36.14 ± 11.32 años de edad en promedio, con predominio del sexo femenino ($n = 24, 92.3\%$). El grupo II se formó con 28 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, de 32.18 ± 8.20 años en promedio. Los pacientes con esquizofrenia tendieron a ser solteros, y los pacientes con trastorno bipolar alcanzaron un mayor grado de escolaridad. Al comparar ambos grupos diagnósticos se encontraron diferencias en las variables sociodemográficas estudiadas; únicamente se encontró que en el grupo I predominó el sexo femenino ($\chi^2 = 14.06, g.l. 1, p = 0.0001$). Los datos demográficos se muestran en el cuadro 1.

Los pacientes con trastorno bipolar tuvieron una puntuación promedio en la EEM significativamente más alta que la de los esquizofrénicos (41.4 ± 8.2 vs $15.7 \pm 7.8, t = 1.24, g.l. 48, p = 0.0001$). No se encontraron diferencias entre los dos grupos al evaluar otras variables clínicas (cuadro 2).

b) Confiabilidad

La consistencia interna del instrumento, medida con el alfa de Cronbach fue de 0.84.

La confiabilidad *test-retest* se calculó en forma separada en el grupo de casos, en donde el puntaje total basal promedio fue de 41.15 ± 7.87 , y en el *retest* de 41.46 ± 8.04 , obteniéndose un coeficiente de correlación intraclase de $r = 0.98$. En el grupo II (esquizofrenia) el puntaje basal promedio fue 15.14 ± 7.80 y en el *retest*

CUADRO 1
Datos sociodemográficos

	Grupo I		Grupo II	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	2	7.7	16	57.1
Femenino	24	92.3	12	42.9
Estado civil				
Soltero	10	38.46	27	96.42
Madre soltera	6	23.07	0	0
Casada	5	19.23	1	3.57
Divorciada	4	15.38	0	0
Unión libre	1	3.84	0	0
Escolaridad				
Primaria	7	26.9	2	7.14
Secundaria	11	42.3	17	65.38
Preparatoria	1	3.84	7	25
Licenciatura	7	26.9	2	7.14
Ocupación				
Empleados	2	8	4	14
Ama de casa	8	31	27	96.42
Sin ocupación	16	62	22	79

14.67 ± 7.44 , obteniéndose un coeficiente de correlación intraclase de 0.90.

c) Validez concurrente

Como se esperaba se encontró una correlación negativa entre el GAF y el total de la EEM ($r = -0.42, p = 0.002$). Hay que recordar que mientras menor sea el puntaje del GAF mayor será la severidad del trastorno.

d) Validez diagnóstica

Se obtuvieron los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo con distintos puntajes totales para establecer el punto de corte más adecuado de la escala, tomando en cuenta al CID-I como el estándar de oro. El punto de corte más adecuado fue de 28 punto (cuadro 3). En este punto de corte, la sensibilidad fue de 96%, la especificidad de 100%, el valor predictivo positivo de 100% y el valor predictivo negativo de 96%.

CUADRO 2
Diferencias entre grupos

Variable	Grupo I	Grupo II
Total EEM	41.4 ± 8.2	15.7 ± 7.8
Tiempo de evolución	13.5 ± 8.9	12.0 ± 7.8
Edad de inicio	22.7 ± 7.0	19.8 ± 5.7
Número de episodios	4.9 ± 2.9	4.5 ± 2.3
Hospitalizaciones anteriores	3.5 ± 2.4	3.6 ± 1.9

*Grupo I T. Bipolar

*Grupo II Esquizofrenia

CUADRO 3
Sensibilidad y especificidad a diferentes puntos de corte de la EEM

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor	
			Predictivo positivo	Predictivo negativo
15	1	0.41	0.65	1
18	1	0.45	0.66	1
21	1	0.66	0.76	1
24	0.96	0.83	0.86	0.95
25	0.96	0.83	0.86	0.95
26	0.96	0.87	0.89	0.95
27	0.96	0.87	0.89	0.85
28	0.96	1	1	0.96
29	0.92	1	1	0.92
30	0.92	1	1	0.92
31	0.92	1	1	0.92
33	0.88	1	1	0.88

Discusión

La versión en castellano de la Escala para la Evaluación de la Manía, de Young y cols (16), demostró tener una alta consistencia interna y una adecuada confiabilidad *test-retest*. La escala de manía tuvo una validez concurrente aceptable con el GAF del DSM-III-R, y con el punto de corte de 28 puntos, la sensibilidad diagnóstica fue del 96% y la especificidad del 100%.

En el estudio original, Young y cols (16) no hacen referencia a la consistencia interna de la escala, por lo que no se pueden establecer comparaciones.

El estudio de Young y cols (16) evaluó la validez concurrente del instrumento correlacionándolo con otros instrumentos para la manía. Como se mencionó en el marco de referencia, no se dispone de una versión traducida de ninguna otra escala de manía, por lo que en este trabajo se presentó la correlación del instrumento con una escala de severidad general (el GAF del DSM-III-R), por medio de la cual se encontró una relación significativa en la dirección esperada.

Aunque la EEM fue diseñada para medir la severidad, siguiendo la línea de los trabajos llevados a cabo con la Escala de Depresión de Hamilton y cols (6) se trató de establecer el mejor punto de corte para el diag-

nóstico, que resultó ser el de 28 puntos. No se encontró ningún precedente de este dato.

En este trabajo se estudió a un total de 54 pacientes, de los cuales 26 tuvieron el diagnóstico de trastorno bipolar en fase maníaca y 28, el diagnóstico de esquizofrenia. Se observó predominio del sexo femenino entre los pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar; la edad promedio de este grupo fue menor al compararlos con la de los esquizofrénicos, sin que esto represente una diferencia significativa entre ambos grupos (36 vs 32 años, respectivamente). La mayoría de los esquizofrénicos eran solteros en ese momento, lo que contrasta significativamente con los pacientes bipolares (96% vs 38%, respectivamente). Los pacientes con episodios maníacos tendieron a presentar un mayor grado de escolaridad, ya que 30 % de ellos logró alcanzar un grado de licenciatura. Los pacientes con esquizofrenia presentaron un mayor nivel de desempleo en comparación con el del otro grupo diagnóstico.

Los datos anteriores concuerdan con lo reportado en la bibliografía, ya que se ha descrito que los pacientes con esquizofrenia tienden a ser más jóvenes debido a que la enfermedad se inicia más temprano, a no tener pareja y ser desempleados, además de que generalmente tienen poca educación escolar, todo lo cual indica un mal funcionamiento psicosocial (7).

Los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en fase maníaca obtuvieron 23 y 56 puntos en la primera aplicación. En la siguiente aplicación la variación de los puntajes fue mínima, por lo que la correlación de las dos aplicaciones resultó ser adecuada, con un coeficiente de correlación alto ($r = 0.98$). Los pacientes con trastornos bipolares presentaron un mayor grado de severidad al evaluarlos con la EEM. En la versión original, la confiabilidad de la EEM se evaluó en forma similar a la planteada en este estudio, y encontraron un coeficiente de correlación de 0.93, el cual es muy similar al que obtuvimos en nuestro estudio (16).

Con base en los resultados, podemos concluir que la versión castellana de la Escala para la Evaluación de la Manía tiene un comportamiento psicométrico adecuado debido a su gran confiabilidad, a su gran consistencia interna y a sus altos niveles de sensibilidad y especificidad para cuantificar la intensidad de los síntomas del trastorno bipolar en la fase maníaca. El hecho de disponer de una escala en castellano puede contribuir a desarrollar líneas de investigación clínica en esta área en los países de habla hispana.

REFERENCIAS

1. ALTAMAN EG, HEDERKER DR, JANICAK P, PETTERSON JL, DAVID J: The clinical-administered rating scale for mania (CARS-M), development reliability and validity. *Biol Psychiatry*, 36(2):124-30, 1994.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostically and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3a. edition revised, Washington DC. 1987.
3. BAUERS MS, CRIST-CHRISTOPH P, BALL W: Independent assessment of manic and depressive symptoms by self rating scale characteristics and implications for the study of mania. *Arch Gen psychiatry*, 48(9):807-12, 1991.
4. BECH P, RAFAELSEN OJ: The mania rating scale constructions and inter-observer agreement. *Neuropharmacol*, 17:430-31, 1979.
5. BIEGEL A, MURPHY DL: Assessing clinical characteristics of the maniac state. *Am J psychiatry*, 128:688-94, 1971.
6. HAMILTON M: Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br Soc Clin Psychology*, 6:278, 1967.
7. JABLENSKY A, SARTORIUS N, ERNBERG G, ANKER M, KORTEN A, COOPER JE, DAY R, BERTELSEN A: Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-Country study. *Psychol Med (Suppl 20)* 1-94, 1992.

8. KEARNS NP, CRUIKSHANK CA, MCGUIGAN KJ, RILEY SA, SHAW SP, SNAITH RP: A comparison of depression rating scales. *Br J Psychiatry*, 141:45, 1982.
9. MAZMANIAN D, SHARMA V, PARESED E: Development and validation of scale for rating mood states of psychiatric inpatients. *Hosp Psychiatric Psychiatry*, 4(3):238-41, 1994
10. MITCHELL P, PARKER G, JAMIESON K Y COLS: Are there any differences between bipolar and unipolar melancholia? *J Affect Disord*, 25:97-105, 1992.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: *Diagnostic Criteria for Research*, Ginebra, 1993.
12. OVERALL JE, GORHAM DR: The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10:799-812, 1962.
13. PETERSON V, FYRO B, SEDVAL G: A new scale for the longitudinal rating of manic states. *Acta Psych Scand*, 49:248-56, 1973.
14. ROBINS LN, WING J, WITCEHN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, FARMER A, JABLENSKI A, PICKENS R, REGIER DA, SARTORIUS N, TOWLE LH: The composite international diagnostic interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
15. WINOKUR G, CORYELL W, ENDICOTT J, AKISKAL H: Further distinctions between mania-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am J Psychiatry*, 150:1176-1181, 1993.
16. YOUNG RC, BIGGS JT, ZIEGLER VE, MEYER DA: A Rating Scale for Mania. Reliability, Validity and Sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133:429-35, 1978.

ANEXO I

Escala para la Evaluación de la Manía (EEM)

(Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Myer DA. A Rating Scale for Mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatr* 133:429-35, 1978.

Seleccionar de cada reactivo el número de código que represente mejor al paciente

Reactivo	Codificación	Reactivo	Codificación
1. Elevación del ánimo	0 = Ausente 1 = Ligeramente o posiblemente aumentado durante el interrogatorio 2 = Definitiva elevación subjetiva: Optimista, confiado, alegre, apropiado al contenido del pensamiento. 3 = Elevado, inapropiado al contenido, cómico. 4 = Eufórico, risa inapropiada y tendencia a cantar.	5. Irritabilidad	0 = Ausente 1 = Subjetivamente aumentada. 2 = Irritable a veces durante la entrevista, episodios recientes de enojo molestia en el hospital. 3 = Frecuentemente irritado durante la entrevista. 4 = Hostil poco cooperador, fue imposible entrevistarlos.
	[]		[]
2. Aumento de la actividad motora/energía	0 = Ausente. 1 = Subjetivamente aumentada. 2 = Animado, aumento de ademanes. 3 = Excesiva energía, hiperactivo en momentos, inquieto (puede estar calmado). 4 = Excitación motora, hiperactividad continua (no puede estar calmado)	6. Lenguaje (cantidad y velocidad)	0 = No aumentado 1 = Se siente platicador. 2 = Aumentado en velocidad y cantidad en momentos, verborrico a veces. 3 = Pujante, aumentada la velocidad y cantidad consistentemente, difícil de interrumpir. 4 = Apresurado, ininterrumpible, lenguaje continuo.
	[]		[]
3. Interés sexual	0 = Normal, sin aumento. 1 = Ligeramente o posiblemente aumentado. 2 = Definitivo aumento subjetivo cuando se le interrogó. 3 = Habla de cuestiones sexuales y el contenido es sexual y espontáneo; en el auto-reporte se define como hipersexual. 4 = Sexualidad excesiva hacia los demás pacientes, el personal y el entrevistador.	7. Trastorno del lenguaje y del pensamiento	0 = Ausente 1 = Circunstancial, poca tendencia a la distracción e ideas rápidas. 2 = Distráido, pérdida de la meta del pensamiento, cambio de temas frecuente, ideas aceleradas. 3 = Fuga de ideas, tangencialidad, dificultad para continuar, asociación por consonancia y ecolalia. 4 = Incoherente, comunicación imposible.
	[]		[]
4. Sueño	0 = Reportes sin disminución del sueño 1 = Duerme menos de la cantidad normal, disminución menor de 1 hr. 2 = Duerme menos de lo normal, disminución de más de 1hr. 3 = Reporta disminución en la necesidad de dormir. 4 = Niega la necesidad de dormir.	8. Contenido del pensamiento	0 = Normal. 1 = Planes cuestionables, nuevos intereses. 2 = Proyectos especiales, hiperreligiosidad. 3 = Ideas de grandeza, paranoias o de referencia. 4 = Delirios, alucinaciones.
	[]		[]

9. Conducta agresiva disruptiva

- 0 = Ausente, cooperador.
- 1 = Sarcástico, aumento del volumen de la voz, cauto.
- 2 = Demandante, amenazante en el hospital.
- 3 = Amenazante con el entrevistador, demandante y en entrevista difícil.
- 4 = Agresivo, destructivo, imposible entrevistarlo.

[_____]

10. Apariencia

- 0 = Vestido y aliño apropiados.
- 1 = Un poco descuidado.
- 2 = Mal arreglado, moderadamente desaliñado, vestimenta exagerada.
- 3 = Desaliñado, mal vestido y exagerado, tiende a ser ostentoso.
- 4 = Completamente descuidado, viste con exceso de accesorios y tiende a ser excéntrico.

[_____]

11. Conciencia de enfermedad

- 0 = Presente, admite su enfermedad; está de acuerdo con la necesidad de someterse a un tratamiento.
- 1 = Sabe que posiblemente esté enfermo.
- 2 = Admite sus cambios conductuales, pero niega su enfermedad.
- 3 = Admite que posiblemente cambió su conducta, niega estar enfermo
- 4 = Niega cualquier cambio conductual.

[_____]

Reactivos 1,2,3,4,7,10,11 se multiplican por 1 _____ Total [_____]
Reactivos 5,6,8,9 se multiplican por 2 _____

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

1. e

2. d

3. b

4. a

5. d

6. d

7. a

8. b

9. d