

P. Álvarez Mas<sup>1</sup>  
P. Benavent Rodríguez<sup>2</sup>  
J. M. García Valls<sup>2</sup>  
L. Livianos Aldana<sup>2</sup>  
L. Rojo Moreno<sup>2</sup>

# Traducción y adaptación de la *Altman Self-Rating Mania Scale* al ámbito español

<sup>1</sup> USM de Manises  
<sup>2</sup> Hospital Universitario La Fe  
Valencia

**Introducción.** El objetivo del presente trabajo es la traducción, adaptación y validación en el ámbito español de una escala de autoevaluación de la manía, denominada *Altman Self-Rating Mania Scale* (ASRM), con lo que se trata de cubrir el vacío existente en nuestro ámbito en la autoevaluación de la manía.

**Métodos.** Se tradujo la escala y a continuación se realizó la traducción inversa, que fue remitida al autor de la escala original. Fue aplicada a 74 pacientes con trastorno bipolar, que fueron divididos en dos grupos, uno formado por pacientes con sintomatología activa maníaca ( $n = 35$ ) y otro constituido por pacientes asintomáticos ( $n = 39$ ). Concurrentemente se aplicó la Escala para la Valoración de la Manía Administrada por Clínicos (EVMAC) y la Escala de Valoración Numérica.

**Resultados.** Se encontró alta consistencia interna, alta y significativa correlación con la subescala de manía de la EVMAC, así como con la Escala de Valoración Numérica, y diferencias muy significativas entre los dos grupos en la puntuación de la escala. La curva COR indicó excelente ajuste de la escala al discriminar entre pacientes bipolares con y sin síntomas maníacos. El análisis factorial arrojó un solo factor, que explica el 62% de la varianza total.

**Conclusiones.** La Escala Autoaplicada de Manía de Altman demuestra ser un instrumento autoaplicado, fiable y válido para medir la presencia y gravedad de la sintomatología maníaca. Permite realizar valoraciones sencillas y rápidas del estado del paciente, pudiendo ser utilizada con fines de investigación, clínicos y como instrumento de cribado.

**Palabras clave:**  
Evaluación. Manía. Trastorno bipolar. Escalas autoaplicadas.

*Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(3):180-187

## Translation and adaptation in the Spanish environment of the *Altman Self-Rating Mania Scale*

**Introduction.** The aim of the present study is the translation, adaptation and validation in the Spanish environment of a self-rating of mania scale, the *Altman Self-Rating Scale for Mania* (ASRM), to fulfill a need in our environment in the self-rating of mania.

**Methods.** The scale was translated, and then a back translation was done. This was sent to the author of the original scale. The scale was administered to a sample of 74 patients with bipolar disorder, divided into two groups, one formed by patients with acute mania ( $n = 35$ ) and the other one constituted by asymptomatic patients ( $n = 39$ ). Concurrently we applied the *Clinician Administered Rating Scale for Mania* (CARS-M) and the *Numeric Evaluation Scale* (NES).

**Results.** High internal consistency, high and significant correlation with the CARS-M mania sub-scale, as well as with the NES and very significant differences between the two groups in the scale score were found. The ROC curve indicates excellent adjustment of the scale, when discriminating among bipolar patients with and without manic symptoms. The factorial analysis provided a single factor that accounts for 62% of the total variance.

**Conclusions.** The *Altman Self-Rating Mania Scale* is shown to be a reliable and valid self-rating instrument to assess the presence and intensity of manic symptoms. It makes it possible to carry out simple and quick assessments of the patient's state, can be used for research as clinical objectives and can also be a screening instrument.

**Key words:**  
Evaluation. Mania. Bipolar disorder. Self-Rating Scale.

---

Correspondencia:  
Paloma Álvarez Mas  
Poeta Querol, 10  
46002 Valencia  
Correo electrónico: palalma@ono.com

---

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la corta historia de la psicometría se han invertido muchas energías en la evaluación de la depresión; de

hecho existen multitud de cuestionarios, escalas e inventarios, confeccionados y utilizados con este objetivo, y muchos de ellos han sido traducidos y adaptados a nuestro ámbito. No ocurre así con los instrumentos de medición de la manía, cuya proliferación ha sido mucho menor y más tardía, siendo además muy escasa, por no decir casi inexistente, su traducción y adaptación a la población española.

Es a partir de la década de 1970 cuando empieza a proliferar el diseño de escalas específicas para la manía, que poseen buenos niveles de fiabilidad y validez. En primer lugar comienza el desarrollo de las escalas heteroaplicadas cumplimentadas por una persona diferente al paciente. Dentro de este tipo de escalas, algunas de ellas han sido traducidas y adaptadas al ámbito español con adecuados niveles de fiabilidad y validez por Livianos et al., como son la *Manic Interpersonal Interaction Scale*<sup>1</sup>, y la *Altman Clinician Administered Rating Scale for Mania* (CARS-M; de la que más adelante hablaremos por ser una escala utilizada en la presente investigación), escalas que miden únicamente el polo maniaco. Dentro de las escalas que evalúan la bipolaridad en nuestro ámbito pueden ser utilizadas la Escala Visual Análoga y la *Manchester Nurse Rating Scale for Mania*<sup>2</sup> (también adaptada por Livianos et al.).

Las escalas autoaplicadas tienen su época de oro de proliferación en la década de 1990. Estas escalas son contestadas por el propio paciente. Hasta no hace mucho tiempo, y quizás aún en la actualidad, algunos autores han considerado a los pacientes maniacos poco colaboradores y sin capacidad para juzgar o evaluar de un modo adecuado sus propios síntomas. En esta línea, Plattman<sup>3</sup> comparó las heteroevaluaciones con las autoevaluaciones de los pacientes en estado maniaco, encontrando una correlación muy pequeña entre ellas. Esta correlación se incrementaba cuando el sujeto salía del episodio maniaco. Quizás haya sido este punto de vista el que ha retrasado el desarrollo de las autoescalas de manía, que comienzan su proliferación de un modo importante en la década de 1990 y no en la de 1970, como el resto de escalas de valoración de la manía. Es precisamente en la década de 1990 cuando esta idea comienza a ser rebatida por diferentes autores, entre los que encontramos a Bauer<sup>4</sup>, Shugar<sup>5</sup>, Cooke<sup>6</sup> y Altman<sup>7</sup>, que encontraron altas correlaciones entre escalas autoaplicadas y heteroaplicadas y demostraron que los pacientes que tenían conciencia de enfermedad no diferían de los que carecían de ella, y que la conciencia de enfermedad no se relacionaba significativamente con las autovaloraciones.

Dentro de las autoescalas de manía que evalúan el polo maniaco encontramos la *M-D Scale*, el *Self-Rating Manic Inventory*<sup>5</sup>, la *Altman Self-Rating Mania Scale* (ASRM; objeto principal del presente trabajo) y el *Goldberg Mania Questionnaire*<sup>8</sup>. Por otra parte, encuadradas en la evaluación de la bipolaridad encontramos la Escala Visual Análoga, la *Internal State Scale* y el *Chinese Polarity Inventory*<sup>9</sup>.

El objetivo del presente artículo es ofrecer la traducción y adaptación al ámbito español de una escala autoaplicada de manía, ya que no existe ninguna escala de estas características

disponible para la valoración de la manía en nuestro medio, mientras que algunas escala heteroaplicadas ya han sido adaptadas. De esta manera se pretende comenzar a cubrir el vacío existente en España en la valoración de la manía por parte de los propios pacientes. Se ha seleccionado la ASRM por ser una escala breve que puede usarse para medir la presencia y severidad de la sintomatología maniaca, tanto con fines clínicos como con fines de investigación<sup>7</sup>. El análisis de la ASRM indica una buena validez concurrente al correlacionarse altamente con el criterio seleccionado como «patrón oro», la CARS-M, subescala de manía tanto en las medidas de pretratamiento como en las posteriores<sup>10</sup>. Además, demuestra ser sensible al cambio producido por el tratamiento y poseer muy alta sensibilidad para detectar sintomatología aguda. Esta escala también ha demostrado en otro estudio ser válida, fiable y sensible al cambio o mejora con el seguimiento en el tratamiento<sup>7</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Descripción de la prueba: *Altman Self-Rating Scale for Mania*

En 1997 Altman et al.<sup>7</sup> publican la ASRM. La escala consta de varios grupos de cinco afirmaciones, de las cuales cada paciente debe escoger una por conjunto, aquella que describiera más adecuadamente su humor o conducta durante la última semana. Las aseveraciones se dispusieron en orden creciente de gravedad, puntuándose de 0 (ausencia) a 4 (presente en grado severo).

Los cinco ítems que forman la prueba miden las siguientes áreas: estado de ánimo elevado o eufórico, confianza en sí mismo incrementada, disminución de la necesidad de dormir, habla acelerada y agitación psicomotriz.

Las características psicométricas de la ASRM son muy adecuadas.

### Proceso de traducción

La traducción de la escala se realizó por un grupo de siete profesionales de la salud mental (psiquiatras y psicólogos), que tradujeron de forma independiente la escala, intentando interpretar del modo más fielmente posible el sentido original de los ítems. Tras la realización de la traducción individualmente se procedió a la puesta en común, lográndose una traducción única consensuada, que fue revisada por un miembro del equipo que no había participado en la traducción, para lograr una correcta redacción, eliminando los extranjerismos. Posteriormente se realizó la traducción inversa, que fue remitida al autor de la escala, el cual dijo estar satisfecho con la traducción propuesta, puntualizando dos aspectos que fueron tenidos en cuenta, realizándose las modificaciones pertinentes; con esto se dio por finalizada la traducción, obteniendo ya el cuestionario definitivo en castellano (cuadro 1).

**Cuadro 1** Escala Autoaplicada de Manía de Altman (ASRM)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Puntuación: \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

1. En este cuestionario encontrará grupos de cinco frases; lea atentamente cada grupo
  2. Señale cuál de las frases de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante la última semana
  3. Rodee con un círculo el número que está al lado de cada frase elegida
  4. Por favor tome nota: la palabra «ocasionalmente» es utilizada aquí cuando ocurre una o dos veces; «a menudo» cuando ocurre varias veces o más; «frecuentemente» cuando ocurre la mayor parte del tiempo
- 1) 0. No me siento más alegre o animado de lo habitual
    1. Ocasionalmente me siento más alegre o animado de lo habitual
    2. A menudo me siento más alegre o animado de lo habitual
    3. Me siento más alegre o animado de lo habitual la mayor parte del tiempo
    4. Me siento más alegre o animado de lo habitual todo el tiempo
  - 2) 0. No me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
    1. Ocasionalmente me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
    2. A menudo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
    3. La mayor parte del tiempo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
    4. Me siento extremadamente seguro de mí mismo todo el tiempo
  - 3) 0. No necesito dormir menos de lo habitual
    1. Ocasionalmente necesito dormir menos de lo habitual
    2. A menudo necesito dormir menos de lo habitual
    3. Frecuentemente necesito dormir menos de lo habitual
    4. Puedo funcionar todo el día y toda la noche sin dormir ni sentirme cansado
  - 4) 0. No estoy más hablador de lo habitual
    1. Estoy ocasionalmente más hablador de lo habitual
    2. A menudo estoy más hablador de lo habitual
    3. Frecuentemente estoy más hablador de lo habitual
    4. Hablo constantemente y no me pueden interrumpir
  - 5) 0. No he estado más activo (ni socialmente, ni sexualmente, ni en el trabajo, ni en casa, ni en el colegio) de lo normal
    1. He estado ocasionalmente más activo de lo normal
    2. A menudo he estado más activo de lo normal
    3. Frecuentemente he estado más activo de lo normal
    4. He estado constantemente activo

Altman EG, Hedeker D, Peterson JL y Davis JM. The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biol Psychiatry* 1997. Adaptado al ámbito español por Álvarez P, Benavent P, García JM, Livianos L y Rojo L.

**Descripción del resto de pruebas***Escala para la Valoración de la Manía Administrada por Clínicos*

La Escala para la Valoración de la Manía Administrada por Clínicos (EVMAC) es la adaptación al ámbito español de la CARS-M, realizada por Livianos et al.<sup>11</sup> al ámbito español.

La escala, que es administrada por el clínico, evalúa la gravedad de la sintomatología maníaca y psicótica. En lo que respecta a las propiedades psicométricas de la prueba son bastante satisfactorias.

*Escala de Valoración Numérica*

La Escala de Valoración Numérica (EVN) puede ser utilizada de un modo heteroaplicado o autoaplicado. En el presente estudio se ha utilizado de forma autoaplicada: se le pide al paciente que evalúe numéricamente su estado de ánimo actual dentro de una escala del 0 («cuando más deprimido ha estado») al 100 («cuando más animado ha estado»).

**Aplicación**

La muestra utilizada está formada por un total de 74 pacientes, de los que se obtuvo su consentimiento informado (44 mujeres y 30 hombres), con edades compren-

didadas entre los 18 y los 65 años. Las pruebas fueron administradas en dos ambientes diferentes: en pacientes ingresados en la sala de psiquiatría del Hospital Universitario La Fe (n = 27) y en pacientes ambulatorios que acudieron a la Clínica del Litio del Hospital Universitario La Fe (n = 27). Los 74 individuos fueron diagnosticados de trastorno bipolar, estando en fases diferentes de la enfermedad. La distribución de los sujetos en los diferentes momentos de la enfermedad es la siguiente:

- Diecinueve sujetos: episodio maniaco sin síntomas psicóticos.
- Nueve sujetos: episodio maniaco con síntomas psicóticos.
- Cuatro sujetos: episodio hipomaniaco.
- Tres sujetos: episodio mixto.
- Treinta sujetos: en remisión.
- Siete sujetos: episodio depresivo leve o moderado.
- Dos sujetos: episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Como puede verse, se han cubierto casi todos los estados posibles por los que puede atravesar un paciente bipolar. Los diagnósticos se han establecido de acuerdo a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En la confección del estudio se han establecido dos grupos: aquellos pacientes que presentan sintomatología maniaca, es decir, los que sufren un episodio maniaco sin síntomas psicóticos, un episodio maniaco con síntomas psicóticos, un episodio hipomaniaco o un episodio mixto (n = 35), y aquellos que no la presentan por estar en remisión o padeciendo un episodio depresivo (n = 39).

Concurrentemente con la aplicación de la Escala Autoaplicada de Manía de Altman se aplicaron otras dos escalas: una autoaplicada, la Escala de Valoración Numérica, y otra heteroaplicada, la EVMAC. Esta última escala se aplicó en condiciones de ciego respecto a los resultados del sujeto en las dos escalas anteriores, y tras un entrenamiento en su aplicación.

## Métodos estadísticos

Para calcular las correlaciones y analizar las diferencias de medias entre grupos se han utilizado pruebas no paramétricas, ya que las distribuciones de las puntuaciones no cumplen los supuestos de normalidad.

Todos los cálculos estadísticos han sido realizados con el paquete estadístico SPSS 11.5.

## RESULTADOS

Respecto al estudio de la fiabilidad, se ha analizado la consistencia interna, se ha obtenido un coeficiente alpha

igual a 0,84 (alpha estandarizado igual a 0,83) y todos los ítems se correlacionan altamente entre sí y con la escala total. Si atendemos al hecho de que cuanto más próximo a la unidad es el coeficiente alpha, más consistentes son los ítems entre sí, y que a modo indicativo se ha señalado que a partir de valores de alpha de 0,75-0,80 se considera que el instrumento es muy consistente<sup>12</sup>, podemos afirmar que la Escala Autoaplicada de Manía de Altman está compuesta por ítems que miden lo mismo, presentando una alta consistencia interna. Podemos realizar esta afirmación de un modo todavía más firme teniendo en cuenta, por una parte, que el coeficiente de consistencia interna tiende a disminuir a medida que lo hace el número de ítems de la escala<sup>12</sup> y, por otra parte, que la escala estudiada es muy corta, estando compuesta únicamente por cinco ítems.

Las correlaciones entre las tres escalas evaluadas son altamente significativas ( $p < 0,001$ ). La Escala Autoaplicada de Manía de Altman obtiene una correlación con la EVN de 0,75 y con la subescala de manía de la EVMAC de 0,77. Sobre la base de estos resultados, se puede afirmar que la adaptación al ámbito español de la ASRM posee buena validez concurrente. Si comparamos estos resultados con los obtenidos por Altman en la validación de la escala original<sup>7</sup>, encontramos una correlación muy parecida (de 0,76), entre la ASRM y la subescala de manía de la CARS-M a la hallada en el presente trabajo entre las mismas escalas adaptadas a nuestro ámbito (tabla 1).

Se han encontrado diferencias de medias muy significativas ( $p < 0,001$ ) entre la población formada por pacientes con síntomas maniacos y la formada por pacientes sin sintomatología activa maniaca en el momento en que el cuestionario fue aplicado. La media para la primera muestra de sujetos es de 8,84 y para la segunda de 1,87, lo que implica una clara

Tabla 1		Correlación entre las escalas		
Correlaciones				
	Puntuación total en Altman	Subescala de manía (EVMAC)	Escala de Valoración Numérica	
<b>Rho de Spearman</b>				
<b>Puntuación total en Altman</b>				
Coefficiente de correlación		1,000		
Sig. (bilateral)				
<b>Subescala de manía (EVMAC)</b>				
Coefficiente de correlación	0,779	1,000		
Sig. (bilateral)	0,000			
<b>Escala de Valoración Numérica</b>				
Coefficiente de correlación	0,753	0,747	1,000	
Sig. (bilateral)	0,000	0,000		

diferencia no sólo en el ámbito estadístico, sino también en el ámbito clínico. Esto nos indica que la Escala Autoaplicada de Manía de Altman posee buena capacidad de discriminación entre los sujetos de ambas poblaciones. Al analizar la diferencia de medias ítem a ítem, se ha podido comprobar que todos ellos también se diferencian significativamente ( $p < 0,001$ ) entre los dos grupos de pacientes (tablas 2 y 3).

Se ha obtenido un curva operativa de rendimiento (COR) como la que se muestra en la figura 1.

La curva COR derivada de los datos obtenidos en la puntuación en la Escala Autoaplicada de Manía de Altman de los pacientes con sintomatología maníaca frente a los pacientes que no la presentan se acerca bastante a la esquina superior izquierda del gráfico, lo que indica una buena exactitud global de la prueba<sup>13</sup>. Por otra parte se ha obtenido un área bajo la curva COR de 0,92 con un error estándar de 0,033 y un intervalo de confianza del 95 % de 0,85 a 0,98. Esto nos indica que la escala presentada tiene una alta, excelente, exactitud a la hora de discriminar entre pacientes bipolares con y sin síntomas maníacos. En segundo lugar, se puede decir que un paciente extraído aleatoriamente de la muestra de pacientes maníacos tiene un 92 % de probabilidades de obtener una mayor puntuación en la Escala Autoaplicada de Manía de Altman que un individuo aleatoriamente escogido del grupo de pacientes que no padecen sintomatología maníaca. En esta línea, los resultados obtenidos por Altman<sup>7</sup> fueron muy similares, por no decir idénticos, ya que obtuvo un área bajo la curva COR de 0,92, con un error estar de estimación de 0,032.

Una de las ventajas del análisis de la curva COR es que presenta, para todo el espectro de puntos de corte, los diferentes niveles de especificidad y sensibilidad de tal forma que, según los propósitos del estudio que quiera utilizar la Escala Autoaplicada de Manía de Altman, se escogerá un punto de corte u otro (tabla 4). Ya que queda claro que es necesario escoger un punto de corte concreto para cada propósito determinado, es interesante señalar como el pun-

Tabla 2		Diferencias de medias entre pacientes sintomáticos y asintomáticos en la Escala Autoaplicada de Manía de Altman
		Estadísticos de contraste
		Puntuación total
U de Mann-Whitney		102,500
W de Wilcoxon		882,500
Z		-6,185
Sig. asintótica (bilateral)		0,000

Tabla 3		Diferencia de medias entre pacientes sintomáticos y asintomáticos en los ítems de la Escala Autoaplicada de Manía de Altman				
		Estadísticos de contraste				
		Ítem 1 de Altman	Ítem 2 de Altman	Ítem 3 de Altman	Ítem 4 de Altman	Ítem 5 de Altman
U de Mann-Whitney		188,500	231,000	241,000	273,000	294,000
W de Wilcoxon		968,500	1.011,000	1.021,000	1.053,000	1.074,000
Z		-5,364	-4,894	-5,280	-4,564	-4,327
Sig. asintótica (bilateral)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

to de corte más atractivo el 5, porque equilibra la sensibilidad y la especificidad, es decir, que presenta la máxima sensibilidad para la máxima especificidad posible, que son para este punto de corte 0,84 y 0,89, respectivamente. El punto de corte postulado en este trabajo es el mismo que el autor de la escala original planteó en su investigación<sup>7</sup>; en este caso, la sensibilidad para este punto de corte fue de 0,85 y la especificidad de 0,87. Esto nos indica, una vez más, que la

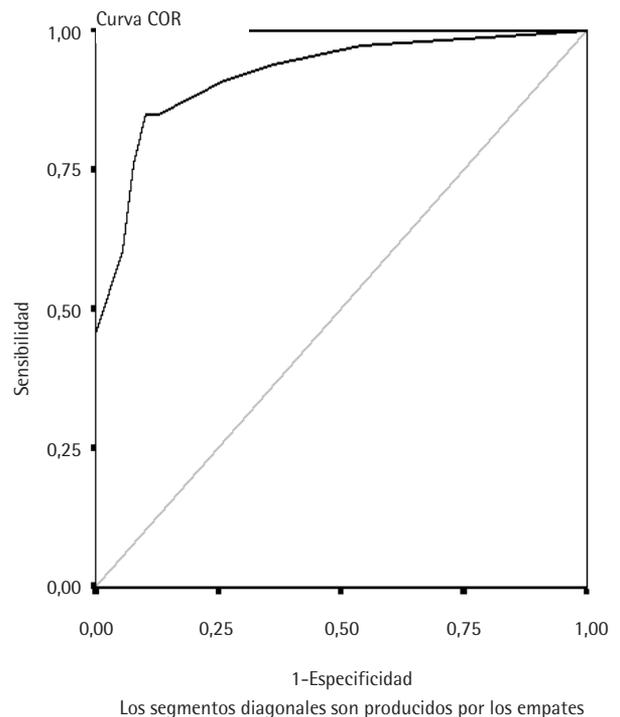


Figura 1 Curva COR.

Tabla 4	Sensibilidad y especificidad en los diferentes puntos de corte	
Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1-Especificidad
-1,0000	1,000	1,000
0,5000	0,970	0,538
2,0000	0,939	0,359
3,5000	0,909	0,256
4,5000	0,848	0,128
5,5000	0,848	0,103
6,5000	0,758	0,077
7,5000	0,606	0,051
8,5000	0,455	0,000
9,5000	0,364	0,000
10,5000	0,333	0,000
11,5000	0,212	0,000
12,5000	0,182	0,000
14,0000	0,152	0,000
15,5000	0,091	0,000
17,5000	0,030	0,000
20,0000	0,000	0,000

Variabes resultado de contraste: puntuación total en la Escala Autoaplicada de Manía de Altman.

adaptación al ámbito español que se está realizando de la ASRM se comporta de un modo muy similar a la original.

El análisis factorial realizado mediante el análisis de componentes principales señaló la existencia de un único factor, que explica el 62 % de la varianza total, reafirmando lo postulado por el autor de la escala original; de hecho, el cuestionario confeccionado por Altman<sup>7</sup> constaba de más ítems, que tras ser analizados formaron tres factores, uno de manía, otro de psicosis y un último de irritabilidad, dejando únicamente para la composición de la escala final, los cinco ítems que formaban el primer factor. Los tres factores encontrados por Altman explicaban el 53 % de la varianza total, mientras que el factor encontrado en el presente estudio explica el 61,53 % de la varianza total, es decir, que es capaz de explicar más la variabilidad de las puntuaciones que los tres factores encontrados por Altman juntos. Esto puede ser debido a que el cuestionario sobre el que aplicó el análisis factorial Altman estaba compuesto por 13 ítems, del que luego extrajo la escala aplicada en el presente trabajo, por tanto el análisis factorial no ha sido realizado sobre el mismo instrumento. Por otra parte, también hay que tener en cuenta, como posible razón explicativa, las diferencias existentes entre las muestras utilizadas en ambos estudios. Mientras que Altman utilizó una muestra heterogénea en relación con el diagnóstico principal de los participantes (trastorno bipolar, esquizofrénico, etc.), en el presente estudio se ha utilizado una muestra más homogénea conformada únicamente por pacientes diag-

Tabla 5	Varianza total explicada					
Componente	Autoevaluaciones iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,077	61,530	61,530	3,077	61,530	61,530
2	0,816	16,323	77,853			
3	0,497	9,949	87,803			
4	0,356	7,127	94,929			
5	0,254	5,071	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

nosticados de trastorno bipolar en sus diferentes episodios (tabla 5).

Finalmente se ha encontrado una correlación significativa ( $p < 0,001$ ) y positiva ( $\rho = 0,61$ ) entre la conciencia de enfermedad, medida a través del ítem 15 de la EVMAC, y la puntuación total en la Escala Autoaplicada de Manía de Altman. Para realizar la interpretación de esta correlación es necesario señalar que las puntuaciones menores en el ítem 15 indican conciencia de enfermedad, y las más altas ausencia de ésta. Teniendo esto en cuenta, la correlación encontrada apunta que, a menor conciencia de enfermedad, mayores puntuaciones en la Escala Autoaplicada de Manía de Altman; esto indica que los pacientes sin conciencia de enfermedad valoran su sintomatología más gravemente. Este hallazgo choca totalmente con lo postulado por algunos autores<sup>3</sup>, que señalaban que los pacientes maníacos sin conciencia de enfermedad no eran buenos informadores de su sintomatología por no ser conscientes de ella, y reafirma la idea contraria, que ya vienen planteando otros autores desde hace varios años<sup>4,5,7,10,14,15</sup>. De hecho, según los resultados de este estudio, parece que los pacientes sin conciencia de enfermedad que en la muestra del presente trabajo son pacientes de mayor gravedad, siendo la mayoría que puntúan alto en falta de conciencia de enfermedad pacientes ingresados en la sala de agudos del Hospital Universitario La Fe frente a los que son atendidos ambulatoriamente, son también quienes informan, como corresponde a pacientes más gravemente afectados, de mayor severidad en su sintomatología. De todo esto podemos concluir que la conciencia de enfermedad no influye en la capacidad del paciente para evaluar sus síntomas maníacos.

## CONCLUSIONES

El objetivo primordial de este trabajo consistía en aportar al área de la evaluación de la manía en España algo de lo que hasta el momento carecía, un instrumento de valoración de

esta patología en el que fuera el propio sujeto quien informara acerca de su sintomatología. Para ello se escogió la ASRM por su alta fiabilidad y validez en la versión original y por lo exiguo de su longitud, y se procedió a su traducción y a su adaptación al ámbito español, sin que fuera introducida ninguna modificación sobre el instrumento inicial.

Los resultados obtenidos indican que la Escala Autoaplicada de Manía de Altman es un buen instrumento para medir la presencia y gravedad de la manía. Ha demostrado que es una escala fiable y válida, obteniendo un alto índice de consistencia interna y correlaciones altas y significativas con las escalas de manía que fueron aplicadas concurrentemente. Se ha encontrado un único constructo, como se había postulado. Por otra parte, hay que señalar que sirve bien a su propósito de discriminar entre los pacientes con manía y sin ella, encontrándose diferencias de medias en todos los ítems y en la puntuación total entre estos dos grupos, siendo mayor la puntuación, como es obvio, siempre en el conjunto de sujetos que presentaban sintomatología activa maniaca. También ha demostrado poseer una excelente exactitud a la hora de discriminar entre los dos grupos, al obtener un área bajo la curva COR de 0,92, y ser apropiada y útil, tanto para pacientes con conciencia de enfermedad como para aquellos que tienen poca o nula conciencia.

Al ser la escala que se propone la adaptación de otro instrumento, y teniendo ambas escalas características psicométricas casi idénticas, tanto las ventajas como los inconvenientes de la original se reproducen en la nueva escala creada. En esta línea hay que señalar, como ya lo hacía el autor de la ASRM<sup>7</sup>, que es una escala que no puede ser aplicada a sujetos analfabetos. Por otra parte, no mide los síntomas psicóticos de la manía, ya que el autor descartó los ítems que evaluaban este aspecto por no diferenciar entre maníacos y no maníacos. Hay que tener en cuenta que, en la muestra utilizada, dentro de los no maníacos había pacientes esquizoafectivos y esquizofrénicos, siendo lógico, por tanto, que esos ítems no diferenciaran a un grupo de otro. Es posible entonces que, si hubiera utilizado una muestra como la de la presente investigación, estos ítems sí que hubieran establecido diferencias. Sería interesante realizar un estudio para comprobarlo, ya que si así fuera se podrían volver a incluir de nuevo en la escala, obteniendo una escala que también permitiera evaluar la sintomatología psicótica, claro está, siempre y cuando la utilidad del instrumento fuera para ser aplicado a sujetos con trastorno bipolar.

Otra desventaja del presente cuestionario es su falta de capacidad para medir la depresión, incapacitándola para evaluar de un modo completo los episodios mixtos de la enfermedad. Esta dificultad tiene una sencilla solución, que consiste en la utilización de una escala autoaplicada de depresión (como pueden ser el Inventario para la Depresión de Beck<sup>16,17</sup> o la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung<sup>18,19</sup>, entre otras) concurrentemente con la Escala Autoaplicada de Manía de Altman, permitiendo así evaluar los rasgos depresivos de las fases mixtas.

La utilidades que podemos nombrar para esta escala son muy similares a las que Altman<sup>7</sup> planteó para la escala original. En primer lugar hay que señalar su objetivo prioritario, medir la presencia y gravedad de manía, siendo muy ventajosa en ambientes clínicos donde tanto el tiempo como el personal pueden escasear y son limitados. Esta capacidad le permite ser útil como método de cribado, permitiendo facilitar el diagnóstico o ayudar a identificar la necesidad de medicación o de ajuste del tratamiento. También puede ser útil para fines de investigación. Por otra parte, puede ser muy valiosa como herramienta psicoeducativa para ayudar a los pacientes a reconocer y supervisar sus propios síntomas, y/o para servir como medida subjetiva de mejora o de empeoramiento para el paciente. En esta línea y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en relación con la conciencia de enfermedad, hay que señalar que también puede ser un buen instrumento para crear y reforzar la conciencia de enfermedad en el paciente, ya que él mismo es capaz de informar de sus síntomas y de su gravedad a pesar de no tener conciencia de enfermedad; a partir de la información dada por él mismo, en la escala se abordará la conciencia de enfermedad. El abordaje terapéutico de la conciencia de enfermedad de la manía es muy importante; dentro del trastorno bipolar, los sujetos que padecen un episodio maniaco son los que peor conciencia de enfermedad poseen; además, se ha demostrado que existe una gran relación entre falta de conciencia de enfermedad y peor pronóstico<sup>20</sup>, peor nivel de funcionamiento social<sup>21</sup> y mayor deterioro en pacientes con trastorno bipolar<sup>12</sup>.

Es importante remarcar que la Escala Autoaplicada de Manía de Altman no debe ser empleada de un modo aislado para realizar un diagnóstico clínico.

Se puede concluir que la adaptación al ámbito español de la ASRM constituye una escala autoaplicada fiable y válida para medir la presencia y gravedad de la manía, tanto en pacientes con conciencia de enfermedad como en aquellos que carecen de ella, que puede ser usada con muchos fines diferentes, entre los que se pueden destacar la psicoeducación, el abordaje de la conciencia de enfermedad, la investigación como instrumento de cribado, etc., y que además es muy breve, lo que constituye una ventaja añadida. De esta forma se comienza a cubrir el vacío existente en España con relación a la valoración de la manía realizada por el propio paciente. Se espera que futuros estudios sigan esta dirección y que se adapten más escalas autoaplicadas de manía, para poder comparar unas con otras y disponer de un abanico más amplio de elección según la necesidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Livianos L, Rojo L, Andreu C, Teruel V, Abad MJ. La escala «Maniobras interpersonales del paciente maniaco» de Janovsky. Su adaptación a nuestro ámbito. *Psiquiatr Biol* 1999;6(Suppl. 2):53.
2. Livianos L, Rojo L, Teruel V, Andreu C, Abad MJ. Escala de Manía de Manchester: su adaptación a nuestro medio. *Act Esp Psiquiatr* 2002;30(1):25-9.

3. Plattman S, Plutchnik R, Fieve R, Lawlor W. Emotion profiles associated with mania and depression. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 20:210-4.
4. Bauer MS, Crits-Christoph P, Ball WA, Dewees E, McAllister T, Alahi P, et al. Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. Scales characteristics and implications for the study of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48: 807-12.
5. Shugar G, Schertzer S, di Gasbarro J. Development, use and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Compr Psychiatry* 1992;33(5):325-31.
6. Cooke RG, Krueger S, Shugar G. Comparative evaluation of two self-report mania rating scales. *Biological Psychiatry* 1996;40(4):279-83.
7. Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biol Psychiatry* 1997;42:948-55.
8. Goldberg I. Bipolar disorder. Goldberg Mania Questionnaire. [Web Page]. Available at <http://www.mentalhelp.net/guide/mdquiz.htm> (Accessed 2003).
9. Zheng YP, Lin KM. The reliability and validity of the Chinese Polarity Inventory. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(2):126-31.
10. Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania. *Biol Psychiatry* 2001;50:468-71.
11. Livianos L, Rojo L, Guillem JL, Villavicencio D, Vila M, Mora R, et al. Adaptación de la Escala para la Valoración de la Manía Aplicada por Clínicos (EVMAC). *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(3):169-77.
12. Meliá JL. Apuntes sobre teoría clásica de test. Universidad de Valencia, 1990.
13. Plotting and Interpretating an ROC Curve [Web Page]. Available at <http://gim.unmc.edu/dxtests/roc2.htm> (Accessed 2003).
14. Bräunig P, Shugar G, Krüger S. An investigation of the Self-Report Manic Inventory as a diagnostic and severity scale for mania. *Compr Psychiatry* 1996;37(1):52-5.
15. Altman E. Rating scales for mania: is self-rating reliable? *J Affect Disord* 1998;50(2-3):283-6.
16. Beck A, Rush A, Shaw B y Emery G. *Terapia cognitiva para la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1983.
17. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y evaluación de la versión española del inventario para la depresión de Beck 1978 en pacientes con trastorno psiquiátrico. *Clinica y Salud* 1999;10:59-81.
18. Conde U, Escrivá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung II. *Arch Neurobiol* 1970;33:281-303.
19. Conde U, Escrivá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol* 1970;33:185-206.
20. Dell'Osso L, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seckinger RA, Saettoni M, et al. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disord* 2002;4(5):315-22.
21. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med* 1997; 27(5):1091-100.
22. Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK. Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41(3):167-71.