

LA DETECCIÓN DE CASOS DE TRASTORNO BIPOLAR POR MEDIO DE UN INSTRUMENTO DE TAMIZAJE: EL CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL ANIMO VERSIÓN EN ESPAÑOL

Rodrigo Corona*, Carlos Berlanga**†, Doris Gutiérrez-Mora*, Ana Fresán**

SUMMARY

Bipolar spectrum disorder which includes bipolar I, bipolar II, cyclothymia and bipolar disorder, not otherwise specified often goes unidentified, underdiagnosed, or confounded with major depressive disorder. There are several considerations that try to explain this frequent omission. One crucial aspect is that, the first mood episode at onset is often a depressive one, and some bipolar patients present multiple depressive episodes prior to their first episode of mania. Additionally, long-term evaluation of patients with bipolar I or II disorders, reveal that depressive symptoms occur more common than manic or hypomanic symptoms. Another plausible explanation is that bipolar patients frequently underreport symptoms of mania. Thus it is not surprising to find that in many patients, may elapse about 10 years from the first time for they seek treatment until a clinician finally makes the correct diagnosis. As a consequence, such patients may suffer poorer outcomes, subsyndromal symptoms and a course of illness marked by more sever symptoms, chronic mood episodes, increased recurrence and more impaired psychosocial functioning. The correct diagnosis of bipolar disorder becomes an important and crucial issue, if it is considered that there is a current trend to understand better this affective illness as a spectral disorder. This concept helps to identify different subtle subtypes of bipolarity which often are unrecognized, by means of the actual diagnostic criteria. This diagnostic reformulation is based on the phenomenological manifestations of the entities, as well as in other specific clinical aspects, such as comorbidity, predominant episodes, genetic information and treatment response to among others. Thus, correct recognition of bipolar disorder will bring an important benefit to patients and may reduce erratic treatments and improve outcome.

Several epidemiological studies report that the global prevalence of bipolar I disorder is around 1%, in the general population, but when considering all subtypes included in the bipolar spectrum, this lifetime prevalence increases up to 5%. As a consequence of an incorrect diagnosis, patients are often undertreated or receive an erroneous pharmacological treatment, mainly with antidepressants, which complicate outcome by promoting manic or hypomanic reactions and may have devastating consequences in the further clinical intents to stabilize the disorder.

In order to increase the recognition of an illness, the correct utilization of a clinical screening procedure is mandatory. Several screening instruments exist for a variety of psychiatric disorders. However, only until recently, some of them have been developed specifically to identify bipolar disorders. The Mood Disorder Questionnaire, was the first screening instrument specifically developed to detect bipolar cases in clinical settings. It is a self-report, single-page, paper and pencil inventory than can be quickly and easily scored by a physician, a nurse or by trained medical staff assistance. It is composed of 13 questions which are answered with a positive or negative fashion, elaborated from the bipolar diagnostic criteria and clinical experience and inquires about possible manic symptoms. In the original report of its development and validation, it was concluded that it is a useful screening instrument for bipolar spectrum disorders, with a good sensitivity (0.73) and a very good specificity (0.90).

Method

The questionnaire has been translated to other languages and has been used in non-clinical settings, with very good standards of performance. Since there is not a Spanish version of it, we decided to translate this instrument and to design a trial for the following purposes: 1) to obtain a validated and understandable Spanish version of the questionnaire. 2) To determine its sensibility and specificity in a sample of patients with affective disorders. 3) To identify its optimal cutoff score for screening purposes. The first step in our study consisted in the development of a translated version of the instrument. For that purpose a translation-retranslation procedure was utilized, in which four clinical psychiatrists with experience in treating bipolar patients made each one a separate translation. Then, all the versions were discussed until a consensus was reached in a final version. This version was retranslated to English and, after making some adjustments, the final version in Spanish was concluded.

The study aimed to determine the clinimetric parameters of the Mood Disorder Questionnaire in its Spanish version, was conducted at the outpatient affective disorders clinic in the National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente, in México City. Patients with an age of 18 years and over who looked for psychiatric consultation, due to the presence of affective disorder were invited to participate. After explaining the procedure and the purposes of the study, all those who accepted to participate, signed

*Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

**Subdirección de Investigaciones Clínicas. INPRF.

†Correspondencia: Dr. Carlos Berlanga. Subdirección de Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, D.F. Tel. 5573-2437. Correo-e: cisnerb@imp.edu.mx

Recibido: 24 de octubre de 2006. Aceptado: 3 de noviembre de 2006.

an informed consent document. This study was approved by the Ethical Committee of our institution. All patients completed the Mood Disorder Questionnaire. Two experienced clinical psychiatrists, blind to the questionnaire results, applied the Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID) to obtain the specific affective diagnosis in all the patients.

Clinical and demographic data, as well as results from the clinical interview and questionnaire's scores, were obtained and then analyzed. Sensitivity and specificity for each Mood Disorder Questionnaire score, were plotted by using results from the SCID interview as a standard. Sensitivity (percent of criterion standard diagnosis correctly diagnosed by the questionnaire) and specificity (percent of criterion standard noncases correctly identified as noncases by the questionnaire) were obtained by using different symptoms, threshold that ranged from 5 to 10 points in order to determine the optimal screen threshold.

Results

A total of 100 patients were included in the study. Mean age for the complete group was 35.3 years and 64% were female. According to the SCID results, 49 patients had a diagnosis within the bipolar spectrum disorder and 51 had a unipolar affective diagnosis. Each group included patients with both first and recurrent episodes, and with and without comorbidities. The questionnaire was completed by the total sample of patients covering the total range of answer's possibilities, from non-positive responses (1% of the sample) to 13 positive responses (15% of the sample). Mean score (\pm SD) was 8.06 (3.5) with a significant difference between patients in the bipolar group (10.3 ± 2.7) and patients in the unipolar group (5.8 ± 2.7); $t = -8.2$, 98 gl, $p < 0.001$. Using different cutoff scores sensitivity and specificity were calculated, observing that with a 10 point cutoff score, equilibrated sensitivity (0.71) and specificity (0.92) levels were obtained.

Conclusions

The study was aimed to obtain an adequate translated version into Spanish of the Mood Disorder Questionnaire, and to determine its sensitivity and specificity, according to an optimal cutoff score, for correctly detecting bipolarity from a sample of affective disorder patients. With a reliable procedure of translation process, we obtained a satisfactory, understandable and easy to use version for patients. Similar to other reports, a structured clinical interview was utilized to obtain the patients diagnoses. After evaluating with different cutoff scores, we found that a score of 10, gives an adequate distribution for levels of sensitivity and specificity. However, lower scores (between 7 and 9), also give adequate levels of sensitivity and specificity. It is important to consider, that our study was done in a very specific sample of patients who had only affective disorders. With these type patients it is necessary to raise the bar sufficiently to obtain adequate results. In other studies that included non-affective patients the questionnaire worked well with lower cutoff points.

The operating characteristics of the Mood Disorder Questionnaire in its Spanish version are sufficiently good to consider its application as a reliable screening instrument for detecting bipolar spectrum disorders at least, in an affective disorders clinical setting. Further studies are needed to evaluate whether the instrument would be useful in other psychiatric settings as well as in community or primary care samples, and also to determine the best cutoff point depending in the characteristics of the population in which it is being used.

Key words: Affective disorders bipolar spectrum, Mood Disorder Questionnaire, sensitivity, specificity, screening procedure.

RESUMEN

El trastorno bipolar es una entidad clínica que presenta ciertas dificultades para su identificación adecuada y oportuna. Muchos pacientes bipolares son erróneamente diagnosticados como portadores de un trastorno afectivo unipolar. Existen varias razones para explicar estas fallas. Por una parte, se sabe que en la mayoría de los casos de trastorno bipolar, el primer episodio identificado suele ser depresivo y en ocasiones el paciente presenta múltiples episodios depresivos antes de tener manifestaciones de manía o de hipomanía. Por otra parte, los estudios de seguimiento longitudinal muestran que los episodios de depresión suelen ser más frecuentes que los de manía, además de que existe una tendencia en los pacientes para no identificar o no reportar los síntomas maníacos. Hay evidencia de que, en promedio, los pacientes evolucionan con sintomatología durante más de 10 años antes de ser adecuadamente diagnosticados como bipolares.

Otro aspecto a resaltar es que los sistemas de clasificación actual para el trastorno bipolar son muy estrechos y dejan fuera ciertos subtipos de la enfermedad que por dicha causa no son identificados. En años recientes se ha desarrollado el concepto de espectro bipolar para incluir dentro de las clasificaciones a todos aquellos pacientes que, por una u otra razón, no presentan las características clásicas de lo que hasta ahora se considera como trastorno bipolar. El concepto de espectro, por lo tanto, ha tenido repercusiones clínicas y epidemiológicas. La mayor parte de los estudios epidemiológicos han calculado que la prevalencia del trastorno bipolar en la población general a lo largo de la vida es de alrededor de 1%. Sin embargo, considerando todos los casos incluidos dentro del concepto espectral, esta prevalencia se eleva hasta 5%.

Considerando todos estos aspectos, ha sido necesario afinar los procedimientos de evaluación que identifiquen correctamente a los pacientes portadores de esta patología. Debido a que la evaluación clínica habitual es costosa, en tiempo y en recursos, es necesario buscar otras alternativas. Una forma de identificar estos casos, es por medio de su búsqueda en lugares donde existan altas posibilidades de encontrarlos. En este sentido, los instrumentos de tamizaje juegan un papel importante, ya que pueden identificar casos potenciales de la enfermedad con mayor precisión en el diagnóstico. Los instrumentos de tamizaje son frecuentemente aplicados en la clínica psiquiátrica, sin embargo, hasta hace poco tiempo se empezaron a desarrollar para identificar casos de trastorno bipolar.

El Cuestionario de Trastornos Afectivos fue desarrollado hace algunos años para poder cubrir estas necesidades. Se trata de un cuestionario autoaplicable, breve, con respuestas afirmativas o negativas, que puede identificar a pacientes con elevadas posibilidades de presentar un trastorno bipolar. Este instrumento fue probado originalmente, demostrando que posee suficiente sensibilidad y especificidad para la detección de casos. Ha sido traducido a otros idiomas, pero aún no existe alguna versión en idioma español.

Con el objetivo de contar con este instrumento en nuestro idioma, se llevó a cabo el presente estudio con los siguientes objetivos: 1) Efectuar la traducción del instrumento al idioma español. 2) Determinar su sensibilidad y especificidad en pacientes con trastornos afectivos. 3) Determinar su punto de corte óptimo, para cubrir funciones de tamizaje en TB entre una población clínica de sujetos con trastornos afectivos.

Para la adaptación y traducción de este procedimiento de tamizaje, se siguió un procedimiento de traducción/retraducción. Cuatro investigadores clínicos, de manera individual, se dieron a la tarea de traducir la versión original en inglés, reunieron sus versio-

nes y las discutieron para llegar a definir una versión unificada. Esta última versión fue posteriormente retraducida al inglés, efectuando los ajustes requeridos para tener una versión lo más similar posible a la original. Una vez traducido y adaptado, el cuestionario se aplicó a un grupo de 100 pacientes provenientes de la consulta externa, cuya queja principal fuera presentar sintomatología afectiva. Todos los pacientes fueron evaluados por medio de una entrevista clínica estructurada, a cargo de clínicos que desconocían los resultados de la aplicación del instrumento. Después de su evaluación los pacientes se agruparon de acuerdo a su diagnóstico, en dos grupos: pacientes dentro del espectro bipolar y pacientes unipolares. Posteriormente se compararon los resultados de la puntuación del instrumento entre los dos grupos. El promedio de puntuación fue significativamente diferente entre los dos. Al efectuar un análisis ROC, se encontró que un punto de corte de 10, generaba una condición de equilibrio entre la sensibilidad (0.71) y la especificidad de la prueba (0.92). Si bien este fue el punto de corte óptimo, también se encontraron niveles adecuados de este parámetro con puntos de corte menores. A diferencia de otros estudios que han demostrado adecuadas sensibilidad y especificidad, con puntos de corte más bajos, en el presente estudio el punto de corte de 10 se considera adecuado debido a que el instrumento fue evaluado en una población muy selectiva y exclusiva para trastornos afectivos. Deberán llevarse a cabo futuras investigaciones para conocer la operatividad del cuestionario en otro tipo de poblaciones.

Palabras clave: Trastornos afectivos, espectro bipolar, cuestionario de trastornos afectivos, sensibilidad, especificidad, tamizaje.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica psiquiátrica, es frecuente encontrar casos de trastorno bipolar (TB) erróneamente diagnosticados como trastornos de depresión mayor unipolar (11). Las razones de esta identificación equivocada son diversas. Se ha observado en múltiples estudios que el episodio de inicio del TB suele ser con elevada frecuencia, un episodio depresivo (15); diversos estudios longitudinales efectuados con seguimientos durante varios años, muestran que en los enfermos bipolares los episodios de depresión son mucho más frecuentes que los de manía o de hipomanía (5). Está documentado que un número considerable de sujetos con TB presentan varios episodios depresivos antes de tener el primer episodio maníaco (13). A estas causas hay que agregar que es común que muchos pacientes prefieran no referirle al médico los síntomas o manifestaciones de manía. Por lo tanto, no es sorprendente que muchos investigadores en este campo consideren que suelen pasar alrededor de 10 años antes de que un paciente bipolar sea adecuadamente diagnosticado (12).

La información epidemiológica disponible hasta el momento considera que la prevalencia en la población general del TB en su subtipo I (episodios de manía y de depresión) es de 1%, además se ha corroborado que en estos pacientes los episodios dominantes son los de de-

presión. En el subtipo II (episodios de hipomanía y de depresión), también son los episodios depresivos los que predominan, por lo tanto muchos de los pacientes portadores de ambos subtipos de la enfermedad no son debidamente diagnosticados como bipolares (3). Esta información es muy relevante, ya que se calcula que la prevalencia del subtipo II es 5 veces mayor que la del subtipo I. La detección adecuada del TB cobra mayor importancia aún si se considera que en la actualidad existe una tendencia en la nomenclatura para comprender mejor este trastorno, si para ello se adopta un enfoque espectral en el que se incluyan, además de las formas típicas del trastorno, todos aquellos cuadros con características subumbrales, tanto en número de síntomas como en duración de los mismos (14). Esta reformulación diagnóstica del espectro de las enfermedades afectivas se fundamenta en múltiples aspectos, como las características fenomenológicas de los cuadros, su comorbilidad, los datos epidemiológicos, el curso de los episodios, los antecedentes familiares y las respuestas a los tratamientos. De acuerdo con diversos autores y considerando la clasificación espectral, la prevalencia del TB en la población general se incrementa hasta 5% (2, 6).

Una de las principales consecuencias de la falta de identificación del TB en todas sus variantes, es que los pacientes son sometidos a tratamientos inadecuados en los que se incluyen los antidepresivos como tratamiento único. Además de lo anterior, es claro que el paciente erróneamente diagnosticado, tiene un pronóstico más pobre, un curso de la enfermedad marcado por un mayor número de episodios, un incremento de síntomas subumbrales, una mayor recurrencia y una mayor afectación de su funcionamiento psicosocial.

Considerando estos aspectos, se han generado procedimientos que permitan diagnosticar de manera oportuna aquellos casos de TB en ciertas poblaciones clínicas. Por ejemplo, recientemente apareció publicado un estudio en donde se utilizó un instrumento de tamizaje dirigido a distinguir la depresión bipolar de la depresión unipolar (16). Un método para identificar adecuadamente un trastorno, es a través de su búsqueda entre sujetos que tengan posibilidades de corresponder al diagnóstico. Debido a que la evaluación individual requiere un alto consumo de tiempo y recursos humanos, una alternativa es el uso de instrumentos de tamizaje. Estos instrumentos pueden detectar a los individuos con mayores posibilidades de ser portadores del trastorno que se intenta identificar y se puede efectuar en ellos una valoración más completa para corroborar que se trate de casos positivos. El "Cuestionario de Trastornos del Animo" (CTA) fue el primer instrumento desarrollado específicamente para el tamizaje del trastorno bipolar y de su espectro en población abierta. Hirschfeld y cols. (10) desarrollaron y validaron este

instrumento, concluyendo que es adecuado y que genera resultados satisfactorios. Ese estudio fue diseñado con el objetivo de identificar el umbral sintomático óptimo para determinar trastornos del espectro bipolar y asesorar la sensibilidad y especificidad de dicho umbral al compararlo con un diagnóstico, efectuado por un profesional de la salud mental, como criterio estándar de comparación. Se llevó a cabo en cinco clínicas psiquiátricas con pacientes ambulatorios, con un total de 198 sujetos, y se concluyó que el punto de corte para obtener una sensibilidad (73%) y especificidad óptimas (90%), era de siete reactivos positivos. Posteriormente, Gorski y Willis (8) tradujeron al francés y validaron el CTA en una muestra de 96 pacientes. Estos fueron evaluados un mes después para observar la estabilidad de los síntomas. El grupo fue diagnosticado con una entrevista clínica estructurada. Hirschfeld y cols. (11) emplearon el CTA en un estudio posterior de tamizaje para TB en los Estados Unidos de Norteamérica, con una muestra de 127,800 sujetos representativos de la población; 66.8% de los sujetos contestaron esta encuesta y se observó que la tasa de TB era de 3.7%; de éstos sólo 19.8% reportó haber recibido previamente un diagnóstico de este tipo y 31.2% reportó haber recibido un diagnóstico previo de enfermedad unipolar; a su vez, el 49% restante no había recibido diagnóstico de ningún tipo.

Otro grupo de investigadores llevó a cabo la versión italiana del mismo cuestionario con 154 pacientes del hospital psiquiátrico de la Universidad de Cagliari en Italia (9). El CTA mostró especificidad para TB y trastorno esquizoafectivo tipo bipolar. Con el punto de corte en 4, mostró sensibilidad de 0.90 y especificidad de 0.58; con el punto de corte en 5, la sensibilidad fue de 0.84 y la especificidad de 0.70, mientras que al elevar el punto de corte a 6, la sensibilidad fue de 0.76 y la especificidad 0.86.

MATERIAL Y MÉTODO

Considerando estos antecedentes y al no contar una versión publicada en castellano de este instrumento, se decidió efectuar el presente estudio con los siguientes objetivos: 1) Efectuar la traducción del instrumento al idioma español. 2) Determinar su sensibilidad y especificidad en pacientes con trastornos afectivos. 3) Determinar su punto de corte óptimo para cubrir funciones de tamizaje en TB en una población clínica de sujetos con trastornos afectivos.

Descripción y adaptación del instrumento. El CTA (MDQ por sus siglas en inglés) (anexos 1 y 2) es un instrumento autoaplicable, breve y sencillo, que puede calificarse fácilmente.

Inquieta sobre síntomas maníacos o hipomaníacos a lo largo de la vida, con el uso de 13 preguntas dicotómicas (Sí/No), elaboradas a partir de los criterios diagnósticos para TB del DSM IV y de la experiencia clínica. Una pregunta final evalúa el estado anímico de ese momento y otra pregunta evalúa las alteraciones funcionales debidas a estos síntomas. Puede ser aplicado por cualquier miembro del equipo médico con experiencia básica en el manejo de pacientes.

Una vez obtenida la autorización por escrito por parte de sus autores, se procedió a su traducción y adaptación al español. Se siguió un procedimiento de traducción/retraducción en el que cuatro psiquiatras con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos y en particular el trastorno bipolar, se dieron a la tarea de traducir la versión original en inglés. Posteriormente reunieron sus versiones y las discutieron para definir una versión unificada. Esta última versión fue posteriormente retraducida al inglés, efectuando los ajustes requeridos y las modificaciones necesarias para hacerla lo más similar posible a la original, con lo que se logró una versión final que fue la utilizada en el estudio.

Descripción de la muestra. El estudio se llevó a cabo en pacientes que de manera espontánea o referidos, solicitaran atención médica en el servicio de preconsulta o en los servicios de atención clínica (consulta externa, hospitalización y consultorios de especialidad), y cuya queja principal fuera presentar sintomatología afectiva. Se incluyeron sujetos sin distinción de sexo y mayores de 18 años de edad. Se excluyeron pacientes cuya sintomatología primaria, de acuerdo al criterio médico de dos evaluadores independientes, no correspondiera en forma definitiva a un posible trastorno afectivo. Además se excluyeron aquellos casos cuya severidad sintomática les impidiera participar adecuadamente y a quienes, por alguna razón, no pudieran contestar cuestionarios. A los sujetos identificados de esta manera, se les propuso participar en el estudio y para ello se les leyó un documento en el que se explicaban las razones para efectuar el procedimiento y los objetivos a alcanzar. Una vez entendidos los puntos anteriores y aclaradas sus dudas, en caso de presentarse, si su respuesta a participar era afirmativa se les solicitaba firmar una carta de consentimiento, donde se documentaba que habían sido informados de manera suficiente y entendible, acerca del procedimiento a seguir y que aceptaban libremente participar en las valoraciones. En todo momento se les subrayó que su negativa a participar no afectaría en ningún sentido el tipo y la calidad de atención médica que recibirían por parte de la institución. La participación en este estudio no modificó en absoluto el procedimiento posterior de evaluación y atención clínica que se proporciona de manera rutinaria en

la institución. El protocolo, en su totalidad, fue revisado y aceptado por el comité de investigación y aprobado por el comité de ética de la institución.

Procedimiento. Todos los pacientes seleccionados llevaron a cabo el manejo habitual de diagnóstico y tratamiento de los servicios clínicos a los que correspondían. Como parte del estudio, se les proporcionó una versión del CTA, explicándoles verbalmente la forma en que lo tendrían que contestar. Una vez contestado y corroborando que no dejaran preguntas sin responder, se les recogió y se procedió a archivarlo para posteriormente calificarlo. Inmediatamente después, los investigadores del proyecto, sin conocer los resultados del cuestionario, les aplicaron la entrevista clínica diagnóstica semi-estructurada SCID I, versión para el clínico, con la inclusión exclusiva de los apartados de trastornos del afecto (7). Al finalizar la aplicación y de acuerdo a la información obtenida, se determinó y se registró el diagnóstico de cada paciente de acuerdo a los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadística en su IV versión revisada, de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) (4).

Los datos sociodemográficos de los pacientes y los resultados obtenidos en la evaluación clínica y en el cuestionario, fueron ordenados en una base de datos y posteriormente analizados. A través de un algoritmo de las respuestas se calculó el número de reactivos/síntomas contestados positivamente (rango de 0 a 13). Se consideró a un sujeto dentro del espectro bipolar, si además de tener un número mínimo de síntomas positivos, contestaba afirmativamente la pregunta correspondiente a si los síntomas estaban presentes simultáneamente y si causaban problemas moderados o graves. La sensibilidad (número de casos correctamente identificados por el cuestionario) y la especificidad (número de no-casos correctamente identificados por el cuestionario) se determinaron mediante el uso de la información de la entrevista clínica, como estándar comparativo. Posteriormente dichos parámetros se fueron ajustando en diferentes niveles, con el objeto de determinar el punto de corte óptimo del cuestionario.

Análisis estadístico. La descripción general de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables

categorías, y con medias y desviaciones estándar (+/-) para las variables continuas. Se obtuvieron los datos de sensibilidad y especificidad del CTA a partir de un punto de corte de 5 puntos y hasta un punto de corte de 10 puntos. Se realizaron Curvas ROC para establecer los efectos de la sensibilidad y especificidad sobre el poder predictivo y negativo del instrumento. Para ello se utilizó la prevalencia del diagnóstico de trastorno bipolar de la muestra incluida en el estudio.

RESULTADOS

La muestra con la que se llevó a cabo el estudio se conformó por 100 pacientes que acudieron a solicitar servicios a la institución por la presencia de un trastorno afectivo. El 64% del total de los sujetos incluidos fueron mujeres, y la edad promedio (\pm DE) del total de pacientes fue de 35.3 (\pm 11.8) años (rango de 18 a 66 años). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a predominio de edad o sexo al dividir a los pacientes entre los grupos unipolares y bipolares. La entrevista SCID generó la clasificación de los sujetos en distintos grupos de trastornos afectivos. Esta clasificación se presenta en el cuadro 1. Si bien se incluyeron diversos subtipos de trastornos afectivos, para los objetivos mencionados previamente, los pacientes se dividieron en dos grupos generales: los clasificados dentro de los trastornos del espectro bipolar (trastornos bipolares subtipo I, subtipo II y no especificado, así como ciclotimia) y los clasificados dentro de los trastornos del espectro unipolar (trastorno depresivo mayor, trastorno esquizoafectivo y distimia). Dentro de cada uno de estos grupos fueron incluidos los diferentes subtipos así como los casos de trastornos afectivos únicos, casos de trastornos afectivos con otras comorbilidades y casos con y sin recurrencia. La distribución de los pacientes en estos grupos tuvo una representación muy semejante, acorde a la polaridad: 49 de ellos correspondieron al espectro bipolar y 51 al unipolar.

El CTA fue respondido por la totalidad de los sujetos; el número de respuestas positivas varió entre ellos, cubriendo el total del rango de posibilidades (desde ninguna respondida positivamente, hasta la respuesta positiva en el total de las trece preguntas). El 1% de la muestra no respondió a ninguna pregunta en forma

CUADRO 1. Distribución de los pacientes por diagnóstico (n=100)

<i>Espectro bipolar</i>		<i>Espectro unipolar</i>	
Trastorno bipolar no especificado	2	Trastorno depresivo mayor	48
Trastorno bipolar tipo I	39	Trastorno esquizoafectivo	1
Trastorno bipolar tipo II	7	Distimia	2
Ciclotimia	1		
Total	49	Total	51

CUADRO 2. Distribución de casos de acuerdo al diagnóstico clínico y a los resultados del CTA

Punto de corte	Verdaderos positivos		Falsos positivos		Falsos negativos		Verdaderos negativos	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
5	47	(47.0)	36	(36.0)	2	(2.0)	15	(15.0)
6	47	(47.0)	29	(29.0)	2	(2.0)	22	(22.0)
7	44	(44.0)	20	(20.0)	5	(5.0)	31	(31.0)
8	41	(41.0)	14	(14.0)	8	(8.0)	37	(37.0)
9	38	(38.0)	11	(11.0)	11	(11.0)	40	(40.0)
10	35	(35.0)	4	(4.0)	14	(14.0)	47	(47.0)

positiva, mientras que 15% respondió afirmativamente a las 13 preguntas del cuestionario. El porcentaje restante se dividió entre ambos extremos, ubicándose el mayor número de respuestas en 6, 7 y 11 preguntas respondidas afirmativamente. El porcentaje de los pacientes que tuvo ese número de respuestas positivas fue de 12%, 10% y 10% respectivamente en la muestra total. La puntuación promedio general del cuestionario fue de 8.06 ± 3.5 puntos (rango 0 – 13 puntos). Se observó una diferencia significativa entre los pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar (10.3 ± 2.7 puntos) y los pacientes con otros trastornos afectivos (5.8 ± 2.7 puntos) ($t = -8.2$, 98 gl, $p < 0.001$). El cuadro 2 muestra la distribución de los sujetos de acuerdo a los puntos de corte con una puntuación del CTA del 5 al 10, y el diagnóstico de trastorno bipolar establecido por entrevista clínica.

En el cuadro 3 se muestran los indicadores de sensibilidad, especificidad, tasas de casos y valores predictivos del CTA, con los puntos de corte del 5 al 10. A partir de estos indicadores, se puede apreciar que el punto de corte de 10 es el que presenta los datos más adecuados de sensibilidad y especificidad así como un comportamiento estable en relación a los indicadores restantes. En la figura 1 se muestran los efectos de la sensibilidad y especificidad en el poder predictivo positivo y negativo del cuestionario, considerando una prevalencia del trastorno bipolar de 49% para los pacientes incluidos en el estudio.

DISCUSIÓN

El presente trabajo llevó a cabo la traducción al español y la determinación de los parámetros de sensibilidad y de especificidad de un instrumento de tamizaje

relativamente sencillo y fácil de aplicar, para la detección de trastornos del espectro bipolar, que ha sido utilizado exitosamente tanto en su estudio original como en posteriores reproducciones en otros idiomas. Para contar con una traducción válida y confiable, se procedió a la aplicación de un procedimiento de traducción y re-traducción con el que se logró obtener una versión clara y comprensible. Para determinar sus características operativas, se utilizó como procedimiento comparativo una entrevista clínica estructurada con el fin de definir los diagnósticos y compararlos con los resultados de la prueba. Se seleccionó una muestra de sujetos provenientes de los servicios de la consulta externa de un hospital psiquiátrico de tercer nivel de atención. Es necesario hacer énfasis en que la muestra con la que se probó el instrumento estuvo compuesta exclusivamente por pacientes portadores de diferentes padecimientos, pero todos dentro del grupo de los trastornos del afecto. Después de realizar un análisis ROC, en donde se calibró con diferentes puntos de corte la sensibilidad y la especificidad de la prueba, se encontró que el punto de corte de 10 generó una sensibilidad de 0.71 y una especificidad de 0.92, lo que le confiere un valor predictivo positivo de 0.90 y un valor predictivo negativo de 0.77. No obstante, con un punto de corte menor (entre 7 y 9), se obtienen parámetros de sensibilidad y especificidad razonablemente satisfactorios para los objetivos del instrumento.

Un aspecto importante a discutir es que nuestro estudio mostró las mejores características operativas con un punto de corte de 10, a diferencia de otros estudios que muestran dichas características con puntos de corte menores. Existen varias razones para explicar esta diferencia. La principal es la necesidad de considerar que nuestra valoración del CTA se llevó a cabo con una muestra de pacientes que presentaban exclusiva-

CUADRO 3. Indicadores de sensibilidad, especificidad, tasas de casos y valores de predicción

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	TFP	TFN	TCE	VPP	VPN
5	0.96	0.29	0.71	0.04	0.38	0.57	0.88
6	0.96	0.43	0.57	0.04	0.31	0.62	0.92
7	0.90	0.61	0.39	0.10	0.25	0.69	0.86
8	0.84	0.73	0.27	0.16	0.22	0.75	0.82
9	0.78	0.78	0.22	0.22	0.22	0.78	0.78
10	0.71	0.92	0.08	0.29	0.18	0.90	0.77

TFP = Tasa de falsos positivos. TFN = Tasa de falsos negativos. TCE = Tasa de clasificación errónea. VPP = Valor predictivo positivo. VPN = Valor predictivo negativo.

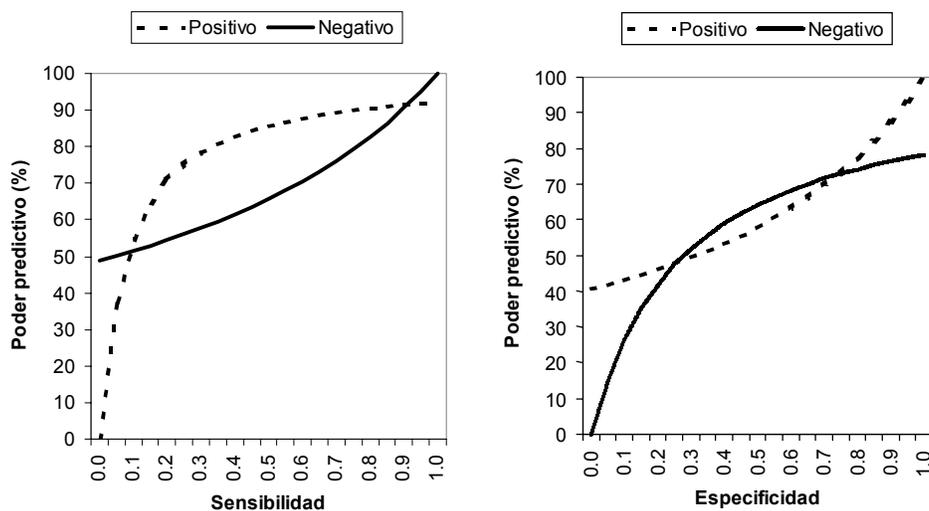


Fig. 1. Efectos de la sensibilidad y especificidad en el poder de predicción del CTA

mente trastornos afectivos. En estas condiciones, las probabilidades de detectar falsos positivos se incrementan si se utilizan puntos de corte bajos. Esto es más claro si los datos se comparan con el estudio de Cagliari (13), el cual determinó que 4 fue el punto de corte óptimo, en una muestra de sujetos en los que casi la mitad de ellos no tenían trastornos en el eje I de la clasificación diagnóstica. En el caso del estudio de Hirschfeld (11), en el que el instrumento original fue desarrollado y validado, el punto de corte óptimo fue de 7 pero en este caso también la muestra incluyó, además de sujetos con trastornos afectivos, sujetos con otros tipos de patología.

Por lo tanto, será necesario corroborar los datos obtenidos en este estudio con otros que se realicen en poblaciones con diagnósticos más heterogéneos y en distintos escenarios clínicos. Asimismo será necesario que se aplique en poblaciones abiertas donde muy probablemente el punto de corte óptimo será menor.

La información obtenida comprueba que el CTA, en su versión en idioma español, es un instrumento de tamizaje de utilidad para detectar con buenas posibilidades casos positivos dentro del espectro bipolar. Tal y como algunos autores en el campo lo han expresado (1), existe una "epidemia oculta", en la que bajo el concepto de depresión mayor se encierra un número importante de formas de bipolaridad no reconocidas. El no identificar acertadamente la naturaleza bipolar de estos casos, con frecuencia lleva a la aplicación de tratamientos antidepresivos inadecuados y a un significativo retraso para instituir manejos eficaces. Esto tiene implicaciones en la práctica clínica cotidiana, en el desarrollo de estudios de investigación, en los ensayos farmacológicos y, en general, en las políticas de salud pública. Por lo tanto, contar con métodos e instrumentos clínicos que permitan detectar con mayor facilidad

casos de espectro bipolar, tanto en poblaciones clínicas como en poblaciones abiertas, repercutirá en una evolución de la enfermedad con un mejor pronóstico, en estudios para conocer las bases neurobiológicas de los trastornos afectivos realizados con grupos de sujetos más homogéneos y en recursos para que el tratamiento de estos pacientes sea aprovechado de manera óptimas. Es necesario que estudios futuros valoren esta versión del cuestionario en español en otro tipo de poblaciones como pacientes del primer nivel de atención médica o en población abierta.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación de la doctora Ingrid Vargas Huicochea, quien colaboró en el presente estudio durante la evaluación de los pacientes.

REFERENCIAS

1. AKISKAL HS, PINTO O: The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II III and IV. *Psychiatr Clin North Am*, 22:517-534, 1999.
2. AKISKAL HS, BOURGEOIS ML, ANGST J, POST R, MÖLLER HJ, HIRSCHFELD RMA: Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*, 59:S5-S30, 2000.
3. AKISKAL HS: The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *J Affect Disord*, 84: 107-115, 2005.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Cuarta edición revisada. Washington, 2000.
5. ANGST J, SELLARO R: Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 48:445-457, 2000.
6. BENAZZI F, AKISKAL HS: Refining the evaluation of bipolar II: beyond de strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J Affect Disord*, 73:33-383, 2003.
7. FIRST MB, GIBBON M, SPITZER RL, WILLIAMS JBW: *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Biometrics Research, Nueva York, 1996.

8. GORSKI E, WILLIS KC: A pilot study examining the relationship between Patients' Complaints and Scores on the Hirschfeld Mood Disorder Questionnaire. Prim Care Companion. *J Clin Psychiatry*, 5:201-204, 2003.
9. HARDOY MC, CADEDDU M, MURRU A, DELL'OSSO B, CARPINIELLO B y cols.: Validation of the Italian version of the «Mood Disorder Questionnaire» for the screening of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 21:1-8, 2005.
10. HIRSCHFELD RM, WILLIAMS JB, SPITZER RL, CALABRESE JR, y cols.: Development a validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*, 157:1873-1875, 2000.
11. HIRSCHFELD RMA, LEWIS, VORNIK LA: Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64:161-174, 2003.
12. JUDD LL, AKISKAL HS, SCHETTLER PJ, CORYELL W y cols.: The long-term natural history of weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59:530-537, 2002.
13. JUDD LL, AKISKAL HS, SCHETTLER PJ, CORYELL W y cols.: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60:261-269, 2003.
14. JUDD LL, AKISKAL HS: The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the U.S. population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord*, 73:123-131, 2003.
15. LEWINSOHN PM, KLEIN DN, SEELEY JR: Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:454-463, 1995.
16. SOLOMON DA, LEON AC, MASER JD, TRUMAN CJ y cols.: Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P). *J Clin Psychiatry*, 67:434-442, 2006.

Anexo 1. Cuestionario de Trastornos del Animo, versión traducida al español

1. ¿Ha habido ALGUN PERIODO DE TIEMPO en el cual su comportamiento fue diferente del habitual y....

... se sentía tan bien o tan acelerado que los demás pensaron que estaba fuera de lo normal, o bien, se sentía tan acelerado que se metió en problemas?		SI	NO
...estaba tan irritable que le ha gritado a la gente o ha empezado peleas y discusiones?		SI	NO
... se sentía más seguro de sí mismo que lo habitual?		SI	NO
...dormía menos horas de las habituales y no le hacía falta recuperarlas?		SI	NO
...estaba más platicador o hablaba más rápido de lo habitual?		SI	NO
...sentía que le llegaban muchas ideas a la vez y no podía detenerlas?		SI	NO
...se distraía tan fácilmente por las cosas a su alrededor que tenía problemas para concentrarse o mantenerse atento?		SI	NO
...tenía mucha más energía que la habitual?		SI	NO
... estaba mucho más activo/a o hacía más cosas que lo habitual?		SI	NO
... tenía más actividad social que de costumbre, por ejemplo, salía más de casa o llamaba por teléfono a altas horas de la noche?		SI	NO
... estaba mucho más interesado/a en el sexo de lo habitual?		SI	NO
... hacía cosas fuera de lo común para usted o que otras personas consideraran exageradas, tontas o riesgosas?		SI	NO
... gastaba dinero de tal forma que le ocasionara problemas a usted o a su familia?		SI	NO
2. Si contestó SI en más de una de las preguntas anteriores, ¿varias de ellas se presentaron durante un mismo periodo de tiempo? *Por favor circule sólo una respuesta*
3. ¿Que tan graves han sido los problemas ocasionados por estas conductas? Por ejemplo: no poder trabajar; problemas familiares, económicos o legales; pleitos o discusiones con consecuencias graves. *Por favor circule sólo una respuesta.*

Sin problemas - Problemas mínimos - Problemas moderados - Problemas graves

Anexo 2. Cuestionario de Trastornos del Animo. Versión original en inglés

1. Has there ever been a period of time when you were not your usual self and.....

...you felt so good or so hyper that other people thought you were not your normal self or you were so hyper that you got into trouble?		yes	no
...you were so irritable that you shouted at people or started fights or arguments?		yes	no
... you felt much more self-confident than usual?		yes	no
...you got much less sleep than usual and found you didn't really miss it?		yes	no
...you were much more talkative or spoke faster than usual?		yes	no
...thoughts raced through your head or you couldn't slow your mind down?		yes	no
...you were so easily distracted by things around you that you had trouble concentrating or staying on track?		yes	no
...you had much more energy than usual?		yes	no
... you were much more active or did many more things than usual?		yes	no
... you were much more social or outgoing than usual, for example, you telephoned friends in the middle of the night?		yes	no
... your were much more interested in sex than usual?		yes	no
... you did things that were unusual for you or that other people might have thought were excessive, foolish or risky?		yes	no
... spending money got you or your family into trouble?		yes	no
2. If you checked yes to more than one of the above, have several of these ever happened during the same period of time? *Please circle one response only*
3. How much of a problem did any of these cause you – like being unable to work; having family, money or legal troubles; getting into arguments or fights? *Please circle one response only.*

No problems - minor problems - moderate problems - serious problems