

**Evaluación del Trastorno Afectivo Bipolar: Revisión Sistemática de los Estudios
Instrumentales**

Autor:

Jouseleyne Del Carmen Tafur Navarro



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Departamento de Psicología

Barranquilla

2020

**Evaluación del Trastorno Afectivo Bipolar: Revisión Sistemática de los Estudios
Instrumentales**

Jouseleyne Del Carmen Tafur Navarro

Trabajo de grado

Tutor: Mg. Paola Andrea García Roncallo

Co-tutor: Mg. Eileen Andrea García Montaña

Universidad de la Costa, CUC

2020

Nota de autor:

Jouseleyne Tafur Navarro

**Estudiante de psicología, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de
la Costa, CUC**

**La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Jouseleyne Tafur
Navarro, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, CUC. Barranquilla –**

Colombia. Email: Jtafur2@cuc.edu.co

Barranquilla,

Mg. Eileen García

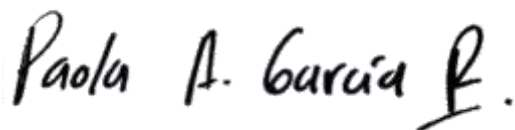
Líder del grupo de investigación

E.S.M.

Atentamente nos permitimos hacerte la entrega formal del Trabajo de grado titulado “Evaluación del Trastorno Afectivo Bipolar: Revisión Sistemática de los estudios instrumentales” presentado por la estudiante Jouseleyne Tafur Navarro.

Como tutora considero que el trabajo de grado cumple satisfactoriamente con los criterios de calidad y rigor científico, por lo tanto, comedidamente solicito su colaboración para someterlo a evaluación de jurados. Es esta la oportunidad para expresar felicitaciones por el trabajo, por su compromiso y dedicación a la producción científica, cumpliendo con los estándares de calidad que implican los estudios de revisión, tal como se evidencian en este trabajo de grado. También, cabe resaltar el contaste apoyo en el presente proceso por parte de la Mg. Eileen García (en calidad de co-tutora) y la Mg. Daniella Abello, quienes constituyeron un acompañamiento permanente tanto a nivel conceptual como metodológico.

Gracias por su atención,



Paola Andrea García Roncallo

CC. 1.140.841.407

Profesora Tiempo Completo - Investigadora

Departamento de Psicología del Individuo

Nota de aceptación

Firma de la Decana del Departamento de Ciencias Sociales

Firma del Decano de Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Firma de la Directora del Programa de Psicología

Firma Líder de Grupo de Investigación de Evolutiva y Psicopatología

Firma de Tutora

Firma de Co-tutora

Firma Juez Interno

Firma Juez Externo

Agradecimientos

Con amor y alegría le doy infinitas gracias a Dios por la vida y la bendición de poder culminar satisfactoriamente y con orgullo este sueño tan anhelado.

A mis padres, Carlos Tafur y Lilianis Navarro por apoyarme, por todos sus sacrificios y por el inmenso amor que recibo día tras día, gracias porque ustedes son mi motor, mi ancla para luchar y seguir adelante, gracias por apoyarme y creer siempre en mí, sin ustedes este triunfo no sería posible. A mis hermanos Lwillys, Lizleidinys y Osnaider, por ser mi vida y convertirme en sus orgullos.

A ti Luis Guillermo, por ser mi compañero de vida.

Mis más sinceras admiraciones, respeto y amor a ustedes Daniella Abello, Paola García y Eileen García por su dedicación, por su apoyo incondicional, por ese cariño tan sincero y sobre todo por ser más que mis mentoras son mi ejemplo para seguir. A Jany, Diana y Laura por ser las hermanas mayores del C2 y porque admiro sus procesos. A ti amiga, Brigith por emprender conmigo este proceso, aunque con rumbos separados. ¡Gracias a toda la familia C2, con ustedes todo se hace más fácil y divertido!

Y gracias a todos aquellos que de alguna u otra forma contribuyeron a este hermoso proceso.

Con amor comparto este triunfo con ustedes.

Jou.

Resumen

El Trastorno Bipolar es un constructo ampliamente estudiado, pero su proceso diagnóstico ha sido controvertido, porque el uso de los instrumentos de medición es una práctica relativamente nueva. *Objetivo:* Realizar una Revisión Sistemática de los instrumentos mayormente empleados, para identificar en la literatura su adecuación conceptual, la forma de administración y las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición en adultos hispanohablantes de 18 a 65 años. Se realizaron búsquedas electrónicas en: Scopus, Science Direct y Web of Science, sin temporalidad de año; utilizando palabras claves en función a términos metodológicos y clínicos del constructo, conectados por el operador booleano “AND”. La calidad metodológica se evaluó mediante la lista de verificación COSMIN.

Resultado: Tras la preselección y eliminación de estudios duplicados quedaron 28 estudios idóneos. Los instrumentos más empleados fueron: MDQ, HAMD-5, BDI y IDS. 12 estudios reportaron modelo teórico, siendo el DSM-IV y el modelo de temperamento compuesto afectivo y emocional los más empleados. En cuanto a las propiedades psicométricas, 13 instrumentos determinaron la validez de constructo mediante el análisis factorial, el método de extracción más usado para la identificación de la carga de los factores es el análisis factorial exploratorio, utilizando el índice de ajuste: el análisis de componentes principales. 24 estudios reportaron en su metodología análisis de consistencia interna, utilizando el coeficiente α de Cronbach. La correlación de Pearson fue el estadístico más efectuado para la evaluación de la validez concurrente. Finalmente, en la validez de constructo, 8 estudios utilizaron los análisis de correlación (convergente y discriminante).

Palabras clave: Trastorno Bipolar, Propiedades Psicométricas, Adaptación, Validación, Instrumento, Escala, Revisión sistemática

Abstract

Bipolar Disorder is a widely studied construct, but its diagnostic process has been controversial, because the use of measuring instruments is a relatively new practice. Objective: To carry out a Systematic Review of the instruments mostly used, to identify in the literature their conceptual adequacy, the method of administration and the psychometric properties of the measurement instruments in Spanish-speaking adults between 18 and 65 years of age. Electronic searches were carried out in: Scopus, Science Direct and Web of Science, without time of year; using key words based on Methodological and Clinical Terms of the Construct, connected by the Boolean operator "AND". Methodological quality was assessed using the COSMIN checklist.

Result: After preselection and elimination of duplicate studies, 28 suitable studies remained. The most used instruments were: MDQ, HAMD-5, BDI and IDS. 12 studies reported the theoretical model, the DSM-IV and the affective and emotional composite temperament model, being the most widely used. Regarding psychometric properties, 13 instruments determined construct validity through Factor Analysis, the most used extraction method for identifying factor load is exploratory factor analysis, using the adjustment index: component analysis main. 24 studies reported internal consistency analysis in their methodology, using Cronbach's α coefficient. Pearson's correlation was the most frequently performed statistic for evaluating concurrent validity. Finally, in construct validity, 8 studies used correlation analyzes (convergent and discriminant).

Keywords: Bipolar Disorder, Psychometric Properties, Adaptation, Validation, Instrument, Scale, Systematic Revision

Contenido

Lista de tablas y figuras.....	10
Introducción.....	11
Definición del problema.....	13
Planteamiento del problema	13
Formulación del problema.....	17
Justificación.....	18
Objetivos.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos	20
Marco teórico.....	21
Evolución histórica y conceptual del trastorno bipolar.....	21
Nosología del trastorno bipolar.	26
Evaluación categorial de los trastornos bipolares.	27
Manifestación de los trastornos bipolares en la adultez.	37
Evaluación clínica del trastorno bipolar.....	39
Generalidades.	39
Problema en la evaluación dimensional.....	40
Fundamento psicométrico.	42
Las Teoría de los Tests	48
Revisiones de la literatura científica.	50
Instrumentos actuales para la medición de la depresión y la bipolaridad.....	54
Metodología.....	59
Tipo de investigación	59
Muestra	59

Instrumento y Técnica.....	59
Procedimiento para la Revisión Sistemática.	60
Parte A. Búsqueda bibliográfica.....	60
Parte B. Evaluación de las propiedades psicométricas.	63
Presupuesto.....	65
Cantidades	65
Cronograma.....	66
Resultados.....	67
Discusión.....	98
Referencias.....	112
Referencia de los estudios incluidos en la revisión sistemática.....	143

Lista de Tablas y figuras**Tablas**

Tabla 1 Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastorno Bipolares.	28
Tabla 2 Criterios diagnósticos del CIE-11 para Trastornos del Humor y el Trastorno Bipolar.	33
Tabla 3 Presupuesto.	65
Tabla 4 Cronograma.	66
Tabla 5 Caracterización de los estudios.	69
Tabla 6 Caracterización de los instrumentos.	74
Tabla 7 Caracterización del constructo de medida de los instrumentos.	80
Tabla 8 Propiedades psicométricas de los instrumentos.	82
Tabla 9 Propiedades psicométricas de los instrumentos: Análisis Factorial.	87
Tabla 10 Propiedades psicométricas de los instrumentos: Validez externa.	92

Figuras

Figura 1 Distribución de los estudios acorde al instrumento evaluados.	68
---	----

Introducción

Los Trastornos Afectivos se han convertido a lo largo de los años, en unas de las patologías de mayor relevancia con relación a su prevalencia. Organizaciones internacionales como la World Federation of Mental Health [WFMH] (2012) refieren que para el 2030 los trastornos afectivos ocuparan el primer lugar en la carga global de enfermedad. Frente a esta problemática, se han establecido comunicados en materia de salud mental que apunta a generar iniciativas en función de creación y estandarización de instrumentos psicométricos que evalúen de forma objetiva y veraz, la presencia, frecuencia y cronicidad de sintomatología afectivas.

Sin embargo, los estudios instrumentales carecen de la información necesaria sobre el procedimiento empleado para la definición operativa y sintáctica del constructo de medida y las evidencias de fiabilidad y validez requeridas. De ahí surge la importancia de la presente investigación, que busca realizar una revisión sistemática de las propiedades de medición de los instrumentos que evalúan el trastorno afectivo bipolar en población hispano parlante, dado su rigor metodológico, relacionados con la medición del trastorno afectivo bipolar, con el objetivo de sintetizar el conocimiento que existe sobre el tema, de manera que permita ampliar, profundizar y orientar nuevos estudios; y contribuir al mejoramiento de la eficiencia en los instrumentos al servicio de los profesionales de la salud mental.

En la descripción del marco teórico se orienta a sustentar la fundamentación teórica que enmarca el desarrollo del trastorno bipolar. Inicialmente se presenta un relato concreto sobre la evolución histórica y conceptual de las variables de estudio, así como de las dimensiones que las constituye y su aporte empírico.

Por último, en cuanto a la evaluación y medición de lo psicológico se presentar los aspectos fundamentales a esta. El proceso se realizó de manera riguroso mediante la creación de códigos de búsqueda compuestos por la tipología metodológica de los estudios y la consulta de tres bases de datos. El proceso de extracción de información y la evaluación de la calidad metodológica se dio bajo las directrices de los Estándares basados en el censo para la selección de instrumentos de medición de la Salud [COSMIN por sus siglas en inglés] (Mokkink, Terwee, Patrick, Alonso, Stratford, Knol, Bouter y Amp de Vet, 2012) y por las Normas para el Desarrollo y Revisión de estudios instrumentales (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Definición del problema

Planteamiento del problema

Aproximadamente 450 millones de personas padecen de algún trastorno mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004 y Rey, 2020). De forma particular, los trastornos afectivos reportan una fuerte incidencia a nivel global. En relación con el trastorno afectivo bipolar, afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2019) constituyendo la segunda causa de los años de vida perdido por discapacidad dentro de los trastornos de la salud mental (Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine y Burstein, 2013).

El National Institute of Mental Health [NIMH] (2017) y la OMS (2019) coinciden que el trastorno afectivo bipolar suele caracterizarse por la alternancia de episodios maníacos y depresivos, donde también se presentan periodos de estado de ánimo anormal, durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. La OMS (2019) manifiestan que las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas, se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar.

Se estima entre un 1% y un 2,4% de la población, afectando a hombres y mujeres en la misma proporción y suele iniciar entre los 20 y los 30 años (Suárez, Montes, Jarabo y Fortez, 2015). A nivel nacional, en la Encuesta Nacional de Salud Mental [ENSM] (2015) la prevalencia según al rango de edad se presenta que cualquier trastorno afectivo (depresión y bipolaridad) es mayor entre las edades comprendidas de 18 a 44 años.

Uno de los problemas más relevantes es que los pacientes con trastorno bipolar registran la mayor tasa de suicidio entre todos los trastornos psiquiátricos con aproximadamente el 26% de los pacientes intentar suicidarse (Mitchell, Slade, y Andrews, 2004; Proudfood, Doran, Manicavasagar y Parker, 2011). Es relevante mencionar que la comorbilidad con otros trastornos muchas veces pasa desapercibida, según Krishnan (2005) los trastornos con mayor comorbilidad con el trastorno bipolar son los trastornos por abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad; y otros trastornos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad.

Con relación a los efectos psicosociales, Morgado, Tapia, Ivanovic-Zuvic y Antillo (2015) informan que el trastorno bipolar provoca un mayor deterioro en esta área que la depresión unipolar, afectándose en mayor medida los ámbitos laboral, social y familiar. De forma similar, tras los episodios maníacos, casi un tercio de los pacientes no pueden trabajar durante aproximadamente seis meses y sólo un quinto alcanzan su nivel usual de desempeño (Ball et al., 2003; Strakowski et al., 1998; Dion et al., 1988).

En el Plan de Acción de Salud Mental 2013 – 2020 de la OMS (2013) establecen que el sistema de salud aún no ha dado respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales, con relación a la necesidad de tratamiento y a la prestación del servicio lo cual aumenta la brecha terapéutica. El problema se complica por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados y su alto costo estatal y social (The World Federation for Mental Health [WFMH], 2012).

Téllez-Vargas, Strejilevich y Camacho (2010) atribuyen además, el retraso en el diagnóstico a la omisión de los síntomas de bipolaridad en los procesos de evaluación diferencial de los episodios depresivos unipolares, por lo que este tipo de padecimientos terminan

solapándose por un tiempo diagnósticos afines y tratadas con medicación que puede resultar contraproducente, aumentar la intensidad de los episodios afectivos y/o propiciar la aparición del fenómeno de ciclos rápidos (World Health Organization [WHO], 2017; Fountoulakis et al, 2016).

Arnold, Martínez, Zavala, Prihoda, Escamilla, Singh, Bazán, Quiñones y Bowden (2016), sostienen que existen escalas de calificación comúnmente utilizadas para evaluar los síntomas de trastorno bipolar, pero estos no se ajustan a los síntomas asociados, ya que han variado los sistemas de clasificación y la existente limitación por la poca comparación en la gravedad de los síntomas entre los pacientes de habla hispana e inglesa.

En este sentido, Gonzales-Llaneza y Martín-Carbonell (2007) manifiesta que la utilidad de los instrumentos de medición y evaluación ha sido ampliamente demostrada a lo largo de la historia de la psicología, constituyendo la base sobre el cual descansa los fundamentos de exploración y análisis del comportamiento del hombre. No obstante, la mayoría de las pruebas publicadas carecen de los requerimientos mínimos exigidos en los Standars for Educacional and Psychological Testing (AERA, APA y NCME, 1999). Así mismo, Carretero-Dios y Pérez (2007) puntualizan que los estudios instrumentales contemporáneos carecen de la información necesaria sobre el procedimiento empleado para la definición operativa y sintáctica del constructo de medida y las evidencias de fiabilidad y validez requeridas. Las principales carencias según estos autores, recae en la omisión del reporte sobre el proceso de edición de los ítems, la justificación del número de ítems necesario para representar al constructo evaluado, la adecuada representación de las dimensiones a través de los ítems considerados y los datos relevantes en cuanto a los controles aplicados, tanto cualitativo como cuantitativo, para garantizar la calidad de los ítems.

Sánchez-Meca y Botella (2010), refieren que existe un incremento de estudios empíricos, donde todos abordan la misma pregunta; dicha acumulación dificulta la Práctica Basada en Evidencia [PBE], ya que se hace casi imposible hacer una adecuada selección de los estudios relevantes y su análisis crítico en un tiempo determinado, a esto se le suma la demanda laboral del profesional para abordar y afrontar esta tarea; por lo tanto a partir de esta problemática surge las revisiones sistemáticas (RSs) y metaanálisis (Mas) como una herramienta metodológica que sintetiza la mejor evidencia disponible. Autores como Trujols, Ballesteros, Solá y Portella, (2015), mencionan que en la medida que se sintetiza de manera rigurosa y sistemática toda la evidencia empírica encontrada de un mismo tema de investigación, su uso se implementara como herramienta eficaz para la selección de estudios investigativos y clínicos.

En la actualidad, han surgido investigaciones que implementan el uso de las revisiones sistemáticas y metaanálisis en instrumentos de medición como herramientas eficaces para la selección en la investigación y la práctica clínica (Trujols, Ballesteros, Solá y Portella, 2015). Sin embargo, esta es una práctica nueva, que aún no se ha implementado ni investigado en referente a los estudios instrumentales en el trastorno afectivo bipolar, ya que su gran mayoría se concentra en procesos diagnósticos, epidemiología, eficacia de los medicamentos, combinación de un tratamiento o terapias relevantes (Bauer y Pfenning, 2005; De Lima, Tassi, Novo, Mari, 2005, y Vieta, 2005; Wang, Ketter, Becker, Nowakowska, 2003 y Malhi, Mitchell, Salim, 2003).

Para ello, es necesario contar con instrumentos de medida que permitan evaluar atributos en constructos y dimensiones complejas en el área de la salud (Lujan-Tangarife y Cardona-Arias, 2015). Para lograr la detección del trastorno bipolar es recomendable incluir el uso de cuestionarios de detección y a su vez realizar revisiones sistemáticas en estudios instrumentales (Zimmerman, 2016).

Con base a lo anterior, la revisión de la literatura apunta a un vacío investigativo entorno a revisiones sistemática que evalúen al mismo tiempo diversos instrumentos de medición del trastorno bipolar en población hispanohablantes adultos entre 18 a 65 años.

Formulación del problema

Por esta razón resulta relevante adelantar una investigación dirigida al análisis de los avances y limitaciones en de la evaluación y medición de los trastornos afectivos bipolar, en procura de resolver la siguiente pregunta problema: *¿Cuál es la adecuación conceptual, la forma de administración y las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición del trastorno afectivo bipolar en una muestra de adultos hispanoparlante*

Justificación

Diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas alertan sobre la necesidad de abordar de manera integral la salud mental, enfatizando que los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades (OMS, 2014). En los trastornos afectivos los cuadros comórbidos frecuentemente complican la búsqueda de ayuda, la adherencia al tratamiento, incluso en el pronóstico se incrementa el riesgo de suicidio (Téllez-Vargas, Strejilevich y Camacho, 2010).

En este sentido, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020, [OMS, 2013] busca dirigir los esfuerzos al mejoramiento de investigaciones en colaboración universitaria, dando prioridad nacional e internacional a los estudios enfocados a la salud mental, específicamente a investigaciones que tengan un interés directo para la creación e implementación de servicios a los usuarios que padezcan un trastorno mental. En lo que concierne a la disciplina, es indiscutible que, más allá de los avances en los sistemas diagnósticos actuales como el manual Estadístico de trastornos Mentales (DSM-5) o la Clasificación de Estadística Internacional de enfermedades (CIE-11) en el caso del trastorno bipolar expone que es necesario mayor cantidad de investigaciones y consensos clínicos para poder realizar un diagnóstico preciso más temprano y el abordaje terapéutico adecuado para poder aliviar el elevado impacto global que suele generar los trastornos bipolares (Vázquez, 2014).

El Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020, [OMS, 2013] destaca la importancia de desarrollar acciones en pro del mejoramiento del acceso a los servicios de salud mental, mediante protocolos de buena calidad y prácticas basadas en evidencias, que propicien la intervención temprana de los trastornos mentales. Carretero-Dios y Pérez (2007) destacan la importancia que tiene el uso de tests en la investigación psicológica y la necesidad de que los

estudios que dirigen sus esfuerzos a la creación y adaptación de test respondan a estándares rigurosos que guíe el desarrollo de los instrumentos medición, como los Standards for Educational and Psychological Testing (AERA, APA y NCME, 1999).

Vale la pena destacar que, en Colombia, el Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021, reconoce que uno de los problemas prioritario son los trastornos mentales y establecen como meta la gestión de conocimiento en salud mental con relación a incrementar el número de proyectos financiados por COLCIENCIAS en el área de promoción de la salud mental (Ministerio de Salud y Colciencias, 2015).

En atención a este panorama, la presente investigación propone desarrollar una revisión sistemática (Higgins y Green, 2011) de estudios instrumentales originales, dado su rigor metodológico (Rother, 2007), sobre relacionados con la medición del trastorno afectivo bipolar, con el objetivo de sintetizar el conocimiento que existe sobre el tema, de manera que permita ampliar, profundizar y orientar nuevos estudios; lo cual permitirá contribuir al mejoramiento de la eficiencia en los instrumentos al servicio de los profesionales de la salud mental, elección del instrumento de acuerdo a la necesidad clínica del paciente y a la toma de decisión de los profesionales a la hora de elegir la herramienta de detección y/o seguimiento.

Esta revisión apunta también a generar nuevos conocimientos y nuevas líneas investigativas con el fin de fortalecer las deficiencias en la medición del trastorno bipolar en la actualidad, contribuyendo además con la generación de conocimiento de la línea de investigación Neurociencia Cognitiva y Salud mental y sublíneas de investigación Neurociencia Cognitiva Aplicada, seguido del semillero de investigación C2 y consecuentemente de la Universidad de la Costa (Programa de psicología de la facultad de ciencias humanas y sociales).

Objetivos

Objetivo general

Analizar en la literatura existente la adecuación conceptual, la forma de administración y las propiedades psicométrica de los instrumentos de medición de los Trastornos Bipolares, en población de adultos hispanohablantes entre los 18 a 65 años.

Objetivos específicos

- Identificar los estudios instrumentales asociados a la medición de los Trastornos Bipolares en población adulta hispanohablante.
- Identificar la adecuación conceptual, el modo de administración y propiedades psicométricas de los instrumentos dirigidos a la evaluación de los Trastorno Bipolares.
- Comparar la evidencia disponible de los instrumentos de medición en los Trastorno Bipolares.

Marco teórico

Este apartado se orienta a sustentar la fundamentación teórica que enmarca el desarrollo del presente estudio. Inicialmente se presenta un relato concreto sobre la evolución histórica y conceptual de las variables de estudio, así como de las dimensiones que las constituye y su aporte empírico. Por último, en cuanto a la evaluación y medición de lo psicológico se presentar los aspectos fundamentales a esta.

Evolución histórica y conceptual del trastorno bipolar

Según Berrios (1992 y 1995) al inicio del siglo XX, en los determinados términos (afectivo y sus derivados), en los conceptos (nociones teóricas sobre las experiencias relacionadas con los trastornos afectivos) y conductuales (cambios observables en cuanto a discurso y la acción asociada con la neurobiología de esto trastornos). Es importante mencionar que los aspectos mencionados anteriormente tienen un momento histórico diferente, para comenzar, las primeras descripciones del trastorno bipolar (TB) se sitúan en la Grecia antigua, en un principio los médicos griegos y latinos describieron la depresión la manía en formas separadas (Camacho, Bernardo y Téllez-Vargas, 2010).

Según Akiskal & Akiskal (2007), Aristóteles logró diferenciar la personalidad melancólica del estado melancólico, del cual este ha sido vinculado con episodios de creatividad aún bajo el espectro melancólico. El termino manía para los autores (Camacho, Bernardo y Téllez-Vargas, 2010; Angst y Marneros 2001; Goodwin y Jamison 2007), tiene una implicación poética, considerado tanto por griegos como los romanos como un estado en que el alma se purificaba de un estado mental angustioso, donde esta purificación producía episodios de relajación y pérdida del control; la manía fue descrita en el libro de homero la Ilíada como el episodio en el cual Ajax sufría de intensa angustia, excitación y agresión. Años más tarde Areteo

de Capadoica describe la enfermedad maniaco-depresiva, donde los pacientes melancólicos presentaban cambio de temperamento (eufórico, grandioso, bailaba y cantaba por varios días y noche, comportamientos acompañados de agresión , intensos deseos sexuales y violencia hacia a sí mismo u otros; este fue el primer en combinar los términos de melancolía y manía, a su vez, incluyo en su descripción de la melancolía los conceptos de depresión, depresión psicótica, estados mixtos y esquizofrenia con presencia de síntomas afectivo (Marneros 1999; Angst y Marneros 2001; Marneros 2001).

La semiología de los trastornos afectivos siempre ha sido considerada el “*pariente pobre*” de la psicopatología descriptiva durante el siglo XIX, donde tampoco sus síntomas sobresalieron en las definiciones de los trastornos mentales (Berrios, 1985). Desde la época clásica las pasiones se han contemplado como el lado oscuro e inferior del hombre, Aunque durante el siglo XVIII, por la influencia del movimiento romántico, se produjo una exaltación de las emociones (Perkins, 1969). Es importante mencionar que durante la segunda mitad del siglo XIX creció el interés por la afectividad, como demuestran los trabajos de Brentano, Janet y Freud (Luque y Berrios, 2011), el autor Berrios (2008), expresa que dada la dificultad conceptual en definir los términos (sentimientos, emociones, pasiones, humor, afecto) se redefinieron una serie de términos coleccionados por los clásicos (manía, melancolía o distimia, depresión, disforia, ciclotimia, alexitimia y anhedonia).

En la época clásica, según Luque y Berrio (2011), la manía era el término general utilizado para denominar la “locura”, y se definía por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida del control. Este significado de la manía como sinónimo de “locura” permaneció sin cambios hasta el siglo XVIII. La evolución del término de manía se ve a principio del siglo XIX y se define en términos más completos, los factores que influyeron en el cambio conceptual de la

manía fueron: a) la “manía” era una categoría demasiado amplia y general; b) el concepto de locura parcial reemplazó al de locura total; c) bajo la influencia de la psicología, las “insanias emocionales” se organizaron como grupo autónomo, como síndrome organizado alrededor de los síntomas afectivos y como trastorno; A mediados de siglo, la manía ya se reconoce como un trastorno primario del afecto (Berrios, 1988).

A inicios del siglo XX, Mendel (1907), manifiesta que la manía se definía como una “psicosis funcional, del cual, identificaba cuatro etapas: 1. inicial; 2. exaltación; 3. furor; 4. declive; y cuatro subtipos: 1. hipomanía; 2. recurrente; 3. gravis; 4. periódica. Entre los síntomas de la manía señalaba las alucinaciones, la anomalía del pensamiento, los delirios, la confusión, la hipermnésia, la hiperactividad y la pérdida de peso.

Una vez finalizado el periodo medieval, los académicos, en especial los germanos y franceses retomaron la descripción fenomenológica de los trastornos afectivos. Wilhem Griessinger, fue uno de los más importantes científicos de la psiquiatría en Alemania, en 1845 escribió que los cambios de melancolía a manía eran frecuentes y estableció que la enfermedad se caracterizaba por los cambios circulares entre estos dos estados de ánimos (Camacho, Bernardo y Téllez-Vargas, 2010; Akiskal et al.1977; Angst y Marneros 2001).

Para los autores (Marneros 1999; Angst y Marneros 2001), las ideas de Griesinger tuvieron una influencia en el pensamiento de Karl Kahbaum, quien en 1863 señala el concepto de la forma alternante de un único trastorno afectivo, del cual, ya había sido descrito por dos clínicos franceses, Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, estos dos autores pueden ser considerados como los padres de los trastornos afectivos.

La psiquiatra francesa en el siglo XIX tuvo su máximo apogeo a partir de las descripciones semiológicas de Pinel en 1801 y Esquirol en 1838. Pinel introdujo el método

descriptivo como elemento fundamental para la comprensión de las enfermedades mentales, Esquirol por su parte, señala en su texto *“De las enfermedades mentales, tratamiento con respecto a la medicina, salud pública y forense”* que los trastornos afectivos no comprometen la razón del enfermo, pero si requiere ser tratado en hospitales adecuados (Sedler 1983; Angst y Marneros 2001; Akiskal 2006; Khouzam y Singh 2006). Para el año de 1851 Falret describe bajo la tutoría de Esquirol, una entidad mental del cual se caracterizaba por un ciclo continuo de depresión y manía con intervalos libres de enfermedad, los cuales variaban en intensidad y duración, años más tarde lo denominó *“folie circulaire”*, ya que había cambios de estados de melancolía a manía, con intervalos variables entre uno y otro estado, de acuerdo a su duración podía ser considerado como entidad única o como dos enfermedades distintas (manía o melancolía) pero siempre haciendo parte de un mismo ciclo (Akiskal et al. 1977; Angst y Marneros 2001; Khouzam y Singh 2006).

Kalbaum (1982) incluyó en su texto *“Agrupación y clasificación de las enfermedades mentales”* los conceptos de *“folie circulaire”* y *“folie a double forme”*, este siempre estuvo más inclinado hacia la descripción fenomenológica de Falret que contemplaba la presencia de intervalo de síntomas afectivos entre manía y melancolía; la presencia de intervalo entre episodios afectivos resultó significativo para el desarrollo de un nuevo concepto *“Ciclotimia”* dada por Kahlbaum como trastorno afectivo circular o ciclotimia (Akiskal et al. 1977; Marneros 1999; Angst y Marneros 2001).

Según Baethge et al. (2003) y Khouzam y Singh (2006), Kecker en 1898 describió la hebefrenia del cual, años más tarde junto con el científico Kahlbaum introdujeron los conceptos de depresión/ distimia e hipomanía/ hipertimia, estas entidades no eran tan severas como la

manía y la melancolía, cabe resaltar que el concepto de Kecker y Kahlbaum se asemejaban al concepto de trastorno bipolar II (Hecker, 2003).

Por otra parte, Kraepélin (1921), por la variedad conceptual redefine el termino estados depresivos y establece como categoría genérica la melancolía simple, el estupor, la melancolía grave, la melancolía paranoide y la melancolía delirante. Por tal variedad entre melancolía y depresión, Kraepélin crea una amplia categoría del cual la llama la locura maniaco-depresiva, esta clasificación contenía todas las formas de depresión y de la manía (Berrios 2008 y Luque y Berrios 2011).

En sus observaciones clínicas, Kraepélin realizo con todo el rigor científico la diferenciación entre los casos de demencia precoz del continuo de los trastornos afectivos, específicamente de la psicosis maniacodepresiva combinada por episodios mixtos y de ciclado rápido (Shepherd 1995; Khouzam y Singh 2006; Decker 2007). En la sexta edición de su tratado, decidió resolver el problema de las distintas categorías para eliminar la distinción entre las formas depresivas y circulares e incluir los trastornos afectivos en una sola entidad nosológica, la locura maniacodepresiva (Luque y Berrios 2011).

El renacimiento del concepto “Trastornos Afectivos” ocurrió en 1966 con dos importantes publicaciones escritas por Jules Angst “Sobre la etiología y nosología de la depresión psicótica endógena” y la de Carlo Perris titulada “Estudio sobre enfermedad bipolar (maniaco depresiva) y enfermedad depresiva psicótica unipolar”, Estas dos publicaciones que se complementaban mutuamente, daban inicio al renacimiento de los conceptos que fueron postulados por Falret, Baillarger y Kraepélin y fueron bien recibidos por la comunidad psiquiátrica, a tal punto que el psiquiatra francés Pichot, presidente de la Asociación Mundial de

Psiquiatría, las consideró como el renacimiento del concepto actual de la enfermedad bipolar (Angst 1966; Perris 1966; Pichot 1995; Angst, 1997a; Angst y Marneros, 2001).

Hagop Akiskal y sus colaboradores, han trabajado en base a las observaciones clínicas y a descripción longitudinal de los trastornos bipolares e identificaron los llamados trastornos leves o suaves, ya que en la práctica clínica por lo general son muy de clasificar dentro de los esquemas clasificatorios actuales de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la Organización Mundial de la Salud (Akiskal et al. 1977; Akiskal y Pinto 1999).

Shorter (2008), expresa que Leonhard en 1966 diferencio la depresión unipolar de la bipolar, dicho concepto fue adoptado por la Society of Biological Psychiatry y por Perris, en Suecia, quien utilizó los criterios de Leonhard para comparar los pacientes unipolares con los deprimidos bipolares. En 1970 el grupo del New York State Psychiatry Institute del cual fue liderado por Spitzer, este elaboro los criterios del Research Diagnostic Criteria (RDC) donde incluyen la “*enfermedad depresiva mayor*” sin hacer referencia al trastorno bipolar, pero en la versión de 1978 incluyen dos nuevas categorías: la depresión bipolar con manía (Bipolar I) y la depresión bipolar con hipomanía, que corresponde al actual trastorno bipolar tipo II (Spitzer et al. 1978).

El 1970 el concepto de trastorno bipolar tipo II, había sido propuesto por Dunner pero este al ser incluido en el Research Diagnostic Criteria pudo ser aceptado como una entidad clínica en la tercera edición del manual Diagnostico y de Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III, 1980).

Nosología del trastorno bipolar.

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad crónica e intermitente que, si bien se caracteriza por variaciones en el estado de ánimo que conforman síndromes depresivos,

maníacos o hipomaníacos, en la evolución clínica son más frecuentes y prolongados los episodios depresivos y los estados mixtos (Post, 2005).

La manía se caracteriza según Vieta (2003) en el cambio del comportamiento derivado de una exaltación de las funciones mentales: el pensamiento se acelera, las emociones se hacen más intensas (tanto la alegría como la tristeza o la ira), disminuye la necesidad de dormir y descansar, aumenta el interés por el sexo y las relaciones sociales. El curso de la enfermedad en la manía se caracteriza generalmente por un comienzo repentino que progresa rápidamente en pocos días, la duración de los episodios maníacos va desde semanas a meses (Zarabanda, García, Salcedo y Lahera, 2015). *La hipomanía*: es una manía suave, en esta no aparecen síntomas psicóticos, este se caracteriza por cambios en el humor, el comportamiento, la energía, el sueño y la cognición que son menos graves, Vieta (2003) explica que la hipomanía tiende a empeorar y a convertirse en manía (en los bipolares tipo I), o transformarse de improviso en una fase depresiva (en bipolares tipo II). *La depresión*: consiste en la pérdida significativa de las actividades habituales y placenteras, dificultad para concentrarse, falta de ilusiones, apatía, pensamiento y actos son más lentos, inactividad, tristeza, lentitud, ideas de minusvalía, disminución del sueño u aumento, del apetito y de la actividad sexual. y, por último, *las fases mixtas*: consiste en una mezcla de síntomas de manía y depresión, por lo general son difícil de diagnósticas y causan un gran sufrimiento tanto para el paciente como a su familia; con frecuencia se manifiesta con hiperactividad, aceleración del pensamiento y al mismo tiempo, ideas negativas y pensamiento depresivos, este suele acompañarse de ansiedad (Vieta, 2003).

Evaluación categorial de los trastornos bipolares. Para poder explicar el trastorno bipolar se toma el sistema de clasificación; manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-V] del año 2014.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastorno Bipolares.

Trastorno bipolar	Criterios
Trastorno bipolar I	<i>Episodio maníaco</i>
	A. Un período definido de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, con una duración de una semana, presente la mayor parte del día casi todos los días.
	B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la actividad o energía, se presentan tres o más de los siguientes síntomas:
	1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
	2. Disminución de la necesidad de dormir.
	3. Habla más de lo habitual o ejerce presión para mantener la conversación.
	4. Fuga de ideas o percepción subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
	5. Facilidad de distracción, informado u observado por terceros.
	6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.
	7. Participación excesiva en actividades con riesgo de consecuencias dolorosas.
C. La alteración es lo suficientemente grave como para ocasionar un deterioro significativo en el funcionamiento social y/o laboral y requerir hospitalización para prevenir daños a sí mismo o a terceros o por presentar características psicóticas.	
D. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o a otra afección médica.	
<i>Episodio hipomaníaco</i>	
A. Un período definido de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, con una duración de 4 días consecutivos, presente la mayor parte del día casi todos los días.	
B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la actividad o energía, se presentan tres o más de los siguientes síntomas:	

-
1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 3. Habla más de lo habitual o ejerce presión para mantener la conversación.
 4. Fuga de ideas o percepción subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 5. Facilidad de distracción, informado u observado por terceros.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.
 7. Participación excesiva en actividades con riesgo de consecuencias dolorosas.
- C. El episodio se asocia a un cambio del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración en el estado de ánimo y el funcionamiento son observables por otras personas.
- E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar una alteración importante del funcionamiento social y/o laboral y no necesita hospitalización.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia.

Episodio de depresión mayor

- A. Durante un periodo de 2 semanas han estado presentes cinco o más de los siguientes síntomas más cambios en el funcionamiento y por lo menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

Nota. No se deben incluir síntomas que sean consecuencia de uso de sustancias.

1. Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día y parte de la manifestación subjetiva de tristeza, sensación de vacío, desesperanza; y de la observación de los otros. En los niños o adolescentes se presenta como irritabilidad.
 2. Pérdida significativa del placer por casi todas las actividades la mayor parte del tiempo.
 3. Aumento o pérdida de peso sin dieta o suele presentarse disminución o aumento anormal del apetito. En niños dificultad para conseguir el peso requerido.
 4. Hipersomnia o insomnio.
 5. Enlentecimiento o agitación psicomotora casi todos los días.
 6. Pérdida de energía.
-

-
7. Sentimientos excesivos de inutilidad, culpabilidad casi todos los días.
 8. Dificultades para concentrarse, pensar o en la toma de decisiones casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento o un plan para llevarlo a cabo.
- B. los síntomas originan dificultades en el funcionamiento laboral y social.
- C. No es consecuencia de sustancias psicoactivas o fármacos.

Nota. Los criterios de la A hasta C describen el episodio depresivo mayor.

Nota. Las pérdidas importantes para el sujeto pueden desencadenar tristeza intensa, pérdida de peso y suelen atribuirse a aquellos eventos significativos puede no ser un episodio depresivo, debe tenerse especial cuidado en estos casos y el criterio debe basarse en la historia clínica del paciente.

- D. El episodio Depresivo no son el resultado de trastornos del espectro de la esquizofrenia (trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, o un trastorno de ideas delirantes) u otros trastornos especificados y no especificados.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Trastorno bipolar II

Episodio hipomaniaco

(Arriba descrito)

Episodio de depresión mayor

(Arriba descrito)

Trastorno ciclotímico

- A. Durante mínimo 2 años se han presentado numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.
- B. Durante el período de dos años, los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.
- C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.
- D. Los síntomas del criterio A no se explican por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos de una sustancia.
- F. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.

Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos

-
- A. Alteración del estado de ánimo caracterizada por ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo deprimido, o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
 - B. Existen evidencias clínicas de:
 - 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento puede producir los síntomas del criterio A.
 - C. El trastorno no se explica por un trastorno bipolar o un trastorno relacionado no inducido por sustancias/medicamentos.
 - D. El trastorno no se produce durante el curso de un síndrome confesional.
 - E. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.
-

Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

- A. Período de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable con aumento de la actividad o la energía.
- B. Existen evidencias clínicas de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínico y deterioro en las áreas significativas del funcionamiento o requiere hospitalización para evitar que el individuo se lesione o cause daño a otros o se presentan características psicóticas.

Nota: Recuperado de Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Copyright © 2014 Asociación Americana de Psiquiatría. Fuente: J. Tafur, 2020.

Luego de examinar los criterios diagnósticos consignados en el DSM-V, se presentarán a través de la siguiente tabla aquellos criterios del CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018) que guardan relación con los que describen el trastorno del humor y el trastorno bipolar.

Tabla 2

Criterios diagnósticos del CIE-11 para Trastornos del Humor y el Trastorno Bipolar.

Trastorno del Humor y el trastorno bipolar.	Criterios
Trastornos del Humor	La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del estado de ánimo o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia (manía). Este cambio suele acompañarse del nivel general de actividad (vitalidad).
Episodio maníaco	Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo.
Episodio Hipomaníaco	Es un grado menor de manía en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia (F34.0) pero a su vez no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño.
Trastorno Bipolar	Trastorno caracterizado por dos o más episodios que sugieren una alteración en el humor y en los niveles de actividad que se caracterizan por un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía) y en otras ocasiones el humor es bajo, la energía y la actividad disminuyen (Depresión).
Trastorno Bipolar I, Episodio Actual Maníaco, sin síntomas psicóticos	Existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.
Trastorno Bipolar I, Episodio Maníaco Actual, con síntomas psicóticos	El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de

	comprensibilidad del lenguaje. actividad física intensas, descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal.
Trastorno Bipolar I, Episodio Actual Hipomaniaco	Se caracteriza por cumplir los síntomas del Trastorno Bipolar I y el episodio actual es Hipomaniaco (El cual es persistente y tiene una duración de varios días en los que se experimenta: la elevación suave del humor o aumento de la irritabilidad, aumento de la actividad o experiencia subjetiva del aumento de la energía, discurso y pensamiento rápido, autoestima elevada, aumento del deseo sexual, baja necesidad de sueño, distraibilidad y/o comportamiento impulsivo o temerario). Los síntomas no son tan severos como para causar dificultades en el funcionamiento laboral, actividades sociales habituales o en la relación con los otros; no requiere hospitalización y no se acompaña de delirios y alucinaciones.
Trastorno Bipolar I, Episodio Depresivo Actual leve	Se diagnostica cuando se cumplen requisitos para el Tipo Bipolar I, el trastorno ha sido conocido y el actual es depresivo en un nivel leve de severidad. En un episodio depresivo leve, ninguno de los síntomas (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) se presenta en un grado intenso por al menos 2 semanas.
Trastorno Bipolar I, Episodio Depresivo Actual Moderado, Sin Síntomas psicóticos	Se diagnostica cuando se cumplen requisitos para el Tipo Bipolar I, el trastorno ha sido conocido y el actual es depresivo en un nivel moderado de severidad y no presenta alucinaciones y delirios durante el episodio. Un episodio se considera depresivo moderado, cuando se cumple con varios síntomas (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) son de nivel marcado o cuando un número grande de síntomas de severidad se considera menor en el episodio presente; pero no presenta delirios ni alucinaciones.
Trastorno Bipolar I, Episodio Depresivo Actual Moderado, Con Síntomas psicóticos	Se diagnostica cuando se cumplen requisitos para el Tipo Bipolar I, el trastorno ha sido conocido y el actual es depresivo en un nivel moderado de severidad; un episodio se considera depresivo moderado, cuando se cumple con varios síntomas (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) son de nivel marcado o cuando un número grande de síntomas de severidad se considera menor en el episodio presente; pero presenta delirios y/o alucinaciones.
Trastorno Bipolar I, Episodio Depresivo Actual Severo, Sin Síntomas psicóticos	El diagnostico se realiza cuando el paciente presenta los criterios del Trastorno Bipolar I, tiene episodio depresivo severo; este se considera severo cuando los síntomas (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) son muchos y altamente marcados, o cuando los síntomas presentes pertenecen a un grupo pequeño pero su grado de intensidad es alto; lo que repercute en su funcionamiento en todas las esferas (social, laboral, familiar, educativa, ocupacional y otros ámbitos importantes), pero no presenta delirios ni alucinaciones.
Trastorno Bipolar I, Episodio Depresivo Actual Severo, Con Síntomas psicóticos	El diagnostico se realiza cuando el paciente presenta los criterios del Trastorno Bipolar I, tiene episodio depresivo severo; este se considera severo cuando los síntomas (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) son muchos y altamente marcados, o cuando los síntomas presentes pertenecen a un grupo pequeño pero su grado de intensidad es alto; lo que repercute en su funcionamiento en todas las esferas (social,

	laboral, familiar, educativa, ocupacional y otros ámbitos importantes), pero presenta delirios y/o alucinaciones.
Trastorno Bipolar I, Episodio Depresivo Actual No Especificado	El diagnóstico se realiza cuando el paciente presenta los criterios del Trastorno Bipolar I, tiene episodio depresivo, pero no hay información suficiente para determinar cuál es la severidad. Pero los síntomas (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) están asociados con al menos una dificultad para sus actividades de funcionamiento global.
Trastorno Bipolar I, Episodio Actual Mixto, Sin Síntomas Psicóticos	Se cumplen criterios para el Trastorno Bipolar I, el episodio actual es mixto (se caracteriza por la mezcla o alternancia rápida entre los síntomas depresivos y los síntomas maníacos durante al menos una semana), pero no presenta delirios ni alucinaciones.
Trastorno Bipolar I, Episodio Actual Mixto, Con Síntomas Psicóticos	Se cumplen criterios para el Trastorno Bipolar I, el episodio actual es mixto (se caracteriza por la mezcla o alternancia rápida entre los síntomas depresivos y los síntomas maníacos durante al menos una semana) y no presenta delirios y/o alucinaciones.
Trastorno Bipolar I, Actualmente en remisión parcial, Episodio más reciente Maníaco o Hipomaniaco	Se cumple criterios para el Trastorno Bipolar I y los episodios recientes son maníacos o hipomaníacos. En algunos casos, los síntomas residuales pueden ser más depresivos que maníacos o hipomaníacos, pero no cumple con los requisitos para un episodio depresivo.
Trastorno Bipolar I, Actualmente en remisión parcial, Episodio más reciente Depresivo	Se cumple criterios para el Trastorno Bipolar I y los episodios recientes son depresivos. En algunos casos, los síntomas depresivos no son conocidos, pero algunos son significativos y quedan.
Trastorno Bipolar I, Actualmente en remisión parcial, Episodio más reciente No Especificado	Se cumple criterios para el Trastorno Bipolar I, actualmente en remisión parcial, el episodio más reciente es no especificado; pues cumple criterios para el Trastorno Bipolar II pero la información es insuficiente para determinar la naturaleza del episodio anímico más reciente.
Trastorno Bipolar I, Actualmente en remisión	El paciente cumple criterios para el Trastorno Bipolar I, se encuentra actualmente en remisión; está diagnosticado con los síntomas del trastorno que ya ha sido conocido con anterioridad, pero actualmente no presenta síntomas significativos.
Trastorno Bipolar II	Es definido como episodios de humor en el que ocurren uno o más episodios hipomaniacos (Se caracteriza por la euforia, irritabilidad, excesiva activación psicomotora o energía aumentada, grandiosidad, baja necesidad de sueño, distraibilidad, entre otros) y al menos un episodio depresivo (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros). La sintomatología hipomaniacos representan cambios en el comportamiento típico del individuo, pero no de forma severa como para dificultades funcionales; mientras que en el episodio depresivo se presenta diariamente o al menos por 2 semanas la tristeza o el desinterés por las actividades. No hay antecedentes de episodios maniacos o mixtos.

Trastorno Bipolar II, Episodio Actual Hipomaniaco	Cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, el episodio actual hipomaniaco está diagnosticado y el episodio actual es hipomaniaco. Para que un episodio sea hipomaniaco debe persistir el humor elevado, la irritabilidad aumentada, la actividad aumentada, aumento del deseo sexual y la sociabilidad, baja necesidad de sueño, comportamiento temerario e impulsivo, entre otros. No hay severidad en los síntomas para causar dificultades funcionales, no requiere hospitalización y no se presentan delirios y/o alucinaciones.
Trastorno Bipolar II, Episodio Depresivo actual Leve	Cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, el episodio depresivo actual es leve. Para que un episodio depresivo (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) sea leve, ningunos de los síntomas anteriores debe tener un grado intenso. El individuo presenta dificultades para cumplir con sus actividades laborales, académicas y sociales, pero no hay alucinaciones ni delirios.
Trastorno Bipolar II, Episodio Depresivo actual Moderado, Sin Síntomas Psicóticos	Cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, el episodio depresivo actual es moderado. Para que un episodio depresivo (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) sea moderado, varios síntomas anteriores deben tener un grado marcado de severidad, o un número grande debe ser de menor severidad. El individuo presenta dificultades para cumplir con sus actividades laborales, académicas y sociales, pero es capaz de funcionar en al menos un área; no hay alucinaciones ni delirios.
Trastorno Bipolar II, Episodio Depresivo actual Moderado, Con Síntomas Psicóticos	Cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, el episodio depresivo actual es moderado. Para que un episodio depresivo (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) sea moderado, varios síntomas anteriores deben tener un grado marcado de severidad, o un número grande debe ser de menor severidad. El individuo presenta dificultades para cumplir con sus actividades laborales, académicas y sociales, pero es capaz de funcionar en al menos un área; tienen alucinaciones y delirios.
Trastorno Bipolar II, Episodio Depresivo actual Severo, Sin Síntomas Psicóticos	Cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, el episodio depresivo actual es moderado. Para que un episodio depresivo (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) sea severo deben cumplir varios de los síntomas anteriores en un grado marcado de severidad o un número más pequeño de síntomas se presenta y manifiesta en un grado intenso. El individuo es incapaz de funcionar personal, familiar, socialmente, entre otros ámbitos importantes; no presenta delirios ni alucinaciones.
Trastorno Bipolar II, Episodio Depresivo actual Severo, Sin Síntomas Psicóticos	Cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, el episodio depresivo actual es moderado. Para que un episodio depresivo (dificultades de concentración, fatiga, pérdida de apetito y de la energía, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros) sea severo deben cumplir varios de los síntomas anteriores en un grado marcado de severidad o un número más pequeño de síntomas se presenta y manifiesta en un grado intenso. El individuo es incapaz de funcionar personal, familiar, socialmente, entre otros ámbitos importantes; presenta delirios y/o alucinaciones.

Trastorno Bipolar II, Episodio Depresivo actual, No Especificado	El paciente presenta síntomas del Trastorno Bipolar II, actualmente tiene un episodio depresivo no especificado porque no hay información insuficiente para determinar la severidad. Los síntomas se encuentran asociados con al menos una dificultad en alguno de los ámbitos sociales, laborales y familiares.
Trastorno Bipolar II, Actualmente en Remisión Parcial, Episodio Hipomaniaco reciente	El paciente cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, actualmente en remisión parcial y con episodio más reciente hipomaniaco (el episodio no es conocido pero algunos síntomas de humor significativos se mantienen). En algunos casos, los síntomas de humor residual pueden ser más depresivos que hipomaniacos, pero no logra ubicarse en un episodio depresivo.
Trastorno Bipolar II, Actualmente en Remisión Parcial, Episodio Depresivo reciente	El paciente cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, actualmente en remisión parcial y con episodio más reciente depresivo (el episodio no es conocido pero algunos síntomas de humor significativos se mantienen). Los criterios para el episodio no son conocidos, pero quedan algunos síntomas depresivos significativos.
Trastorno Bipolar II, Actualmente en Remisión Parcial, No Especificado	Cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, actualmente en remisión parcial, el episodio más reciente es no especificado porque se diagnostica puesto que no hay información suficiente para determinar la naturaleza del humor de este.
Trastorno Bipolar II, Actualmente en Remisión	El paciente cumple criterios para el Trastorno Bipolar II, se encuentra actualmente en remisión; está diagnosticado con los síntomas del trastorno que ya ha sido conocido con anterioridad, pero actualmente no presenta síntomas significativos.

Nota: Relación entre los criterios consignados para los trastornos afectivos del CIE-11. Fuente: J. Tafur, 2020.

Manifestación de los trastornos bipolares en la adultez. Los síntomas y signos más frecuentes de la manía se pueden agrupar del siguiente modo en: a) *Síntomas afectivos*. Los pacientes en este estado presentan un estado de hiperactividad y de intromisión, que por lo general tiene repercusión en las relaciones interpersonales (Belloch, Sandín, Ramos, Vázquez y Sanz, 2012). En algunos casos, la excitación anímica llega a ser tan sorprendente que converge en la hostilidad manifiesta, conductas destructivas y tendencias paranoides (Belloch, Sandín, Ramos, Vázquez y Sanz, 2012). Y predomina un estado anímico elevado, eufórico, irritable y expansivo. b) *Síntomas motivacionales y conductuales*. Una de las características más importantes de la manía es el estado de energía aparentemente inagotable y desbordante del paciente (Belloch, Sandín, Ramos, Vázquez y Sanz, 2012). Bajo esta condición, un paciente puede estar sin apenas dormir durante semanas, haciendo planes, o desarrollando proyectos

gigantescos (Belloch et al., 2012). Suele hablar sin parar y tiene la sensación de que sus pensamientos van a una velocidad extraordinaria y van más deprisa de lo que puede expresarlos (fuga de ideas), además, que la conducta está muy alterada. Un maníaco puede tener, durante el episodio, una actividad hipersexual, puede actuar de forma imprudente como, por ejemplo, hacer inversiones de un riesgo extraordinario o regalar dinero a personas desconocidas, constituyendo el control de impulso muy limitado (Belloch et al., 2012).

En cuanto a su apariencia, tiende a prestar poca atención a su aspecto personal y es muy usual que presente un aspecto descuidado y poco aseado. *c) Síntomas cognitivos:* Los procesos cognitivos se caracterizan por su sorprendente aceleración, el habla es rápida, entrecortada, salta de un tema otro y le es difícil mantener su atención, pues su interés fluctúa en cuestión de segundos. A veces el habla puede llegar a ser incoherente. En cuanto a la autoestima, ésta puede estar tan hipertrofiada que incluso pueden aparecer fantasías o ideas delirantes, por ejemplo, delirios de grandeza. No obstante, en las fases maníacas del TB se puede observar ideas irracionales relacionadas con las propias capacidades, una autoestima exagerada, y una escasa capacidad para valorar las consecuencias de los propios actos (Belloch et al., 2012). *d) Síntomas físicos.* Problemas de sueño, aumento del apetito y un extraordinario incremento del umbral de la fatiga física. *e) Síntomas interpersonales.* Las relaciones interpersonales son muy difíciles en los episodios de manía, ya que suelen ser muy entrometidos, polémicos y controladores, y sobre todo tienen una gran resistencia a que se les contradiga o se les intente hacer ver lo inapropiado de su conducta. (Belloch, Sandín, Ramos, Vázquez y Sanz, 2012) Ocasionalmente, bajo este estado de hiperactividad e irritabilidad pueden producirse agresiones a miembros de la familia o a conocidos cuando éstos intentan limitar de algún modo la conducta del paciente. Asimismo, la falta de control les puede hacer ser poco conscientes de las barreras normales que empleamos en

las relaciones sociales. En general, las relaciones interpersonales, y las familiares en particular, suelen estar muy afectadas. (Belloch, Sandín, Ramos, Vázquez y Sanz, 2012). Pag 257

Evaluación clínica del trastorno bipolar.

Generalidades. El analizar la conducta de un individuo es un reto complejo para los profesionales, aún más, cuando se debe analizar los resultados de dicha acción en determinado contexto del cual se incrementa el reto de lograr una precisión adecuada en las medidas efectuadas (Mikulic, 2007), el objetivo primordial de la psicología científica es el estudio de la conducta humana y las leyes que ha esta le rigen; para lograr una buen comprensión adecuada de la conducta hay que entender y tener en cuenta aspecto cualitativos y cuantitativos (Muñiz, 1998).

Es necesario que en la evaluación psicología se indaguen nuevas formas de concebir y evaluar la conducta como un sistema abierto en un constate equilibrio adaptativo que respondan a las nuevas formas de evaluar y medir los distintos problemas psicológicos y así superar las evaluaciones tradicionales (Niebles y Pérez, 2016).

Según Luque, Peña y Cortes (2012) a pesar de que se han desarrollado diversos métodos para diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos, estos aun no responden a cabalidad la demanda de eficacia, efectividad y objetividad que demanda el terreno de evaluación e intervención psicológica. Esto se agrava por los pocos instrumentos que evalúan adecuadamente el trastorno bipolar, estos no tienen en cuenta la evolución conceptual, sin mencionar que la medición no se encuentra ajustados a las nuevas descripciones nosológicas (Sánchez- Pedraza y Rosero-Villota, 2003).

Problema en la evaluación dimensional. Uno de los problemas en el que nos enfrentamos en el trastorno bipolar es la evaluación conceptual teórica, ya que la mayor parte de la teoría explicativa de los trastornos del estado de ánimo se centra en su gran mayoría en el trastorno depresivo, mientras que, por el contrario, existe poca teorías psicológicas sobre los trastornos bipolares, y la razón por la cual los psicólogos hayan centrado tan poca atención al trastorno bipolar reside en que este tiene un papel importante en los factores biológicos y genéticos, segundo, en que estos trastornos supone únicamente un 10% del total de los trastornos del estado de ánimo (Sanz y Vázquez, 1995).

Sanz y Vázquez (1995) asumen que las fases depresivas de los trastornos bipolares se pueden explicar a partir de los modelos de depresión; pero para dar una explicación a la fase maniaca se han propuesto teorías psicológicas, del cual están poco elaborada ya que por la escasa investigación no ha permitido el crecimiento teórico de este sustrato y se debe mencionar que la mayor parte de las teorías explicativas proviene del psicoanálisis.

Según Aleksandrowicz (1980), la manía y la depresión en términos psicoanalítico, representan estados de ánimos opuestos y a su vez, extremos opuestos del control de impulsos (hiperinhibición e hiperliberación; y la sustitución de uno por otro se puede entender como un efecto de los esfuerzos homeostáticos del organismo.

Por su parte, Freud (1917) concibió las fases maníacas de los trastornos bipolares dentro un contexto energético, donde el YO ha superado la pérdida del objeto amado y el Superyó que contiene el objeto introyectado ya no mantiene una actitud hipercrítica hacia él. En esta misma línea teórica, otros psicoanalíticos han establecido que la manía construiría un mecanismo de defensa del sujeto frente a sus sentimientos de baja autoestima, sentimientos que se exacerbarían durante la fase depresiva (Sanz y Vázquez, 1995).

Fuera del contexto psicoanalítico, Beck ha extendido en su teoría cognitiva de la depresión para abordar otros estados de ánimos, incluyendo la manía (Beck, 1976; Leahy y Beck, 1988). Es necesario mencionar que su explicación de la etiología de este estado afectivo es menos elaborada que la explicación etiológica de la depresión o de la ansiedad. En su explicación de la manía no hay ninguna alusión a posibles factores de personalidad que pueda constituir elementos de vulnerabilidad, como tampoco hay ninguna alusión a la interacción entre factores de personalidad y acontecimientos estresores; de hecho en la teoría de la manía de Beck prácticamente consiste en la imagen refleja de los elementos cognitivos en su teoría de la depresión, Beck afirma que los individuos maníacos presentan también reglas vitales o actitudes disfuncionales que, como en la depresión, son rígidos y poco realistas, pero en este caso su contenido exagera los aspectos positivos y eleva la autoestima, en muchos casos asociado con conducta que son autodestructivas o violentan los derechos de los otros (Sanz y Vázquez, 1995).

La teoría de la manía de Beck supone la existencia de un procesamiento sesgado o distorsionado de la información, este tipo de procesamiento se da a que los sujetos maníacos cometen más errores cognitivos que las personas normales como por ejemplo se da en: (inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización etc.) además, que estos errores los cometen tomando como base el contenido disfuncional de sus actitudes o reglas vitales; los pacientes maníacos prestan más atención y recuerdan de forma selectiva únicamente las experiencias positivas o sobregeneralizan un éxito personal pensando que “ha sido o será maravilloso”; en conclusión, el procesamiento distorsionado se traduce en la manía en la manifestación de imágenes y pensamientos tanto automáticos como voluntarios, de contenidos excesivamente optimista (Sanz y Vázquez, 1995).

Estos pensamientos e imágenes se denominada triada cognitiva positiva mientras que en la depresión es triada cognitiva negativa, para Beck, la triada cognitiva positiva es parte intrínseca de la manía del cual puede mantener o incrementar los otros síntomas motivacionales, conductuales y afectivos del trastorno (Sanz y Vázquez, 1995).

Finalmente, las otras teorías sobre la manía apuntan a la fuerte causalidad de los factores genéticos y biológicos e incluso la inclusión de las variables psicosociales (Depue, Krauss y Spont, 1987; O'Connell, 1986).

Fundamento psicométrico.

Tipos de evaluación. La evaluación puede definirse como el estudio, análisis y valoración de las características de un sujeto, de sus formas de acción, reacción e interacción con los demás y la realidad y de sus procesos de cambio (Forns, 1993).

La evaluación psicológica constituye por sí un reto, ya que al integrar aportes de distintos enfoques y al ver como la misma psicología ha ido avanzando como ciencia, a su vez, la inevitable necesidad de buscar solución a diversos problemas, la progresiva demanda del medio y los distintos servicios que cada vez crecen más. Según Mikulic (2007) no existe en si un proceso de evaluación contrastable, ni variables claramente delimitadas; desde la evaluación de lo psicológico, se da gran importancia al análisis psicológico de los procesos cognitivos, de las correlaciones entre las variables fisiológicas y las cognitivas, de la relación que existe entre los procesos cognitivos y las diferencias individuales que conforman el estilo cognitivo de cada sujeto. Fernández-Ballesteros (1994) proponen dado la dificultad en la medición psicológico la evaluación desde dos perspectivas, una evaluación categorial y una dimensional.

Evaluación Categorial. es en la cual el profesional hace uso de un sistema de clasificación categorial, en el caso de psicólogos el uso del Manual Diagnostico DSM, este permite revisar criterios que han de ser guía para un diagnostico determinado, o que se termina comprobando con el juicio clínico (Fernández-Ballesteros, 1994). Se utiliza como método tradicional, ya que trata de establecer categorías precisas a propiedades claramente definidas, tratando de definir la ausencia o la presencia de una categoría (Widakowich, 2012), apoyándose de la observación clínica.

Evaluación dimensional. Dado el exceso de comorbilidades a nivel diagnóstico y la dificultad para delimitar algunos trastornos, se impone un nuevo paradigma de evaluación y es lo que hace referencia a la evaluación dimensional (Widakowich, 2012). La evaluación dimensional se advine de manera complementaria de la evaluación categorial, la cual se encuentra influenciada en el uso del Manual Diagnostico, en la dimensional se procura medir las diferencias cuantitativas de un mismo substrato, tratando de ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad (Widakowich, 2012), el hecho de medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, con matices y diferencias de grado entre los síntomas, este enfoque de la evaluación podría decirse que pasa a complementar el enfoque categórico tradicional (Niebles y Pérez, 2016).

Medición de lo psicológico. Como lo menciona Tovar (2007), la medición de lo psicológico respecto a la psicometría en la actualidad constituye como una disciplina de la psicología que tiene como propósito buscar solución al problema de medición en los procesos de investigaciones psicológica; del cual, representa por sí mismo un campo metodológico que se conforma por principios teóricos, métodos y uso de la medición psicológica.

Desde la medición de lo psicológico, las escalas como instrumento representan una mayor complejidad ya que las variables que se pretende medir son subjetivas, es decir que tanto su definición como sus componentes son altamente variables y es por eso, que en el proceso de creación de un instrumento de medición se requiera de elementos claves como la capacidad de reproducibilidad, la utilidad, la fiabilidad y la validez (Lamprea & Gómez-Restrepo, 2007). Es necesario resaltar que para que un instrumento sea utilizado debe contar con una serie de valoraciones, en donde se indique el grado de presión, funcionalidad y veracidad.

Carretero-Dios y Pérez (2005) establecen una serie de normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales, en el apartado “*construcción y evaluación cualitativa de los ítems*” refieren que este debe contar con aspectos claros como: a quien va dirigido (cultura edad, lengua etc.), que tipo de respuesta, como va a ser la aplicación y el modelo de medida; además de establecer las características del constructo, modelo teórico, objetivo de evaluación, la población de interés, tipo de traducción (si aplica) y la valoración de los jueces.

Los elementos claves en la valoración de los test son: Fiabilidad y Validez.

La Fiabilidad es definida según Muñiz (1998 y 2018), como el conjunto de técnicas y métodos utilizados por los psicólogos para estimar el grado de precisión con el que se están midiendo sus variables, además de establecer consistencia en la medida aun cuando el proceso se repite y al grado al que las medidas difieren como una función de la medida del error (Prieto y Delgado, 2010).

Dentro de las fuentes de error podemos encontrar: construcción de prueba, administración de la prueba y calificación e interpretación de la prueba.

Para analizar la Fiabilidad es necesario conocer los distintos modos para estimar la fiabilidad de los test psicométricos (García y Magaz, 2009; Muñiz 2018):

- Coeficiente de fiabilidad: “Se define como la correlación entre las puntuaciones obtenidas por las personas evaluadas en dos formas paralelas de un test” (Muñiz, 2018).
- Estimación empírica del coeficiente de fiabilidad: Para poder estimar es necesario emplear distintos métodos en donde se utilicen técnicas de recogida de datos y así reflejar múltiples repeticiones del proceso de medida (Prieto y Delgado, 2010). Entre dichos métodos los más conocidos son: *test-retest* (es la aplicación de un mismo test en dos ocasiones a las mismas muestra de personas), *formas paralelas* (es la aplicación de dos versiones del test equivalente en contenido a una muestra ya sea en la misma en mismo momento o en distintas ocasiones) y *método dos mitades* (consiste en la división del test en dos subconjuntos equivalentes de ítems o estimación a partir de las covarianzas entre los ítems de la prueba, el cálculo de un coeficiente de confiabilidad de dividir en mitades por lo general conlleva a tres pasos: dividir la prueba en mitades equivalentes, calcular la r de Pearson entre las puntuaciones en las dos mitades de la prueba y ajustar la confiabilidad de una mitad de la prueba usando la fórmula de Spearman-Brown) (Muñiz, 2018 y Prieto y Delgado, 2010; Cohen y Swerdik, 2007).
- *Fiabilidad o Consistencia Interna*: Grado en el que cada elemento de una Escala del test contribuye a dar estabilidad a la medida de cada característica. Entre los otros métodos de estimación de la consistencia interna es las fórmulas de Kuder-Richardson (KR-20, KR-21) y el coeficiente de alfa (Cohen y Swerdik, 2007).

Por su parte, la validez según Prieto y Delgado (2010), ha sufrido y experimentado una serie de transformaciones durante el último siglo, en la actualidad se considera que la validez se

refiere al grado en que la evidencia empírica y teórica apoyan la interpretación de las puntuaciones de los test relacionada con un uso específico (American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education, 1999) en definitiva, la validez es la capacidad que posee un test para medir lo que dice y pretende medir.

En la validación de un instrumento psicométrico, existe un cúmulo de evidencias científicas, teóricas, estadísticas, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones (Niebles y Pérez, 2016). Es por eso, que la AERA, APA y NCME y los autores Cohen y Swerdkik, (2007). han establecido y conceptualizado la validez en función a tres categorías (validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio).

Validez de Contenido: La validez de contenido ha tenido a lo largo de los años transformaciones en su conceptualización, sin embargo, dichos cambios están focalizados en disponer como fuente de la evidencia en lugar de la definición operativa (Pedrosa, Suárez-Álvarez y García-Cueto, 2013). Según Tovar (2007) se considera que un test posee validez de contenido si los elementos que componen la Escala corresponden a la definición operativa de la variable a medir, para estimar dicha validez se pueden establecer mediante los métodos basados en el juicio de expertos: se caracteriza por contar con un número de expertos en donde son capaces de proponer y disponer la eliminación de ítems irrelevantes y de modificar las dimensiones que van a conformar el constructo (Escobar-Pérez y Cuervo- Martínez, 2008).

Resulta relevante resaltar la funcionalidad de aplicar los métodos empíricos para cuantificar el grado de acuerdo en la valoración de los expertos, para ello se estipulan distintos métodos como: método basado en análisis factorial (Tucker, 1961), se basa en el análisis factorial de las puntuaciones otorgadas por los expertos en cuanto a la relevancia de los ítems; el

índice de validez de contenido [IVC] (Lawshe, 1975), este método es conocido como panel de evaluación del contenido y consiste en la evaluación de los ítems de un instrumento por parte de un grupo de expertos y para ello, mediante coefficient validity ratio en inglés [RVC], se determina que ítems son adecuados y cuales deben mantenerse en la versión final del instrumento y finalmente, se calcula el content validity index en inglés [IVC] para evaluar el instrumento en su conjunto. Otros índices importantes son índice de congruencia ítems-objetivo (Rovinelli y Hambleton, 1977), índice de congruencia (Hambleton, 1980, 1984), escalamiento multidimensional y análisis de clusters (Sireci y Geisienger, 1992), V de Aiken (Aiken, 1980), método de capacidades mínimas (Levine, Maye, Ulm y Gordon, 1997), rango interpercentil ajustado a la simetría (Fitch, et al., 2001), coeficiente de validez de contenido (Hernández-Nieto, 2002), índice de validez factorial (Rubio et al., 2003) y índice promediado de la desviación media (Claeys, Nève, Tulkens y Spinewine, 2012).

Validez de Criterio: Hace referencia al grado en que la medida que realiza el test que se evalúa, coincide con la medida proporcionada por un test ya avalado que evalúe la misma variable por un procedimiento diferente (García y Magaz, 2009). Existen dos tipos de evidencia relacionadas con el criterio, la validez concurrente indica el grado en que las puntuaciones de un test pueden servir para estimar la posición actual de un sujeto frente a un criterio y en la validez predictiva se refiere a la precisión de la puntuación para predecir alguna medida de un criterio (Cohen y Swerdik, 2007).

Validez de Constructo: Definida inicialmente como la capacidad que posee un test para medir aquello que pretende y dice medir. Para la AEPA, APA y NCME (1999), la validez de constructo es considerada como el concepto unificador para toda la evidencia de la validez. Existen diversas técnicas de validación del constructo que pueden proporcionar evidencias como

lo explica Cohen y Swerdik (2007): la *evidencia de homogeneidad* (se refiere a cuan uniforme es una prueba para medir un solo concepto), *evidencia convergente* (es la capacidad de converger con otras pruebas diseñadas para evaluar el mismo constructo) y la *evidencia discriminante* (es cuando un coeficiente tiene una correlación estadísticamente insignificante en relación entre la calificación de la prueba y/u otras variables con la que se está sometiendo a validez de constructo y del cual no debería correlacionarse desde el componente teórico).

Para poder obtener la evidencia convergente y discriminante de la validez del criterio se puede conseguir mediante el uso del análisis factorial, del cual, se refiere a la identificación de factores o variables específicos que de manera particular son posible definir como los atributos o las dimensiones, en general el análisis factorial se realiza mediante el análisis factorial exploratorio [AFE], que según Floyd y Widaman (1995) “es la estimación o extracción de factores y la decisión de cuantos factores conservas y la rotación de estos a una orientación interpretable” y por el contrario el análisis factorial confirmatorio [AFC] planea hipótesis a priori de una estructura factorial y se prueba su ajuste con la estructura de la covarianza observada en las variables medidas (Floyd y Widaman, 1995).

Las Teoría de los Tests. El modelo de la teoría de los test se ha establecido como un enfoque predominante en la construcción y análisis de los instrumentos psicométricos, desde un corte objetivo, ya que tras la creciente necesidad por obtener un indicador de precisión con los que estos test miden un constructo teórico que proponen evaluar en un sujeto o en grupo de sujetos específicos (Niebles y Pérez, 2016).

Según Muñiz (2010), el postulado de *la teoría clásica de los test* sostiene que la puntuación observada de una persona en un test se le denomina puntuación empírica, se representa con “X” y se contiene dos componentes del cual son:

V = El puntaje verdadero que obtiene la persona, y es inobservable.

e = Un error de medición implícito en la prueba, que puede ser consecuencia de las limitaciones del instrumento de medida y/o de los componentes de la situación de la medida; factores que su control se sale de las manos del profesional encargado del diseño y/o aplicación de la prueba en cuestión.

Muñiz (2010) explica que Spearman añade tres supuestos al modelo y una definición, y son: El primer supuesto es definir la puntuación verdadera (V) de una persona en un test como aquella que se obtiene o saca en el test, en el segundo supuesto Spearman asume que no existe relación entre el valor de la puntuación verdadera de una persona y el tamaño de los errores que afectan a esa puntuación y el tercer supuesto establece que los errores de medida de las personas en un test no están relacionados con los errores de medida en otro test distinto; es importante conocer que además de los tres supuestos mencionados se formula los tests paralelos, del cual son aquellos test que miden lo mismo, pero con distintos ítems. Todo lo anterior constituye *la teoría clásica de los tests (TCT)*.

Con relación a las limitaciones del modelo o enfoque clásico, Muñiz (2010) refiere que el problema de la medición dentro este modelo apunta a dos cuestiones y son: las mediciones no resultan invariantes respecto al instrumento utilizado. Por ejemplo, si se quiere evaluar la inteligencia en tres sujetos con instrumentos diferentes, los resultados obtenidos en cada prueba no son comparables y no se pueden establecer o decir que sujeto es más inteligente. Y la segunda cuestión era la ausencia de propiedades psicométricas, tales como la fiabilidad de un tests. De las limitaciones anteriores surge *la Teoría de respuesta al ítem (TRI)*, como un nuevo modelo que apunta a complementar y generar una nueva forma de hacer psicometría.

El supuesto principal de la TRI es que existe una relación funcional entre los valores de las variables que miden los ítems y la probabilidad de acertar en ellos. Para utilizar estos modelos se deben cumplir 3 parámetros: a) el índice de discriminación del ítem, b) la dificultad del ítem y c) la probabilidad que hay de acertar el ítem al azar: desde este modelo se asume que los ítems constituyen una sola dimensión y estos son independientes, es decir, la respuesta de un ítem no está sujeta o condicionada a la respuesta de otro ítem (Muñiz, 2010).

Montero y León (2007), establecen dentro de la clasificación de alcance de investigación el estudio teórico, en ella se incluye: revisiones clásicas y metaanálisis.

Revisiones de la literatura científica.

Desde sus inicios, las revisiones de la literatura científica en las ciencias de la salud y las ciencias sociales, no se regían por normas que orientaran la objetividad de la investigación, lo que conlleva a una acumulación de investigaciones bajo los mismos tópicos, generando una base pobre sobre las evidencias científicas extraídas (Rosenthal, 1991).

En la década de los 70, con el incremento investigativo en estudios empíricos en torno a diferentes temáticas, se requirió el uso de estrategias que apuntaran a la objetividad y a la sistematización con el fin de generar procesos de revisión (Sánchez-Meca, 2010). A partir de esto, se dio origen al Meta-Análisis (MA) y las Revisiones Sistemáticas (RSs), como procesos metodológicos objetivos y rigurosos en función a la realización de revisión bajo un tópico concreto, con el fin de lograr acumular evidencia científica eficiente (Hunt, 1997).

Posteriormente, en 1976, se introdujo el término “Meta-Análisis” por Gene Glass, entendido como el análisis estadístico de una colección de resultados de análisis provenientes de estudios individuales con el objetivo de integrar los resultados y deducir el tamaño del efecto con

la función de combinar los resultados y generar una estimación global (Fuensanta, 2015; Higgins y Green, 2011; Smith y Glass, 1983; Glass, 1976).

Más adelante, en los años 80, surge el grupo “Práctica Basada en la Evidencia” (Martínez-Taboas, 2014; Martínez, Adefna e Izquierdo, 2009), apuntando a la intervención de paciente atendido por profesional de la salud basada en información actualizadas, teniendo en cuenta aspectos como el contexto cultural y valorativo del sujeto y la concepción del caso.

La práctica psicológica basada en la evidencia, de acuerdo con la APA (2005) y Sánchez-Meca y Botella (2010) es definida como una herramienta metodológica que pretende cambiar el modo de actuar del profesional, en donde se tenga en cuenta las mejores evidencias científicas en función a la decisión de problemas como la selección de técnicas en un tratamiento o el mejor método para realizar un diagnóstico. Para ello, es necesario el proceso de búsqueda de información de estudios empíricos, pero dada la acumulación de estudios, se hace difícil abordar la psicología basada en la evidencia, porque dificulta la extracción de estudios relevantes y es aquí donde las revisiones sistemáticas (RSs) y los metaanálisis (MA) cumplen una función metodológica útil (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Las RSs, metodológicamente es un tipo de investigación científica, del cual, tiene como objetivo recolectar toda la evidencia científica disponible referente a un tema, se inicia con una pregunta debidamente formulada, mediante métodos sistemáticos objetivos a través de criterios de elegibilidad previamente definidos, el cual permite localizar, seleccionar y valorar los estudios primarios relevante entorno a la pregunta planteada y así poder aplicar y llevar a cabo los pasos del mismo, con el propósito de alcanzar conclusiones válidas sobre las evidencias del tema de estudio y de esta manera alcanzar un proceso metodológico adecuado, adicionalmente, es necesario que se implemente estrategias para reducir los sesgos (publicación, idioma, búsqueda

etc.) y errores aleatorios (Fuensanta, 2015; Torres-Fonseca y López-Hernández, 2014; Higgins y Green, 2011; Sánchez-Meca, 2010; Urra y Barría, 2010; Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Por su parte, para el desarrollo óptimo de una revisión sistemática, en el marco internacional, se han conformado organizaciones enfocadas en la creación, formulación e implementación de manuales y protocolos aceptados y adoptados por la comunidad científica, los cuales, funcionan como guías para la elaboración y publicación de una RS; para la creación de estos estándares metodológicos se ha contado con la participación de diferentes disciplinas y profesionales como editores, clínicos, estadísticos, metodólogos, entre otros.

Entre los grupos principales encontramos:

- La Colaboración Cochrane: desarrollaron una guía para la creación de las revisiones Cochrane sobre intervenciones, denominado *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones*, en ella se consolida una serie de pasos ampliamente explicados para la su debida elaboración (Higgins y Green, 2011). De igual forma, la Colaboración Cochrane desarrollo una guía para incluir las revisiones en pruebas diagnósticas titulado *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de validez de pruebas diagnósticas* (Deeks, Bossuyst y Gatsonics, 2013)
- La declaración Quality of Reporting of Meta-analyses -QUOROM (Calidad de los Informes de metaanálisis) (Moher, Cook, Eastwood, Olki, Rennie & Stroup, 1999), luego su posterior revisión y ampliación en la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses -PRISMA (Elementos de Informes Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis) (Moher et al, 2009).

- La Colaboración Campbell es una red internacional que apoya la preparación de las RS de alta calidad sobre evidencia de investigaciones en torno a la efectividad de programas, políticas y prácticas sociales (The Campbell Collaboration, 2014).

Desde sus inicios, las RSs se han centrado y focalizado en estudios experimentales, conocidos como Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), con el fin de conocer la efectividad de las intervenciones (Urta y Barría, 2010; Sánchez-Meca y Botella, 2010). Sin embargo, con la constante actualización, se ha reconocido las RSs en instrumentos de medición, como una herramienta útil de selección de instrumentos en investigación y la práctica clínica, (Trujols, Ballesteros, Solá y Portella, 2015; Terwee, Mokkink, Knol, Ostelo, Bouter, de Vet, 2012).

En este sentido, se han desarrollado investigaciones en torno a RSs de propiedades de medición en el trastorno afectivo bipolar, tales como: Yáñez y García (2013), realizaron una recopilación de los instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en población infantil y adolescente; Rathees, Berk, Davey, McGorry, Cotton (2015) identificaron los instrumentos que tenían validez predictiva y utilidad para BD para su uso en entornos de intervención temprana (EI) para la prevención de BD y Poolsup, Li Wan y Oyebode (1999) realizaron una evaluación crítica de las escalas de calificación utilizadas para medir la manía.

Para poder tener una adecuada evaluación de la calidad metodológica de los estudios de revisiones sistemática en propiedades de medición, el grupo Consensus-Based Standards for the selection of Health Measurement Instruments- COSMIN (Estándares basados en el censo para la selección de instrumentos de medición de la Salud) desarrollaron una lista de verificación para evaluar la calidad metodológica de instrumentos de medición, dicha lista responde a la relevancia de conocer el rendimiento o escalas de calificación clínica; la lista contiene aspectos relevantes para evaluar si el estudio cumple con los estándares de buena calidad metodológica y evaluar la

calidad de las propiedades de medición (consistencia interna, confiabilidad, error de medida, validez contenido, validez aparente, validez de constructo, prueba de hipótesis, validez intercultural, validez de criterio y capacidad de respuesta) (Mokkink, Terwee, Patrick, Alonso, Stratford, Knol, Bouter y de Vet, 2012; Mokkink, Terwee, Knol, Stratford, Alonso, Patrick, Bouter y de Vet, 2010; Mokkink, Terwee, Patrick, Alonso, Stratford, Knol, Bouter y de Vet, 2010).

Instrumentos actuales para la medición de la depresión y la bipolaridad.

Cuestionario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1993). Este cuestionario fue diseñado para evaluar la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos de la depresión. Está compuesto por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión); las puntuaciones del test van desde 0 a 63. En la validación española, la prueba (Sanz y Vázquez, 1998; Vázquez y Sanz, 1997; 1999), realizada con población sana y clínica, se muestra altos niveles de consistencia interna, 0.83 y 0.90, respectivamente.

Hamilton Rating Scale for Depression (Ramos-Brieva, & Cordero, 1986). Esta es una escala heteroaplicada orientada a la medición de la intensidad de la depresión y se utiliza especialmente para hacer el seguimiento de la evolución de los síntomas tanto en la clínica como en la investigación dentro de los ítems se evalúa el comportamiento del sueño, el suicidio, sentimientos de culpa, ansiedad (psíquica y somática), sexualidad, pérdida de peso, su administración dura alrededor de 15 a 20 minutos; para la puntuación de la escala tiene valores de 0 a 2 en algunos ítems y de 0 a 4 en otros. Esta escala a lo largo de los años ha sido adaptada en varias ocasiones y en estas se ha observado una consistencia interna significativa que oscila entre 0,72 y 0,92, mientras que el índice de correlación intraclase es de 0,92 y el índice Inter

evaluador se presenta entre 0,65 y 0,9; en cuanto a la validez y su correlación con otros instrumentos como la escala de depresión de Montgomery, la escala de melancolía de Bech puntúa entre 0,8 y 0,9.

Montgomery Ashberg Depression Rating Scale. [MADRS] (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Ré, Badia, Baró & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas [GVEEP], 2002). Esta escala fue diseñada para ser administrada por un clínico, aunque existen versiones auto-aplicadas, está compuesta por 10 ítems orientada a la evaluación de la sintomatología y gravedad de la depresión, valora tristeza, anhedonia, pensamientos negativos, suicidio, dificultad para concentrarse, se puntúa con una escala de 0 a 6 que evalúan la ausencia o presencia de los síntomas. En cuanto a la consistencia interna la escala MADRS arrojó un Alpha Cronbach de 0,88; fiabilidad test-retest se encontró que el coeficiente de correlación intraclass fue de 0,94.

El Mood Disorder Questionnaire [MD] (Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL et al., 2000) Es un instrumento breve y fácil de usar, diseñado para la detección del Trastorno Bipolar, es auto aplicado, compuesto por 15 preguntas sobre síntomas hipomaniacos, la concurrencia de estos síntomas y el deterioro funcional causado por estos síntomas, en su primera parte consta de 13 declaraciones relacionada con síntomas maniacos, donde se responde Si o No, la segunda parte se pregunta si esos síntomas maníacos se produjeron de forma concomitante, a la que el paciente responde Sí o No y En la tercera parte, el pacientes evaluar los problemas causados por los síntomas maníacos en una escala de 4 puntos que van desde ningún problema para problemas graves, este cuestionario fue utilizado cuatro veces por (Sánchez-moreno et al., 2008; Corona et al., 2007; Zaratiegui et al., 2011 & Fonseca-Pedrero et al., 2016).

La self-applied Questionnaire Hypomania Checklist-32 [HCL-32] (Hirschfeld et al., 2000) Es un instrumento auto aplicado, desarrollado para detectar pacientes con una historia

previa de síntomas hipomaniacos, está compuesta por una lista de 32 Items donde evalúa posibles síntomas hipomaniacos y el paciente debe responder como Si o No, además, tiene ocho secciones evalúan gravedad e impacto: Items 1 (como se siente en la sesión de administración), ítems 2 (nivel de actividad en comparación con los demás, ítems 3 (esos síntomas describen como eres), ítems 4 (impacto en la vida familiar, social, trabajo y ocio), ítems 5 (reacciones y comentario de las personas), ítems 6 (duración), ítems 7 (experiencia en los últimos 12 meses) y ítems 8 (días de permanencia en los últimos 12 meses) y finalmente El HCL tiene una versión online, con la misma proporción de ítems (Vieta et al., 2007 & Hidalgo-Mazzei et al., 2015).

Bipolar Inventory of Symptoms Scale [BISS] (Gonzalez, J. M., Bowden, C. L., Katz, M. M., Thompson, P., Singh, V., Prihoda, T. J., & Dahl, M, 2008). Es una escala de clasificación clínica, está compuesta por dos subescalas de depresión y manía y además evalúa cinco dominios de síntomas: depresión, manía, irritabilidad, ansiedad y psicosis (González et al., 2008 & Arnold et al. 2016).

La Bipolar Depression Rating Scale [BDRS-S] (Berk, M., Malhi, G.S., Cahill, C., Carman, A.C., Hadzi-Pavlovic, D., Hawkins, M.T., Tohen, M., Mitchell, P.B., 2007). Diseñado específicamente para detectar y medir los síntomas de la depresión bipolar, incorporan la evaluación de síntomas atípicos, como hipersomnia o aumento del apetito, o síntomas mixtos, tales como irritabilidad, labilidad, el aumento de accionamiento del motor y el aumento de discurso; Consta de 20 ítems clínicos asociados con la fase depresiva de la enfermedad (Sarro et al., 2014).

Escala para la administración de la Universidad Nacional de Colombia [EMUN] (Pedraza, R. S., Jaramillo, L. E., & Gómez-Restrepo, C, 2008). Es un instrumento diseñado para medir la gravedad de la sintomatología maníaco, consta de 16 ítems, que cubren los

siguientes cuatro dominios del síndrome maníaco: Activación psíquica: conformado por síntomas como urgencia del pensamiento, fuga de ideas, capacidad de distraerse, ánimo emprendedor y afecto eufórico. Activación física: conformado por síntomas como hiperactividad, aumento del contacto interpersonal, aumento de la intensidad de la voz y afecto irritable. Activación autonómica y sus efectos: los síntomas que integran este dominio son la disminución de la necesidad de dormir, la hipersexualidad, el exceso de energía y las alteraciones en el sueño. Depresión-megalomanía: conformado por síntomas como afecto depresivo, ideas depresivas y de grandiosidad (Sánchez et al., 2011).

Mood Spectrum Self-Report [MOODS-SR] (Fagiolini et al., 1999). Es un instrumento diseñado para evaluar una amplia gama de manifestaciones de la psicopatología del estado de ánimo. consta de 161 Items, El conjunto de elementos es Organizado en tres dominios básicos: maníaco, depresivo, Ritmicidad y funciones vegetativas. Los dominios depresivos y maníacos exploran rasgos depresivos y maníacos, mientras que el dominio Ritmicidad y vegetativo explora cambios en energía, bienestar físico, y eficiencia mental y física, relacionado con el clima, las estaciones y los cambios en la alimentación, el sueño, y las actividades sexuales. Tanto el dominio maníaco como el depresivo a su vez cada uno incluye tres subdominios (energía, humor y Cognición).

Los dominios energéticos exploran la presencia de Períodos de tiempo y situaciones con cambios significativos. En los niveles de energía. Los dominios del humor exploran la labilidad y cambios asociados en el interés dirigido hacia la familia, amigos, relaciones románticas, trabajo, pasatiempos, y deportes. Los dominios de cognición exploran cambios en el conocimiento asociada a la energía o desregulación del estado de ánimo. Cada subdominio incluye de 10 a 30 elementos, uno de que no se puntúa Los sujetos debe responder Si o No a cada elemento

de acuerdo con la vida útil presencia-ausencia de la manifestación descrita (Berrocal et al., 2006).

Metodología

Tipo de investigación

El diseño del estudio es teórico (Montero y León, 2007), retrospectivo (Pogue, 1998; Zanchetti, 1998 citado en Higgins & Green (2011), descriptivo (Letelier, Manríquez y Rada, 2005), secundario (Perestelos-Pérez, 2012; Beltrán, 2005) y según su finalidad corresponde a una revisión sistemática, mediante la cual se efectúa la recolección, organización, evaluación y sintetización de la mejor evidencia disponible, mediante la implementación de una metodología explícita y rigurosa (Argimón & Jiménez, 2013).

Muestra

La investigación seleccionó y sistematizó los estudios instrumentales que cumplieron con los criterios de elegibilidad, mediante criterios de búsqueda y se tomó la información relevante con base a los criterios de extracción. La investigación quedó finalmente con una muestra de 28 estudios para la revisión sistemática.

Instrumento y Técnica.

Se utilizó como referencia los siguientes manuales para el proceso de la revisión sistemática: el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Higgins & Green, 2011), el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Validez de Pruebas Diagnósticas (Deeks et al, 2013), Elementos de Informes Preferidos para revisiones sistemáticas y meta-análisis (PRISMA por su siglas en inglés) (Moher et al, 2009), las revisiones sistemáticas del COSMIN (Prinsen, Mokkink, Bouter, Alonso, Patrick, de Vet & Terwee, 2018). Y las directrices establecidas en las Normas para el Desarrollo y Revisión de Estudios Instrumentales (Carretero y Pérez, 2005).

Procedimiento para la Revisión Sistemática.

Para el procedimiento se tuvo en cuenta las pautas establecidas por los “*Estándares basados en el censo para la selección de instrumentos de medición de la Salud*” (COSMIN por sus siglas en inglés) (Prinsen et al, 2018), dado que se ajustan a los objetivos inicialmente planteados en la presente investigación. El proceso se encuentra dividido en 10 pasos y se subdividen en tres partes (A, B y C), de ellos solo se toman las dos primeras subdivisiones de la siguiente manera:

Parte A. Búsqueda bibliográfica. (Pasos 1 al 4).

1. *Formulación del objetivo de la revisión.* Como bien sabemos, es de suma importancia la pregunta y el objetivo de la revisión, en la presente investigación se delimitaron los siguientes elementos: 1. Constructo (Trastorno Bipolar), 2. Población (adultos de 18 a 65 años), 3. Tipo de instrumento (creación, validación, adaptación, propiedades psicométricas) y 4. Las propiedades de medición de interés (adecuación conceptual, aplicabilidad, construcción y evaluación cualitativa de los ítems y propiedades psicométricas).

2. *Formulación de los criterios de elegibilidad.* Uno de los aspectos fundamentales que contiene las revisiones sistemáticas son los criterios de elegibilidad (criterios de inclusión y exclusión) que representan una combinación de aspectos de la pregunta problema y elementos de las especificaciones del tipo de diseño del estudio (Higgins y Green, 2011). Los criterios de inclusión deben ser suficientemente específicos sin ser demasiado restrictivos e informativos, sin ser demasiado generales (Bossuyt & Leeflang, 2013).

Siguiendo las especificaciones, la presente investigación seleccionó y sistematizó los estudios instrumentales que cumplieran con los siguientes *criterios de elegibilidad*:

Criterios de inclusión. Constructo de medición (Depresión, Manía, Hipomanía y Ciclotimia), tipo de estudios (estudios originales sobre el desarrollo, uso, validación o adaptación de instrumentos y estudios que den reporte de la funcionalidad del instrumento), población objetivo (adultos de 18 a 65 años) e idioma (español e inglés).

Criterios de exclusión. Constructo de medición (síntomatología psicótica), población objetivo (pacientes geriátricos y pacientes con un diagnóstico de enfermedad médica).

3. Búsqueda bibliográfica. Para el proceso de búsqueda de estudios, se sugiere la inclusión de un diseño de búsqueda, influenciado directamente de los criterios de elegibilidad teniendo en cuenta los tipos de diseño, la población, los test, y objetivos, es decir, basándose en los principales conceptos de la revisión (Higgins y Green, 2011; de Vet, Eisinga, Riphagen, Aertgeerts & Pewsner, 2008).

Criterios de búsqueda. Para la búsqueda de los estudios, se recomienda buscar en bases de datos específicas del contenido según el constructor y población de interés, como Web of Science, Scopus, ScienceDirect* (Prinse et al, 2018). Los términos de búsqueda (preferiblemente estandarizados) son útiles en la medida que aporta una forma adecuada de recuperar artículos (Higgins y Green, 2011; de Vet et al, 2008); una estrategia adecuada debe contener cuatro elementos claves del objetivo de la investigación (constructo, población, tipo de instrumento y propiedades de medición).

En la presente investigación se utilizaron los siguientes términos de búsqueda agrupados en dos grupos: 1. Términos metodológicos (Psychometric properties, Adaptation, Measurements, Validation, Design, Reliability, Validity, Scale, Questionnaire, Test, Instrument, CheckList, Inventory) y 2. Términos clínicos del constructo (Affective Disorders, Mood Disorders,

Depress*, Bipolar, Cyclothymia, Mani*, Euthymic). La colaboración Cochrane sugiere que en cuanto a las series de términos agrupados pueden ser juntadas con el operador “AND” (Higgins y Green, 2011), en este sentido, se utilizó el operador booleano mencionado, combinando de esta manera los términos metodológicos y los términos clínicos del constructo.

Con relación a la búsqueda de los estudios instrumentales se diseñó un “Banco de códigos de búsqueda” en formato Excel, que incluye: base de datos (Scopus, Web of Science y ScienceDirect), términos metodológicos y términos clínicos del constructo, juntados con el operador booleano “AND”, mediante la asignación de números a cada término de manera que, conjugadas entre sí, y de manera coherente, se obtuvieron 385 códigos por cada base de datos, para un total general de 1.155 códigos de búsqueda.

4. Selección de resúmenes y artículos de texto completo. Se sugiere que el proceso de búsqueda de estudios se documente a lo largo del proceso, hasta el punto de que todas las búsquedas en todas las bases de datos puedan ser reproducidas (Higgins y Green, 2011)

En la investigación el proceso de obtención de los estudios constó de dos fases: 1. Preselección de las posibles investigaciones que conformarían la revisión documentadas en un cuadro en formato Excel denominado “*Almacenamiento inicial*” donde se almacén información relevante como: autor(es), título de la investigación, año de publicación, resumen/abstract, país, idioma, revista y DOI, examinadas por los títulos y resúmenes para eliminar los estudios claramente irrelevantes, y 2. Selección de los estudios que conformarían la revisión, mediante la lectura y análisis del texto completo, proceso realizado por un juez experto a través de un cuadro en formato Excel denominado “*Estudios identificados*” para la verificación del grado de

cumplimiento de los criterios de elegibilidad mediante el planteamiento de preguntas de acuerdo a: constructo de medición, tipo de estudio, población y tipo de artículo.

Los jueces que participaron en el proceso de los estudios identificados fueron seleccionados utilizando parámetros de selección como: psicólogos certificados con formación previa en la práctica de la salud mental, experiencia en evaluación e intervención de trastornos afectivos e investigación en trastornos del humor, con conocimiento metodológicos y estadísticos. Los desacuerdos sobre la inclusión de un estudio se resolvieron mediante discusión entre el evaluador principal y los dos jueces expertos. La información detallada sobre el número de estudios identificados, excluidos e incluidos en el proceso de revisión se logra sintetizar en el diagrama de flujo (Moher et al., 2009).

Parte B. Evaluación de las propiedades psicométricas. Consta de los pasos 5 al 7 y hace referencia a la evaluación de las propiedades de medición, para calidad metodológica de cada estudio individual sobre una propiedad de medición se evalúa utilizando la lista de verificación COSMIN y se toma como referencia las Normas para el Desarrollo y Revisión de Estudios Instrumentales (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Para la evaluación de las propiedades psicométricas de los estudios incluidos, se tuvo en cuenta los siguientes aspectos: construcción y evaluación cualitativa de los ítems (validez de contenido), estudio de la dimensionalidad del instrumento (estructura interna), estimación de la fiabilidad y obtención de evidencias externas de validez.

Para el proceso de extracción de la información se diseñó un formulario digital que contiene preguntas con relación a 3 aspectos importantes:

1. Descripción general del estudio.

2. Aplicabilidad del instrumento.
3. Evaluación de propiedades psicométricas: construcción y evaluación cualitativa de los ítems, análisis psicométrico de los ítems e interpretabilidad.

Parte C. Selección del estudio instrumental. Consta de los pasos 8, 9 y 10 y se refiere a la evaluación de la interpretabilidad y viabilidad de los estudios, la formulación de recomendaciones y la presentación de informe de la revisión sistemática.

8. Evaluación de la interpretabilidad: Para facilitar la interpretación de los puntajes, se describe la distribución de los puntajes en la población de estudio, para resumir los hallazgos y el contenido de los estudios seleccionados finalmente, se extraen para presentar las calificaciones de calidad COSMIN y se presentan las características psicométricas pertinentes y comparables en los estudios. Los estudios disponibles sobre propiedades de medición se agruparán cuantitativamente y/o se resumen cualitativamente y se comparan con los criterios de buenas propiedades de medición.

9. Formulación de las recomendaciones: Hace referencia al uso adecuado de estudios basado en la evidencia, las recomendaciones se categorizan en: estudios potenciales, que reporten buenas propiedades psicométricas y que tengan potencial para ser recomendados en función a decir que estudios deben ser validados en un futuro (Prince et al., 2018).

10. Informe de la revisión sistemática: En este paso se debe reportar la siguiente información: los resultados de la búsqueda en la literatura y la selección de los estudios, las características de los estudios incluidos, como el nombre de los instrumentos, el constructor de medida, población de estudio, idioma etc.

Presupuesto.

Tabla 3

Presupuesto

Rubros	Cantidades	Valor Unitario	Valor total	Efectivo	Especie
Gastos personales					
Refrigerios	20	3000	60,000		x
Almuerzo	20	7000	140,000		x
Transportes	20	6000	120,000		x
Estudiantes investigadores	2	100,000	200,000		x
Total parcial			520,000		
<i>Materiales gastables</i>					
Copias	10	100	1,000		X
Total parcial			1,000		X
Porcentaje de imprevisto	10%	10%	10%		x

Nota: Descripción de los gastos derivados del proceso investigativo. Fuente: J. Tafur. 2020

Cronograma

Tabla 4

Cronograma.

Cronograma		Meses de Ejecucion																
Objetivos	Pasos para la Revision Sistemática	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
General	Parte A	Formulación del objetivo de la revisión	█															
		Formulación de los criterios de elegibilidad.	█															
		Búsqueda bibliográfica	█															
Identificar por medio de la revisión sistemática los estudios instrumentales asociados a la medición de los Trastornos Bipolares en población adulta hispanohablante	Selección de resúmenes y artículos de texto completo.	█																
	Evaluación de las propiedades psicométricas	█																
Específicos	Parte B	Construcción y evaluación cualitativa de los ítems (validez de contenido)		█														
		Estudio de la dimensionalidad del instrumento (estructura interna)		█														
		Estimación de la fiabilidad y obtención de evidencias externas de validez		█														
Comparar las deficiencias y limitaciones de los instrumentos de medición en los Trastorno Bipolares.	Parte C	Evaluación de la interpretabilidad		█														
		Formulación de las recomendaciones			█													
		Informe de la revisión sistemática			█													

Nota: Se observa el cronograma por fase para el desarrollo y debido cumplimiento de los objetivos trazados. Fuente: J. Tafur.

Resultados

En el presente apartado, se muestran los principales hallazgos derivados del proceso de revisión sistemática en concordancia a los objetivos planteados para el desarrollo de la presente investigación con relación al análisis de las medidas del trastorno bipolar comúnmente empleados en la práctica clínica e investigativa. El apartado de resultados se encuentra dividido en 3 secciones: Inicialmente se reportan las características generales de los estudios e instrumentos de medición, se presentan los principales hallazgos de la adecuación conceptual y, por último, el reporte de las propiedades psicométricas.

Para analizar la evidencia disponible en la literatura científica sobre la calidad de las medidas de trastorno bipolar en población de adultos hispanohablantes, se diseñó un banco de códigos de búsqueda, arrojando un total 1.155 códigos de los cuales 831 fueron efectivos, permitiendo la preselección de 1.002 estudios, cuyos títulos y/o resumen daban cuenta de que el tipo diseño, población y análisis eran concordantes con los objetivos de la presente revisión. Posteriormente, se procedió a la eliminación de los artículos duplicados (765 estudios), quedando 237 estudios potenciales. En la fase de selección de artículos, tres revisores expertos evaluaron el cumplimiento de los criterios de inclusión y/o exclusión, descartando 209 estudios y seleccionando 28 como idóneos para la revisión del texto completo.

En total se identificaron y se seleccionaron para la revisión sistemática 28 estudios dirigidos al análisis de las propiedades psicométrica de 18 instrumentos de medición de Manía, Depresión y/o Trastornos del Estado de Ánimo, entendiendo cada una como las diferentes fases del trastorno o una medida global, distribuidos según el número de estudios asociados tal y como se evidencia en la Figura 1.

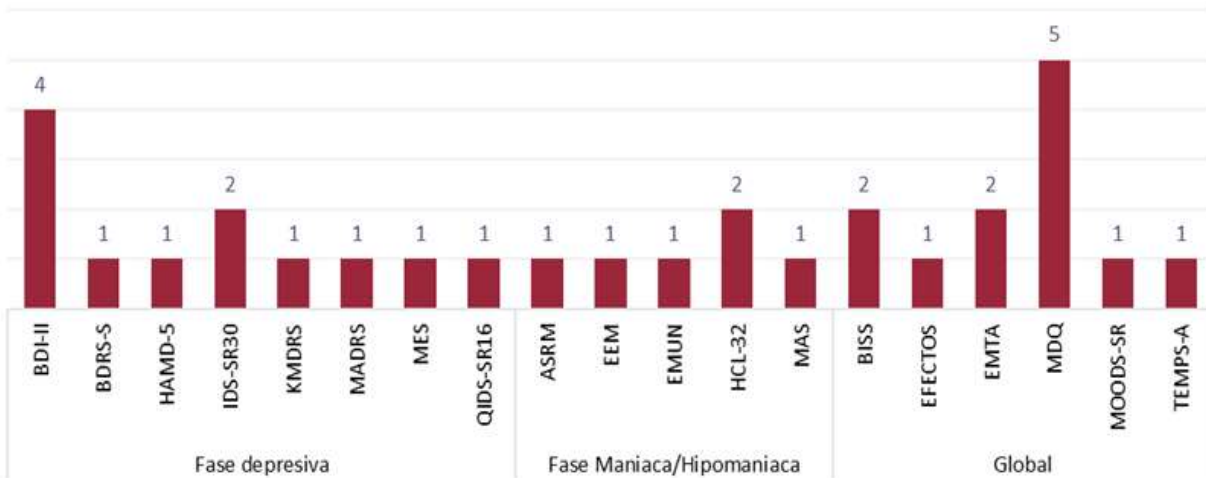


Figura 1 Distribución de los estudios acorde al instrumento evaluados. Fuente: J. Tafur.

En la tabla 5 se describen las características generales de los estudios seleccionados, en un rango de publicación entre 1997 y 2018. La mayoría de los estudios analizados corresponden a autores con afiliación a instituciones españolas en un 48%, y solo 8 de los 28 estudios presentaron coautorías y/o colaboraciones internacionales. Los estudios propendieron por el análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos (20 de 28), e incluyeron muestras clínicas significativas en un 79%, con una media de edad de 19 a 47,6 años. Con respecto a la muestra, 23 instrumentos utilizaron muestra clínica. Para el caso de los tamaños muestrales oscilaron entre 52 a 1.595 y 71 a 1.393 para muestra clínica y no clínica, respectivamente. A continuación, se describen los estudios en detalle en la tabla 5.

Tabla 5

Caracterización de los estudios

Referencia	Año	Instrumento Asociado	Tipo de estudio	País			Muestra			Revista	
				Autor de correspondencia	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Tipo	Nacionalidad	N	Edad (M)	Nombre
Abello Luque et al.	2016	Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos-EMTA	Propiedades psicométricas	Colombia	Universidad de la Costa	N. A	Clínica	Colombia	60	37	Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica Suma Psicológica
Abello Luque et al.	2013	Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos-EMTA	Propiedades psicométricas	Colombia	Universidad de la Costa	N. A	Estudiantes	Colombia	384	17 a 26	Actas Esp Psiquiatr
Álvarez et al.	2005	Altman Self-Rating Manía Scale-ASRM	Traducción/ Adaptación / Validación	España	Hospital Universitario La Fe.	N. A	Clínica	España	74	18 a 65	Salud Mental
Apiquián et al.	1997	The Scale for the Evaluation of Manía	Validación	México	Instituto Mexicano de Psiquiatría	N. A	Clínica	México	54	36,1	Journal of Affective Disorders
Arnold et al.	2016	The Bipolar Inventory of Symptoms Scale-BISS	Propiedades psicométricas	Estados Unidos	University of Texas Health Science Center.	N. A	Clínica	Hispanos/Latinos	71	43,1	Depression and Anxiety
Berrocal et al.	2006	The Mood Spectrum Self-Report-MOODS-SR	Validación/ Adaptación	España	University of Málaga,	Italia	Clínica Población general	España	71	38	Salud Mental
Corona et al.	2007	The Mood Disorder Questionnaire-MDQ	Propiedades psicométricas	México	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	N. A	Clínica	México	100	35,313	Rev Psiquiatr Salud Ment
Fonseca-Pedrero et al.	2016	The Mood Disorder Questionnaire-MDQ	Propiedades psicométricas	España	Universidad de La Rioja y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)	N. A	Población general	España	1.002	21,1	Medical Research Methodology
Gili et al.	2011	Self-rated Inventory of Depressive Symptomatology-IDS-SR30	Propiedades psicométricas	España	Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS)	N. A	Clínica	España	1.595	47,7	Salud Mental
González et al.	2008	The Bipolar Inventory of Symptoms Scale-BISS	Propiedades psicométricas	México	UT Health Science Center.	N. A	Clínica Población general	Hispanos/Latinos	224	40.0 y 31,4	

Referencia	Año	Instrumento asociado	Tipo de estudio	País			Muestra				Revista
				Autor de correspondencia	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Tipo	Nacionalidad	N	Edad (M)	Nombre
González et al.	2015	The Beck Depression Inventory, BDI-II	Adaptación	Estados Unidos	University of North Texas	N. A	Estudiantes Población General	México	205	28,6	Salud Mental
González-Pinto et al.	2009	The Hamilton Depression Rating Scale-HAMD-5	Propiedades psicométricas	España	CIBERSAM Stanley Institute International Mood Disorders Research Center, Hospital Santiago Apóstol, University of the Basque Country.	N. A	Clínica	España	173	35,0	The Journal of Nervous and Mental Disease
Hidalgo-Mazzei et al.	2015	The self-applied Questionnaire Hypomania Symptom Checklist-32-HCL-32	Propiedades psicométricas	España	Bipolar Disorders Program, Institute of Neuroscience, Hospital Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, University of Barcelona.	Chile Brasil	Clínica	España	52	43	Comprehensive Psychiatry
Lasa et al.	2000	The Beck Depression Inventory, BDI	Propiedades psicométricas	España	Universidad de Cantabria	Inglaterra	Población general	España	1.250	18 a 29 (Muestra 1) 30 a 64 (Muestra 2)	Journal of Affective Disorders
Lobo et al.	2002	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-MADRS	Propiedades psicométricas	España	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.	N. A	Clínica	España	214	47,6 y 41,6	Medicina Clínic
Romo-Nava et al.	2015	The Affective and Emotional Composite Temperament Scale-AFFECTS	Propiedades psicométricas	México	Universidad Nacional Autónoma de México.	Brasil	Clínica Población general	México	350	33,1	Journal of Affective Disorder
Sánchez et al.	2011	La escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia-EMUN	Validación	Colombia	Universidad Nacional de Colombia.	N. A	Clínica	Colombia	264	37	Biomédica

Referencia	Año	Instrumento asociado	Tipo de estudio	País			Muestra				Revista
				Autor de correspondencia	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Tipo	Nacionalidad	<i>n</i>	Edad (M)	Nombre
Sánchez-Moreno et al.	2008	The Mood Disorder Questionnaire-MDQ	Propiedades psicométricas	España	Clinical Institute of Neuroscience, Hospital Clinic, IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona Stanley Foundation Centre, Barcelona,	N. A	Clínica	España	236	43,5	Bipolar Disorders
Sani et al.	2018	The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scale-KMDRS	Validación	Italia	Sapienza University of Rome, Italy	Chile Estados Unidos	Clínica	Italia, USA y Chile	350: USA (12 hispanos) y en Chile 82 Hispanos	41	Journal of Affective Disorders
Sanz et al.	2007	The Beck Depression Inventory, BDI-AI	Propiedades psicométricas	España	Universidad Complutense de Madrid	N. A	Clínica Estudiantes Población general	España	338 445 1.393	32.9 (Muestra 1) 42.5 (Muestra 2) 22.2 (Muestra 3)	Psicología Conductual
Sarró et al.	2014	The Bipolar Depression Rating Scale-BDRS-S	Propiedades psicométricas	España	FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation.	Australia	Clínica	España	69	45,3	Journal of Affective Disorders
Trivedi et al.	2004	The Inventory of Depressive Symptomatology-IDS	Propiedades psicométricas	Estados Unidos	Universidad de Texas	N. A	Clínica	Hispanos/Latinos	946	42.2 (Muestra 1) 40.3 (Muestra 2)	Psychological Medicine,
Trujols et al.	2014	The Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report-QIDS-SR16	Propiedades psicométricas	España	Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau	N. A	Clínica	España	173	50,2	Journal of Affective Disorders
Valdés et al.	2017	The Beck Depression Inventory, BDI-IA	Propiedades psicométricas	Chile	Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad	N. A	Clínica Estudiantes Apoderados	Chile	99 73 932	41.31 (Muestra 1) 42.17 (Muestra 2)	Revista Médica de Chile

Referencia	Año	Instrumento asociado	Tipo de estudio	País			Muestra			Revista	
				Autor de correspondencia	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Tipo	Nacionalidad	n	Edad (M)	Nombre
Vázquez et al.	2007	The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-TEMPS-A	Validación	Argentina	Universidad de Palermo	Estados Unidos	Estudiantes	Argentina	932	35,4	Journal of Affective Disorders
Vieta et al.	2007	The Mood Disorder Questionnaire-MDQ /The Hypomania Symptom Checklist-32-HCL-32	Validación	España	Bipolar Disorder Programme, Institut Clínic de Neurociencies, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona.	N. A	Clínica	España	237	43,5	Journal of Affective Disorders
Vieta et al.	2008	The Bech-Rafaelsen Manía Scale-MAS / The Bech-Rafaelsen Melancholia-MES	Propiedades psicométricas	España	University of the Basque Country.	N. A	Clínica	España	215	47,3	Acta psychiatrica scandinavica
Zaratiegui et al.	2011	The Mood Disorder Questionnaire-MDQ	Propiedades psicométricas	Argentina	Psinapsys Private Psychiatric Center,	Estados Unidos	Clínica Población general	Argentina	493	47	Journal of Affective Disorders

Fuente: J. Tafur. 2020

Al caracterizar el tipo de instrumentos como se muestra en la Tabla 6, se puede apreciar que un 50% corresponde a escalas, 22% cuestionarios, 21% inventarios y 7% instrumentos psicométricos, de estos, el 86,2 % corresponde a la modalidad de auto-aplicación, con un 96,6% en lápiz-papel y solo el 4,4% es de tipo informático, en general, el tiempo de aplicación oscila entre 10 y 30 minutos.

El número de ítems reportados varía entre 5 a 161, tres instrumentos reportaron las subescalas (depresión, manía, temperamentos afectivos y dimensiones del rasgo emocional) y de 3 a 8 componentes, sienten los más utilizados: internalizado, estable/inestable y externalizado, dimensión del rasgo, activación psíquica, física, autonómica y sus efectos depresión-megalomanía, manía, depresión, irritabilidad, ansiedad y psicosis, humor elevado o eufórico, confianza en sí mismo incrementada, disminución de la necesidad de dormir, habla acelerada y agitación psicomotriz entre otros.

Con relación a la escala de medida de los ítems de los instrumentos, estuvo constituida por un 58,6% de medida continua, el 17,2% dicotómico y el 24, 1% no registra, la etiqueta verbal más utilizada es de gravedad de los síntomas.

Tabla 6

Caracterización de los instrumentos

Referencia	Aplicabilidad			Ítems (n)	Subescalas (n)	Componentes (n)	Nombre de las subescalas	Nombre de los componentes	Escala de medida	Etiquetas verbales	Tipo del banco de reactivos
	Tipo de administración	Modalidad	Duración								
Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos-EMTA (Abello & Cortés, 2011)											
Abello-Luque et al. (2017)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	85	2	N. R	Subescala de Depresión Subescala de Manía	N. R	Continuo	Temporalidad	No específica
Abello-Luque et al. (2013)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	85	2	10	Subescala de Depresión Subescala de Manía	N. R	Continuo	Temporalidad	No específica
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-MADRS (Montgomery & Asberg, 1979)											
Lobo et al. (2002)	Hetero aplicada	Lápiz/papel	N. R	10	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Intensidad	No específica
The Affective and Emotional Composite Temperament Scale-AFECTS (Lara, D. R., Bisol, L. W., Brunstein, M. G., Reppold, C. T., de Carvalho, H. W., & Ottoni, G. L. 2012).											
Romo-Nava et al. (2015)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	63	2	N. R	Temperamentos afectivos Dimensiones del rasgo Emocional Preguntas	Internalizado, Estable, Inestable y Externalizado Dimensión del rasgo.	Continuo	N. R	Traducido
The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scale-KMDRS (Sani, G., Vöhringer, P. A., Barroilhet, S. A., Koukopoulos, A. E., & Ghaemi, S. N. (2018).											
Sani et al. (2018)	Hetero aplicada	Lápiz/papel	N. R	14	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Presencia y severidad	No específica
The Bipolar Depression Rating Scale-BDRS-S (Berk, M., Malhi, G.S., Cahill, C., Carman, A.C., Hadzi-Pavlovic, D., Hawkins, M.T., Tohen, M., Mitchell, P.B., 2007)											
Sarró et al. (2015)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	20	N. R	N. R	N. R	síntomas depresivos psicológica síntomas depresivos somáticas síntomas mixtos	N. R	N. R	Traducido
The Bech-Rafaelsen Mania Scale-MAS (Bech, 2002)											
Vieta et al. (2008)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	11	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Intensidad y gravedad	Traducido

Referencia	Aplicabilidad			Ítems (n)	Subescalas (n)	Componentes (n)	Nombre de las subescalas	Nombre de los componentes	Escala de medida	Etiquetas verbales	Tipo del banco de reactivos
	Tipo de administración	Modalidad	Duración								
The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale-MES (Bech, 2002)											
Vieta et al. (2008)	Auto aplicada	Lápiz/papel	tiempo medio (MAS :10,9 min & MES: 9,2 min)	11	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Intensidad y gravedad	Traducido
La Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia-EMUN (Pedraza, R. S., Jaramillo, L. E., & Gómez-Restrepo, C, 2008).											
Sánchez et al. (2011)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	16	N. R	4	N. R	Activación psíquica. Activación física Activación autonómica y sus efectos Depresión-megalomanía	Continuo	N. R	No específica
The Bipolar Inventory of Symptoms Scale-BISS (González, J. M., Bowden, C. L., Katz, M. M., Thompson, P., Singh, V., Prihoda, T. J., & Dahl, M, 2008)											
Arnold et al. (2016)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	N. R	2	N. R	N. R	Manía, depresión, irritabilidad, ansiedad y psicosis.	N. R	Gravedad	Traducido
González et al. (2008)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	44	2	N. R	Subescala de Depresión Subescala de Manía	N. R	Continuo	Gravedad	No específica
Altman Self-Rating Mania Scale-ASRM (Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. 1997)											
Álvarez et al. (2005)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	5	N. R	N. R	N. R	humor elevado o eufórico, confianza en sí mismo incrementada, disminución de la necesidad de dormir, habla acelerada y agitación psicomotriz	Continuo	Presencia y severidad	Traducido
The Hamilton Depression Rating Scale-HAMD-5 (Hamilton, 1960)											
González-Pinto et al. (2009)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	5	N. R	N. R	N. R	N. R	N. R	Gravedad	No específica

Referencia	Aplicabilidad			Ítems (n)	Subescalas (n)	Componentes (n)	Nombre de las subescalas	Nombre de los componentes	Escala de medida	Etiquetas verbales	Tipo del banco de reactivos
	Tipo de administración	Modalidad	Duración								
The Scale for the Evaluation of Mania [EEM] (Young & Cols, 1978)											
Apiquián et al. (1997)	Auto aplicada	Lápiz/papel	15-30 min	11	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Severidad	Traducido
The Beck Depression Inventory-BDI (Bech, 1961), (BDI-IA; Beck et al., 1979), (BDI-II; Beck et al., 1996)											
Sanz et al. (2007)	Auto aplicada	Lápiz/papel	5-10 min	13	N. R	13	N. R	Tristeza, Pesimismo, Sentimientos de fracaso, Insatisfacción, Culpabilidad Sentimientos de castigo, Autodecepción, Autoculpación Ideas de suicidio, Llanto Irritabilidad, Desinterés social Indecisión.	Continuo	Intensidad	No específica
Sanz et al. (2007)	Auto aplicada	Lápiz/papel	5-10 min	13	N. R	13	N. R	Tristeza, Pesimismo, Sentimientos de fracaso, Insatisfacción, Culpabilidad, Autodecepción, Ideas de suicidio, Desinterés social, Indecisión, Pobre imagen corporal, Dificultad laboral, Fatiga, Pérdida del apetito.	Continuo	Intensidad	No específica
Valdés et al. (2017)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	21	N. R	N. R	N. R	-	Continuo	Intensidad	No específica
González et al. (2015)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	21	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	N. R	Traducido
Lasa et al. (2000)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	21	N. R	N. R	N. R	N. R	N. R	Gravedad	No específica

Referencia	Aplicabilidad			Ítems (n)	Subescalas (n)	Componentes (n)	Nombre de las subescalas	Nombre de los componentes	Escala de medida	Etiquetas verbales	Tipo del banco de reactivos
	Tipo de administración	Modalidad	Duración								
The Inventory of Depressive Symptomatology-IDS (Rush AJ, Gilles DE, Schlessner MA, Fulton CL, Weissenburger J, Burns C, 1986) IDS-SR 30, IDS-C 30, QIDS-SR16, y QIDS-C16											
Gili et al. (2011)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	30	N. R	3	N. R	Estado de ánimo/cognición, ansiedad/ somática y dormir.	Continuo	Frecuencia y Gravedad	No específica
Trivedi et al. (2004)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	30	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Intensidad	No específica
Trivedi et al. (2004)	Hetero aplicada	Lápiz/papel	N. R	31	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Intensidad	No específica
Trivedi et al. (2004)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	16	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Intensidad	No específica

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

77

Trivedi et al. (2004)	Hetero aplicada	Lápiz/papel	N. R	16	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	Intensidad	No específica
Trujols et al. (2014)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	16	N. R	N. R	N. R	N. R	Continuo	N. R	No específica
The Mood Disorder Questionnaire-MDQ (Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL et al., 2000)											
Sánchez-moreno et al. (2008)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	15	N. R	3	N. R	Síntomas hipomaníacos. La concurrencia de estos síntomas El deterioro funcional causado por los síntomas.	Dicotómico	N. R	No específica
Corona et al. (2007)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	15	N. R	3	N. R	Síntomas hipomaníacos. La concurrencia de estos síntomas El deterioro funcional causado por los síntomas.	Dicotómico	N. R	No específica
Zaratigui et al. (2011)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	15	N. R	3	N. R	Síntomas hipomaníacos. La concurrencia de estos síntomas El deterioro funcional causado por los síntomas.	Dicotómico	N. R	No específica
Fonseca-Pedrero et al. (2016)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	16	N. R	4	N. R	Síntomas hipomaníacos. La concurrencia de estos síntomas El deterioro funcional causado por los síntomas.	Dicotómico	N. R	No específica
The Self-Applied Questionnaire Hypomania Checklist-32, HCL-32 (Hirschfeld et al., 2000)											
Vieta et al. (2007)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	31	N. R	N. R	N. R	N. R	Dicotómico	Gravedad	No específica
Hidalgo-Mazzei et al. (2015)	Auto aplicada	Online	N. R	32	N. R	8	N. R	N. R	Dicotómico	Gravedad	No específica
The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-TEMPS-A (Akiskal et al., 2005)											
Vázquez et al. (2007)	Auto aplicada	Lápiz/papel	N. R	110	N. R	5	N. R	Depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso.	N. R	N. R	No específica
The Mood Spectrum Self-Report-MOODS-SR (Fagiolini et al., 1999)											
Berrocal et al. (2006)	Auto aplicada	Lápiz/papel	35-40 min	161	N. R	3	N. R	La ritmicidad, depresivo (energía, estado anímico y cognición) y maniaco (energía, estado anímico y cognición).	Dicotómico	Presencia y ausencia	No específica

Fuente: J. Tafur. 2020

Análisis de la adecuación conceptual de las medidas. Como menciona Carretero-Dios y Pérez (2005), es indispensable a la hora de crear y/o adaptar un instrumento de evaluación, definir el constructo a evaluar, para ello, es necesario una adecuada conceptualización mediante una minuciosa revisión bibliográfica, la definición semántica de la variable (Lord y Novick, 1968), y su respectiva evaluación a través de expertos.

En lo que respecta a los instrumentos analizados en los estudios seleccionados para la revisión, se evidencia que el 51,7% no reportan las condiciones de traducción/creación del banco de reactivos. El 41,4% de los estudios realizaron un proceso de traducción/adaptación de instrumentos de habla anglosajona y tan solo el 6,9% reporta haberlo creado. Para el caso de los ítems traducidos, los autores utilizaron como estrategia principal la traducción inversa en un 41,4%,

Es importante resaltar que la mayoría de los instrumentos psicométricos no especifican el modelo teórico base en el que se apoyan para sustentar la evidencia empírica reportada con la teoría, lo cual dificulta la interpretación de las puntuaciones de los test. Dentro de los instrumentos que reportaron los modelos teóricos se encontró: DSM-IV (n=10), el Modelo de temperamento compuesto afectivo y emocional-AFFECT (n=1), Modelo cognitivo (n=1), mientras que los 16 restantes no reportan.

Entre las variaciones de tipología en instrumentos de medición, las más significativas corresponden a su finalidad: generación de indicadores psicométricos, escalas de uso clínico, detección de síntomas (algunos aplicado en contextos clínicos y otros en población general), variabilidad de los síntomas y componentes dimensionales del constructo (reactividad cognitiva, componente afectivo en el trastorno bipolar, somático / fisiológico y conductual).

En el proceso de validez de contenido, seis estudios reportaron criterios de análisis por jueces expertos, utilizando parámetros de selección como la experiencia en evaluación e

intervención de trastornos afectivos, investigación en trastornos del humor, personal psiquiátrico, técnicos y psicólogos certificados, con formación previa en la práctica de la salud mental, los evaluadores tenían que ser psiquiatras con más de 10 años de experiencia clínica, ser expertos en trastorno bipolar, además de recibir entrenamiento formal en el uso de las escalas empleadas. Adicionalmente se requirió la evaluación de un comité clínico bilingüe. El número de jueces varió entre 3 y 10 expertos.

En cuanto a la construcción de la medida de los ítems, 15 instrumentos reportaron dimensiones sintomáticas del constructo (cognitivo, afectivo, comportamental y somático/fisiológico) y 3 instrumentos no reportaron. Trece de ellos miden la sintomatología asociada a trastornos del estado del ánimo por medio de la cuantificación funcional de aparición, gravedad, intensidad y cronicidad, distribuidos tal como se presenta en Tabla 7.

Tabla 7

Caracterización del constructo de medida de los instrumentos

Instrumento	Dimensiones sintomáticas del constructo				Tipo de reporte			
	Cognitivo	Conductual	Afectivo	Somático/fisiológico	Aparición	Gravedad	Intensidad	Cronicidad
Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos [EMTA]	X	X	X	X	X		X	x
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]	X	X	X	X		x	X	
The Affective and Emotional Composite Temperament Scale [AFECT]	X		X					
The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scale [KMDRS]	X	X	X	X				
The Bipolar Depression Rating Scale [BDRS-S]	X	X	X	X	X		X	
The Bech-Rafaelsen Mania Scale [MAS]						x		
The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale [MES]						x		
La escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia [EMUN]	X	X	X	X				
The Bipolar Inventory of Symptoms Scale [BISS]	X		X					
The Bipolar Inventory of Symptoms Scale [BISS]		X	X					
Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM]	X	X	X	X			X	
The Hamilton Depression Rating Scale [HAMD-5]						x		
The Scale for the Evaluation of Mania [EEM]	X	X	X	X			X	
The Beck Depression Inventory [BDI-IA] [BDI-IA-SCA] [BDI-IASF]	X	X	X	X		x		
The Beck Depression Inventory [BDI-IA]	X	X	X	X		x	X	
The Beck Depression Inventory [BDI-II]	X	X	X	X		x	X	
The Inventory of Depressive Symptomatology [IDS-SR30]	X	X	X	X	X	x	X	
Inventario rápido de sintomatología depresiva- Clinician Rating [QIDS-CR] / Auto reporte [QIDS-SR16]	X	X	X	X	X	x	X	
The Mood Disorder Questionnaire [MDQ]	X	X	X	X	X			
The Hypomania Symptom Checklist [32 HCL-32]	X	X	X			x		
The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego [TEMPS-A]	X	X	X	X				
The Mood Spectrum Self-Report-MOODS-SR	X	X	X	X	X		X	

Análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos. El propósito de elaborar un estudio piloto se basa en poner a prueba el funcionamiento de un test acorde al grado de comprensión de las instrucciones, viabilidad de las condiciones para administrar el test, detectar dificultad al momento de registrar las respuestas y analizar en un primer momento las propiedades, tanto de los ítems como del test en general (Meneses et al., 2006).

De los 18 instrumentos identificados, se extrajeron los datos con respecto a la evaluación cualitativa de los ítems, un estudio reportó el diseño de los ítems a través de la definición semántica u operativa del constructo, y otro construyó el banco de reactivos.

Ocho estudios presentaron muestras de 50 a 100 sujetos, realizando traducción al idioma español de la prueba y determinaron la comprensión de la prueba, los parámetros de sensibilidad, especificidad, aceptabilidad, validez diagnóstica y confiabilidad. Solo dos estudios reportaron los ítems o reactivos problemáticos y brindaron datos de análisis/resultados diferenciales: el estudio de Berrocal et al., (2006) reportó ítems problemáticos en función a expresiones en la adaptación cultural: para el ítem 13 la expresión "*te sentiste sin propósito*" fue eliminado, y la redacción se cambió a "*sentiste como si todo hubiera perdido su significado*" y ítem 48 la expresión "*fare il bastian*" fue reemplazada por "*para interpretar al abogado del diablo*". Por su parte, el estudio de Hidalgo et al., (2015) administró de manera adicional cinco preguntas con respecto a la simplicidad, fiabilidad, precisión, rapidez y utilidad del cuestionario de su versión en línea utilizando para ello una escala tipo Likert.

En la tabla 8 se reportan datos relevantes de la media, varianza y correlación ítem-escala. Solo 8 de 18 instrumentos dan cuenta de los estadísticos descriptivos de cada ítem.

Tabla 8

Propiedades psicométricas de los instrumentos

Referencia	Media (DT)	Varianza	Correlación ítem-escala
Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos [EMTA]			
Abello-Luque et al. (2017)	88.23 (26.15) (Sub. de Depresión) 54.36 (12.06) (Sub. de Manía)	(PD) 683.84, (PROM) .31 (Sub. de Depresión) (PD)145.66, (PROM) .17 (Sub. de Manía)	> .70
Abello-Luque et al. (2013)	71.12 (13.21) (Sub. de Depresión) 48.74 (9.67) (Sub. de Manía)	(PD) 174.53, (PROM) .079 (Sub. de Depresión) (PD) 93.62, (PROM) .11 (Sub. de Manía)	> .50
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]			
Lobo et al. (2002)	N. R	N. R	N. A
The Affective and Emotional Composite Temperament Scale [AFECT]			
Romo-Nava et al., (2015)	N. R	61.4 %	N. A
The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scal [KMDRS]			
Sani et al., (2018)	Muestra total Años: 41,7 (SD) / CGI: 4.4 /GAF: 55.9	80%	N. R
The Bipolar Depression Rating Scale [BDRS]			
Sarró et al., (2015).	Escalas (SD): 5.54 YMRS / 19.77 HDRS / 24.20 MADRS / 25.71 BDRS	Varianza explicada de los 4 primeros factores 38,65%, 13,62%, 6,04% y 5,33%.	.104 a .713
The Bech-Rafaelsen Manía Scale [MAS] / The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale [MES]			
Vieta et al. (2008)	Fiabilidad test-retest MAS & MES: test 12,9(6,4) / 14,1(7,6) retest 10,5(5,8) / 12,9(8,0) Fiabilidad entre observadores MAS & MES Observador 1: 13,4(5,0) / 15,5(6,3) Observador 2: 12,9(5,2) / 15,3(6,4)	N. R	N. A
La escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia [EMUN]			
Sánchez et al. (2011)	N. R	N. R	N. A

Referencia	Media (DT)	Varianza	Correlación ítem-escala
The Bipolar Inventory of Symptoms Scale [BISS]			
Arnold et al. (2016)	Año: habla inglés 40.9 / habla español 43.8 GIF Muestra 1: 60.0 GIF Muestra 2: 56.1	N. R	N. A
González et al. (2008)	El puntaje total medio (desviación estándar) de BISS para los sujetos recuperados fue de 16.9 (\pm 9.37), comparado con 5.9 (\pm 4.30) para controles sanos. SD de la subescala de depresión para sujetos recuperado fue 10 (\pm 6.32), comparado con 3.8 (\pm 3.76) para controles sanos y la puntuación media de la subescala de manía fue 6,9 (\pm 5,85), en comparación con 2,1 (\pm 1,69) para controles sanos.	N. R	N. A
Altman Self-Rating Manía Scale [ASRM]			
Álvarez et al. (2005)	8,84 (Paciente con sint. Maniacos) 1,87 (Paciente sin sintomatología activa maniaca) SD ítem a ítem: diferencian significativamente ($p < 0,001$) entre los dos grupos de pacientes	N. R	correlación de las escalas: ASRM obtiene una correlación con la EVN de 0,75 y con la subescala de manía de la EVMAC de 0,77.
The Hamilton Depression Rating Scale [HAMD-5]			
González-Pinto et al. (2009)	Edad: 35.06 / edad de inicio fue de 26.47	N. R	N. A
The Scale for the Evaluation of Manía [EEM]			
Apiquián et al. (1997)	N. R	N. R	N. A

Referencia	Media (DT)	Varianza	Correlación ítem-escala
The Beck Depression Inventory [BDI]			
Sanz & García-Vera (2007)	BDI-IA-SF = 10.5 (7.6) (Muestra clínica) 4.1 (4.1) (Muestra población general) 3.6 (3.7) (Muestra estudiantes) BDI-IA-SCA = 10.5 (7.8) (Muestra clínica) 4.3 (4.3) (Muestra población general) 3.6 (3.8) (Muestra estudiantes)	N. R	> 0.23
Valdés et al. (2017)	N. R	N. R	N. A
González et al. (2015)	9.31 (7.84) (Muestra estudiantes) 9.82 (7.70) (Muestra comunidad)	N. R	> .39
Lasa et al. (2000)	N. R	N. R	N. A
The Inventory of Depressive Symptomatology [IDS]			
Gili et al. (2011)	Los IDS-SR medias 30 puntuación (45%), y la vida en la residencia urbana (72%). Los IDS-SR medias 30 puntuación total para la muestra completa fue 34,85 (SD = 15) en la primera evaluación y 15,34 (SD = 11) en la segunda evaluación.	La solución de tres factores presente (con la etiqueta Mood / Cognition, Ansiedad / somática, y Sleep), que representó 49,87%	> 0.20
Trivedi et al. (2004)	N. R	N. R	≥ 0.65
The Mood Disorder Questionnaire [MDQ]			
Sánchez-moreno et al., (2008)	edad media de inicio de síntomas 31.2 (12.3 años) / MDQ para este subgrupo fue de 9,8 (SD = 2,4, rango = 3-10) para el grupo BDI con 50 pacientes y 8,6 (SD = 2,8, intervalo 0-9) para BDII con 42 pacientes.	N. R	N. A
Corona et al. (2007)	N. R	N. R	N. A
Zaratigui et al. (2011)	N. R	N. R	N. A
Fonseca-Pedrero et al., (2016)	N. A	54,37%	N. A
The Hypomania Symptom Checklist-32 [HCL-32]			
Vieta et al. (2007)	BDI (21.2), BDII (19.3), MD (8.6) y SA (6.6)	N. R	N. A
Hidalgo-Mazzei et al. (2015)	(HCL-32 media total = 17.73 (SD = 7.37), e-HCL-32 media total = 18.28 (SD = 7.09).	34%	N. A

Referencia	Media (DT)	Varianza	Correlación ítem-escala
The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego [TEMPS-A]			
Vázquez et al., (2007)	Puntuación media para cada temperamento en función al sexo: Mujer (depresión 8,02, ansioso 7.13 irritable 10,57 ciclotimico 5,03 y hipertimico 9,09) Hombre (depresión 7,14, ansioso 7.05 irritable 11,95 ciclotimico 5,49 y hipertimico 7,49)	N. R	N. A
The Mood Spectrum Self Report [MOODS-SR]			
Berrocal et al. (2006)	N. A		N. A

Fuente: J. Tafur. 2020

13 instrumentos determinaron la validez de constructo mediante el uso del Análisis Factorial, así como se evidencia en la Tabla 10. El método de extracción más utilizado para la identificación de la carga de los factores o variables específicas es el análisis factorial exploratorio [AFE], utilizando los índices de ajuste: el análisis de componentes principales ($n = 9$), seguido de la Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($n=5$) y la prueba de esfericidad de Barlett ($n=5$), el método de rotación más utilizado es rotación ortogonal varimax ($n=7$). En el análisis factorial confirmatorio [AFC], el índice de ajuste del modelo más utilizado fue el [RMSEA]: error cuadrático medio de aproximación ($n=4$), seguido de [CFI]: índice de ajuste comparativo ($n=3$) y ($n=5$) reportan ser un modelo multidimensional (*ver Tabla 9*).

Tabla 9

Propiedades psicométricas de los instrumentos: Análisis Factorial

Referencia	Análisis Factorial							Varianza explicada
	Análisis Factorial Exploratorio (AFE)			Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)				
	Prueba	Método de extracción	Método de rotación	Factores (n)	Índice de Bondad de ajuste	Modelo corroborado	Factores (n)	
Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos [EMTA]								
Abello-Luque et al. (2017)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	693.84 (Sub. de Depresión) 145.66 (Sub. de Manía)
Abello-Luque et al. (2013)	KMO = .856 (Subescala de depresión) .845 (Subescala de manía) Esfericidad de Barlett = $\chi^2 = 5809 p < .000$ (Subescala de depresión) $\chi^2 = 2917 p < .000$ (Subescala de manía)	Análisis de componentes principales	Varimax	N. R	N. A	N. A	N. A	68% (Sub. de Depresión) 65% (Sub. de Manía)
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]								
Lobo et al. (2002)	KMO = 0,886 Esfericidad de Barlett = 473,3; $p < 0,01$	N. R	Varimax	1	N. A	N. A	N. A	N. R
The Affective and Emotional Composite Temperament Scale [AFECT]								
Romo-Nava et al., (2015)	KMO = 0.93 Esfericidad de Barlett = $p < 0,001$	N. R	Varimax	6	N. A	N. A	N. A	61.47%
The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scal [KMDRS]								
Sani et al., (2018)	N. R	N. R	N. R	N. R	N. R	Bidimensional	2	80%

Referencia	Análisis Factorial							
	Análisis Factorial Exploratorio (AFE)				Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)			
	Prueba	Método de extracción	Método de rotación	Factores (n)	Índice de Bondad de ajuste	Modelo corroborado	Factores (n)	Varianza explicada
The Inventory of Depressive Symptomatology [IDS]								
Gili et al. (2011)	KMO = 0.96 Esfericidad de Barlett = 21669.61; $p < 0.0001$	Análisis de componentes principales	Promax	3	$\chi^2 = 2774.2$ TLI = 0.95 CFI = 0.96 RMSEA = 0.067 (0.064-0.069) AIC = 69926.9 GFI = 0.93	Multidimensional	3	49.87%
Trivedi et al. (2004)	N. R	N. R	N. A	1		Unidimensional	1	N. R
The Mood Disorder Questionnaire [MDQ]								
Sánchez-moreno et al., (2008)	N. R	Análisis de componentes principales	Varimax	2	N. A	N. A	N. A	60.3%
Corona et al. (2007)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A
Zaratiegui et al. (2011)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A
Fonseca-Pedrero et al., (2016)	Esfericidad Bartlett 1.172,7 (1 submuestra con 13 ítems del MDQ) KMO 0,80	N. R	N. R	2	$\chi^2 = 128,57$ $df = 64$ TLI = 0.931 CFI = 0.944 RMSEA = 0.068 (0.058-0.079) WRMR = 1,415	Bidimensional	2	N. R
The Hypomania Symptom Checklist-32 [HCL-32]								
Vieta et al. (2007)	N. R	Análisis de componentes principales	Varimax	2	N. A	N. A	N. A	44.5%
Hidalgo-Mazzei et al. (2015)	N. R	Análisis de componentes principales	Matrix (usando método Varimax de Kaiser)	2	N. A	N. A	N. A	N. A
The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego [TEMPS-A]								
Vázquez et al., (2007)	N. R	Varimax	Análisis de componentes principales	2	N. A	N. A	34%	N. A
The Mood Spectrum Self Report [MOODS-SR]								

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

90

Berrocal et al.
(2006)

N. A

N. A

N. A

N. A

N. A

N. A

N. A

N. A

Fuente: J. Tafur. 2020

En el análisis de la fiabilidad, 24 estudios reportaron en su metodología análisis de consistencia interna, utilizando el coeficiente α de Cronbach y 4 evaluaron la confiabilidad mediante el Método test-retest (Coeficiente de Estabilidad Temporal) empleando Coeficiente de Correlación Intercalase [CCI] con puntajes que van desde .98 al .69,

La validez de criterio fue evaluada mediante validez concurrente y predictiva. La correlación de Pearson σ fue el estadístico más implementado para la evaluación de la validez concurrente. La validez predictiva, por su parte, fue el análisis menos estudiado entre los artículos, solo un estudio implementó análisis de regresión para la evaluación (Senín-Calderón et al., 2017). Con respecto a la validez de constructo, ocho estudios utilizaron los análisis de correlación (convergente y discriminante), *ver tabla 10*.

Tabla 10

Propiedades psicométricas de los instrumentos: Validez externa

Referencia	Confiabilidad	Validez externa						
		Validez de criterio			Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Validez convergente	Validez discriminante
Validez concurrente	Validez predictiva	Punto de corte						
Escala Multidimensional de los Trastornos Afectivos [EMTA]								
Abello-Luque et al. (2017)	α .958 (Sub. de Depresión)	Correlaciones de Pearson: $\sigma=.816$ (BDI) $\sigma=.165$	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A
	α .870 (Sub. de Manía)	(Inventario Chino de Polaridad)						
Abello-Luque et al. (2013)	α .904 (Sub. de Depresión)	Correlaciones de Pearson: $a = .715$.	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A
	α .864 (Sub. de Manía)	(BDI) $r = .025$ Escala Autoadministrada de Altman						
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]								
Lobo et al. (2002)	α .88 (MADRS) / α .89 (HARS) test-retest y entre observadores (ICC: MADRS = 0,94 y 0,98, respectivamente; HARS = 0,92 y 0,92)	N. A	N. A	N. A	Sensibilidad al cambio: tamaño del efecto: MADRS = 2,05; HARS = 1,36)	N. A	MADRS-Hamilton Depression Rating Scale: $p < 0,05$ y $0,01$ MADRS/HARS-EuroQoL 5D: $p < 0,05$; HARS-State Trait Anxiety Inventory: $p < 0,05$)	MADRS/HARS-Impresión Clínica Global de Gravedad: $p < 0,001$)
The Affective and Emotional Composite Temperament Scale [AFECT]								
Romo-Nava et al., (2015)	α 0.93	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A
The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scal [KMDRS]								
Sani et al., (2018)	α 0.76 Kappa 0.73	N. A	C-statistic = 0.82 95% CI 0.68, 0.93	0-4 sin depresión mixta 5-9 posible 10-15 leve 16-20 moderada Mas de 21 severa	N. A	N. A	N. A	Correlación de Spearman: 11.5 \pm 6.0 KMDRS 22.5 \pm 9.4 MADRS 4.1 \pm 4.0 YMRS 13.9 \pm 5.2 MADRS modificado

Referencia	Confiabilidad	Validez externa						
		Validez de criterio					Validez convergente	Validez discriminante
		Validez concurrente	Validez predictiva	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)		
The Bipolar Depression Rating Scale [BDRS]								
Sarró et al., (2015).	α 0.870	Correlación de Pearson: $r = 0.854; p < 0.01$ (MADRS) $r = 0.874; p < 0.01$ (HDRS) $r = 0.803, p = 0.01$ (YMRS)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A
The Bech-Rafaelsen Manía Scale [MAS] / The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale [MES]								
Vieta et al. (2008)	$\alpha > 0,80$ Test-retest: CCI 0.69 (MAS) CCI 0.94 (MES) Inter-rater: CCI > 0.80	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	$r = 0.91 p < 0.0001$ (MAS y YMRS) $r = 0.93 p < 0.0001$ (MES y MADRS)	($P < 0,0001$)
La escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia [EMUN]								
Sánchez et al. (2011)	Verificar	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A
The Bipolar Inventory of Symptoms Scale [BISS]								
Arnold et al. (2016)	α 0.85 (Sub. de manía) α 0.92 (Sub. de depresión)	el GAF (0,42 y 0,31 para la sub. Escala de depresión y manía)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. R	Comparación del BISS entre los grupos de habla inglesa y española y se diferencia bien entre los estados de ánimos para ambas subescalas y los dominios ($p < 0.0001$ excepto psicosis $p = 0.001$). MADRS, YMRS Y GAF se diferencian bien entre estados de ánimo en ambos idiomas con valores de $p < 0.0001$.

Referencia	Confiabilidad	Validez externa					Validez convergente	Validez discriminante
		Validez de criterio			Sensibilidad (%)	Especificidad (%)		
		Validez concurrente	Validez predictiva	Punto de corte				
The Bipolar Inventory of Symptoms Scale [BISS]								
González et al. (2008)	α 0,92 (sub. de depresión) α 0,90 (sub de manía) CCI 0,98 (sub de depresión) CCI 0,95 (sub de manía)	(correlaciones de Pearson) que van 0,74-0,94 para YMRS y MADRS	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	Validez divergente: las correlaciones de la subescala de depresión BISS con el YMRS fueron bajas y generalmente no significativos a través de muestras (0.38 a -0.14) al igual que la manía BISS correlaciones de subescala con el MADRS (0.31 a -0.06) análisis de varianza utilizado con post hoc correcciones de Bonferroni
Altman Self-Rating Manía Scale [ASRM]								
Álvarez et al. (2005)	α 0,84	N. A	N. A	5	0,85	0,87.	N. A	N. A
The Hamilton Depression Rating Scale [HAMD-5]								
González-Pinto et al. (2009)	α 0,71 Test-Retest: HAMD-5= 0.94 y 0.97 (95% CI: 0.955- 0.975)	N. A	N. A	1	100% (HAMD-21 Y HAMD-5)	55% (HAMD-21) 85% (HAMD-5)	Se correlaciono la HAMD-5 con la HAMD-21 con el coeficiente de Pearson y el ICC en cada punto de tiempo: todo está por encima de 0,75	Tanto HAMD-21 y HAMD-5 mostraron adecuada validez para el diagnóstico de manía mixta y puro por DSM-IV con un AUC de 0,85 (95% CI: 0,79-0,91) para HAMD-21 y una AUC de 0,92 (95 CI%: 0,87-0,97) para HAMD-5
The Scale for the Evaluation of Manía [EEM]								
Apiquían et al. (1997)	α 0.84 Test-Retest: ICC: r = 0,98 (Dx con TB en fase de manía) ICC: r = 0,90 (Dx con Esquizofrenia)	Correlación negativa entre el GAF y el total de la EEM (r = -0,42, p= 0,002) mientras menor sea el puntaje del GAF mayor será la aseveración del trastorno	N. R	28 punto	96%	100%	N. A	N. A

Referencia	Confiabilidad	Validez externa						Validez convergente	Validez discriminante	
		Validez de criterio				Especificidad (%)	Validez convergente			Validez discriminante
		Validez concurrente	Validez predictiva	Punto de corte	Sensibilidad (%)					
The Beck Depression Inventory [BDI]										
Sanz & García-Vera (2007)	BDI-IA-SF = α 0.89 (Muestra clínica) α 0.80 (Muestra población general) α 0.79 (Muestra estudiantes)	N. A	N. A	15 (BDI-IA-SCA) 14 (BDI-IA-SF)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	
Valdés et al. (2017)	BDI-IA-SCA = α 0.89 (Muestra clínica) α 0.76 (Muestra población general) α 0.79 (Muestra estudiantes)	N. A	N. A	10	93%	80%	N. A	N. A	N. A	
González et al. (2015)	α .92 (Muestra estudiantes) α .87 (Muestra comunidad)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	$r = .65, p < .001$ (HADS-escala de depresión) $r = .71, p < .001$ (HADS-escala de ansiedad)	N. A	N. A	
Lasa et al. (2000)	N. A	N. A	N. A	12 / 13	100	99	N. A	N. A	N. A	
The Inventory of Depressive Symptomatology [IDS]										
Gili et al. (2011)	α .94	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	Correlación producto-momento de Pearson: $r = 0.85$ (HDRS- primera medición) $r = 0.86$ (HDRS- segunda medición)	N. A	N. A	
Trivedi et al. (2004)	α 0.86 (QIDS-SR) α 0.85 (QIDS-C) α 0.92 (IDS-SR) α 0.90 (IDS-C)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	$c = 0.83$ (QIDS-SR y IDS-SR- pacientes con TDM) $c = 0.82$ (QIDS-C y IDS-C- pacientes con TDM) $c = 0.81$ (QIDS-C y IDS-C- pacientes con TB)	N. A	N. A	
The Mood Disorder Questionnaire [MDQ]										
Sánchez-moreno et al., (2008)	α 0,90	Basado en el diagnóstico del DSM-IV-TR fue 0,83	N. R	N. R	0,81	0,95	N. A	N. A	N. A	

Referencia	Confiabilidad	Validez externa							
		Validez de criterio			Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Validez convergente	Validez discriminante
		Validez concurrente	Validez predictiva						
The Mood Disorder Questionnaire [MDQ]									
Corona et al. (2007)	N. A	N. A	N. R	5 a 10	0,71	0,92	N. A	N. A	
Zaratiegui et al. (2011)	α 0,82 (MDQ) α 0,84 (BSDS)	N. A	alto valor predictivo positivo y valor predictivo negativo bajo (MDQ: 98% y 41%; BSDS: 92% y 44%)	5 (MDQ) 13 (BSDS)	0,70 (MDQ) 0,67 (BSDS)	0,94 (MDQ) 0,81 (BSDS)	N. A	N. A	
Fonseca-Pedrero et al., (2016)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	
The Hypomania Symptom Checklist-32 [HCL-32]									
Vieta et al. (2007)	Cronbach 0.94	variable de diagnóstico fue de 0,72.	N. R	14	0.85	0.79	N. A	Confirmar	
Hidalgo-Mazzei et al. (2015)	Cronbach 0.901 para la HCL-32 y 0.868 para el e-HCL-32	Variable diagnostica fue de 0.56 (p < 0.01) para HCL-32 y 0.56 (p < 0.01) para e-HCL.32	N. R	14	92.68% (IC 95%=80.08 a 98.46)	72.73% (IC 95%= 39.03 a 93.98)	N. A	N. A	
The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego [TEMPS-A]									
Vázquez et al., (2007)	Depresión (0.68), Ciclotimico (0,81), Hipertimico (0.80), Irritable (0,80) y Ansioso (0.81)	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	
The Mood Spectrum Self Report [MOODS-SR]									
Berrocal et al. (2006)	Kuder-Rchardson 0,97 ICC 0.95 a 0,98	N. A	N. A	N. A	N. A	N. A	La MOODS-SR examino las correlaciones entre los subdominios depresivos de los MOODS-SR y los puntajes totales del BDI y ATQ-N,	N. A	

Discusión

La presente revisión sistemática reunió los estudios originales sobre desarrollo, uso, validación y/o adaptación de los instrumentos más empleados tanto a nivel investigativo como clínico, para la medición de sintomatología del trastorno bipolar, en población hispanohablante entre 18 y 65 años. El objetivo principal era analizar la evidencia científica en razón de la adecuación conceptual, el modo de aplicabilidad y las propiedades psicométricas. La revisión reunió un total de 18 instrumentos. A pesar de que el número de publicaciones sobre el trastorno bipolar ha crecido exponencialmente en los últimos 25 años (López-Muñoz, Vieta, Rubio, García-García, y Alamo, 2006), particularmente desde 1970, cuando inicia la creación de escalas específicas para la manía (Álvarez, Benavent, García, Livianos y Rojo Moreno, 2005), los resultados del presente estudio dan cuenta que existe una baja producción científica en la construcción y/o adaptación de instrumentos que evalúan el constructo bipolar como un ente global, limitándose a la evaluación de las fases del estado del ánimo por separado. En comparación a los trastornos depresivos se presenta un número menor de investigaciones (Callejón, 2003).

Se encontraron un total de 28 estudios instrumentales de bipolaridad en población hispana, con mayor tendencia en muestra española, mexicana e hispanos/latinos en Estados Unidos. Diversos autores manifiestan que los estudios del trastorno bipolar se centran en procesos diagnósticos, epidemiología, eficacia de la medicación (Bauer y Pfenning, 2005; De Lima, Tassi, Novo, Mari, 2005, y Vieta, 2005) y combinación de un tratamiento o terapias relevantes (Wang, Ketter, Becker, Nowakowska, 2003 y Malhi, Mitchell, Salim, 2003). Esta importancia radica en que, el trastorno bipolar es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia (Merikangas, Akiskal, Angst, Greenberg, Hirschfeld,

Petukhova, 2007; Perugi, Akiskal, Lattanzi, Cecconi, Mastrocinque, Patronelli, Perugi, 1998), su deterioro social y tasas elevadas de mortalidad (Angst, Stassen, Clayton, Angst, 2002; Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, 2005 y Ruggero, Chelminski, Young, Zimmerman, 2007).

Respecto a la población hispano/latina radicada en Estados Unidos, Wiebe, Saucedo y Lara (2013), manifiestan que en esta población se han realizado pocos trabajos entorno a los trastornos bipolares, teniendo en cuenta, el rápido crecimiento de esta población en este país, este hecho resalta la necesidad de incorporar investigaciones clínicas sobre salud mental (Norvy, Stanley, Averill y Daza, 2001; Ginzberg, 1991), ya que la mayor dificultad es la falta de instrumentos de evaluación (válidos y confiables) para aquellos cuyo idioma principal es el español (Ginzberg, 1991; Norvy, Stanley, Averill y Daza, 2001). En este sentido, Barrios, Rodríguez-Losada y Pedraza (2013) afirman que no existen escalas de Auto reporte desarrolladas en poblaciones de habla hispana. Sin embargo, la disponibilidad de versiones en español de las medidas comúnmente utilizadas de manía y depresión es un prerrequisito necesario para atender las diferencias transculturales en el curso del trastorno bipolar (Ruggero, Johnson y Cuellar, 2004).

En la actualidad, es necesario contar con instrumentos de medida que permitan evaluar atributos en constructos y dimensiones complejas en el área de la salud (Lujan-Tangarife y Cardona-Arias, 2015). El trastorno bipolar, en la práctica clínica, suele ser poco detectado porque su diagnóstico se basa frecuentemente en un informe retrospectivo que en una evaluación transversal, es por ello que, para mejorar la detección del trastorno bipolar es recomendable incluir el uso de cuestionarios de detección (Zimmerman, 2016).

Los resultados indican que el Mood Disorder Questionnaire [MDQ] (Hirschfeld, Williams, Spitzer, Calabrese, Flynn, Keck y Russell, 2000) y el Beck Depression Inventory [BDI] (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), fueron los más utilizados para los análisis psicométricos. Carvalho, Takwoingi, Sales, Soczynska, Kohler y Freitas (2015) realizaron un metaanálisis sobre desempeño de las escalas de detección bipolar y determinaron que los tres instrumentos más utilizados fueron el Mood Disorders [MDQ] Questionnaire (Hirschfeld et al., 2000), el 32 Items Hypomania CheckList [HCL-32] (Angst, Adolfsson, Benazzi, Gamma, Hantouche, Meyer, 2005), y el Bipolar Spectrum Disorder Scale [BSDS] (Ghaemi, Miller, Berv, Klugman, Rosenquist y Pies, 2005). Otros estudios recomiendan que el MDQ sea utilizado para mejorar la detección del trastorno bipolar (Culpepper, 2015; Hirschfeld, 2014; Ketter, 2011).

Se encontró que la media de edad de las muestras de los artículos incluidos se osciló entre 40.3 y 47.6 años, la mayoría provenientes de España y de países latinos. Callejón (2003) determinó la prevalencia de las edades en donde más se realizan investigaciones en el trastorno bipolar, distribuyéndola en tres intervalos: menores de 30 años (39,53%), entre 30 a 50 años (37,01%) y mayores de 50 (23,45%). En este sentido, múltiples estudios han identificado que la mayoría de los pacientes diagnosticados con trastornos bipolar tienen una edad de inicio entre 15 y 35 años, con una media combinada de 25 años (Agani, Baldessarini Signorini, Nielssen, De Girolamo, Large, 2019). Lo anterior coincide con los resultados de Malhi, Bargh, Coulston, Das y Berk (2013) en donde la edad de inicio tiene lugar entre la adolescencia tardía y la adultez joven, alrededor de los 25 años, aunque se plantea que es una enfermedad habitualmente subdiagnosticada, como depresión unipolar (Martínez Hernández, Montalván Martínez y Betancourt Izquierdo, 2019) conlleva por

tanto a una importante demora diagnóstica (Baldessarini, Tondo, Vázquez, Undurraga, Bolzani, Yildiz y Maffei, 2012).

La evaluación de los trastornos afectivos cuenta con un sistema de medición que consiste en la administración de escalas estandarizadas que permiten evaluar la intensidad de los síntomas y la gravedad del trastorno, presentando características exploratorias y descriptivas. Además, están sujetas a la exploración del estado mental, a los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas de psicodiagnóstico y al juicio clínico del profesional (Yela y Bastida, 2019), en el entendimiento de que estas no deben sustituir las entrevistas clínicas.

Pese que se han desarrollado, adaptado y validado escalas que evalúan constructos bipolares en el ámbito mundial, estos procesos presentan una serie de limitaciones relacionadas con la falta de claridad en algunas comunidades académicas sobre los criterios que se deben evaluar, la ausencia de consenso metodológicos u operativos, conceptualizaciones poco claras relacionadas con criterios de confiabilidad y validez de contenido y constructo (Lujan-Tangarife y Cardona-Arias, 2015; Carretero-Dios y Pérez, 2005).

En ese sentido, la confiabilidad y validez son las propiedades psicométricas más reportadas porque permite al lector conocer el nivel de precisión y evidencia de los instrumentos utilizados, que derivarán en conclusiones coherentes en el estudio (Ventura-Leon, Arancibia y Madrid, 2017).

El trastorno bipolar es una entidad clínica que presenta ciertas dificultades para su identificación adecuada y oportuna (Corona et al, 2007). En lo que respecta a la medición

de constructos bipolares, la mayoría de los instrumentos revisados no miden todo un constructo de bipolaridad, sino polos independientes (manía, hipomanía, depresión mixta, rasgo de temperamento afectivo...). Aunque la depresión bipolar y la depresión unipolar parecen ser similares, muestran diferencias en términos de etiología, fenomenología, curso y proceso de tratamiento (Ozten y Erol, 2019). Las nuevas herramientas de detección validadas pueden mejorar en gran medida el diagnóstico, para ello, es importante las distinciones clínicas entre depresión bipolar y unipolar, y las diferencias entre el trastorno bipolar I y II (Bowden, 2005).

En la actualidad existen constantes preocupaciones sobre la validez y la confiabilidad de la variedad diagnóstica basada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), ya que constituye uno de los temas más polémicos en el diagnóstico del trastorno bipolar ya sea por un exceso en su diagnóstico o la insuficiencia de esta, en especial su dificultad a la hora de la detección precisa del trastorno bipolar debido a sujetos con antecedentes de hipomanía/manía que por lo general presentan para el tratamiento cuando están en estado depresivo y también como los síntomas depresivos a menudo ocurre con mayor frecuencia que hipomanía/manía y a esto se suma el interés investigativo de esta área centrada en el diagnóstico del trastorno bipolar y distinguirlo de la depresión unipolar (Gruber, Van Meter, Gilbert, Youngstrom, Kogos Youngstrom, Feeny, y Findling, 2017; Carta y Angst, 2016; Carvalho, Takwoingi, Sales, Soczynska, Köhler, Freitas y Vieta, 2015; Parker y Graham, 2016; Hirschfeld, Williams, Spitzer, Calabrese, Flynn, Keck, Zajecka, 2000; Stanton, Gruber y Watson, 2017; Weinstock, Strong, Uebelacker y Miller, 2009, 2010).

Es por ello, que ha surgido en la literatura medidas de detección para evaluar la historia de hipomanía/manía como por ejemplo MDQ (Carvalho et al., 2015; Hirschfeld y col, 2000), tal como se incluye en los resultados.

Los instrumentos revisados concuerdan con la diversidad en los rasgos de las medidas bipolares, evaluados mediante autoinformes (Stanton, Gruber, y Watson, 2017). Entre ellos encuentra la escala ASRM de Altman, Hedeker, Peterson y Davis (1997), que evalúa principalmente el efecto positivo de alta excitación (nivel de actividad o felicidad) y el HCL-32 de Angst et al., (2005), le pide a los encuestadores describir cómo se sienten durante un periodo en el que estaba en un estado alto y el contenido de su elemento, también evalúa el afecto positivo elevado (sentirse más enérgico), sin embargo, a diferencias del ASRM, el HCL-32 incluye contenidos que evalúan la toma de riesgo y la irritabilidad, similar al MDQ de Hirschfeld et al., (2000), en el que incluye la medida de contenido de estados de ánimo eufórico, asunción de riesgo e irritabilidad (Stanton, Gruber y Watson, 2017). También se encuentra el TEMPS-A, de Akiskal, Akiskal, Haykal, Manning y Connor (2005), evalúa contenidos relacionados con la labilidad emocional, la emocionalidad positiva elevada y la distimia, los estilos temperamentales asociadas con mayor riesgo de trastorno caracterizados por labilidad del estado de ánimo (Stanton, Gruber, y Watson, 2017).

La mayoría de los instrumentos psicométricos no especifican el modelo teórico base en el que se apoyan para sustentar la evidencia empírica reportada con la teoría, lo cual dificulta la interpretación de las puntuaciones de los test. Se encontró que solo 12 instrumentos reportaron los modelos teóricos de base, entre los que se identificaron: los

criterios diagnósticos DSM-IV y el modelo de temperamento compuesto afectivo y emocional (Lara et al., 2012).

Scott y Murray (2018), afirman que analizar los criterios diagnósticos, estos han tenido una desalineación con las principales escalas de calificación del trastorno bipolar, siendo esto un factor importante porque es posible que las escalas establecidas ya no reflejen la comprensión actual y diagnóstica del trastorno. Dado que la conceptualización del trastorno bipolar ha evolucionado a lo largo del tiempo, no es claro si los clínicos utilizan escalas que capturen criterios diagnósticos contemporáneos, en particular con la actividad / energía. Scott y Murray (2018) y Goodwin, y Jamison (2007), refieren que muchas de las escalas de manía y depresión fueron desarrolladas hace más de 40 años, por ejemplo, los elementos del YMRS excluyen calificar estados de ánimos deprimidos con aumento de la actividad y otros síntomas de manía (episodios de manía disfórica).

Scott y Murray (2018) señalan que las escalas de calificación más utilizadas como el YMRS, MADRS y HRSD-17 ítems, presentan inconsistencia sobre la validez de contenido, ya que ninguna es proporcional a su estado de síntomas en el DSM-5 (hipo/manía) y CIE-10 (hipo/manía/depresión). Se realizó un análisis de la teoría de respuesta a ítems (TRI) con el YMRS Y MADRS y concluyeron que ambas escalas están mal construidas y son ineficientes ya que no proporcionan elementos psicométricos suficientes y estas solo miden una parte de la gravedad de los síntomas (Prisciandaro y Tolliver, 2016). Teóricamente Rubio et al., (2003) menciona que los ítems son la concreción operativa de los componentes a evaluar y que si estos son inadecuados la delimitación operativa es errónea, es decir la validez de contenido.

Las escalas revisadas tienden a ser auto-aplicadas, en modalidad de lápiz y papel. Solo un estudio analiza un instrumento disponible en versión online. Si bien, se han realizado revisiones sistemáticas y metaanálisis de las escalas de síntomas de autoinforme en versiones digitales y se han comparado con las versiones en lápiz y papel, la mayoría de las escalas muestran una alta fiabilidad en ambos formatos (Alfonsson, Maathz y Hursti, 2014). Como la versión en línea del e-HCL-32 (Hidalgo-Mazzei, Mateu, Undurraga, Rosa, Pacchiarotti, Bonnin, Vieta, 2015) resulta ser una herramienta útil para detectar antecedentes de hipomanía previa, mostrando una validez y confiabilidad similares al cuestionario tradicional de lápiz y papel (Vieta, Sánchez-Moreno, Bulbena, Chamorro, Ramos, Artal, Angst, 2007). Realizar escalas online brinda una alternativa a las poblaciones de difícil acceso, una mayor divulgación por parte de los individuos e incluyen una carga reducida tanto para los participantes como para los investigadores (Mogle, 2015). Sin embargo, dentro de la revisión no se evidencia la inclinación por este tipo de estudios y esto puede deberse a las problemáticas relacionadas con la seguridad en las medidas en todo el mundo (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015). Además, se ha encontrado problemas obvios con respecto al uso de Internet entre los pacientes psiquiátricos, que podría estar relacionada con el deterioro neurocognitivo y funcional asociado con algunos trastornos psiquiátricos, incluyendo el trastorno bipolar (Solé, Bonnin, Torrent, Balanzá-Martínez, Tabarés-Seisdedos, Popovic y Vieta, 2011; Kennedy y Adolphs, 2012).

El tiempo requerido para ser aplicadas es una limitación importante. Los estudios no están dando cuenta sobre la aplicabilidad en función al tiempo de administración de la prueba, siendo esto, un dato relevante para los clínicos. Muñiz (2018) refiere que el tiempo total para contestar un instrumento es proporcional al número de ítems y de alternativas por

ítem, pero esta sugerencia metodológica debe ser soportado con datos empíricos, en especial si se considera que la población objetivo de estos instrumentos es clínica en sus diferentes estados (hospitalización, en remisión, en tratamiento, etc.).

En lo que respecta a la configuración de los trece estudios realizaron un proceso traducción/adaptación de instrumentos del habla anglosajona al español. Los autores utilizaron como estrategia principal la traducción inversa. Hyrkäs, Appelqvist--Schmidlechner y Oksa (2003) plantean que es común que las pruebas que ya han sido estandarizados en países de habla inglesa sean utilizadas en países de habla no inglesa, para lo cual se debe realizar el proceso de traducción, adaptación y estandarización del instrumento para dichos países. En la revisión, el estudio de Berrocal et al., (2006) reporto ítems problemáticos en función a expresiones en la adaptación cultural y esto se debe a que por lo general estos procesos tienden a presentar dificultades importantes, ya sea por las barreras del idioma o por la significancia cultural de un constructo particular (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

En cuanto a las propiedades psicométricas, la mayoría de los estudios no presentan información sobre los procesos estadísticos empleados. 13 instrumentos determinaron la validez de constructo mediante el uso del Análisis Factorial. Rios y Wells (2014), refiere que la comunidad científica tiende a utilizar la fuente de validez basada en la estructura interna, la misma que utiliza la técnica estadística denominada análisis factorial (Rios y Wells, 2014). Si bien, esta técnica es ampliamente utilizada en las ciencias sociales, toma mayor relevancia en el campo de la psicometría (Martínez Arias, 1995). En la revisión crítica de Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota (2003), las únicas que determinaron el peso de los ítems fueron las escalas [CARS-M] de Altman, Hedeker, Janicak, Peterson y Davis

(1994) y la [ISS] de Bauer, Crits-Christoph, Ball, Dewees, Mcallister, Alahi, Cacciola, Whybrow (1991), del cual aplicaron un análisis factorial. Sin embargo, el estudio de Cassidy, Murry, Forest y Carroll (1998) menciona que no existen estudios empíricos que respalde las diversas definiciones de estados bipolares mixtos y que para examinar este problema se debe utilizar el análisis factorial. Por otra parte, los estudios de la validez interna del MAS han confirmado que la simple suma de los 11 ítems de la escala es un estadístico suficiente para la evaluación de la gravedad de los estados maníacos (Bech, 2002).

En la revisión, el método de extracción más utilizado para la identificación de la carga de los factores fue es el análisis factorial exploratorio [AFE]. Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco (2014), confirma que el AFE es una de las técnicas más usadas en el desarrollo, validación y adaptación de instrumentos de medida psicológicos, ya que es una técnica que se utiliza por excelencia para explorar el conjunto de variables latentes que explican las respuestas a los ítems de una prueba. La versión autoinformada de 110 ítems del TEMPS, ha sido la versión más estudiada y el 50% de las investigaciones respaldan una solución de cinco factores, aunque pocos realizaron AFE (Elias, Köhler, Stubbs, Maciel, Cavalcante, Vale y Vieta, 2017). La empleabilidad del método de análisis de componente principal es el más utilizado y esto se debe a que resulta más sencillo y eficaz para la estimación/extracción de “factores” (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014).

En el análisis de la fiabilidad, 24 estudios reportaron en su metodología análisis de consistencia interna, utilizando el coeficiente α de Cronbach. Ventura-Leon, Arancibia y Madrid (2017), mencionan que el análisis de los métodos de consistencia interna ha tomado

gran relevancia en los últimos años, emergiendo así diferentes coeficientes como: El alfa de Cronbach, Omega, Theta de Armor y Coeficiente H, siendo la elección más frecuente el alfa de Cronbach.

Al analizar los indicadores de validez externa, la MAS ha demostrado tener una validez externa aceptable, tanto en sensibilidad como en la capacidad de respuesta y por tanto, es mejor que la escala de impresión clínica global con respecto a la capacidad de respuesta (Bech, 2002).

Para lograr una buena validez de criterio, es fundamental relacionar las puntuaciones de la escala con otras variables a la que sería el criterio y para ellos es importantes hablar de validez concurrentes y predictiva (Argibay, 2006). En la revisión, la validez de criterio fue evaluada mediante validez concurrente, siendo la correlación de Pearson el estadístico más implementado. El TEMPS-A es una de las pruebas que presenta mayor evidencia en la validez concurrente ya que se ha analizado en varios países (Akiskal y Akiskal, 2005; Borkowska et al., 2010; Dolenc et al., 2013; Lin et al., 2013; Fountoulakis et al., 2014). Con respecto a la validez de constructo, ocho estudios utilizaron los análisis de correlación (convergente/discriminante), el estudio de Ruggero, Kotov, Watson, Kilmer, Perlman y Liu (2014), examinaron la relación de las escalas de manía con otras escalas, como se esperaba la actividad eufórica se correlaciono con el IDAS-II, la euforia y la cognición hiperactiva con la manía IDAS-II e irritabilidad con la escala de mal genio IDAS-II. Berrocal et al., (2006), mostro en sus resultados que las puntuaciones en MOODS-SR están adecuadamente correlacionados con medidas alternativa de depresión como el BDI y síntomas maníacos como el CARS-M, así como unos constructos relacionados [es decir, autoafirmaciones negativas (ATQ-N)], apoyando la validez

convergente y divergente del cuestionario. La validez discriminante fue mayor para HAMD-5 que HAMD-21 (González-Pinto, Mosquera, Reed, Novick, Barbeito, Vega y Haro, 2009).

Las principales fortalezas de esta revisión incluyen el uso de recomendaciones internacionales, métodos para la identificación y selección de estudios, evaluación de calidad y sesgos. Sin embargo, se deben mencionar algunas limitaciones de la revisión actual. Si bien, se diseñó un banco de código de búsqueda en función a términos metodológicos y clínicos del Constructo, combinado esto con el operador Booleano AND, se produjo una amplia gama de posibles combinaciones, haciendo la búsqueda robusta y no sé contó con el personal capacitado y entrenado suficiente para realizar dicha operación comprometiendo la eficiencia de su ejecución. Un problema recurrente en las revisiones sistemáticas que compañías como Cochrane buscan mitigar con el uso de programas como Revman-5, que esperamos sea cada vez más abierto, para que pueda ser de provecho para futuros estudios (Collaboration, 2014).

Por otro lado, pese a que se realizó una búsqueda rigurosa en las bases de datos, existe un riesgo de que algunos datos relevantes, especialmente no publicados, no hayan sido identificado y se encuentren en plataformas como Google académico para la literatura gris. Siendo este un primer acercamiento sistemático a las medidas de habla hispana el presente estudio encontró pertinente priorizar las principales bases de datos, no obstante, futuros estudios podrían ampliar su búsqueda en línea con esta sugerencia.

Finalmente, en las recomendaciones es importante mencionar que para mejorar la detección del trastorno bipolar se deben incluir evaluaciones clínicas cuidadosas que indagan sobre una historia de manía e hipomanía y el uso de cuestionarios de selección

(Bowden, 2001). Además, se espera que la investigación futura avance en la conceptualización y evaluación del trastorno bipolar, en función a las medidas actuales de los manuales diagnósticos (DSM-V y CIE-11).

En la práctica clínica, los autoinformes se pueden usar para detectar y mejorar el reconocimiento de los trastornos bipolares, dentro de ellos se puede recomendar el uso de HCL-32 como primer examen en pacientes que buscan ayuda para la depresión, pero que no se debe usar solo para el diagnóstico ya que no descarta la relación con sustancias o afección médica que causen síntomas maníacos (Meyer, Schrader, Ridley y Lex, 2014). Sin embargo, Gamma et al., (2013), mencionan que si bien el HCL-32 es una herramienta de detección de TB, estando disponible y validado en muchos idiomas, la validación del HCL-32-R2 como un instrumento de detección para las características hipomaniacas, facilitando así la detección de bipolaridad ocultos en pacientes con depresión, siendo esto corroborado en entrevistas clínicas diagnósticas.

El MDQ fue desarrollado para detectar trastornos bipolares en el entorno clínico. Es uno de los inventarios de detección de trastorno bipolar más estudiados a nivel mundial (Carvalho, Takwoingi, Sales, Soczynska, Köhler, Freitas y Vieta, 2015; Carta, Zairo, Saphino, Sevilla-Dedieu, Moro, Massidda y Kovess, 2013). Sin embargo, muchos estudios han criticado la utilidad de MDQ y su poder discriminatorio para el trastorno bipolar (Zimmerman, 2016; Zimmerman, 2012; Zimmerman, Galione, Chelminski, Young y Dalrymple, 2011). Además, algunos estudios han sugerido ajustar el valor de corte para mejorar la sensibilidad del instrumento (Kung, Palmer, Lapid, Poppe, Alarcon y Frye, 2015; Wang, Woo, Ahn, Ahn, Kim y Bahk, 2015). Por otra parte, las inconsistencias del MDQ apuntan también en que incurre el riesgo de un impacto en los trastornos comórbidos

o de categorizar erróneamente en sujetos que tienen trastorno bipolar cuando en realidad tienen depresión unipolar, trastorno límite de personalidad u otro que lleva a obtener una alta puntuación en la activación negativa (Carpenter, Stanton, Emery y Zimmerman, 2019; Stanton et al., 2019). Se recomienda explorar más sobre los factores de activación (negativo y positivo).

Por último, para futuras investigaciones se recomienda que, a nivel metodológico, se desarrolle una lista de verificación y/o manuales centrados en variables meramente psicológicas, ya que las referencias actuales si bien están altamente respaldadas, estas se enfocan en variables médicas. Y, por último, se recomienda a los investigadores seguir los estándares de calidad sobre la adaptación/construcción de un instrumento de medida y dar reporte de estos. Para así permitir ofrecer una medida válida, confiable y adecuada para su uso clínico e investigativo.

Referencias

- Abraira, v. (2000). La índice kappa. Volumen 27, Número 5.
- AERA, APA y NCME, (1999). Standards for educational and psychological tests.
Washington DC: American Psychological Association, American Educational
Research Association, National Council on Measurement in Education.
- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaire.
Educational and Psychological Measurement 40, 955- 959.
- Aiken, L. (1985). Three Coeficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ralings.
Educational and Psychological Measurement 45, 131-142.
- Anastasi, A. (1968). Tests Psicológicos. Madrid: Aguilar.
- Aiken, L. R. (2003). Tests psicológicos y evaluación. *Pearson Educación*.
- Akiskal H. (2006). Special issue on circular insanity and beyond: historic contributions of
French psychiatry to contemporary concepts and research on bipolar disorder.
Journal of Affective Disorders, 96 (3), 141-3.
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. K. (2005). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis,
Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders*, 85, (1-2), 1–
2. <https://doi:10.1016/j.jad.2004.12.003>
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. K. (2007). In search of Aristotle: temperament, human
nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of Affective Disorders*, 100:1-
6.

Akiskal, H. S., & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 517-534.

Akiskal, H. S., Djenderedjian, A. H., Rosenthal, R. H., & Khani, M. K. (1977). Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *The American journal of psychiatry*.

Alfonsson, S., Maathz, P., & Hursti, T. (2014). Interformat reliability of digital psychiatric self-report questionnaires: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 16(12), e268.

Altman, E., Hedeker D., Janicak P., Peterson J. y Davis J. (1994). The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, Reliability and Validity. *Biol. Psychiatry*, 36, 124-134.

Alvarado Izquierdo, J.M. y Santisteban Requena, C. (2011). La validez en la medición psicológica. Madrid, España: UNED Ediciones.

American Psychological Association [APA]. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice.

<https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>

American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological tests*. Washington DC: Author.

Angst J, Marneros A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders*; 3-19.

- Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P.J., Angst, J., (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders*. 68, 167-181.
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T.D., et al., (2005). The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*. 88, 217-233.
- Aragón Borja, M.E. (2015). Evaluación Psicológica: Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría. México, D.C: *Editorial El Manual Moderno*.
- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad.
- Argimon Pallas, J.M. & Jiménez Villa, J. (2012). Métodos de investigación clínica y epidemiológica: Cuarta Edición Madrid: Elsevier España, S.L
- Arnold, J. G., Martinez, C., Zavala, J., Prihoda, T. J., Escamilla, M., Singh, V., ... & Bowden, C. L. (2016). Investigating symptom domains of bipolar disorder for Spanish-speakers using the Bipolar Inventory of Symptoms Scale. *Journal of Affective Disorders*, 205, 239-244.
- Baethge C, Salvatore P, Baldessarini R. (2003). Cyclothymia, a circular mood disorder by Edwald Hecker. *Hist Psychiatry*; 14(3):377-99.
- Baldessarini, RJ, Tondo, L., Vázquez, GH, Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz, A y Maffei, PM (2012). Edad de inicio versus antecedentes familiares y resultados clínicos en 1,665 pacientes con trastorno bipolar-I internacional. *World Psychiatry*, 11 (1), 40-46.

- Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A., & Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(1), 41-48. [https://doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01098.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01098.x)
- Barrios, K., Rodríguez-Losada, J., & Pedraza, R. S. (2013). Desarrollo de una escala de auto-reporte para medición de síntomas maníacos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(3), 245-253.
- Batista, T. A., Von Werne Baes, C., & Juruena, M. F. (2011). Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: Systematic review of randomized trials. *Psychology & Neuroscience*. 4(3), 409-416. [https://doi: 10.3922/j.psns.2011.3.014](https://doi.org/10.3922/j.psns.2011.3.014)
- Bauer M., Crits-Christoph P., Ball W., Dewees E., McAllister T., Alahi P., Cacciola J. y Whybrow P. (1991). Independent Assessment of Manic and Depressive Symptoms by Self-rating. *Arch Gen Psychiatry*, 48,807- 812.
- Bauer, M., Pfenning, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 46, 8–13.
- Bech, P. (2002). La escala de Bech-Rafaelsen Mania en ensayos clínicos de terapias para el trastorno bipolar. *Medicamentos del SNC*, 16 (1), 47-63.
- Bech, P. (2002). La escala de melancolía de Bech-Rafaelsen (MES) en ensayos clínicos de terapias en trastornos depresivos: una revisión de 20 años de su uso como medida de resultado. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (4), 252-264.
- Beltrán O. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. Rincón epidemiológico. <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v20n1a09.pdf>

- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2012). Manual de psicopatología. *McGraw-Hill*.
- Berrios GE. (1992). History of the affective disorders. En: Paykel ES. Handbook of affective disorders 2nd ed. *Edimburgo: Churchill Livingstone*. p. 43-56.
- Berrios GE. (1995). Mood disorders. En: Berrios GE, Porter R. A history of clinical psychiatry. Londres: Athlone; p. 384-408.
- Bordons, M. (1999). Evaluación de la actividad científica a través de indicadores bibliométricos. *Revista española de cardiología*, 52(10), 790-800.
- Borkowska, A., Rybakowski, J. K., Drozd, W., Bielinski, M., Kosmowska, M., Rajewska-Rager, A., Akiskal, H. S. (2010). Polish validation of the TEMPS-A: The profile of affective temperaments in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 36–41. [https://doi: 10.1016/j.jad.2009.09.024](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.024)
- Botella, J. y Gambara, H. (2006). Doing and reporting a meta- analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 425-440.
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-185.pdf
- Bowden, CL (2005). Una depresión diferente: distinciones clínicas entre depresión bipolar y unipolar. *Revista de trastornos afectivos*, 84 (2-3), 117-125. [https://doi: 10.1016 / s0165-0327 \(03\) 00194-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00194-0)
- Brown, G. F. (1980). Principios de la medición en psicología y educación. México: El Manual Moderno.
- Callejon, A. A. (2003). Análisis bibliométrico del trastorno bipolar (1995 2001). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 163-176.

- Camacho, A. y Tellez-Vargas, Ng. (2010). Trastorno afectivo bipolar II.
- Camelo, E. V., Velasques, B., Ribeiro, P., Netto, T., & Cheniaux, E. (2013). Attention impairment in bipolar disorder: a systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 6(3), 299-309.
- Cañedo, R. A., Hernández, A. S. J. y Fresno, C. C. H. (2003). Iberoamérica a 500 años del descubrimiento: la producción científica de una región en ciencias biomédicas en la década de los ochenta. *ACIMED*, 11(1).
- Carpenter, R. W., Stanton, K., Emery, N. N., & Zimmerman, M. (2019). Positive and Negative Activation in the Mood Disorder Questionnaire: Associations With Psychopathology and Emotion Dysregulation in a Clinical Sample. *Assessment*, 107319111985157. <https://doi:10.1177/1073191119851574>
- Carrasco, M. A.O., Ramírez, I. M & Gandara, V. B. (2013). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882. http://www.aepc.es/ijchp/NDREI07_es.pdf
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of clinical and health psychology*, 5(3), 521-551.

- Carta, M. G., & Angst, J. (2016). Screening for bipolar disorders: A public health issue. *Journal of Affective Disorders*, 205, 139–143.
- Carta, M. G., Zairo, F., Saphino, D., Sevilla-Dedieu, C., Moro, M. F., Massidda, D., & Kovess, V. (2013). MDQ positive people's searching for effective and ineffective treatments for bipolar disorders: a screening study in France. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 84-92.
- Carvalho, A. F., Takwoingi, Y., Sales, P. M. G., Soczynska, J. K., Köhler, C. A., Freitas, T. H., . . . Vieta, E. (2015). Screening for bipolar spectrum disorders: A comprehensive meta-analysis of accuracy studies. *Journal of Affective Disorders*, 172, 337–346
- Cassidy, F., Murry, E., Forest, K., & Carroll, B. J. (1998). Signs and symptoms of mania in pure and mixed episodes. *Journal of affective disorders*, 50(2-3), 187-201.
- Claeys, C., Nève, J., Tulkens, P. M. y Spinewine, A. (2012). Content validity and inter-rater reliability of an instrument to characterize unintentional medication discrepancies. *Drugs Aging*, 29, 577-591.
- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 155-161.
- Cohen, R.J. y Swerdilk, M.E. (2006). Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición. Sexta edición. México: *The McGraw-Hill Company*

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015) Plan estratégico sectorial 2014-2018 Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-sectorial-2014-2018.pdf>

Collaboration, C. (2014). Review Manager (RevMan)[Computer Program] Version 5.2. 3, The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen, 2012. *Health Psychology Review*, 17.

Coronado, P, J. (2007). Escalas de medición. *Paradigmas*, 2(2), 104-125.

Cronbach, L.J. & Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*, 52, 281-302

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-333.

Culpepper, L. (2015). Pathways to the diagnosis of bipolar disorder. *Journal of Family Practice*, 64, S4–S9.

Dagani J., Baldessarini RJ, Signorini G., Nielssen O., de Girolamo G., Large M. (2019) The Age of Onset of Bipolar Disorders. En: de Girolamo G., McGorry P., Sartorius N. (eds) *Edad del inicio de los trastornos mentales*. Springer, Cham

De Lima, M.S., Tassi, J., Novo, I.P., Mari, J.J. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 32, 15–20.

Decker, H. S. (2007). How kraepelinian was Kraepelin? How kraepelinian are the neo-Kraepelinians? from Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry*, 18(3), 337-360.

- Dion, G. L., Tohen, M., Anthony, W. A., & Waternaux, C. S. (1988). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Psychiatric Services*, 39(6), 652-657. [https://doi: 10.1176/ps.39.6.652](https://doi.org/10.1176/ps.39.6.652)
- Dolenc, B., Šprah, L., Dernovšek, M. Z., Akiskal, K., & Akiskal, H. S. (2013). Psychometric properties of the Slovenian version of temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A): Temperament profiles in Slovenian university students. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 253–262. [https://doi: 10.1016/j.jad.2012.06.044](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.044)
- Elias, LR, Köhler, CA, Stubbs, B., Maciel, BR, Cavalcante, LM, Vale, AM, ... y Vieta, E. (2017). Medición de temperamentos afectivos: una revisión sistemática de estudios de validación de la evaluación de temperamento en los instrumentos de Memphis Pisa y San Diego (TEMPS). *Revista de trastornos afectivos*, 212 , 25-37.
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6, 27-36
- Escurra, L. (s.f). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4555-17427-1-PB.pdf>
- Feldt, L.S. & Brennan, R. L. (1989). Reliability. In Linn LR. Educational measurement. 3rd edition. New York: Macmillan. p. 105-146.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). Evaluación psicológica. Ediciones Pirámide.

- Fitch, K., Bernstein, S.J., Aguilar, M.D., Burnand, B., LaCalle, J.R., Lázaro, P., Loo, M., McDonnell, J., Vader, J.P. y Kahan, J.P. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual: RAND corporation
- Floyd, F. J., Widaman, K, F. (1995). Factor analysis in the development and refinemeny of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.
- Forns, M. (1993). La evaluación psicológica infantil. Barcelona: Barcanova.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, M., Pantoula, E., Moutou, K., Kemeridou, M., ... Akiskal, H. (2014). Standardization of the TEMPS-A in the Greek general population. *Journal of Affective Disorders*, 158, 19–29. [https://doi: 10.1016/j.jad.2013.12.030](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.030)
- Fountoulakis, K. N., Yatham, L., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Blier, P., ... & Moeller, H. J. (2016). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, Grading of the Evidence, and a Precise Algorithm. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 521-551.
- Fuensanta, M. (2015) Lectura crítica de un metaanálisis de una revisión sistemática. Murciasalud. <https://www.murciasalud.es>
- García, M., & Magaz, A. (2009). ¿Cómo valorar tests psicometricos?. Grupo ALBOR-COHS: España. <http://es.slideshare.net/MiguelCalderon1/como-evaluar-tests-psicomtricos>

- García-Blanco, A. C., Sierra, P., & Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89-94.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Ghaemi, S.N., Miller, C.J., Berv, D.A., Klugman, J., Rosenquist, K.J., Pies, R.W., 2005. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J. Journal of Affective Disorders Affect*, 84, 273-277.
- Ginzberg, E. (1991). Access to health care for Hispanics. *Journal of the American Medical Association*, 265, 238 –241.
- Glass, G.V. (1976). Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher*, 5(10), 3-8
- Gliner. J.A., Morgan, G.A. & Harmon, R.J. (2001). Measurement reliability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 486-8
- González Llaneza, F. M., & Martín Carbonell, M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 248(247), 234.
http://newpsi.bvpspsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- González-Sala, F., Osla-Lluch, M. J., Tortosa Gil, F., & Peñaranda Ortega, M. (2017). Beneficios de las relaciones entre los miembros de los comités editoriales y las revistas científicas. El caso de las revistas iberoamericanas de psicología. *Revista Española de Documentación Científica*, 40(4).

- Goodwin, FK y Jamison, KR (2007). Enfermedad maniaco-depresiva: trastornos bipolares y depresión recurrente (Vol. 1). *Prensa de la Universidad de Oxford*.
- Gruber, J., Van Meter, A., Gilbert, K. E., Youngstrom, E. A., Kogos Youngstrom, J., Feeny, N. C., & Findling, R. L. (2017). Positive emotion specificity and mood symptoms in an adolescent outpatient sample. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 304–319.
- Hambleton, R. K. (1980). Test score validity and standard setting methods. En R. A. Berk (Ed.), *Criterion-Referenced Measurement: The State of the Art*. Johns Hopkins University Press: Baltimore.
- Hambleton, R. K. (1984). Validating the test score. En R. A. Berk (Ed.), *A Guide to Criterion-Referenced Test Construction* (pp. 199-230). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hecker E. The clinical diagnosis and prognosis of mental disease [1877]. *Classic Texts* N° 56. Introductions and translation by A Meyer. *Hist Psychiatry*. 2003; 14:493-508.
- Henry, C., M'bailara, K., Mathieu, F., Poinot, R. y Falissard, B. (2008). Construcción y validación de una escala dimensional que explora los trastornos del estado de ánimo: MATHyS (Evaluación multidimensional de estados tímicos). *BMC psiquiatría*, 8 (1), 82.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2015). *Metodología de la Investigación* (6ª edición). México D.F: *McGrawHill Education*
- Hernández-Nieto, R. A. (2002), *Contributions to Statistical Analysis*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.

- Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. www.cochrane-handbook.org.
- Hirschfeld, R. M. (2014). Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 169(Suppl 1), S12–16.
- Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1873–1875.
- Hogan, T.P., Benjamin, A. & Brezinski, K.L. (2000). Reliability methods: a note on the frequency of use of various types. *Educ Psychol Meas*, 60, 523-531
- Hunt, M. (1997). How science takes stock: The story of meta-analysis. Nueva York: Russell Sage Foundation
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies*, 40 (6), 619 -625
- Kennedy, DP, y Adolphs, R. (2012). El cerebro social en los trastornos psiquiátricos y neurológicos. *Tendencias en ciencias cognitivas*, 16 (11), 559–572. [https://doi: 10.1016 / j. tics.2012.09.006](https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.09.006)
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., et al., 2005. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol. Med.* 35, 245-256.

- Ketter, T. A. (2011). Strategies for the early recognition of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, e22.
- Khouzam, H. R., & Singh, F. (2006). Bipolar disorder: historic perspective, current pharmacologic treatment options and a review of quetiapine. *Expert review of neurotherapeutics*, 6(2), 131-144.
- Kleine-Budde, K., Touil, E., Moock, J., Bramesfeld, A., Kawohl, W., & Rössler, W. (2014). Cost of illness for bipolar disorder: a systematic review of the economic burden. *Bipolar disorders*, 16(4), 337-353.
- Krishnan KRR. (2005) Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med.* 2005; 67:1–8.
<https://msrc.fsu.edu/system/files/Krishnan%202005%20Psychiatric%20and%20medical%20comorbidities%20of%20bipolar%20disorder.pdf>
- Kroenke, K. (2017). Depression screening and management in primary care. *Family Practice*, 35(1), 1–3. <https://doi:10.1093/fampra/cmz129>
- Krus, D.J. & Helmstadter, G.C. (1993). The problema of negative reliabilities. *Educ Psychol Meas*, 53, 643-50
- Kuder, G-F. & Richardson, M.W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160
- Kung, S., Palmer, B. A., Lapid, M. I., Poppe, K. A., Alarcon, R. D., & Frye, M. A. (2015). Screening for bipolar disorders: clinical utilization of the Mood Disorders Questionnaire on an inpatient mood disorders unit. *Journal of affective disorders*, 188, 97-100.

- Lamprea, J., & Gómez-Restrepo, C. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (2).
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a13.pdf>
- Landis J, Koch G: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74
- Lawshe C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575.
- Leboyer, M., & Kupfer, D. J. (2010). Trastorno bipolar: Nuevas perspectivas en el cuidado de la salud y la prevención. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 71(12), 1689-1695.
- Levine, E. L., Maye, D. M., Ulm, R. A. y Gordon, T. R. (1997). A methodology for developing and validating minimum qualifications (MQs). *Personnel Psychology*, 50, 1009-1023.
- Ley N° 1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, república de Colombia, Bogotá, Colombia, 21 de enero del 2013
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. y Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*, 151. http://www.irccs-stellamaris.it/corsi-e-convegni/schede-eventi/atti-convegno-epidemiologia/PRISMA_statement.pdf
- Lin, K., Xu, G., Miao, G., Ning, Y., Ouyang, H., Chen, X., ... Akiskal, H. S. (2013). Psychometric properties of the Chinese (Mandarin) TEMPS-A: A

- population study of 985 non-clinical subjects in China. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 29–33. [https://doi: 10.1016/j.jad.2012.12.024](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.024)
- Livianos-Aldana, & Rojo-Moreno. (2001). Rating and quantification of manic syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s409), 2–33. [https://doi:10.1034/j.1600-0447.2001.104s409002.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.104s409002.x)
- Lolich, M., Vázquez, G., & Leiderman, E. A. (2010). Primer episodio psicótico en trastorno bipolar: Diferenciación clínica e impacto funcional en una muestra argentina. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 94, 418–427.
- Lopez, A. F., Sanz-Valero, J., & Fernández, J. M. C. (2016). Publicar en castellano, o en cualquier otro idioma que no sea inglés, negativo para el factor de impacto y citaciones. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 1(2), 65-70.
- López-Muñoz, F., Vieta, E., Rubio, G., García-García, P., & Alamo, C. (2006). Bipolar disorder as an emerging pathology in the scientific literature: A bibliometric approach. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 161–170. [https://doi: 10.1016/j.jad.2006.02.006](https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.006)
- Lord, F.M. y Novick, M.R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Lorenzo Pontevedra, M, (2015). *Trastorno Bipolar*, Madrid, España: Editorial Síntesis, S. A.
- Luque, D. A., Peña, O. F. C., & Cortes, F. (2012). Diseño de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA. *Psicología desde el Caribe*, 29(3).

Luque, R. y Berrios, G. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol 40.

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169.

Malhi, G.S., Mitchell, P.B., Salim, S. (2003). Bipolar depression. Management options. *CNS Drugs* 17, 9–25

Malhi, GS, Bargh, DM, Coulston, CM, Das, P. y Berk, M. (2013). Predicción del trastorno bipolar sobre la base de la fenomenología: implicaciones para la prevención y la intervención temprana. *Trastornos bipolares*, 16 (5), 455-470. [https://doi: 10.1111 / bdi.12133](https://doi: 10.1111/bdi.12133)

Marneros A. (2001). Expanding the group of bipolar disorders. *J Affect Disord*; 62:39-44.

Marneros A. *Handbuch der unipolaren und bipolaren. (1999). Erkrankugen. Thieme, Stuttgart.*

Martin, Ben R. & Irvine, John. (1983). Assessing basic research : Some partial indicators of scientific progress in radio astronomy, *Research Policy*, Elsevier, vol. 12(2), pages 61-90, April.

Martínez Acosta, U., Adefna, Pérez, R. y Izquierdo Lara, F. (2009). *Medicina Basada en la Evidencia. Editorial El Cid Editor.*

- Martínez Arias, M.R., Hernández Lloreda, M.J. y Hernández Lloreda, M.V. (2014).
Psicometría. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Martínez Arias, R. (1995). Psicometría. Madrid: Síntesis Psicológica
- Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, E. (2019).
Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica
Electrónica*, 41(2), 467-482.
- Martínez-Taboas, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y
retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63-78
- Mendel, E. (1907). Textbook of Psychiatry.[Krauss WC traductor]. *Filadelfia: Davis*.
- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M., Petukhova,
M., et al., 2007. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in
the National Comorbidity Survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 64, 543-552.
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment. *American Psychologist*,
- Meyer, TD, Schrader, J., Ridley, M. y Lex, C. (2014). La Lista de verificación de
hipomanía (HCL): revisión sistemática de sus propiedades para detectar trastornos
bipolares. *Psiquiatría integral*, 55 (5), 1310-1321.
- Ministerio de Salud y Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental.
[http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C
0031102015-salud_mental_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomoI.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Plan nacional de salud mental 2014-2021.

http://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/propuesta_plan_nacional_de_salud_mental.pdf

Mitchell, P. B., Slade, T., & Andrews, G. (2004). Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychological Medicine*, 34(5), 777-785.

https://www.researchgate.net/profile/Timothy_Slade/publication/236611605_Twelve-month_prevalence_comorbidities_and_impact_of_DSM-IV_bipolar_disorder_and_major_depressive_disorder_in_a_large_national_population_survey/links/0046352b3549997b92000000.pdf

Moher, D., Cook, D., Eastwood, S., Olki, I., Rennie, D. & Stroup, D. for the QUOROM group (1999). Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *The Lancet*, 354(9193), 1896-1900

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. y the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269, 339, b2535. <http://sci-hub.ac/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2535>

Mokkink, L.B., Prinsen, C.A.C., Bouter, L.M., de Vet, H.C.W. & Terwee, C.B. (2016). The Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther*, 20(2), 105-113

Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Stratford, P.W., Knol, D.L.,

Bouter, L.M. y de Vet, H.C.W. (2012). COSMIN checklist manual.

<http://www.cosmin.nl/images/upload/files/COSMIN%20checklist%20manual%20v9.pdf>

Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Stratford, P.W., Knol, D.L., Bouter,

L.M. & de Vet, H. C.W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status

measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res*, 19, 539-549

Morgado, C., Tapia, T., Ivanovic-Zuvic, F., & Antivilo, A. (2015). Evaluación de la calidad

de vida de pacientes bipolares chilenos: propiedades psicométricas y utilidad

diagnóstica de la versión chilena del cuestionario Quality of Life Bipolar Disorder

(QoL. BD-CL). *Revista médica de Chile*, 143(2), 213-222.

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n2/art09.pdf>

Muñiz Fernández, J. (2018). *Introducción a la Psicometría: teoría clásica y TRI*.

Psicología, Pirámide.

Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.

Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10(1), 1-21

Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems.

Papeles del psicólogo, 31(1). <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441006.pdf>

Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría*. Difusora Larousse-Ediciones Pirámide.

- Muñiz, J., Hernández, A., & Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del psicólogo*, 36(3), 161-173.
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (2016). Bipolar Disorder. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml#part_145402
- Norvy, D. M., Stanley, M. A., Averill, P., & Daza, P. (2001). Psychometric comparability of English- and Spanish-language measures of Anxiety and related affective symptoms. *Psychological Assessment*, 13, 347– 355
- Organización mundial de la salud [OMS]. (2018). Clasificación internacional de enfermedades, mortalidad y morbilidad. Undécima edición [CIE-11].
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.
http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Salud mental: un estado de bienestar [Recuperado 2016 de:] Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Invertir en Salud Mental, http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2016). Trastornos Mentales.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Osburn, H.G. (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychol Methods*, 5, 343-355

- Oviedo, H.C. & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr*, 34 (23), 572-580
- Ozten, M., & Erol, A. (2019). Impulsivity differences between bipolar and unipolar depression. *Indian journal of psychiatry*, 61(2), 156.
- Parker, G., & Graham, R. (2016). Trends in the diagnosis of bipolar disorder: Has the story changed? *Australasian Psychiatry*, 25(1), 15–17.
<https://doi:10.1177/1039856216658829>
- Patalano, M. (2005). Las publicaciones del campo científico: las revistas académicas de América Latina. In *Anales de documentación* (Vol. 8, pp. 217-235). Facultad de Comunicación y Documentación y Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez y García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción Psicológica*, 10(2), x-xx.
- Perestelo-Pérez, L. (2012). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–57. http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-432.pdf
- Perkins, JA (1969). El concepto del yo en la ilustración francesa. Librairie Droz.
- Perris, C. (1966). Estudio de las psicosis depresivas recurrentes bipolares (maniacodepresivas) y unipolares. Introducción. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 194, 9.

Perugi, G., Akiskal, H. S., Lattanzi, L., Cecconi, D., Mastrocinque, C., Patronelli, A., ... &

Bemi, E. (1998). The high prevalence of “soft” bipolar (II) features in atypical depression. *Comprehensive psychiatry*, 39(2), 63-71.

Pichot P. (1995). El nacimiento del trastorno bipolar. *European Psychiatry*, 10 (1), 1–10. [https://doi: 10.1016 / 0767-399x \(96\) 80069-1](https://doi.org/10.1016/0767-399x(96)80069-1)

Poolsup, N., Li Wan Po, A., & Oyeboode, F. (1999). Measuring mania and critical appraisal of rating scales. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 24(6), 433-443.

Prieto, G; Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, vol. 31, núm 1, pp. 67-74

Prisciandaro, J. J., & Tolliver, B. K. (2016). An item response theory evaluation of the young mania rating scale and the montgomery-asberg depression rating scale in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Journal of affective disorders*, 205, 73-80.

Proudfoot, J., Doran, J., Manicavasagar, V. & Parker, G. (2011). The precipitants of mania/hypomanic episodes in the context of bipolar disorder: a review. *Journal of affective disorders*, 133,381- 387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.051>

Ramírez, R., Meneses-Echavez, J., y Flórez-López, M. (2013). Una propuesta metodológica para la conducción de revisiones sistemáticas de la literatura en la investigación biomédica. *CES Movimiento y Salud*. 2013;1: 61-73.

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientosalud/article/viewFile/2620/pdf>

- Ratheesh, A., Berk, M., Davey, C. G., McGorry, P. D., & Cotton, S. M. (2015). Instruments that prospectively predict bipolar disorder—a systematic review. *Journal of affective disorders*, 179, 65-73.
- Ratto de Sala, M. C. y Dellamesa, A. B. (2001). Difusión, acceso y visibilidad de publicaciones científicas seriadas de Iberoamérica. El sistema Latindex. *Dominguezia* [Revista en línea] 17(1).
- Rey, W.B. M., & B. F. (1973). Integration of structural and developmental concepts in the theory on fluid and crystallized intelligence.
- Rios, J., & Wells, C. (2014). Validity evidence based on internal structure. *Psicothema*, 26(1), 108-116.
- Rivas-Vazquez, R. A., Johnson, S. L., Rey, G. J., Blais, M. A., & Rivas-Vazquez, A. (2002). Current treatments for bipolar disorder: A review and update for psychologists. *Professional Psychology: Research And Practice*, 33(2), 212-223. <https://doi:10.1037/0735-7028.33.2.212>.
- Romero, Ester. (2012). Revisión de aspectos neurocognitivos del trastorno bipolar. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 16(2), 146-164. Recuperado en 27 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102012000200007&lng=es&tlng=es.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (ed.rev.). Newbury Park CA: Sage
- Rother, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2) http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/es_a01v20n2.pdf

- Rovinelli, R. J. y Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity.
- Rubio, D. M., Berg-Weber, M., Tebb, S. S., Lee, E. S. y Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104.
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Watson, D., Kilmer, J. N., Perlman, G., & Liu, K. (2014). Beyond a single index of mania symptoms: Structure and validity of subdimensions. *Journal of Affective Disorders*, 161, 8–15. <https://doi:10.1016/j.jad.2014.02.044>
- Ruggero, C.J., Chelminski, I., Young, D., Zimmerman, M., (2007). Psychosocial impairment associated with bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 104, 53-60
- Ruggero, CJ, Johnson, SL y Cuellar, AK (2004). Medidas de manía y depresión en español. *Evaluación psicológica*, 16 (4), 381–385. [https://doi: 10.1037 / 1040-3590.16.4.381](https://doi:10.1037/1040-3590.16.4.381)
- Rulon, P.J. (1939). A simplified procedure for determining the reliability of a test of split halves. *Harvard Educ Rev*, 9, 99-103
- Salvatore, P., Tohen, M., la Khalsa, H. M., Baethge, C., Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2007). Investigación Longitudinal sobre el trastorno bipolar. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 109-117.
- Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula abierta*, 38(2), 53-64

Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis:

Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 31, 7-17.

<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1792.pdf>

Sánchez-Pedraza, R., & Rosero-Villota, N. (2003). Revisión crítica de escalas de medición de manía. *Avances en Medición*, 1(1), 37-70.

Sanz, J. y Vazquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A.

Belloc, B. Sandin, y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*. Vol. 2. (pp. 341-

378). Madrid. McGraw Hill. ISBN: 84-7986-000-6

Scott, J. y Murray, G. (2018). ¿Son adecuadas las escalas de calificación para los

trastornos bipolares? *The British Journal of Psychiatry*, 213 (5), 627-629.

<https://doi: 10.1192 / bjp.2018.189>

Sedler M. Falret's discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness.

Translated by M.

Sireci, S. G. y Geisinger, K. F. (1992). Analyzing test content using cluster analysis and

multidimensional scaling. *Applied Psychological Measurement*, 16, 17-31.

Smith, M.L. & Glass, G.V. (1983). Meta-analysis of research on class size and its

relationship to attitude and instruction. En R.J. Light (Ed.), *Evaluation studies*

annual review, Vol. 8 (pp. 433-447). Beverly Hills, CA: Sage.

Solé, B., Bonnin, CM, Torrent, C., Balanzá-Martínez, V., Tabarés-Seisdedos, R., Popovic,

D., ... Vieta, E. (2011). Deterioro neurocognitivo y funcionamiento psicosocial en el

trastorno bipolar II. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 (4), 309–317. <https://doi:>

[10.1111 / j.1600-0447.2011. 01759.x](https://doi: 10.1111 / j.1600-0447.2011. 01759.x)

- Soto, R. L. (2016). Efectividad del MBCT Para el Trastorno Bipolar: Una Revisión Sistemática. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 231-249.
- Stanton, K., Gruber, J., & Watson, D. (2017). Basic dimensions defining mania risk: A structural approach. *Psychological Assessment*, 29, 304–319
- Stanton, K., Khoo, S., Watson, D., Gruber, J., Zimmerman, M., & Weinstock, L. M. (2019). Unique and transdiagnostic symptoms of hypomania/mania and unipolar depression. *Clinical Psychological Science*, 7, 471-487.
<https://doi:10.1177/2167702618812725>
- Strakowski, S. M., Keck, P. E., McElroy, S. L., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., et al, & Bourne, M. L. (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 49-55.
- Suárez, M. Z., Montes, M. G., Jarabo, D. S., & Forteza, G. L. (2015). Trastorno bipolar. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5075-5085. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1792.pdf>
- Tangarife, J. L., & Arias, J. A. C. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas de propiedades psicométricas. *Archivos de medicina*, 11(3), 1.
- Téllez-Vargas, j. Strejilevich, S. & Camacho, A. (2010), Trastorno afectivo bipolar II. http://www.psiquiatriabiologica.org.co/uploads/1/6/0/5/16054602/trastorno_bipolar_2.pdf
- Terwee, C.B., Mokkink, L.B., Knol, D.L., Ostelo, R.W.J. G., Bouter, L.M. & de Vet, H.C.W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies

on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Qual Life Res*, 21, 651-657

The Campbell Collaboration (2014). *Campbell systematic reviews: policies and guidelines Series No.1*. <https://doi:10.4073/cpg.2016.1>

Torres-Fonseca, A. y López-Hernández, D. (2014). Criterios para publicar artículos de revisión sistemática. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19(3), 393-399

Tovar, J. (2007). *Psicometría: Tests Psicométricos, confiabilidad y validez*. En: Quintana A., & Montgomery, W. eds. *Psicología: Tópicos de Actualidad*. Lima: UNMSM. 85-108.

Trujols, J., Ballesteros, J., Solá, I. & Portella, M.J. (2015). Improving systematic reviews on psychometric of measurements instruments: a letter to the Editor commenting on Really et al.'s (2015) review of the psychometric literature on QIDS. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 136-137

Tucker, L. R. (1961). *Factor Analysis of Relevance Judgments: An Approach to Content Validity*. En A. Anastasi (Ed.), *Testing Problems in Perspective* (pp. 577-586). Washington, DC.: American Council on Education

Ugarte, P. F. (2004). La edición de revistas científicas en Latinoamérica. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(6), 509-511.

Urra Medina, E. y Barría Pailaquilén, R.M. (2010). La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 1-8

- Urrutia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(11):507-511.
<http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Recursos/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.pdf>
- Vázquez, G. H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM–5. *Psicodebate*, 14(2), 9-24. http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate_N14_T2_01.pdf
- Ventura-Leon, J. L., Arancibia, M., & Madrid, E. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia et al. *Revista médica de Chile*, 145(7), 955-956.
- Vieta, E. (2005). Mood stabilization in the treatment of bipolar disorder: focus on quetiapine. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 20, 225–236.
- Wang, H. R., Woo, Y. S., Ahn, H. S., Ahn, I. M., Kim, H. J., & Bahk, W. M. (2015). The validity of the Mood Disorder Questionnaire for screening bipolar disorder: A meta-analysis. *Depression and anxiety*, 32(7), 527-538.
- Wang, P.W, Ketter, T.A., Becker, O.V., Nowakowska, C. (2003). New anticonvulsant medication uses in bipolar disorder. *CNS Spectrum* 8, 930–932, 941–947.
- Weinstock, L. M., Strong, D., Uebelacker, L. A., & Miller, I. W. (2009). Differential item functioning of DSM–IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus those without: An item response theory analysis. *Bipolar Disorders*, 11, 289–297.

- Weinstock, L. M., Strong, D., Uebelacker, L. A., & Miller, I. W. (2010). DSM–IV depressive symptom expression among individuals with a history of hypomania: A comparison to those with or without a history of mania. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 979–985.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.393.7985&rep=rep1&type=pdf>
- Widakowich, C. (2013). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4), 365-374.
- World Federation for Mental Health [WFMH]. (2012). Depression: A global crisis.
http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2017). Depression. Retrieved from
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- World Health Organization. (2004). Invertir en salud mental.
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Yáñez, C., & García, R. (2013). Instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en la infancia y adolescencia: análisis de sus aspectos metodológicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(3), 211-220.

Yela, J. D., & Bastida, J. D. (2019). Evaluación en psicología clínica de adultos. Editorial UOC.

Zayas Agüero, P. M. (2010). El rombo de la investigación de Ciencias Sociales.

Zimmerman, M. (2012). Misuse of the Mood Disorders Questionnaire as a case-finding measure and a critique of the concept of using a screening scale for bipolar disorder in psychiatric practice. *Bipolar disorders*, 14(2), 127-134.

Zimmerman, M. (2016). Screening for bipolar disorder: lessons not yet learned. *Evidence-based mental health*, 19(3), e16-e16.

Zimmerman, M. (2016). Detección del trastorno bipolar: lecciones aún no aprendidas. *Salud mental basada en la evidencia*, 19 (3), e16 – e16. [https://doi:10.1136 / eb-2016-102374](https://doi.org/10.1136/eb-2016-102374)

Zimmerman, M., Galione, J. N., Chelminski, I., Young, D., & Dalrymple, K. (2011). Psychiatric diagnoses in patients who screen positive on the Mood Disorder Questionnaire: implications for using the scale as a case-finding instrument for bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 185(3), 444-449.

Zimmerman, M., Galione, J. N., Ruggero, C. J., Chelminski, I., & Young, D. (2010). A different approach towards screening for bipolar disorder: The prototype matching method. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 340–346

Rey, P. C. (2020). Carga social de los trastornos mentales. *Psiquiatría. com*, 24.

Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). Trastornos Mentales.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Referencia de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Abello Luque, D., Cortés Peña, O. F., García Montaña, E. A., García Roncallo, P. A., &

Nieto Betancourt, L. (2017). Escala multidimensional de trastornos afectivos, EMTA: generación de indicadores psicométricos y escalas normativas de uso clínico.

Alvarez, P. M., Benavent, P. R., García, J. V., Livianos, L. A., & Rojo, L. M. (2005).

Translation and adaptation in the Spanish environment of the Altman Self-Rating Mania Scale. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(3), 180-187.

Apiquién, R., Páez, F., Tapia, R. O., Fresán, A., Vallejo, G., & Nicolini, H. (1997). Validez

y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de la Manía. *Salud Mental*, 20(3), 23-29.

Arnold, J. G., Martínez, C., Zavala, J., Prihoda, T. J., Escamilla, M., Singh, V., ... &

Bowden, C. L. (2016). Investigating symptom domains of bipolar disorder for Spanish-speakers using the Bipolar Inventory of Symptoms Scale. *Journal of affective disorders*, 205, 239-244.

Berrocal, C., Ruiz Moreno, M., Merchán, P., Mansukhani, A., Rucci, P., & Cassano, G. B.

(2006). The Mood Spectrum Self-Report: validation and adaptation into Spanish. *Depression and anxiety*, 23(4), 220-235.

- Corona Rodrigo, Berlanga Carlos, Gutiérrez-Mora Doris, Fresán Ana, *La Detección de casos de trastorno bipolar por medio de un instrumento de tamizaje: el cuestionario de trastornos del ánimo versión en español, Ed. Rev. Salud Mental*, vol30, No.2, marzo-abril 2007, pág. 50 – 57.
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., & Muñiz, J. (2016). Screening the risk of bipolar spectrum disorders: Validity evidence of the Mood Disorder Questionnaire in adolescents and young adults. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 9(1), 4-12.
- Gili, M., Luciano, J. V., Bauzá, N., Aguado, J., Serrano, M. J., Armengol, S., & Roca, M. (2011). Psychometric properties of the IDS-SR 30 for the assessment of depressive symptoms in Spanish population. *BMC medical research methodology*, 11(1), 131.
- González, D. A., Rodríguez, A. R., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244.
- Gonzalez, J. M., Bowden, C. L., Katz, M. M., Thompson, P., Singh, V., Prihoda, T. J., & Dahl, M. (2008). Development of the Bipolar Inventory of Symptoms Scale: concurrent validity, discriminant validity and retest reliability. *International journal of methods in psychiatric research*, 17(4), 198-209.
- González-Pinto, A., Mosquera, F., Reed, C., Novick, D., Barbeito, S., Vega, P., ... & Haro, J. M. (2009). Validity and reliability of the Hamilton depression rating scale (5 items) for manic and mixed bipolar disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(9), 682-686.

- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Undurraga, J., Rosa, A. R., Pacchiarotti, I., del Mar Bonnin, C., ... & Vieta, E. (2015). e-HCL-32: a useful, valid and user friendly tool in the screening of bipolar II disorder. *Comprehensive psychiatry*, *56*, 283-288.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Diez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of affective disorders*, *57*(1-3), 261-265.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, *118*(13), 493-499.
- Luque, D. A., Peña, O. F. C., Consuegra, L. F., Roncallo, P. G., & Buitrago, J. M. (2014). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: análisis psicométrico desde la teoría clásica de los test y la teoría de respuesta al ítem. *Suma Psicológica*, *20*(2).
- Romo-Nava, F., Fresán-Orellana, A., Barragán, V., Saracco-Álvarez, R., Becerra-Palars, C., Osorio, Y., ... & Lara, D. R. (2015). The Affective and Emotional Composite Temperament Scale (AFFECTS): Psychometric properties of the Spanish version in a community sample from Mexico City and comparison between remitted psychiatric patients. *Journal of affective disorders*, *172*, 251-258.

- Sánchez, R., Velásquez, J., & Navarro, Á. (2011). Validación de la escala para manía de la Universidad Nacional de Colombia usando el análisis de Rasch. *Biomédica*, *31*(3), 410-418.
- Sanchez-Moreno, J., Villagran, J. M., Gutierrez, J. R., Camacho, M., Ocio, S., Palao, D., ... & EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group. (2008). Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder. *Bipolar disorders*, *10*(3), 400-412.
- Sani, G., Vöhringer, P. A., Barroilhet, S. A., Koukopoulos, A. E., & Ghaemi, S. N. (2018). The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scale (KMDRS): an International Mood Network (IMN) validation study of a new mixed mood rating scale. *Journal of affective disorders*, *232*, 9-16.
- Sanz, J., & Paz Garcia-Vera, M. (2007). A psychometric analysis of the short forms of the 1978 version of the Beck Depression Inventory (BDI-IA). *Psicologia Conductual*, *15*(2), 191-214.
- Sarró, S., Madre, M., Fernández-Corcuera, P., Valentí, M., Goikolea, J. M., Pomarol-Clotet, E., ... & Amann, B. L. (2015). Transcultural adaption and validation of the Spanish version of the Bipolar Depression Rating Scale (BDRS-S). *Journal of affective disorders*, *172*, 110-115.
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Biggs, M. M., Suppes, T., ... & Witte, B. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public

sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological medicine*, 34(1), 73-82.

Trujols, J., de Diego-Adeliño, J., Feliu-Soler, A., Iraurgi, I., Puigdemont, D., Álvarez, E., ... & Portella, M. J. (2014). The Spanish version of the quick inventory of depressive symptomatology-self-report (QIDS-SR16): a psychometric analysis in a clinical sample. *Journal of affective disorders*, 169, 189-196.

Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G., & Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012.

Vázquez, G. H., Nasetta, S., Mercado, B., Romero, E., Tifner, S., Ramón, M. D. L., ... & Akiskal, H. S. (2007). Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Spanish psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina. *Journal of affective disorders*, 100(1-3), 23-29.

Vieta, E., Bobes, J., Ballesteros, J., González-Pinto, A., Luque, A., Ibarra, N., & Spanish Group for Psychometric Studies (GEEP). (2008). Validity and reliability of the Spanish versions of the Bech-Rafaelsen's mania and melancholia scales for bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 207-215.

Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Bulbena, A., Chamorro, L., Ramos, J. L., Artal, J., ... & Angst, J. (2007). Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32-item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 43-55.

Zaratiegui, R. M., Vázquez, G. H., Lorenzo, L. S., Marinelli, M., Aguayo, S., Strejilevich, S. A., ... & Bonetto, G. G. (2011). Sensitivity and specificity of the mood disorder questionnaire and the bipolar spectrum diagnostic scale in Argentinean patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 132(3), 445-449

