

Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno Bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Un análisis de cuatro años

Dr. Héctor Lara Tapia,* Lic. Jessica Itzel Méndez Contreras**

* Clínica de Trastornos del Ánimo. División de Psiquiatría del INNN Manuel Velasco Suárez. Actualmente Servicio de Psiquiatría, Hosp. Reg. "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE.
** Facultad de Psicología, UNAM.

RESUMEN

Objetivo. Examinar las características de los pacientes hospitalizados por Trastorno Bipolar, principalmente de tipo I en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN MVS).

Métodos. Análisis epidemiológico de las características clínicas del Trastorno Bipolar en el INNN MVS, de 1996 a 1999.

Resultados. La muestra comprendió a 165 pacientes, de uno u otro sexos, 13.13% del total de hospitalizados, con predominio de mujeres, en proporción 1.26:1 respecto a los varones, los cuales iniciaron su primer brote en el final de la adolescencia y la edad adulta joven, siendo en el 78% de los casos sujetos adultos, que fueron atendidos principalmente durante el verano.

Conclusiones. El promedio de tiempo de evolución es de cerca de ocho años, con dos hospitalizaciones y 73 días en total, y con un intervalo libre promedio de 3.5 años. La mayor frecuencia de recaídas fue por suspensión del tratamiento profiláctico.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, epidemiología clínica.

Los trastornos psicóticos del tipo de la Psicosis Maníaco Depresiva, catalogada en la actualidad como Trastorno Bipolar (TB), comprende uno de las principales entidades nosológicas psiquiátricas que ameritan hospitalización tanto por la conducta expansiva desordenada durante la Manía, que incluye conducta agresiva heterodirigida,¹ así como por la severidad de la Depresión en la fase opuesta, con alto riesgo de suicidio.^{2,3} A pesar de ello, en

Clinical and epidemiological characteristics of bipolar disorder at the Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. An analysis in a four-years period

ABSTRACT

Objective. To examine characteristics of hospitalized psychiatric patients with bipolar disorder mainly type I at the Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN MVS).

Method: Epidemiological analyses of clinical features of Bipolar Disorder at the INNN MVS from 1996 to 1999.

Results. Sample was made by 165 patients, 13.13% of total inpatients, both sexes, mainly women in proportion 1.26:1; with first episode during late adolescence, and was young adults in 78% of cases, with psychotic episodes mainly during summer time.

Conclusions. Mean time of evolution is near 8 years, with two hospitalizations and 73 days in these, with free interval near 3.5 years. The first cause of relapse was suspension of prophylactic treatment.

Key words: Bipolar disorder, clinical epidemiology.

nuestro país no existe una información adecuada de su magnitud, aún en los estudios epidemiológicos contemporáneos que cubren fundamentalmente el tópico de los trastornos de ánimo, principalmente depresivos.⁴

En otros países, los estudios epidemiológicos acerca de la Depresión y Manía tienen muchos antecedentes, y desde las encuestas en la comunidad en los años 50's y 60's han sido relevantes para ello, tanto por su adopción del sistema de encuesta, como por su atención a variables psicosociales y el registro de diversos niveles de incapacitación debidos a los trastornos psiquiátricos.

El Trastorno Bipolar I afecta aproximadamente al 0.8% de la población adulta de los EU (estimada

Correspondencia: Dr. Héctor Lara Tapia
Av. Universidad 1900 Ed. 14-303. Col. Oxtopulco Universidad
Del. Coyoacán, 04350 México, D.F.
Tel. Of.: 5661-6364 ext. 1127 y 1249. Tel. Dom.: 5658-3808
Correo electrónico: hlaratapia@hotmail.com

a partir de muestras comunitarias en un rango entre 0.4 y 1.6%) y el bipolar II afecta aproximadamente al 0.5% en el curso de la vida.⁵

El bipolar I afecta por igual a hombres y mujeres, y el tipo II es más frecuente en mujeres. Goodwin y Jamison concentran datos de diez estudios con un total de 1,304 pacientes y encuentran la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de edad, con un pequeño pico menor en la adolescencia tardía.^{5,6}

De estos estudios se destacan el ECA (Epidemiological Catchment Area) y el NCS (National Comorbidity Survey), en los cuales se establece que muchos de los pacientes experimentan su primer episodio antes de los 20 años de edad, estando bien establecida la ocurrencia de Depresión tanto como de Manía en este periodo, mientras que los reportes de Manía prepuberal más bien anecdóticos, siendo los síntomas afectivos de la Enfermedad Maníaco Depresiva marcadamente consistentes en la edad adulta joven.

En el estudio ECA se encuentra una prevalencia de 0.8% y en el NCS de 1.6% de episodio maníaco en la vida, con leves diferencias por sexo⁷ y reporta un promedio de edad de 21 años para el Trastorno Bipolar (TB) los estudios que analizan la edad de aparición están estratificados dentro de intervalos de cinco años; el pico de edad de establecimiento de los primeros síntomas cae entre los 15-19 años, seguido de cerca por edades entre 20-24 años, existiendo frecuentemente un intervalo de 5-10 años entre esta presentación y la primera hospitalización.⁸ La experiencia clínica sugiere que el establecimiento del TB antes de los 12 años de edad es sumamente raro.⁹

El Informe del año 2001 sobre Salud Mental del Cirujano General de los EU sobre Salud Mental, reporta que en la ECA y NCS, una prevalencia del TB I de 1.1% en el primero y 1.3% en el segundo, en el grupo de edad entre 18 y 54 años, siendo más reducida después de este grupo de edad, hasta la quinta parte de las cifras anteriores.

Sin embargo, para determinar la incidencia y prevalencia de Trastorno Bipolar se considera que una estimación acertada es difícil por sus características y en general se determina en la hospitalización; por lo tanto, la mayor incidencia está determinada por la "Manía tratada", como establecen Tohen y Goodwin.¹⁰ Asimismo, existen marcadas variaciones de acuerdo con los cambios de las características clínicas, los diferentes subtipos y los sistemas de clasificación.^{11,12}

De los escasos datos existentes al respecto en nuestro país, en estudios anteriores en un sistema de seguridad social, de 1,054 pacientes ambulatorios, aquellos con Trastorno Bipolar constituyeron poco más del 1% del total, y el 4.68% de 256 enfer-

mos con problemas afectivos, atendidos también en el mismo lapso. De éstos se hospitalizaron por Depresión Psicótica siete pacientes cerca del 5% y con brotes agudos de Manía se internó 0.63%.¹³

En la hospitalización psiquiátrica del mismo sistema,¹⁴ los trastornos afectivos constituyeron el 14.22% de 464 pacientes hospitalizados, y respecto a los tipos del Trastorno Bipolar, éstos correspondieron a: Trastorno Bipolar tipo I, 3.87%; Trastorno Bipolar tipo II, 1.93% y Trastorno Bipolar mixto, 0.21%.

En otro estudio previo realizado en 111 pacientes deprimidos ambulatorios, realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN MVS),¹⁵ se encontraron correspondiendo al Trastorno Bipolar tipo depresivo el 9%, en similar proporción de hombres y mujeres, siendo éstos 60% casos agudos y 40% recaídas.

Sin embargo, en nuestra institución no existen hasta la fecha publicaciones acerca de las características clínicas y epidemiológicas de este trastorno, al igual que son escasas en nuestro país, por lo que el presente estudio forma parte de una línea de investigación llevada a cabo en la Clínica de Trastornos del Ánimo de la División de Psiquiatría del INNN MVS, para obtener el conocimiento de las características epidemiológicas y clínicas de estos trastornos, y también con la intención de mantener la actualización de los datos epidemiológicos cuando éstos ya existen.

MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación comprende el análisis epidemiológico y de las características clínicas del Trastorno Bipolar (TB) realizada con los pacientes con este trastorno, que fueron hospitalizados en el INNN MVS, en un periodo de cuatro años, de 1996 a 1999, siendo diagnosticados de acuerdo con el criterio del DSM IV. Las variables estudiadas en esta primera comunicación correspondieron a los datos demográficos y la historia natural de la enfermedad, tratamiento y evolución.

Las variables consideradas, fueron:

- 1) Edad a la instalación del TB.
- 2) Sexo.
- 3) Número y promedio de episodios.
- 4) Número y duración de intervalos libres.
- 5) Número de hospitalizaciones.
- 6) Recaídas y causas.
- 7) Funcionamiento global.
- 8) Terapia de mantenimiento y profilaxis.
- 9) Tiempo promedio de recuperación del periodo agudo.
- 10) Recuperación funcional a largo plazo.
- 11) Tiempo de inicio del 1er. brote y tratamiento.
- 12) Relación con los cambios de estación del año.

RESULTADOS OBTENIDOS

Los datos obtenidos se encuentran en el cuadro 1, donde se encuentran que en los años estudiados

Cuadro 1. Frecuencias de Trastorno Bipolar en cuatro años.

	1996	1997	1998	1999	Total
N° de casos	48	39	33	48	168
% del total	13.04	13.00	10.78	15.6	12.32

Cuadro 2. Frecuencias por edad y sexo.

Edad (años)	Hombres	Mujeres	Total	%
15-20	4	8	12	7.14
21-30	27	34	61	36.31
31-40	35	38	73	43.45
41-50	5	5	10	5.95
51-50	1	6	7	4.17
61-70	0	0	0	0.00
71-80	1	4	5	2.98
Total	74	94	168	100.00
%	44.04	55.95	100	
Promedio edad	30.87	31.78	31.76	

Cuadro 3. Datos clínicos.

Variable	N°	%	Promedio	Desv. estándar
Edad:				
Al inicio				
15-20 años	67	39.88		
21-30 "	70	41.66		
31-+ "	31	19.46		
Rango	17-46 años		23.25	6.17
Al tiempo de observación	54 "		31.73	10.33
Tiempo de evolución	0-14 "		8.00	2.31
# de Brote estudiado:				
1°	66	39.28		
2°	42	25.0		
3°	30	7.86		
otro	30	17.86		
Hospitalizaciones:				
Rango de hospitalizaciones	1-7		2.25	0.21
Rango días hospitalizados	7-119		73.00	15.23
Promedio días hospitalizados			32.25	23.10
Intervalo entre hospitalizaciones			3.55 años	
Evolución en Consulta Externa*				
Promedio de consultas en total			6.75	
Consultas programadas			4.75	
Consultas en Urgencias			2.00	
Tratamiento profiláctico con:				
Carbonato de litio	96	58%		
Carbamacepina	41	25		
Ácido valproico	28	17		
Funcionamiento global GAF				
Promedio hace un año			75	
Promedio al Ingreso			40	
Al egreso			81	
Un año después**			90	

* antes del seguimiento en un Programa de Rehabilitación Psicosocial.

** con seguimiento en un Programa de Rehabilitación Psicosocial.

(1996-1999) se hospitalizaron en total 974 pacientes, siendo de éstos 165 pacientes con Trastorno Bipolar (TB), que correspondieron al 13.13% del total de hospitalizados en dicho lapso, ocupando en ambos años el segundo lugar en frecuencia de padecimientos, después de la Esquizofrenia.

El TB ocupa el primer lugar de la hospitalización psiquiátrica respecto a los trastornos del estado de ánimo (50.25%), y ocupó el segundo lugar en el total de enfermos psiquiátricos hospitalizados en un lapso de dos años (12.26 %), siendo el TB tipo I (Manía) el más frecuente (88%).

En el cuadro 2 se muestran sus características de acuerdo con el sexo y la edad, observándose que los grupos más afectados comprenden la edad adulta joven, con predominio del sexo femenino en proporción de 1.26:1 respecto a los varones, correspondiendo a 73 hombres y 92 mujeres, con un promedio de edad en el momento del estudio de poco más de 31 años.

Cuadro 4. Variación estacional (época del año del brote).

	N° de casos	%
Estación del año		
Primavera	36	21.23
Verano	49	29.17
Otoño	39	23.41
Invierno	44	26.19
Mes		
Enero	14	8.33
Febrero	14	8.33
Marzo	8	4.76
Abril	11	6.58
Mayo	17	10.12
Junio	20	11.90
Julio	10	5.95
Agosto	19	11.31
Septiembre	19	11.31
Octubre	10	5.95
Noviembre	10	5.95
Diciembre	16	0.51

Cuadro 5. Frecuencias en la consulta externa (un año).

Diagnóstico	N° casos	%
Depresión Mayor*	288	57.63
Trastorno Bipolar I	151	32.74
Trastorno Bipolar II	12	2.58
Distimia	34	7.32
TOTAL	465	100.00

* Incluye todos los subtipos.

En el cuadro 3 se concentran los datos clínicos, observándose respecto a la edad a la instalación del TB, que éste se presentó entre los 15-46 años, con un promedio de poco más de 31, iniciándose con mayor frecuencia durante el final de la adolescencia (40%) y entre los 20 y 30 años (42%)

El promedio de evolución es de ocho años, necesitando hospitalizaciones que van de rango de una a siete con un promedio de poco más de dos internamientos por sujeto.

El promedio de días hospitalizados durante la vida es de 73 días, en un rango de 47-119 días. Los días hospitalizados por cada ocasión son en promedio de 32, para los casos de poca adherencia terapéutica y de 25 días para los casos con buena adherencia terapéutica o de primera ocasión.

El intervalo promedio libre entre cada brote y/o hospitalización es de más de tres y medio años, con recaídas sobre todo al suspender el tratamiento profiláctico.

El 39.28% fue atendido durante el primer brote; 25% en el segundo y 17.86 durante el tercero, principalmente, los que comprenden al 82.14%, llegando a atenderse algunos pacientes hasta en un séptimo brote de la enfermedad.

El promedio de funcionamiento global medido por la escala GAF muestra una calificación de 76 un año antes del internamiento y de 40 al ingreso. En promedio es más elevado y su funcionamiento mejor que en la Esquizofrenia y las Psicosis Orgánicas, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$), con una recuperación mayor que el puntaje al ingreso.

El promedio de consultas a lo largo del padecimiento es menor a una consulta por año de evolución, lo que implica mala adherencia terapéutica por diversos motivos, destacándose la suspensión del tratamiento profiláctico, más que por motivos económicos, en el 68% de los casos.

Este tratamiento profiláctico se realizaba principalmente con carbonato de litio en cerca del 60% de los casos, en segundo lugar con carbamacepina y posteriormente con ácido valproico.

En el cuadro 4 tenemos los datos de variaciones mensuales y estacionales, ya que, como es bien conocido, el TB se presenta con mayor frecuencia en los cambios de estación, que en nuestros pacientes ocurrió principalmente durante los bimestres de mayo-junio y agosto-septiembre, y en menor frecuencia durante el de enero-febrero; respecto a las estaciones del año, durante el verano y posteriormente en el otoño y el invierno, siendo la diferencia más moderada de éste respecto a la primavera.

En el cuadro 5 tenemos las frecuencias de un año en la Consulta Externa, donde el TB ocupa el segundo lugar respecto a la Depresión mayor u otros trastornos del ánimo.

DISCUSIÓN

El primer dato a considerar es que el Trastorno Bipolar constituye la segunda causa de hospitalización psiquiátrica, y lo cual es similar a lo que se encuentra en otras instituciones, teniendo frecuencias similares en un lapso de tiempo como el aquí estudiado y que ha sido reportado en otros países recientemente,¹⁶ al igual que ocurren respecto a los trastornos del ánimo, donde la Depresión Mayor ocupa el primer lugar, inclusive en la institución donde se realizó el presente estudio.¹⁷

La mayor frecuencia de los brotes ocurre durante los cambios estacionales, principalmente en el verano, por lo que desde el punto de vista preventivo, debemos considerar como factor de riesgo la entrada de las estaciones, como ha sido señalado anteriormente.¹⁸

Por otra parte, es observable su característica presentación en sujetos jóvenes, sobre todo adultos jóvenes, tendiendo a decrecer ésta en la edad adulta mayor (cerca del 11%) e incluso durante la senilidad,¹⁹ cerca del 3% lo que implica un reporte poco

conocido acerca de la frecuencia en esta edad en nuestro medio.

Debemos considerar al respecto, la disminución de los brotes debida a la eficacia del tratamiento profiláctico, que en nuestros pacientes se realizaba principalmente con carbonato de litio, sobre el cual nuestro país es pionero gracias a los trabajos ya conocidos ampliamente realizados por Nieto,²⁰ y el cual, a pesar de las discusiones actuales acerca de su empleo,²¹ sobre todo debido a nuevos moduladores afectivos, sigue manteniendo su utilidad, máxime que en estudios controlados no se encuentran diferencias significativas en cuanto a su efecto profiláctico y modulador del ánimo,²²⁻²⁵ y sobre todo a partir del conocimiento más profundo de su modo de acción,^{26,27} el cual tiene la ventaja además de su bajo costo, que contrasta con el de otros psicofármacos, importante por las características socioeconómicas de la población atendida en este Instituto. Así mismo, debemos considerar que la suspensión del tratamiento profiláctico ocurre en general por diversos factores, que en este caso en especial no corresponde a problemas económicos.²⁸

Este efecto benéfico inclusive se ha mostrado estar relacionado con el buen funcionamiento psicosocial de los pacientes bipolares²⁹ y ha sido reexaminado en los programas de salud debido a su costo-beneficio en series de más de 1,500 enfermos y por periodos prolongados de tiempo.³⁰

Comparativamente con el reporte reciente de Perugi, et al.³¹ comprendiendo un número similar de enfermos, el promedio de recaídas en nuestra muestra es menor,³² haciendo evidente el impacto del tratamiento con neurolépticos en la modificación de la historia natural de la enfermedad, como se puede encontrar en las referencias de estudios de cientos de casos en los que se consideraba que el promedio de duración de los ataques era en promedio de seis meses, evitando, asimismo, el deterioro del paciente, sobre todo de índole familiar y social, como ha sido señalado por otros autores.³³ Esto es ostensible también en el promedio de duración de la hospitalización que en el caso de los primeros brotes es menor que en los subsecuentes, como ocurre también en otro tipo de pacientes psiquiátricos.³²

Estas características psicopatológicas han sido mostradas recientemente por nosotros mediante la observación de los perfiles de estos pacientes en el MMPI, durante el periodo agudo y al egreso de la hospitalización, permiten un mejor control de la evolución de los pacientes,³⁴ y confirma la necesidad de un tratamiento integral que incluya educación para la salud, integración de la familia en el tratamiento y técnicas de Rehabilitación Psicosocial,³⁵ en el cual, los datos obtenidos sirven para tener una línea base y control de las acciones terapéuticas y preventivas,

remarcando la importancia del tratamiento psicofarmacológico profiláctico^{8,9} lográndose una mejor adherencia terapéutica de estos pacientes mediante el seguimiento controlado³⁶ y la educación de los familiares, lo cual se muestra en el cambio de actitudes hacia estos lograda con éstos, procedimientos,³⁷ observándose cómo el funcionamiento global del paciente en el seguimiento de estos pacientes a lo largo de un año, por lo menos es más óptimo y estable.

REFERENCIAS

1. Lara Tapia H. Violencia y agresión en Epilepsia. *Neurol Neurocir Psiquiat* 1987; 27: 29-37.
2. Belsasso G, Lara Tapia H. El suicidio en México. *Rev Inst Nal Neurol* 1974; 8(3): 5-24.
3. Lara Tapia H. El suicidio en México. *Epidemiología, clínica y sociología. Ens Inv Psicol* 1984; 10(1): 85-100.
4. Caraveo J, Medina Mora ME. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en población urbana adulta de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1996; 19(3): 14-21.
5. Goodwin FK, Jamison KR. The natural course of Unipolar and Bipolar Illness. In: Post RM & Ballinger JC. *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1984, p. 20-37.
6. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive illness*. New York: Oxford University Press; 1990.
7. Zarate Jr CA, Tohen M. Epidemiology of mood disorders throughout the life cycle. In: Shulman KI, Tohen M and Kutcher SP (Eds): *Mood disorders across the life span*. New York: Wiley & Sons; 1996, Chap. 2.
8. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, Florio EF. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988; 18: 141-53.
9. Weller BW, Weller RA. *Mood disorders*. In: Lewis, M (Ed): *Child and adolescence psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: William & Wilkins; 1991.
10. Tohen M, Goodwin FK. Epidemiology of bipolar disorder. In: Tsuang M, Tohen M, Zahner G (Eds.): *Textbook of psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons; 1994.
11. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum in bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16(Suppl 1): 4S-14S.
12. Zarate CA Jr, Tohen M, Baraibar G, Zárata SB, Baldessarini RJ. Shifts in hospital diagnostic frequencies: Bipolar disorder subtypes, 1981-1992. *J Affect Disord* 1997; 43: 79-84.
13. Lara Tapia H, Ramírez de Lara L. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos psiquiátricos en un sistema de seguridad social (ISSSTE). *Sal Púb Méx* 1975; 17: 675-85.
14. Lara Tapia H, Espinosa García R. La hospitalización psiquiátrica en un sistema de seguridad social (ISSSTE). *Sal Púb Méx* 1976; 18(5): 901-10.
15. Lara Tapia H, Grajales Arrazate A. Consideraciones clínicas sobre el tratamiento de la depresión con clorimipramina. *Neurol Neurocir Psiquiat* 1970; 11(2): 159-67.
16. Zarate Jr CA, Tohen M. Outcome of Mania in adults. In: Shulman KI, Tohen M, Kutcher SP (Eds.). *Mood disorders across the life span*. New York: Wiley & Sons; 1996, Chap.14.
17. Lara Tapia H, Meléndez Gutiérrez JD. Estudio clínico-epidemiológico de la Depresión Mayor en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS durante tres años. *Psiquiatría* 2000; 17(2): 47-50.
18. Zarate CA, Ketter TA, Swann AC. *Bipolar faculty series*. Miami, Fla., June 1997.
19. Vieta E, Gastó C, Otero A, Nieto E, Vallejo J. Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Compr Psychiat* 1997; 59: 98-101.
20. Nieto D. El litio en la psicosis maniaco depresiva. *Neurol Neurocir Psiquiat* 1969; 10(2): 63-82.
21. Schou M. Has the time come to abandon prophylactic lithium treatment? A review for clinicians. *Pharmacopsychiatry* 1998; 31: 210-5.

22. Baldessarino RJ, Tondo L, Suppes T, et al. Pharmacological treatment of bipolar disorder throughout life cycle. Proc. Bipolar Faculty Lecture Series. Miami, Fla., June 1997.
23. Bowden CL, Brugger AM, Swann AC, et al. Efficacy of Divalproex vs. Lithium and placebo in the treatment of mania. JAMA 1994; 271(12): 918-24.
24. Greil W, Ludwig-Mayerhofer W, Erazo N, Schöchlin C, Schmidt S, Engel RR, et al. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar disorders, a randomized study. J Affect Disord 1997; 43: 151-61.
25. Pope HG, McElroy SL, Keck PE, Hudson JL. Valproate in treatment of Acute Mania. Arch Gen Psychiat 1991; 62-68.
26. Moore GJ, Bebchuck JM, Parrish JK, Arfken CL, Strahl-Vevacqua J, Manji HK. Temporal dissociation between lithium-induced changes in Frontal Lobe myo-inositol and clinical response in manic-depressive illness. Amer J Psychiat 1999; 156: 1902-8.
27. Ikononov OC, Manji HK. Molecular mechanisms underlying mood stabilization in manic-depressive illness: The phenotype challenge. Am J Psychiat 1999; 156: 1506-14.
28. Cardoso MA, García Y, Ocampo MT, Velásquez M, Lara Tapia H. Variables psicosociales en enfermos psiquiátricos para un programa de rehabilitación psicosocial. Arch Neuroc 1997; 2(4): 242-6.
29. Solomon DA, Ristow WR, Keller MB, Kane JM, Gelenberg AJ, Rosenbaum JF, Warshaw MG. Serum lithium levels and psychosocial function in patients with bipolar I disorder. Am J Psychiat 1996; 153: 1301-7.
30. Johnson RE, McFarland BH. Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. Am J Psychiat 1996; 153: 993-1000.
31. Perugi G, Akiskal HS, Rossi L, et al. Chronic mania. Family history, prior course, clinical picture and social consequences. Brit J Psychiat 1997; 173: 514-8.
32. Lara Tapia H. Algunas características de evolución de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Arch Neuroc (Méx) 1997; 2(1): 7-12.
33. Vocisano C, Klein DN, Keefe RFE, et al. Demographic, family history, premorbid functioning, developmental characteristics, and course of patients with deteriorated affective disorder. Am J Psychiat 1996; 153: 148-155.
34. Lara Tapia H, Méndez Contreras J. Características psicopatológicas del trastorno bipolar durante tratamiento psicofarmacológico. Memorias del XIV Congreso Mexicano de Psicología. México, D.F., Enero 2001.
35. Lara-Tapia H, Torres-Ruiz A. A comprehensive approach to psychosocial rehabilitation of psychiatric patients. Int J Psychol 1996; 31(3-4): 97-8.
36. Díaz Cantú PA. Seguimiento telefónico y evaluación de pacientes psiquiátricos después de su hospitalización. Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asoc. Psiq. Mex., Puerto Vallarta, Jal., 1995.
37. Hernández Berber I. Actitudes de la familia hacia su enfermo mental hospitalizado. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología, UNAM, 1999.

Recibido: Junio: 19, 2002.

Aceptado: Junio 28, 2002.