

## C

## apítulo 40

## Terapia electroconvulsiva

P. Pozo Navarro

## INTRODUCCIÓN

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una técnica de tratamiento que se realiza mediante la electricidad al inducir una activación de las neuronas del sistema nervioso central, que debe ser repetida un determinado número de veces, para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas.

La TEC se introdujo a finales de los años 30, mucho antes de la aparición de los potentes tratamientos farmacológicos de que se dispone actualmente. A pesar de ello su utilización persiste por su alto grado de eficacia, seguridad y utilidad. Para muchos pacientes, la TEC es una forma de tratamiento muy segura y efectiva.

La consideración por parte de Von Meduna de que la esquizofrenia y la epilepsia eran enfermedades antagónicas u opuestas, le llevó a introducir la terapéutica convulsiva utilizando sustancias químicas como el cardiazol para el tratamiento de la esquizofrenia, depresión mayor y manía. Los problemas en la inducción de las convulsiones y los efectos secundarios graves de estas sustancias indujeron a Cerletti y Bini a comunicar en 1938 sus resultados utilizando la corriente eléctrica en la inducción de convulsiones para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, dando lugar a lo que inicialmente se conoció como electrochoque y posteriormente ha sido Terapia Electroconvulsiva.

Desde su aparición se produjeron modificaciones a la TEC, especialmente la utilización de anestesia general, relajación muscular, oxigenación, colocación variable de los electrodos de estímulo, estímulos eléctricos de baja intensidad y pulso breve, que han contribuido a disminuir los efectos secundarios sin que disminuya la eficacia, llevando la TEC a un alto estándar como procedimiento médico en el que se monitoriza la convulsión mediante registro electroencefalográfico o electromiográfico, así como ECG, oximetría y constantes vitales.

En el momento actual y más de medio siglo después de su introducción sigue siendo un tratamiento ampliamente utilizado para enfermos graves, con unas indicaciones bastante establecidas y una técnica de uso muy desarrollada.

## INDICACIONES

Las principales indicaciones para la TEC son, según la Task Force on Electroconvulsive Therapy de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), una serie de diagnósticos clínicos para los que se recomienda al tratamiento con TEC de forma primaria, es decir de primera elección, o de forma secundaria cuando se han producido una serie de circunstancias previas como pueden ser tratamientos fallidos o

efectos adversos intolerables. La decisión de administrar TEC se debe fundamentar según la APA en el diagnóstico del paciente, la naturaleza y gravedad de los síntomas, la historia del tratamiento, consideraciones riesgo-beneficio y preferencias del paciente.

Sin embargo, ya anteriormente Fink (1979) había insistido en que lo fundamental a la hora de establecer la indicación de TEC es la presencia de determinadas características que se presentan con independencia de las entidades nosológicas. Así, criterios como la gravedad de la enfermedad, la presencia de ciertos síntomas o el estado general del paciente adquieren un valor especial. Fink señala de esta manera una serie de conductas en las que TEC es eficaz y de utilización prioritaria. Destacan la hiperemotividad, hipermotilidad, psicosis graves de inicio agudo, catatónicas o depresivas, así como las situaciones de amenaza para la vida como las ideas graves de suicidio, caquexia, catatonía secundaria a enfermedad médica o el síndrome neuroléptico maligno.

La principal indicación de TEC es la depresión. Se acepta que presenta una clara superioridad sobre otros tratamientos en el manejo de las depresiones severas, especialmente en el tratamiento de la depresión delirante o psicótica, pero también cuando hay riesgo de suicidio o existe una inhibición o agitación intensas debido al cuadro depresivo, así como cuando no haya habido respuesta a antidepresivos o no se toleren sus efectos secundarios y en todos los casos en que se precise una respuesta rápida o haya historia de buena respuesta previa a TEC. En general se acepta que los rasgos de endogeneidad son signos clínicos de predicción de buena respuesta a TEC, y que responden mejor los pacientes con menor tiempo de evolución de su cuadro depresivo, en los que la eficacia suele estar entre un 75 y 85%. Sin embargo la eficacia cae al 50% cuando se trata de depresiones resistentes a varios tratamientos, lo que estaría a favor de no demorar la utilización de TEC en depresión siempre que esté indicado.

La esquizofrenia, indicación para la que surgió esta modalidad de tratamiento, es por supuesto otra indicación importante de TEC, especialmente aquellos casos en los que predomina la agitación o el estupor catatónico o cuando se trata de cuadros esquizofrénicos muy agudos y floridos o con sintomatología afectiva.

También se ha mostrado útil la TEC en el tratamiento de los episodios maníacos graves, en los que la respuesta a los fármacos es frecuentemente lenta y se precisa de una rápida respuesta por las dificultades de manejo de estos pacientes. Las psicosis agudas de todo tipo también muestran una buena respuesta a TEC.

Otros diagnósticos en los que puede hacerse la indicación de TEC son los trastornos del movimiento

como la discinesia tardía, o la enfermedad de Parkinson refractaria a tratamiento y/o con fenómenos on-off, así como en los frecuentes cuadros depresivos o psicóticos que complican esta enfermedad.

Los cuadros depresivos graves, maníacos o esquizofrénicos que se presenten en mujeres embarazadas son también susceptibles de ser tratados con TEC por tener un perfil de seguridad riesgo-beneficio favorable en muchos casos con respecto a los psicofármacos.

Es de destacar que las indicaciones de TEC no varían según los distintos grupos de edad. TEC está indicado especialmente para el tratamiento de la agitación y los síntomas depresivos de pacientes con demencia o en el tratamiento de la pseudodemencia depresiva en el que los resultados suelen ser muy favorables, con el importante beneficio que eso supone para la población anciana en la que es necesaria una rápida respuesta por tratarse de individuos altamente vulnerables. Entre los ancianos son signos de buen pronóstico con el tratamiento la presencia de trastornos del humor, sentimientos de culpa, retardo psicomotor y síntomas de agitación o ansiedad.

Por último es necesario señalar que la TEC no debe considerarse un tratamiento de último recurso, ya que su utilización consigue frecuentemente una curación o recuperación de los pacientes con desaparición de ideas graves de suicidio y evitación de otras complicaciones graves.

## TÉCNICA DE UTILIZACIÓN

La técnica de utilización está muy estandarizada en la actualidad, en parte por la gran difusión que han tenido las recomendaciones de la APA para el uso de TEC (1990). El primer paso es la evaluación psiquiátrica en la que se realiza la indicación de TEC y en la que se debe valorar la respuesta previa a TEC si se ha recibido con anterioridad esta modalidad de tratamiento. Posteriormente se debe practicar una evaluación médica completa que incluya historial médico, examen físico (incluyendo exploración neurológica), hemograma completo, electrolitos séricos, bioquímica elemental, Rx de tórax y ECG. En determinados casos y según los resultados de la evaluación médica, puede ser necesario realizar otras exploraciones complementarias como TAC o RMN de cráneo, o R.X columna vertebral en ancianos por el riesgo de osteoporosis u otros daños óseos que aconsejen precauciones especiales durante el procedimiento de tratamiento. Es necesaria una evaluación por parte del anestésico que cuantificará el riesgo anestésico. Se respetará siempre el procedimiento de consentimiento informado conforme a las leyes vigentes.

El paciente debe permanecer en ayunas, con los cabellos limpios y cuidando que no tenga ningún tipo

de objetos en la cabeza como horquillas y se controlará que no hay cuerpos extraños o prótesis en la boca. Se debe mantener una vía intravenosa durante todo el procedimiento hasta la salida fuera de la sala de tratamiento. Se debe disponer de un estimulador de TEC homologado, monitorización electrocardiográfica, fonendoscopio y esfigmomanómetro para control de tensión arterial y monitorización de la convulsión. Asimismo se debe disponer de sistema de oxigenoterapia, equipo de intubación y aspiración y la cama debe ser articulada.

Los estimuladores más utilizados actualmente producen estímulos de pulso breve de onda cuadrada, que producen las convulsiones de gran mal utilizando cantidades de energía eléctrica significativamente menores que con los equipos clásicos de onda sinusoidal, lo que redundará en menos alteraciones cognitivas. Además, los modernos aparatos permiten realizar registros electroencefalográficos, electrocardiográficos y de otros parámetros útiles en la monitorización de la TEC.

La medicación que tomen los pacientes para problemas médicos coexistentes así como el tratamiento psicofarmacológico de la patología psiquiátrica y los agentes auxiliares utilizados en la TEC, deben ser cuidadosamente valorados por la posibilidad de interacciones medicamentosas. El principal interés radica en los posibles efectos sobre el umbral convulsivo, el riesgo anestésico y la posible morbi-mortalidad general del tratamiento. Los fármacos que aumentan el umbral convulsivo pueden restar eficacia al tratamiento.

La anestesia debe ser general, ultracorta y de escasa profundidad. El anestésico más utilizado en nuestro medio es el tiopental, por su menor número de efectos adversos. En otros países donde está disponible también se utiliza mucho el methohexital. En aquellos casos en que no se puede utilizar tiopental, la alternativa puede ser el propofol, aunque puede elevar aún más el umbral convulsivo e interferir con el tiempo de convulsión. Después de la anestesia se administra el relajante muscular que minimiza la actividad motora convulsiva. El relajante preferido es succinilcolina. Se debe comprobar que la relajación es adecuada antes de la estimulación. Para ello basta con comprobar la desaparición de las fasciculaciones inducidas por el relajante que indican que se ha alcanzado la máxima relajación muscular.

Se debe tener capacidad para ventilar adecuadamente al paciente después de administrar el relajante muscular. Es necesario oxigenar bien a los pacientes desde el inicio de la anestesia hasta la recuperación de la respiración espontánea. La oxigenación protege el cerebro de la anoxia relacionada con la crisis, y sólo se debe suspender durante la estimulación eléctrica. Los dientes deben protegerse adecuadamente con un protector y la barbilla se sujetará al protector durante la estimulación. En algunos casos se utilizan anticolinérgicos como la atropina para evitar o mini-

mizar los riesgos de bradiarritmias o asistolia provocados por la reacción vagal.

El área de contacto con los electrodos debe pincelarse con un gel o solución conductora antes de cada sesión. Los electrodos se deben colocar con suficiente presión para asegurar un buen contacto durante la estimulación. La colocación de los electrodos puede ser bilateral o unilateral. El uso más común es la colocación bilateral en la región bifrontotemporal. La técnica unilateral está asociada con menos confusión y empeoramiento de la memoria, pero a veces es menos eficaz, y está indicada cuando hay que minimizar al máximo los efectos cognitivos.

El tratamiento es adecuado cuando se induce una crisis generalizada de gran mal que dura más de 25 segundos. El umbral convulsivo, o sea la energía necesaria para producir una crisis adecuada, varía mucho entre los distintos pacientes y también en función de la edad, fármacos concomitantes o número de sesiones de TEC recibidas. Por ello se recomienda utilizar una estrategia de titulación inicial del umbral, administrando una dosis de estímulo ligeramente supraumbral e ir aumentando la energía a lo largo del tratamiento. Siempre se debe monitorizar la convulsión mediante la observación de la actividad motora ictal o de forma más recomendable con un registro EEG que los modernos estimuladores llevan incorporado. Cuando se utiliza el control visual se debe tener en cuenta que una convulsión motora de 15 segundos o más es suficiente, puesto que la convulsión EEG excede en 10-15 segundos a las manifestaciones periféricas.

Si las convulsiones persisten más de 180 segundos se consideran prolongadas y deben ser terminadas farmacológicamente con una nueva dosis de anestésico o benzodiazepinas intravenosas si son precisas. En ocasiones las convulsiones resultan frustradas o inadecuadas por corta duración y hay que reestimar al paciente pasados 60 segundos. El paciente debe permanecer siempre en el área de tratamiento hasta su completa recuperación.

Usualmente se administran dos o tres tratamientos por semana o en días no consecutivos. En casos de necesidad de respuesta rápida se puede aumentar la frecuencia e incluso dar varias sesiones de tratamiento en un mismo día (TEC múltiple), pero esto se asocia con mayor disfunción cognitiva. El número total de tratamientos administrados debe estar en función de la respuesta del paciente y de la severidad de los efectos adversos. Una tanda de TEC consiste generalmente entre 6 y 12 tratamientos, aunque la mejoría puede comenzar antes de los 6 o después de los 12 tratamientos. La tanda debe ser finalizada tan pronto como se tenga claro que se ha alcanzado la máxima respuesta. Una vez finalizado el tratamiento, los pacientes deben continuar recibiendo el tratamiento farmacológico adecuado a su patología para evitar recaídas. En determinadas patologías muy refractarias a tratamiento farmacológico y que mues-

tran buena respuesta a TEC, como por ej. el trastorno bipolar o la depresión resistentes, se puede utilizar TEC de mantenimiento durante períodos largos de tiempo con lo que se consigue una disminución de las rehospitalizaciones y una mejor evolución clínica.

## CONTRAINDICACIONES

La TEC presenta relativamente pocas contraindicaciones. De hecho, no existen contraindicaciones absolutas sino situaciones de riesgo relativo a la hora de aplicar el tratamiento. Se puede afirmar además que es un tratamiento con un perfil riesgo-beneficio muy favorable. Los riesgos relativos están relacionados con el estatus clínico particular de cada paciente y siempre se deben balancear con el riesgo vital en caso de administrar el tratamiento, así como con el riesgo o los efectos adversos y las contraindicaciones de otros tratamientos alternativos. La respuesta previa a TEC debe ser valorada siempre a la hora de valorar riesgos y beneficios. Las posibles consecuencias de no utilizar TEC han de ser también cuidadosamente evaluadas.

Los pacientes que por su situación clínica son de alto riesgo necesitan ser manejados con un control y cuidado en la técnica de aplicación de TEC y anestesia muy rigurosos, y en general todas las patologías deben estar controladas previamente a la administración del tratamiento.

El infarto de miocardio reciente y con función cardíaca inestable o de menos de tres meses de evolución, es un factor de riesgo de complicaciones cardíacas como consecuencia de la sobrecarga cardiovascular que se produce durante el tratamiento. Otras patologías cardiovasculares como la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, anomalías de la conducción, aneurismas, tromboflebitis, condiciones sangrantes, embolismos, deben ser cuidadosamente detectadas y tratadas antes de la TEC, de manera que los pacientes lleguen a la TEC bien controlados de su patología, y con un uso adecuado de los tratamientos antiarrítmicos, digitálicos o antihipertensivos. En algunos casos puede ser recomendable practicar una relajación muscular completa durante el tratamiento. El manejo de estos casos de riesgo puede incluir un estrecho seguimiento en el período inmediatamente siguiente a la administración de la estimulación.

Los procesos expansivos o las lesiones cerebrales que ocupan espacio y pueden dar aumento de la presión intracraneal son también un claro factor de riesgo a causa del aumento transitorio de la presión intracraneal que produce la TEC. En determinados casos se puede producir edema cerebral y herniación. No obstante, en los casos en que es absolutamente necesario administrar TEC y existen esas lesiones, se puede tratar a esos pacientes con TEC

siempre que se controlen adecuadamente los efectos de la hipertensión intracraneal mediante la administración previa de corticoides.

Los pacientes con bronquitis de cualquier tipo deben estar controlados con broncodilatadores. En caso de feocromocitoma o hipertiroidismo se deben usar betabloqueadores previamente al tratamiento. Los pacientes afectados de artrosis o de osteoporosis requieren también una relajación muscular completa para evitar riesgos de fracturas. El glaucoma agudo de ángulo cerrado y el desprendimiento de retina reciente son también situaciones a tener en cuenta. El glaucoma debe estar controlado previamente al tratamiento. Cualquier situación clínica con un riesgo anestésico ASA superior a 3 debe ser cuidadosamente estudiado desde el punto de vista riesgo-beneficio.

El embarazo no es tampoco una contraindicación absoluta para este tipo de tratamiento, e incluso en muchos casos puede ser considerada la TEC como tratamiento de elección con menor riesgo de posible teratogenia que los tratamientos farmacológicos. Se recomienda en esos casos utilizar ecografía y monitorización de la frecuencia cardíaca fetal, dinamometría de la musculatura uterina y gasometría, con el objeto de evitar la hipoxia para no perjudicar al feto.

## EFFECTOS ADVERSOS

La TEC es un tratamiento muy seguro y que tiene una morbimortalidad muy escasa y similar a la de la anestesia general para cirugía menor. Además, los efectos adversos se pueden disminuir con una buena optimización del tratamiento a través de la anestesia, relajación muscular, oxigenación y premedicación con anticolinérgicos.

Se reconoce una tasa de mortalidad aproximada de 1:10.000 pacientes tratados, con la salvedad que los casos que se conocen de muerte suelen estar causados por complicaciones cardiovasculares y generalmente en pacientes con situaciones clínicas cardíacas ya comprometidas antes de recibir el tratamiento.

Entre los efectos más comunes suelen estar cefaleas, náuseas y dolores musculares, quejas que desaparecen en general algunas horas después de la sesión de TEC. Si es necesario se pueden administrar analgésicos para su control. Si hay náuseas y vómitos se debe permanecer en ayunas al menos 4-6 horas.

La acción sobre el sistema nervioso autónomo puede inducir arritmias cardíacas. La activación vagal puede dar bradicardia y los aumentos del tono simpático pueden inducir aumentos de la presión arterial y la tasa cardíaca. En general inicialmente se produce taquicardia e hipertensión seguidas de un ritmo bradicárdico de origen vagal. Cuando se pre-

sentan arritmias suelen ser reversibles y en el período postictal inmediato, obligando a controlar el ritmo cardiaco.

Los efectos sobre la cognición son también frecuentes. Se produce confusión entre un 5-10% de pacientes, sobre todo los que tienen edad avanzada y deterioros cognitivos previos. Los pacientes pueden quejarse de deterioro de la memoria anterógrada y retrógrada en grado variable, por lo que se debe prestar atención cuidadosa a estos síntomas. Casi siempre se recupera totalmente en un plazo de uno a seis meses. Otro efecto adverso que, en ocasiones, es causa de suspensión del tratamiento con TEC es la aparición de Delirium.

Las convulsiones prolongadas o tardías constituyen otra complicación que requiere tratamiento inmediato y frente a las que se debe estar preparado.

Se puede intentar paliar los efectos indeseables de la TEC mediante una buena oxigenación y una buena relajación, evitando las convulsiones prolongadas y ayudando al paciente en la reorientación.

## MECANISMO DE ACCIÓN

El modo de acción de la TEC permanece desconocido a pesar de que desde su introducción ha existido siempre un gran interés por descubrir los mecanismos a través de los cuales las convulsiones inducidas producen la mejoría. En esencia esta situación no difiere mucho de la existente actualmente para otras técnicas de tratamiento como son los psicofármacos o las psicoterapias, para los que también se desconoce el mecanismo exacto de acción. Parece bastante claro que la inducción de una convulsión es universalmente reconocido como un prerrequisito para la actuación terapéutica de la TEC, hecho que ya destacaban Cerletti y Bini diciendo que lo importante era la convulsión y no el modo en que ésta se obtenía.

Inicialmente se postularon teorías psicológicas (T. del Castigo, T. de la Negación, T. de la Amnesia) que pronto fueron desechadas cuando se demostró que el tratamiento modificado con anestesia y relajación muscular tenía el mismo efecto terapéutico y que la TEC real tenía una efectividad muy superior a la TEC simulada. Las teorías biológicas han estado condicionadas desde el principio por el hecho de que TEC produce múltiples e importantes efectos en el cerebro humano y también en el Sistema nervioso Autónomo, la musculatura corporal y las glándulas endocrinas. Esa gran cantidad de cambios de tipo fisiológico inducidos ha propiciado numerosas teorías, siendo las más aceptadas en la actualidad las neuroquímicas (acción sobre receptores y neurotransmisores), las neuroendocrinas y las neurofisiológicas (acción convulsionante).

Las Teorías neuroquímicas están basadas en los efectos de TEC sobre neurotransmisores y recepto-

res cerebrales ( noradrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina, GABA y glutamato) postulándose mecanismos de acción ligados a segundo mensajero. Las teorías neuroendocrinas parten del hecho de considerar que la depresión está causada en parte por una disfunción hipotalámica que es corregida con TEC a través de la liberación de hipotéticos péptidos (antidepresina) y de la mejoría de los síntomas vegetativos asociados. La liberación de hormonas (prolactina, neurofisinas, oxitocina, vasopresina, ACTH, LH y cortisol) inducida por TEC podría estar relacionada con la actividad antidepresiva o ser un correlato de estrés y actividad convulsiva. Las teorías neurofisiológicas se fundamentan en el efecto anticonvulsivante y anti-kindling de la TEC por sí misma como consecuencia del aumento del umbral convulsivo que produce, efecto mediado por GABA. Otros cambios neurofisiológicos son el aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, aumento del flujo sanguíneo cerebral y los índices metabólicos de consumo de oxígeno y glucosa cerebrales.

## ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Las Declaraciones de Derechos de los enfermos indican que siempre se debe proporcionar a los pacientes el mejor tratamiento posible según el conocimiento científico aceptado y conforme a los principios éticos. Los aspectos éticos de la TEC deben ser considerados dentro de los estándares éticos de la Medicina y la Psiquiatría. En este sentido la TEC es un tratamiento psiquiátrico efectivo en el manejo de determinadas enfermedades mentales y una de las opciones de tratamiento mejor examinadas en medicina clínica. La TEC es un tratamiento de elección en muchos casos graves en los que puede llegar a salvar la vida de los pacientes. El tratamiento con TEC respeta los cuatro principios básicos de la Ética Médica. Es útil en muchas patologías (Beneficencia), tiene un perfil riesgo-beneficio favorable (No Maleficencia), sus indicaciones son bastante precisas y su disponibilidad cada vez más extendida (Justicia) y se debe realizar con consentimiento informado (Autonomía). El proceso de consentimiento informado para TEC debe garantizar que los pacientes reciben información sobre la naturaleza del tratamiento que se valora, sus beneficios, sus riesgos de daño (tipo, grado y posibilidad), el riesgo de no tratar la enfermedad, tratamientos alternativos y posibilidad de que el paciente pregunte cualquier cosa así como que se pueda rechazar el tratamiento sin penalización alguna. Siempre se deben seguir los estándares clínicos recomendados para la evaluación y tratamiento de pacientes con la TEC, documentando cuidadosamente en la historia clínica todo lo referente al procedimiento así como las incidencias surgidas durante el mismo.

## Bibliografía

---

1. Abrams R. Electroconvulsive Therapy. Oxford University Press. Oxford 1992.
2. American Psychiatric Association. The Practice of ECT: Recommendation for Treatment, Training, and Privileging. A Task Force Report. American Psychiatric Press. 1990.
3. Barcia D. Tratamientos Biológicos: Electrochoque. En: Ruiz Ogara C, López-Ibor JJ y Barcia D (Eds) *Psiquiatría*. Toray. Barcelona. 1982.
4. Barcia D, Pozo P. Terapéutica Electroconvulsiva. *Monografías de Psiquiatría*. Aula Médica. VII, 5(Sep-Oct), 1995.
5. Bernardo M. Terapie Electro-Convulsiva. En: Soler-Insa P.A. y Gascón J. (Coord.) *Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales*. Edit. Masson-Salvat. Barcelona. 1994.
6. Coffey C. *The Clinical Science of Electroconvulsive Therapy*. American Psychiatric Press. 1993.
7. Fink M. *Convulsive Therapy: Theory and Practice*. Raven Press. New York, 1979.
8. Hay DP. Electroconvulsive Therapy. En: Kaplan J y Sadock BJ (Eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6a edición. Williams Wilkins. 1995.
9. Ottosson JO. Ethical Aspects of Research and Practice of ECT. *Convulsive Ther.* 1995; 11 (4): 288-296.
10. Rojo E, Vallejo J. *Terapia Electroconvulsiva*. De. Masson-Salvat. Barcelona. 1994.
11. Royal College of Psychiatrists. *The ECT Handbook*. Council Report CR 39. London. 1995.
12. Silver JM, Yudofsky SC, Hurowitz GI. *Psicofarmacología y Terapia Electroconvulsiva*. En: Hales RE, Yudofsky SC y Talbott JA (Eds) *Tratado de Psiquiatría*. Ancora. Barcelona. 1996.
13. Sociedad Española de Psiquiatría. *Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva*. 1999.
14. Weiner RD. *Terapéuticas Convulsivas*. En: Kaplan HI y Sadock BJ (Eds) *Tratado de Psiquiatría*. Salvat. 1989.