

G= 94-96
11241
52

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.**

TESIS:



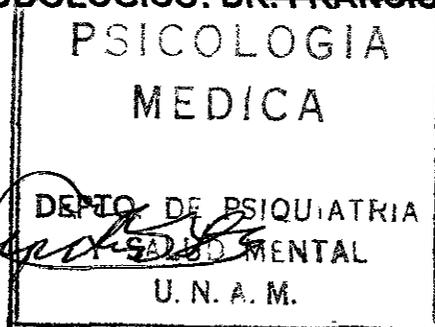
**"USO DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN UN
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA CIUDAD DE MEXICO"**

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
PRESENTA:**

Gabriela Ramirez Rojas
DRA. GABRIELA RAMIREZ ROJAS

TUTOR TEORICO: DRA. MARTHA PATRICIA ONTIVEROS URIBE.

TUTOR METODOLOGICO: DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ



[Signature]
FEBRERO, [REDACTED]

[Signature]
2000
284579



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

INTRODUCCION	1
EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA	2
PATRONES DE RESPUESTA Y DURACION DEL TRATAMIENTO.	7
TECNICA.	8
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	9
JUSTIFICACION.	11
OBJETIVO	11
MATERIAL Y METODOS.	12
RESULTADOS	13
DISCUSION	16
BIBLIOGRAFIA	20

INTRODUCCION

Desde que en 1935 L.Von Meduna introdujo la terapia electroconvulsiva para la esquizofrenia induciendo crisis generalizadas de manera química por medio del metrazol (Bennet, 1994), se han utilizado otros métodos para controlar las enfermedades psiquiátricas.

Von Meduna ideó éste tratamiento a partir de 2 observaciones en primer lugar los síntomas esquizofrénicos suelen disminuir después de las convulsiones accidentales ó inducidas iatrogénicamente en pacientes psiquiátricos como efecto secundario de la retirada de ciertos medicamentos (como barbitúricos) en segundo lugar se creía erróneamente que la Epilepsia y la Esquizofrenia no pueden coexistir en el mismo paciente de ése modo la inducción de convulsiones protegía al paciente de la Esquizofrenia. Este método se usó como tratamiento efectivo durante 4 años (Kaplan y cols., 1994).

En 1937 M.Sakel usó el método de shock hipoglicémico utilizando dosis de insulina muy altas desde 15 a 450 unidades (Bennet, 1994)

Ya en 1938 Ugo Cerletti y Lucio Binni en Italia iniciaron el uso de la electricidad sustituyendola por el metrazol, inicialmente se le llamó Terapéutica por Electroshock posteriormente se le denominó Terapia Electroconvulsiva, primitivamente se administró sin anestesia, oxigenación ó modificación de las crisis. Abraham E. Bennett en su artículo: Curare un

preventivo de complicaciones traumáticas en la TEC de marzo de 1941 describe el uso de curare para paralizar los músculos y evitar fracturas.

Los problemas relacionados con la TEC son el malestar que el procedimiento provoca en el paciente y las fracturas óseas que se pueden producir a consecuencia de la actividad motora convulsiva. Estos problemas se eliminaron mediante el uso de anestésicos generales y relajación muscular.

En el 51 se introdujo la succinilcolina y en el 57 el Dieter fluorinado para la inducción de convulsiones sin éxito.

EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Depresión

En estudios comparativos de pacientes tratados con antidepresivos tricíclicos, IMAOs y placebo y con TEC, se ha observado que la terapia electroconvulsiva (TEC) es la terapia más eficaz en un solo episodio depresivo. Pero es poco efectiva para prevenir recurrencias por eso es conveniente un tratamiento posterior a la TEC de tipo farmacológico de sostén.

El uso de TEC como tratamiento versus el uso de antidepresivos heterocíclicos para Depresión Mayor está asociado a un tiempo corto de estancia hospitalaria, además la presencia de factores psicóticos congruentes con el

humor está asociado con una respuesta mejor a la TEC que antidepresivos ó antipsicóticos solos.

En el estudio Nottingham se estudió un grupo de pacientes para predecir la respuesta según presentaban síntomas tales como delirios o agitación, sin embargo no se reportaron diferencias en ninguna de las variantes de pacientes, en cuanto a respuesta al tratamiento (O'Leary y cols., 1995). Un caso de un paciente con depresión y síndrome de Cotard, se resolvió satisfactoriamente después de 12 sesiones de TEC, en este caso se detectó una disminución del flujo sanguíneo en la corteza frontoparietal medial y dorsolateral frontal, una semana antes del la aplicación de TEC. Un mes posterior, se observó un aumento en la perfusión de éstas áreas, lo que sugiere que la mejoría condicionada por la TEC, se acompaña de un aumento en el flujo sanguíneo de áreas específicas cerebrales (Petraça y cols., 1995).

En la pseudodemencia, se ha observado una recuperación del deterioro cognitivo después de tratamiento con TEC, manteniéndose a los cuatro años de seguimiento, con buenas mejorías en la memoria, la iniciación y la perseveración. De hecho la utilización de la TEC en pacientes geriátricos, es considerado como un método de tratamiento altamente efectivo, particularmente en aquellas que se acompañan de síntomas psicóticos (Meyers, 1995).

Respecto de la utilización de TEC en pacientes deprimidos con enfermedades médicas concomitantes, se sabe que puede ser un método efectivo y seguro en pacientes con trastornos osteomusculares, cardiovasculares,

pulmonares, etc., además de que es uno de los métodos de elección en el tratamiento de la depresión mayor durante el embarazo (Kaplan y cols., 1994).

También han sido descritos cambios en la personalidad a corto plazo que afectan principalmente el funcionamiento social, no así la sintomatología, de hecho se sabe que existe un importante cambio en la obsesionalidad, lo que contribuye de manera importante a mejores resultados de la TEC (Casey y Butler, 1995).

Manía.

En Manía la TEC es efectiva en el tratamiento de ésta pero su uso ha sido suplantado por antidepresivos ó litio,y es solo reservado para pacientes en quienes falla la respuesta a medicamentos.

Indicaciones en Manía:

-Un episodio refractario a tres semanas de tratamiento con antipsicóticos solos ó antipsicóticos más litio.

-Un episodio de Manía con agitación tan severa cómo que sea un riesgo para el paciente.

-Se debe utilizar TEC bilateral.

La utilización de TEC en pacientes con trastorno bipolar es un tratamiento altamente efectivo tanto en el manejo de los episodios de manía, como en los episodios depresivos, superior inclusive en eficacia a la terapia farmacológica, inclusive en rapidez y costo (Kutcher y Robertson, 1995).

Esquizofrenia.

En Esquizofrenia. Desde 1938 cuando se descubrió la TEC hasta el 55 cuando se obtuvo la Clorpromazina la TEC fué el único tratamiento efectivo para la Esquizofrenia, desde entonces el uso de TEC para ésta enfermedad ha declinado dramáticamente. Ahora es reservada para pacientes intolerantes a antipsicóticos ó cómo un último recurso para pacientes en quienes falló la respuesta a varios antipsicóticos ó la combinación de antipsicóticos y litio. Cabe aquí mencionar que la esquizofrenia catatónica es probablemente la que responde de manera más espectaculara a la TEC (Schwartz y cols., 1995).

Posterior al uso de TEC en Esquizofrenia es conveniente la combinación con antipsicóticos, pues se ha demostrado que el solo uso de TEC ha sido inefectivo, ésto se ha demostrado en la Esquizofrenia Crónica en la que la eficacia fué inversamente proporcional a la duración de la enfermedad.

La impresión clínica es que los pacientes tienden a recaídas después de la TEC y que el procedimiento garantiza en el mejor de los casos un año a dos de mejoría clínica.

Los predictores para resultados favorables en pacientes esquizofrénicos con el uso de Terapia Electroconvulsiva son:

- Duración de tiempo corto de la enfermedad
- Curso Episódico
- Buena funcionalidad antes de la enfermedad
- Factores afectivos ó paranoides, catatónicos significativos.
- Síntomas positivos.

Otros usos.

La TEC ha sido utilizada en el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico con daño cerebral severo, describiéndose como un tratamiento seguro, altamente efectivo, con rapidez de acción y con mejoría sostenida, principalmente en el caso de los pacientes con agitación severa persistente. Estos hallazgos podrían tener una importante implicación clínica en el tratamiento de Delirium prolongado posterior a TCE (Kant y cols., 1995).

Se ha demostrado también la utilidad del TEC en la distonía tardía resistente a fármacos (Postolache y cols., 1995), en un caso de encefalitis letárgica (Dekleva y Huasin, 1995) y en la epilepsia (Schwartz y cols., 1995). En otros trastornos, hay reportes anecdóticos que apoyan el uso de la TEC en una

gran variedad de condiciones, incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos fóbicos, abuso de sustancias, síndrome de dolor crónico y otros. Ninguno de estos usos está comprobado científicamente del todo.

PATRONES DE RESPUESTA Y DURACION DEL TRATAMIENTO.

Las sesiones de TEC se dan típicamente tres veces por semana en E.U. el patrón usual es para ver una respuesta antidepresiva breve después de la segunda o tercera sesión, con períodos de remisión gradualmente más prolongados. Una de las preguntas más difíciles que surgen es cuantas sesiones se deben dar. Algunos médicos arbitrariamente tratan en base al diagnóstico tanto que los pacientes deprimidos reciben ocho sesiones, otros esperan una mejoría más alta, entonces adicionan dos sesiones más, aunque esto no ha sido justificado. La propuesta más lógica es continuar el tratamiento hasta que el paciente tenga cualquier meseta o tenga un aumento en la tasa de mejoría.

El diagnóstico proporciona una manera burda de guía. La mayoría de los pacientes con depresión responden en 6 a 12 sesiones, la mayoría de los pacientes con manía en un número parecido y, pacientes típicos con esquizofrenia en 12 a 20 (Schwartz y cols., 1995).

TECNICA.

La técnica de la TEC se revisó en un reporte de la APA emitido en 1990. Primero se obtiene el informe de consentimiento, ésto es por razones legales, éticas y clínicas y es vital que se de lugar a una explicación amplia de tratamiento.

Después se realiza una valoración física en la que se debe incluir: laboratorio de rutina, ECG, EEG, radiografía de tórax en aquellos pacientes con más de 3 años de edad, en los más jóvenes con una historia de enfermedad cardiaca o pulmonar o, en fumadores, PFH, además de un examen físico minucioso y también se debería realizar una TAC de rutina.

Respecto a la estimulación requerida, ha sido un gran debate el valor relativo del estímulo unilateral o bilateral, respecto al deterioro cognitivo asociado, esto no se discute, pero cabe señalar que es menor con el unilateral, sin embargo, esta diferencia no es tan evidente con el seguimiento a largo plazo por lo que muchos médicos se inclina por el bilateral, pues se ve un disminución en la latencia de la respuesta. Algunos autores sugieren que se inicie con TEC unilateral a menos que sea una urgencia el aplicarlo como: Intento suicida agudo o catatonía, o una historia pasada de buena respuesta a la TEC bilateral (en pacientes con manía siempre sera bilateral), asimismo, si posterior a 5-7 sesiones de TEC unilateral no hay respuesta, se cambiará a estimulación bilateral (Scwartz y cols., 1995).

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

En cuanto a las indicaciones de la TEC, solamente se mencionará que Kaplan refiere que el 70% de los pacientes que reciben este tratamiento padecen trastorno bipolar I, 17% corresponden a pacientes esquizofrénicos, por lo que las tres indicaciones fundamentales son trastornos depresivos mayores, episodios maníacos y en algunos casos esquizofrenia.

Las contraindicaciones formales de la TEC son relativamente pocas, generalmente está más relacionadas al temor que despierta, incluso en el personal más experimentado, que a contraindicaciones reales, en este caso se puede mencionar a los sujetos con aneurismas cerebrales, enfermedades cardiovasculares estables, epilepsia etc., ninguna de las cuales constituyen una contraindicación formal de la TEC, sin embargo, frecuentemente son rechazados pacientes por estos motivos. (Bader y cols., 1995)

Probablemente las únicas contraindicaciones formales de la TEC sea la presencia de un infarto al miocardio reciente, ya que existe un alto riesgo de que se presenten arritmias, otra indicación formal es la presencia de un accidente cerebrovascular reciente y en general cualquier indicación formal del método anestésico que se utilizará. El resto de otras probables contraindicaciones, son relativas, y basta con tomar las medidas preventivas necesarias de acuerdo al caso específico para tener controlados los riesgos.

Los efectos adversos ocasionados por la TEC suelen ser pocos, algunos de éstos se ven sobre el sistema endocrino, en estudios dónde se reporta incremento en los niveles de prolactina y oxitocina después de las crisis inducidas por la aplicación de TEC, más estas diferencias no son altas y en general poco significativas, se ha observado que el aumento de prolactina plasmática inducida por TEC, es mayor cuando se utiliza TEC bilateral (Clark y cols., 1995).

Se ha reportado el agravamiento del parkinsonismo y distonía posteriores al TEC en un paciente con trastorno esquizoafectivo y parkinsonismo inducido por neurolepticos, siendo este el primer reporte de la literatura con tal reacción (Poyurovsky y cols., 1995). Se han reportado otras complicaciones posteriores a la realización de TEC, como estado epiléptico (Grogan y cols., 1995), crisis migrañosas (Folkers, 1995) o cefalalgias severas pos-TEC (De Batista y Mueller, 1995).

JUSTIFICACION.

La utilización de la TEC, en otros países tiene tendencias e indicaciones bien definidas. El conocimiento de las indicaciones de manejo del TEC en un hospital psiquiátrico de la ciudad de México, nos permitirá conocer de manera general cuales son las indicaciones por las cuales se administra terapia electroconvulsiva.

OBJETIVO

Determinar la cantidad, indicaciones y características de los pacientes que recibieron terapia electroconvulsiva en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud, en el período comprendido de 1993 a 1996.

MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, de los pacientes que fueron sometidos a terapia electroconvulsiva, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", en el período comprendido de marzo de 1993 a septiembre de 1996.

Los datos de los pacientes que recibieron TEC, se recabaron de la libreta de control que existe en el área donde se administra TEC en la UMQAIP, del hospital, la cual es utilizada por el médico anestesiólogo.

De los expedientes se recabaron algunos datos demográficos, así como el número de sesiones de TEC que cada paciente recibió y el diagnóstico respectivo, así como la indicación para recibir TEC.

Los datos obtenidos se agruparon en tablas de acuerdo al diagnóstico, el número de sesiones de TEC y la respuesta obtenida.

No se realizaron pruebas estadísticas de comparación, ya que el universo fue total y, no existen grupos de comparación en el diseño de la presente investigación. Solamente en los datos requeridos se utilizaron algunas medidas de estadística descriptiva.

En el presente estudio no se evaluaron la influencia de otras variables particularmente porque no existe un protocolo específico para la aplicación de TEC en este hospital y, consecuentemente la confiabilidad de los expedientes respecto a otras variables que podían ser importantes es relativamente dudosa, amén que se escapan de los objetivos del presente estudio.

RESULTADOS.

De acuerdo a la revisión, un total de 57 pacientes fueron sometidos a TEC en el lapso de tiempo estudiado, por años fue de 12 en 1993, 18 en 1994, 21 en 1995 y 6 en 1996.

Los datos demográficos generales se presentan en la tabla 1.

Tabla #1. Datos demográficos generales de los pacientes sometidos a TEC.

Año	Edad (rango)	Sexo	Ocupación	EIH,
1993	19-44 a.	6 M, 6 F	8 no 4 si	20-162 d.
1994	18-46 a.	16 M, 2 F	14 no 4 si	12-148 d.
1995	19-46 a.	13 M, 8 F	11 no 10 si	29-217 d.
1996	25-46 a.	3 H, · F	6 no 0 si	34-14 d.
Total	18-46 a.	38 M 16 F	39 No 18 si	12-217 d.

EIH: estancia intrahospitalaria.

De los pacientes sometidos a TEC, 48 eran solteros, 3 casados, 4 separados, 1 divorciado y 1 en unión libre. 20 pacientes se encontraban en su primera hospitalización y el resto tenía más, 14 pacientes tenían 5 o más ingresos.

Los diagnósticos que fueron hechos a estos pacientes se muestran en la tabla 2:

Tabla #2. Diagnósticos generales de los sujetos sometidos a TEC.

Año	Esquizofrenia	T. bipolar	Depresión	Psicosis orgánicas
1993	3	1	0	8
1994	8	1	1	8
1995	7	0	2	12
1996	5	0	1	0
Total	23	2	4	28

Las indicaciones por las cuales fue administrado el TEC se presentan en la tabla 3.:

Tabla #3. Indicaciones de aplicación de TEC.

Año	Ideación suicida	Sx. alucinatorio y delirante + heteroagresividad	heteroagresividad
1993	3	9	0
1994	5	7	6
1995	6	1	0
1996	1	5	0
Total	15	36	6

Los resultados generales de la aplicación de la TEC se muestran en la tabla 4.

tabla #4. Remisión de psicopatología en los pacientes sometidos a TEC.

Año	Parcial	Completa	Sin remisión
1993	1	10	1
1994	1	14	3
1995	0	18	3
1996	0	6	0
Total	2	48	7

Respecto al número de sesiones de TEC a que fueron sometidos los pacientes fue como sigue: en 1993, 1 paciente con 5 sesiones, 7 con 6 sesiones y 4 con 8 sesiones; en 1994: 2 pacientes con 3 sesiones, 1 con 4 sesiones, 2 con sesiones, 3 con seis sesiones, 3 con 7 sesiones y 7 con 8 o más sesiones; En 1995: 3 con sesiones, 1 con 6 sesiones, 7 con 7 sesiones, 10 con 8 sesiones o más; en 1996 1 con 6 sesiones, 1 con 7 sesiones y 4 con 8 o más sesiones.

DISCUSION.

Actualmente, la terapia electroconvulsiva, es el tratamiento disponible en psiquiatría que lleva una vigencia por más tiempo, aproximadamente 60 años. A pesar, de que en los últimos 30 años, el arsenal terapéutico disponible para el tratamiento de los trastornos donde se indica la TEC, ha crecido enormemente, además de que actualmente existen medicamentos con alto índice de eficacia y con pocos efectos colaterales. Sin embargo, existen una serie de pacientes y situaciones donde esta puede ser muy útil, amén de que continua siendo uno de los tratamientos disponibles más efectivos con los que contamos actualmente.

En el caso de los pacientes esquizofrénicos, deprimidos o bipolares, la tasa de éxito generalmente supera al 90% y, de hecho es muy útil por ejemplo en pacientes con alteraciones cardiovasculares, donde el uso de psicofármacos comunes puede condicionar la aparición de efectos indeseables graves. Por todo lo anterior, es por lo cual sigue siendo un tratamiento vigente, que a pesar de su alta efectividad tiene el inconveniente de ser aparatoso y, debido a esto ha sido atacado muchas veces por grupos tanto internos como externos a la psiquiatría.

Por otra parte, de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio existen diversos hallazgos interesantes que se pueden comentar. Inicialmente abordaremos respecto al diagnóstico, en este respecto, resulta importante el hecho de que 51 de los 57 pacientes, padecían de algún trastorno psicótico, de estos 23 eran alguna variedad de esquizofrenia y 28 correspondieron al rubro de las psicosis orgánicas. En la literatura se reporta que

la mayor parte de los sujetos que son sometidos a TEC padecen de algún trastorno afectivo principalmente trastorno bipolar y depresión mayor, en esta muestra el 89% de los sujetos padecía de algún trastorno psicótico y solo el 11%, es decir 6 pacientes correspondía al rubro de los trastornos afectivos. Dado que el diseño del estudio no comprendió el análisis de otras variables es difícil dar una explicación a este fenómeno, principalmente porque se sabe que si algún grupo de entidades ha mostrado una dramática disminución en la aplicación de la TEC como consecuencia de los avances farmacológicos son precisamente el grupo de los trastornos psicóticos. Lo anterior sugiere que probablemente el manejo de este tipo de pacientes sea deficiente aunque los datos disponibles no nos permiten asegurar este hecho.

Por otra parte, resulta curioso el hecho de que en un período de 3 años, solamente 6 pacientes con trastornos afectivos hallan sido sometidos a TEC, tomando en cuenta la naturaleza de la institución (hospital psiquiátrico de tercer nivel), donde se esperaría por pura deducción un mayor número de este tipo de pacientes, aunque para poder tener una idea más clara del significado de este fenómeno sería necesario conocer la prevalencia en el hospital de estas enfermedades y su evolución posterior, cabe mencionar que en esta muestra, los pacientes con mayor número de días de estancia intrahospitalaria correspondieron a este grupo, lo que parece reflejar un cierto rechazo a la utilización de este tipo de métodos de tratamiento.

El 88% de los sujetos sometidos a TEC mostraron por lo menos una remisión parcial (84% con remisión completa), esta tasa de respuesta se debe considerar baja, ya que la eficacia reportada en la literatura es en la gran mayoría

de los casos superior al 90 y al 95%, esto en parte puede explicarse por la gran variabilidad en el número de sesiones que se aplican a los pacientes, donde no se aprecia claramente una técnica definida, de hecho, 9 pacientes (16%) recibieron 5 sesiones o menos, recordando que se recomienda un mínimo de seis sesiones antes de decidir la suspensión o prolongación del tratamiento en el caso de la depresión mayor, para otro tipo de trastornos como la esquizofrenia, el mínimo recomendado es de 12, en esta muestra solamente un paciente recibió 12 sesiones y otro recibió 14 sesiones, a pesar de haber habido 23 pacientes esquizofrénicos en la muestra.

Otro hallazgo interesante fue el relativo a las indicaciones de la TEC, es preciso recordar que las principales reportadas en la literatura corresponden a pacientes resistentes al tratamiento farmacológico, a ideación suicida y a pacientes con condiciones médicas generales en los cuales la administración de psicofármacos podría ser común. En esta muestra, el 74% de los pacientes recibieron TEC por heteroagresividad o psicosis, y un 26% por ideación suicida, aquí sería importante evaluar la tasa de suicidios de pacientes del hospital y evaluar cada caso para determinar si hubieran podido ser candidatos a TEC.

En general, y tomando en cuenta las limitaciones del presente estudio, podemos decir que la aplicación de TEC dentro del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", es deficiente en varios aspectos, inicialmente no parece haber una buena selección de pacientes, probablemente por deficiencias en los criterios, además de que probablemente algunos pacientes deberían recibir dicha terapia, particularmente aquellos con condiciones médicas generales, indicación que en ningún caso se apreció en esta muestra. Sería importante definir también

un protocolo adecuado de administración de TEC y evaluación de la respuesta, ya que la gran variabilidad observada en el número de sesiones aplicadas, hacen pensar en una deficiente técnica, en una mala selección de pacientes o en una inadecuada evaluación de los resultados. Un estudio más completo, que involucre además una evaluación más completa caso por caso permitirá conocer mejor lo que parece ser un problema importante, denotado principalmente por el bajo porcentaje de éxitos (84%), que a pesar de parecer alto, es realmente muy bajo con el estándar reportado.

BIBLIOGRAFIA.

Bader G.M., Silk K.R., Dequardo J.R., Tandon R. Electroconvulsive therapy and intracranial aneurysm. *Conv Ther* 11(2):139-143, 1995

Bennet A. Curare: a preventive of traumatic complications in convulsive shock therapy. *Am J Psychiatry* 11(6 s), 1994.

Casey P., Butler E. The effects of personality on response to electroconvulsive therapy in major depression. *J Pers Dis* 9(2):134-142, 1995.

Clark C.P., Alexopoulos G.S., Kaplan J. Prolactin release and clinical response to electroconvulsive therapy in depressed geriatric inpatients: A preliminary report. *Conv. Ther* 11(1):24-31, 1995.

De Batista C., Mueller K. Sumatriptan prophylaxis for post-electroconvulsive therapy headaches. *Headache* 3(8):02-03, 1995.

Dekleva K.B., Huasin M.M. Sporadic encephalitis lethargica: a case treated successfully with ECT. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 7(2):232-239, 1995.

Folkers T.H., Migraine after electroconvulsive therapy. *Conv Ther* 11(3):212-21, 1995.

Grogan R., Wagner D.R., Sullivan T., Laber D. Generalized nonconvulsive status epilepticus after electroconvulsive therapy. *Conv Ther* 11(1):1-6, 1995.

Kant R., Bigy A.M., Carosella N.W. Fishman E., Kane V. Coffey C.E. ECT as a therapeutic option in severe brain injury. *Conv Ther* 11(1):45-50, 1995.

Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. Terapia electroconvulsiva. *Sinopsis de Psiquiatría*. 7a. ed. Panamericana. pp 1026, 1994.

Kutcher S., Robertson H.A. Electroconvulsive therapy in the treatment of resistant bipolar youth. *J Child Adol Psychopharmacol* 5(3):167-175, 1995.

Meyers B.S. Late life dlusional depression: Acute end long-term treatment. *Int Psychoger* 7(suppl):113-124, 1995.

O'Leary D., Gill D., Gregory S., Shawceoss C. Which depressed patients respond to ECT?. The Nottingham results. *J Afect Dis* 33(4):24-20, 1995.

Petracca G., Migliorelli R., Vazquez M., Strakstein S.E. SPECT fibndings before and after ECT in a patient with major depression and Cotard syndrome. *J Neuropsych Clin Neurosci* 7(4):505-507, 1995.

Postolache T.T., Londono J.H. Halem R.G., Newmark M.D. Electroconvulsive therapy in tardive dystonia. *Conv Ther* 11(4):262-265, 1995.

Poyurovsky M., Kosov A., Halperin E., Enoch D., Scheneidman M., Weizman A. Akatisia-like behavior following ECT, and its successful treatment with low dose mianserin. *Int Clin Psychopharmacol* 10(4):257-260, 1995.

Schwartz T., Lowenstein J., Isenberg K.E. Maintenance ECT: Indications and outcomew. *Conv Ther* 11(1):14-23, 1995.