

PACIENTES BIPOLARES DE UNIDADES ESPECIALIZADAS Y DE CENTROS DE SALUD MENTAL. ¿SE PUEDEN COMPARAR?

Lorenzo Livianos Aldana*, Pilar Sierra San Miguel*, Matias Real López**, María Luisa Serrano Raya*, Gema Piera Martínez*, Paola Rubio Sanjaime***, Luis Rojo Moreno*

Lugar de trabajo:

*Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario La Fe (Valencia) Av Campanar 21, 46009, Valencia

**Servicio de Psiquiatría Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Av Doctor Clará, 19, 12002, Castellón de la Plana

***Unidad de Salud Mental de Requena. Avda. de la Constitución, 47, 46340, Requena.

Dirección para la correspondencia:

Matias Real López, Servicio de Psiquiatría Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Av Doctor Clará, 19, 12002, Castellón de la Plana.

E-mail: matiasreallopez@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: Cuando los pacientes bipolares son reclutados para un estudio, normalmente proceden de Unidades Específicas para el trastorno bipolar, con lo que únicamente contienen una fracción del total de la población de pacientes bipolares. El propósito de este estudio es comprobar si el curso de la enfermedad es comparable en aquellos pacientes que atendidos en un Centro de Salud Mental y aquellos procedentes de una Unidad Específica.

Métodos: Este estudio fue llevado a cabo en la Unidad de Bipolares del Hospital Universitario la Fe (UTB) y en dos Centros de Salud Mental (CSM). Los datos fueron recogidos de las historias clínicas de los pacientes y completados a través de una entrevista personal. Cuando esto no fue posible, se realizó una entrevista telefónica. Se recogieron variables demográficas, clínicas y relacionadas con el curso de la enfermedad.

Resultados: Los pacientes no mostraron diferencias demográficas entre los dos grupos. Desde el punto de vista clínico, sí aparecieron diferencias; los pacientes de la UTB eran más jóvenes en el momento de la aparición de la enfermedad ($p < 0,005$), habían sido hospitalizados con más frecuencia ($p < 0,05$), y los ingresos eran más prolongados ($p < 0,005$).

Conclusiones: Los pacientes bipolares tratados en CSM muestran claras diferencias en comparación con aquellos tratados en UTB. Por esta razón, deberíamos ser cuidadosos a la hora de generalizar los resultados acerca de la evolución de los pacientes bipolares procedentes de muestras de las UTB, al no ser representativas de la totalidad de la población de bipolares, ya que su enfermedad podría progresar más tórpidamente.

Palabras clave: Unidad de Trastorno Bipolar, Centro de Salud Mental, síntomas subsindrómicos, curso

COMMUNITY MENTAL HEALTH AND BIPOLAR UNIT PATIENTS. COULD THEY BE POOLED?

ABSTRACT:

Introduction: When bipolar patients are recruited for a study, they are usually picked from Bipolar Disorder Units, which only contain a fraction of the total population of Bipolar Disorder patients. The purpose of this study is to check whether the course of the illness is comparable in patients from a Community Mental Health Centre (CMHC) and those from a Bipolar Disorders Unit (BDU).

Methods: This study was carried out at the La Fe Teaching Hospital BDU and two CMCH. Data were collected from the patients' clinical records and completed by a face-to-face interview. When this was not possible, an interview was carried out by telephone. Demographic, clinical and course-of-illness variables were gathered.

Results: From a demographic point of view, patients from the two groups showed no differences. From a clinical point of view, there were differences, BDU patients being younger at the illness' onset ($p < 0,005$), being admitted more often ($p < 0,05$), and spending more time in the hospital ($p < 0,005$).

Conclusions: Bipolar patients treated at a CMHC show clear differences compared with those from a BDU. For this reason, one should be careful when generalizing the evolution of bipolar patients using BDU samples, as these are not representative of the total bipolar-patient population, their illness progressing more awkwardly.

Key words: Bipolar Disorder Unit, Mental Centre, subsyndromal symptoms, course

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas, el trastorno bipolar ha pasado a considerarse como una enfermedad grave, con tendencia a un curso tórpido^{1,2} con altas tasas de recurrencias sindrómicas y/o deterioro psicosocial³. Este punto de vista contrasta con el clásico, que consideraba la psicosis maniaco-depresiva como un trastorno benigno de buen pronóstico⁴. Mientras que algunos autores asocian los déficits neuropsicológicos de estos pacientes a los periodos de descompensación y defienden su reversibilidad^{4,5}, otros insisten en su persistencia más allá de las fases sintomáticas durante los periodos de eutimia a pesar de la remisión clínica^{6,7,8}. La mayoría de los estudios más recientes coinciden en señalar un notable deterioro en comparación con el funcionamiento premórbido en diferentes niveles en los pacientes bipolares, habiéndose descrito incluso en los pacientes más jóvenes⁹. Entre ellos, un estudio prospectivo realizado durante una media de 13 meses, de una muestra de 152 pacientes bipolares encuentra que solamente el 27% permanecieron libres de síntomas, más de la mitad (56%) sufrieron al menos una recurrencia y el 12,8% percibieron síntomas subsindrómicos. Es decir, la mayoría (68,8%) sufrieron alteraciones del humor a pesar de una buena cumplimentación farmacológica y consultas regulares con un profesional. También se describió una importante afectación en el plano laboral ya que pese a que pacientes de algunas muestras tienen un nivel educativo alto, solo un tercio es capaz de trabajar en posiciones de acuerdo con su cualificación¹⁰. Perugi habla de un grupo minoritario pero significativo de pacientes bipolares con un curso crónico y deteriorante¹¹, y otros autores describen un proceso deteriorante en la evolución de al menos la décima parte de pacientes bipolares y unipolares¹². Estudios prospectivos como el de Judd¹³ que siguió a los pacientes durante 10-12 años encuentran que la enfermedad se mantiene sintomática en casi la mitad de los pacientes bipolares incluidos. Es decir en los periodos considerados eutímicos, los pacientes mantendrían síntomas subsindrómicos, especialmente síntomas depresivos leves. Éstos estarían asociados a 4 predictores: pobre funcionamiento social en los 5 años previos a la aparición de la enfermedad, una mayor duración total del episodio inicial, primer episodio depresivo o mixto, y comorbilidad con consumo de

sustancias. Los síntomas subsindrómicos maníacos también son relevantes y suponen un aumento significativo en el uso de servicios de salud, asistencia pública y comportamiento suicida¹⁴.

En la misma línea se encuentran las conclusiones acerca del trastorno bipolar II, pasando a ser considerada su gravedad mayor de lo considerado clásicamente^{15,16}, y llegándose a comparar en términos de consecuencias adversas a nivel psicosocial al trastorno bipolar tipo I. De hecho, los últimos estudios aconsejan dirigir los esfuerzos a intervenciones destinadas a conseguir una mejora sintomática y funcional durante los primeros años tras un primer episodio, para maximizar un pronóstico favorable a largo plazo al asegurar mayores tasas de remisión y periodos más prolongados de eutimia^{17,18}.

Sin embargo, habitualmente los estudios prospectivos sobre trastornos bipolares se han realizado en muestras de pacientes que acuden a programas en centros especializados^{13,18,19}, que son únicamente una fracción de los pacientes bipolares. Por ello la generalización es difícil, ya que una de las limitaciones a considerar es el mayor grado de gravedad de estos pacientes.

El objetivo de este estudio es comprobar si el curso de la enfermedad de los pacientes procedentes de un CSM, y los de una UTB es comparable.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario La Fe de Valencia. Incluimos una muestra de 38 pacientes de la Unidad Especializada en el tratamiento del trastorno bipolar del Hospital (n=29 TB tipo I, y n=9 TB tipo II), y 29 pacientes tratados en dos centros de Salud Mental (n=18 TB tipo I y n=11 TB tipo II), del mismo área geográfica que son Centros de Salud Mental en los que se atienden todo tipo de patologías mentales. Dado que la Unidad comenzó su actividad hace 5 años, el muestreo de pacientes en el Centro de Salud se centró en los pacientes bipolares atendidos en los últimos cinco años, para evitar diferencias en ambas muestras. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas de los pacientes y completados mediante entrevistas personales. Cuando esto no fue posible, se realizó una entrevista telefónica. Se recogieron variables

demográficas, clínicas y acerca del curso de la enfermedad. A todos los participantes se les solicitó el consentimiento verbal para la recogida de datos. Las variables demográficas consideradas fueron estado civil, convivencia, nivel de estudios y situación laboral. Dentro de las variables clínicas se recogieron edad, sexo, y número de tratamientos psiquiátricos en el momento de realización de la entrevista. Se especificó también la presencia en ese momento dentro del tratamiento de eutimizantes, (tipo y número), neurolépticos (y distinción entre clásicos y atípicos), y antidepresivos o benzodiazepinas. Se recogieron así mismo el consumo de tóxicos actual o en el pasado y existencia de comorbilidad psiquiátrica. Dentro de las variables del curso se incluyeron la edad de aparición de los primeros síntomas psiquiátricos, primer diagnóstico recibido y edad en el momento del diagnóstico del trastorno bipolar, tipo de la primera fase, número de fases en total, número de ingresos por fases depresivas y maníacas, antecedentes de intentos de suicidio y método, aparición de síntomas psicóticos en algún momento de la evolución, antecedentes psiquiátricos familiares, grado de parentesco y diagnóstico.

Se realizó un análisis estadístico mediante el paquete informático SPSS para windows, versión 12.5. Las variables categóricas se analizaron mediante el test chi-cuadrado y las variables ordinales y cuantitativas mediante el test Mann-Whitney.

RESULTADOS:

No existían diferencias significativas en cuanto al porcentaje de pacientes bipolares tipo I y II, entre las dos poblaciones de la muestra, es decir entre los pacientes atendidos en la UTB y el CSM ($p=0,207$). Desde el punto de vista demográfico no encontramos diferencias en cuanto al sexo, nivel de estudios, ni estado civil, pero sí en la edad, siendo los pacientes de la UTB más jóvenes ($t = 3,58$, $p < 0,01$), y el estatus ocupacional más a menudo parados y con incapacidad laboral transitoria (Prueba exacta de Fisher = 14,01, $p = 0,022$).

Desde el punto de vista clínico, los pacientes del CSM y de la UTB no se diferencian en variables como el número previo de fases de la enfermedad, el número de fármacos que reciben o el

tiempo de evolución. Por el contrario, sí que se diferencian en que los pacientes de la UTB tenían una edad de inicio más temprana ($t=2,65$, $p=0,01$), un mayor número de ingresos ($t=2,66$, $p=0,011$), y pasaban mayor tiempo en el hospital ($t=2,50$, $p=0,017$). No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables analizadas y descritas en el apartado de métodos. Estos resultados se encuentran reflejados en la Tabla 1.

DISCUSIÓN:

Como hemos señalado, a lo largo de los últimos años son numerosos los estudios de seguimiento que han destacado la prevalencia de síntomas subsindrómicos en pacientes con trastorno bipolar y la alta tasa de comorbilidad en pacientes que experimentan síntomas persistentes en esta enfermedad^{19,20,21}. A diferencia de estudios más recientes, algunos de los clásicos son más optimistas y describen un funcionamiento premórbido normal en pacientes bipolares, aparición tras la adolescencia y una baja comorbilidad²². Según un estudio prospectivo que evaluó a los pacientes 2-4 años tras su primera hospitalización por manía, todos menos un 2% de los pacientes habían experimentado una recuperación sindrómica, pero en un 28% permanecían sintomáticos y sólo el 43% habían conseguido una recuperación funcional²³. En este caso también los pacientes cumplirían criterios de una mayor gravedad, puesto que todos habían precisado ingreso en la primera fase.

En nuestra muestra, los pacientes bipolares atendidos en un CSM se diferencian claramente de los atendidos en una UTB. Estos últimos son más jóvenes y tienen más repercusiones laborales de la enfermedad. Desde el punto de vista clínico tienen una edad de inicio más temprana, un mayor número de ingresos y pasan más tiempo en el hospital. No encontramos diferencias en función del sexo, nivel de estudios, ni estado civil.

Según nuestros resultados, los pacientes que estaban siendo seguidos en una Unidad especializada tenían una **edad de inicio** más temprana, y esta circunstancia puede tener implicaciones pronósticas. En este sentido, aunque los estudios iniciales no describían diferencias

entre los trastornos bipolares de aparición temprana y tardía, el progresivo perfeccionamiento de los mismos con mejoras en las valoraciones clínicas y el aumento en el tamaño de las muestras, ha permitido detectar algunas diferencias²⁴. El pronóstico empeora en función de la mayor frecuencia de síntomas psicóticos durante las fases, especialmente en mujeres^{25,26}, alcoholismo y otras adicciones²⁷, comportamientos disociales, y un mayor número de intentos de suicidio²⁸. Pese al retraso en el diagnóstico, que oscila entre 8²⁹ y 10 años³⁰, un porcentaje considerable de pacientes bipolares experimentará los primeros síntomas en la época de la adolescencia. Este hecho conlleva con más frecuencia un error diagnóstico inicial, puesto que estos casos se diagnostican más frecuentemente como esquizofrénicos³¹ o esquizoafectivos³². Una de las consecuencias más importantes de este error es el retraso en la instauración de eutimizantes, que puede resultar crucial en la evolución clínica posterior. Sin embargo, la información relativa al curso y pronóstico del trastorno bipolar de aparición en la infancia sigue siendo limitada. Los estudios de seguimiento a largo plazo son escasos y éstos se han dirigido a buscar predictores pronósticos. Los predictores de recuperación son el trastorno por déficit de atención comórbido³³ y vivir con una familia biológica intacta³⁴, mientras que los de recaída son los episodios afectivos mixtos³⁵ y el bajo calor afectivo maternal³⁴.

Según nuestros resultados los pacientes seguidos en la Unidad, no difieren en el número de fases en total, pero sí tienen un **mayor número de ingresos**, lo cual puede hacer suponer que las fases tendrían una mayor gravedad para requerir hospitalización, con sus consecuentes repercusiones cognitivas. Esto podría estar en relación con datos recientes que insisten en el deterioro neuropsicológico de estos pacientes incluso en periodos eutímicos^{7,36}. Estos resultados también están en concordancia con los datos obtenidos de una mayor estancia media en los ingresos, es decir, los pacientes de la Unidad pasan más tiempo hospitalizados lo cual sugiere una mayor entidad clínica de las fases, y podría deberse a la coexistencia de síntomas psicóticos con la clínica afectiva, con el consiguiente mayor deterioro y repercusiones asociadas.

Uno de los problemas de las muestras empleadas en los últimos estudios es su difícil generalización, debido a los diversos orígenes de las mismas. Por ejemplo en muestras hospitalarias, se excluyen pacientes tipo I que no han precisado ingreso y aquellos que tienen menos episodios disfóricos son incluidos con menos frecuencia; lo mismo sucede si el primer episodio es psicótico o depresivo. Esto explica en parte las discrepancias en la edad de aparición, número de episodios y pronóstico³⁷. Sin embargo, estudios de screening que utilizan métodos rigurosos encuentran que una proporción considerable de pacientes bipolares tipo I, la mayoría con manías leves pero con afectación funcional inequívoca en el trabajo o a nivel familiar no habían sido hospitalizados o diagnosticados³⁷.

Nuestros resultados muestran que los pacientes que acuden a una Unidad Especializada en Trastornos Bipolares son en algunas de las variables estudiadas, distintos de los pacientes del Centro de Salud Mental, y presentan un curso más grave y con una sintomatología más intensa. Este estudio no pretende comprobar la recuperación interepisódica por lo que no podemos centrarnos en este aspecto tan importante de la evolución de los pacientes. En cualquier caso, cuando los estudios son llevados a cabo en una UTB, hay que tener precaución al generalizar y hacer extensivas las conclusiones al resto de los pacientes bipolares. Los pacientes de ambos orígenes parecen provenir de poblaciones distintas y es posible que las conclusiones extraídas en un estudio con una población de uno de los centros, no sea aplicable al otro.

Aunque nuestro estudio cuenta con limitaciones como son una muestra pequeña, y la recogida retrospectiva de algunos de los datos, estos resultados han de hacernos reflexionar y considerar el hecho de tener precauciones a la hora de generalizar los datos en cuanto a la evolución de los pacientes bipolares partiendo de muestras seleccionadas de UTB. Éstas podrían no ser representativas de la totalidad de los pacientes bipolares, al presentar estos grupos una evolución más tórpida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tohen M, Wateraux CM, Tsuang MT. Outcomes in mania: a 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1101-1106.
2. Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders. *Psychol Med* 1999; 29:47-61.
3. Goldberg JF, Harrow M. Poor-outcome bipolar disorders. In: Goldberg JF, Harrow M (Eds), *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*. American Psychiatric Association, Washington, DC.1999:1-19.
4. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edimburgo: ES Livingstone, 1913.
5. Williams JMG, Waatts FN, McLeod C. *Cognitive psychology and emotional disorder*. Chichester: Wiley, 1988.
6. Altshuler L. Bipolar disorder: are repeated episodes associated with neuroanatomic and cognitive changes? *Biol Psychiatry* 1993;33:563-565.
7. McKay AP, Tarbuck AF, Shapleske J, McKenna PJ. Neuropsychological function in manic-depressive psychosis: Evidence for persistent deficits in patients with chronic, severe illness. *Br J Psychiatry* 1995;167:51-57.
8. Martínez Arán A, Vieta E, Colom F, Peri JM, Gastó C. ¿Se deterioran los pacientes bipolares? *Psiquiatría Biológica* 1998;5(2):67-78.
9. Doyle AE, Wilens TE, Kwon A, Seidman LJ, Faraone SV, Fried R, Swezey A, Snyder L, Biederman J. Neuropsychological functioning in youth with bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;1;58(7):540-8.
10. Dittmann S, Biedermann NC, Grunze H, Hummel B, Schäfer LO, Kleindienst N, Forsthoef A, Matzner N, Walser S, Walden J. The Stanley foundation bipolar network: results of the naturalistic follow-up study after 2,5 years of follow-up in the German centres. *Neuropsychobiology* 2002;46(suppl 1):2-9.
11. Perugi G, Akiskal HS, Rossi L, Paiano A, Quilici C, Madaro D, Musetti P, Cassano GB. Chronic mania: Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *Br J Psychiatry* 1998;173:514-518.
12. Bratfos O, Haugh JO. The course of manic-depressive psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1968;44:88-112.
13. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:530-537.
14. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 2003;73:123-131.
15. Vieta E, Gastó C, Otero A, Nieto E, Vallejo J. Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Compr Psychiatry* 1997;38:98-101.

16. Benazzi F. Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in bipolar II disorder. *Psychother Psychosom* 2001;70:232-238.
17. Goldberg JF, Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord* 2004;81:123-131.
18. Joffe RT, MacQueen GM, Marriott M, Young LT. A prospective, longitudinal study of percentage of time spent ill in patients with bipolar I or bipolar II disorders. *Bipolar Disord* 2004;6:62-66.
19. MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT. Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003;5:349-355.
20. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995;152:379-384.
21. Altshuler LL, Gitlin MJ, Mintz J, et al. Subsyndromal depression is associated with functional impairment in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63:807-811.
22. Goodwin FK, Jamison KR. Childhood and adolescence. In: *Manic-Depressive Illness*. New York, NY: Oxford University Press, 1990:186-209.
23. Tohen M, Zarate C, Hennen J, Daur H, Strakowski S, Gebre-Medhin P, Salvatore P, Baldessarini R. The McLean-Harvard first-episode mania study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry* 2003;160:2099-2107.
24. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot M-L, Bellivier F. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disord* 2005;7:111-118.
25. Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Simeoni MC, Bouvard M, Allilaire JF. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *J Affect Disord* 2000;58:215-221.
26. Yildiz A, Sach GS. Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and women. *J Affect Disord* 2003;74:197-201.
27. Bashir M, Russell J, Johnson G. Bipolar affective disorder in adolescence: a 10-year study. *Aust N Z J Psychiatry* 1987;21:36-43.
28. Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ. Affective disorders. In: Robins LN, Regier KA, eds. *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study* New York: Free Press, 1990:53-8.
29. Baldessarini R, Tondo L, Hennen J. Treatment delays in bipolar disorders (letter). *Am J Psychiatry* 1999;156:811-812.
30. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64(2):161-74.

31. Joyce PR. Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychol Med* 1984;14:145-149.
32. Rosenthal NE, Rosenthal LN, Stallone F, Dunner DL, Fieve RL. Toward the validation of RDC schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:804-810.
33. Biederman J, Mick E, Bostic JQ. The naturalistic course of pharmacologic treatment of children with manic-like symptoms: a systematic chart review. *J Clin Psychiatry* 1998;59:628-63.
34. Geller B, Craney JL, Bolhofner K. Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early onset bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2002;159:927-933.
35. Kessing LV. Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychol Med* 1998;28:1027-1038.
36. Strober M, Schmidt LS, Freeman R. Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness. A five-year naturalistic prospective follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:724-731.
37. Mantere O, Suominen K, Leppämäki S, Valtonen H, Arvilommi P, Isometsä E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disord* 2004;6:395-405.

Tabla 1.- Resultados de las variables clínicas de los pacientes atendidos en un CSM y en una UTB y diferencias entre ellos.

	CSM Media \pm DS	UTB Media \pm DS	U Mann-Whitney	Sig
Edad	48,28 \pm 12,65	37,58 \pm 11,67	3,58	,001
Edad de aparición	30,45 \pm 12,44	23,34 \pm 9,5	2,65	,010
N^a episodios previos	6,88 \pm 4,99	7,36 \pm 3,98	1,07	,286
T^o evolución	15,78 \pm 11	13,7 \pm 9,89	,790	,432
N^o hospitalizaciones psiquiátricas	0,34 \pm 0,814	1,82 \pm 3,27	2,66	,011
T^o total de ingreso	4,69 \pm 11	33,87 \pm 70,97	2,50	,017
N^o total de psicofármacos	172 \pm 1,94	1,71 \pm 2,01	0,28	,978

CSM: Centro de Salud Mental; UTB: Unidad de Trastorno Bipolar.