

11241  
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y  
NEUROCIRUGÍA MVS  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

IDENTIFICACIÓN E INCIDENCIA DE SÍNDROME  
CATATÓNICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE  
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MVS

TESIS DE ESPECIALIDAD  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
P S I Q U I A T R A  
P R E S E N T A:  
DRA. MARÍA MAGDALENA OCAMPO REGLA

TUTORES:  
DR. RICARDO COLIN PIANA  
DR. IGNACIO RUIZ LÓPEZ  
DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ



MÉXICO, D.F.

EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MVS  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
CALLE DE LA SALUD S/N  
PO BOX 7030  
MÉXICO, D.F. 06702

FEBRERO DE 2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

9



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

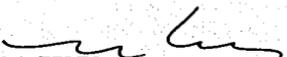
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Este trabajo fue realizado en la Unidad de Neuropsiquiatría del Instituto Nacional  
de Neurología y Neurocirugía  
"Manuel Velasco Suárez"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIRMAS



DRA. TERESA CORONA VAZQUEZ  
DIRECTORA DE ENSEÑAZA



DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO  
SUBDIRECTOR DE NEUROPSIQUIATRÍA



7

SUBDIRECCIÓN  
DIVISIÓN DE ENSEÑANZA  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIRMAS TUTORES



DR. RICARDO COLIN PIANA



DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ

  
DR. IGNACIO RUIZ LÓPEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con todo mi amor  
A Cati  
A mis papás  
A mis hermanos  
**Porque son el viento bajo mis alas**

## AGRADECIMIENTOS

**A Cati:** Por su cariño, paciencia y sacrificio.

**A mis papás y a mis hermanos:** Porque han sido una gran bendición que me ha dado la vida y sin su ayuda no hubiera sido posible lograr ninguna de mis metas.

**A Edgar Páez:** Por realizar estupendamente el papel de padre y madre, lo que ha facilitado mi desarrollo profesional.

**A mis tutores de tesis:**

**Dr. Ricardo Colln:** Por la idea y asesoría para la realización de este trabajo

**Dra. Ana Luisa Sosa:** Por su invaluable y constante apoyo en la parte metodológica.

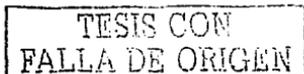
**Dr. Ignacio Ruiz López:** Por su enseñanza tutorial, su bondad y su honestidad, que han sido mi ejemplo a seguir.

**A mis pacientes:** Porque gracias a sus diversas patologías se pudo llevar a cabo este estudio.

**A Raúl Nerí Alonso:** Por aquella decisión médica que salvó mi vida.

**A Jesús Ramírez:** Por la asesoría brindada en la parte estadística.

**A Ileana Flores, Mónica Martínez y Raúl Peregrina:** Porque desde hace muchos años comparten y estimulan mis ilusiones y sueños.



## INDICE

### RESUMEN

#### CAPITULO I

1. Introducción
2. Antecedentes

#### CAPITULO II

1. Justificación.
2. Pregunta de investigación.
3. Objetivo.
4. Metodología.
5. Variables.
  - 5.1 Definición conceptual.
  - 5.2 Definición operacional.
6. Tipo de investigación.
7. Diseño de la investigación.
8. Muestreo.
  - 8.1 Criterios de inclusión.
  - 8.2 Criterios de exclusión.
9. Sujetos.
10. Procedimiento.
11. Instrumentos de medición.
12. Análisis de datos.
13. Validez interna y externa del estudio.
14. Resultados.
15. Discusión y aportaciones del estudio.
16. Conclusión y limitaciones del estudio.
17. Bibliografía.
18. Anexos.

## RESUMEN

La catatonía es un síndrome motor descrito desde 1874 por Kahlbaum, caracterizado por disminución en el movimiento y el lenguaje, alternando con periodos de excesiva actividad sin propósito, rigidez, negativismo, verbigeración, obediencia automática, estereotipias y gesticulaciones.

En 1913 Kraepelin adoptó las ideas y los métodos de Kahlbaum en cuanto al desarrollo del concepto de enfermedades mentales; categorizó las psicosis en: esquizofrenia (demencia precoz) Y enfermedades maniaco depresivas. Clasificó a la catatonía como un subtipo de esquizofrenia. Bleuler adoptó el punto de vista de Kraepelin sobre la catatonía como una categoría entre varias psicosis deteriorantes.

En los siguientes 10 años, la catatonía pareció haber desaparecido del terreno neurológico. La psiquiatría se separó de la neurología y de las enfermedades neurológicas, incluyendo la catatonía, por lo que fue perdida de vista, situación que fue interpretada por algunos como la desaparición de la condición, atribuida a la utilización de neurolépticos. Sin embargo recientemente se ha reportado que de un 6 a un 9% de pacientes con alguna alteración psiquiátrica o neurológica pueden presentar un síndrome catatónico.

De acuerdo a lo descrito en la literatura, consideramos que el síndrome catatónico aún está presente, sin embargo, es subdiagnosticado. Por lo que decidimos llevar a cabo un estudio para determinar si está presente o es por falta de diagnóstico el que no haya reportes del mismo.

Realizamos un estudio prospectivo, transversal y descriptivo para la identificación del síndrome catatónico en pacientes con alteraciones neurológicas y psiquiátricas, que fueron hospitalizados en la Unidad de Neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVZ en el periodo comprendido de mayo del 2000 a octubre del 2001. Basándonos para el diagnóstico, en la utilización de los criterios del DSMIV y la aplicación de la BFSCI (*Bush Francis Catatonia Rating Scale*), con el objetivo de demostrar que en la actualidad el

síndrome catatónico sigue presentándose. La incidencia encontrada fue del 8%, similar a la reportada en la literatura. Encontramos 21 pacientes que cumplían criterios y presentaban al menos dos signos para el síndrome catatónico. Los diagnósticos de base fueron diversos. Catorce pacientes se identificó patología neurológica de base y en los siete restantes se integraron diagnósticos psiquiátricos.

Por lo que con este estudio planteamos que el síndrome catatónico sigue estando presente en los servicios de psiquiatría y que para ser identificado se requiere, tenerlo en mente y hacer una evaluación propositiva para confirmar o descartar su presencia.

## CAPITULO I

### 1) INTRODUCCION

El síndrome catatónico es una constelación de signos y síntomas motores y conductuales que con frecuencia ocurren en relación a padecimientos médicos. Se ha asociado la catatonía con: enfermedades estructurales, desórdenes cerebrales y otros sistémicos que afectan al cerebro, así como trastornos psiquiátricos idiopáticos tales como la esquizofrenia.

La catatonía es un trastorno neuropsiquiátrico poco estudiado y subdiagnosticado. Los hallazgos recientes han añadido nuevos parámetros para la detección, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan catatonía. Los hallazgos de revisiones retrospectivas y prospectivas de la literatura en el estudio de la catatonía sugieren que las catatonías de origen sistémico y psiquiátricas son indistinguibles en su presentación clínica. Los diagnósticos diferenciales incluyen condiciones psiquiátricas, neurológicas, médicas e inducidas por sustancias. Ya que existen múltiples etiologías, el síndrome debe ser inicialmente identificado y posteriormente su causa. Los pacientes que presentan mutismo catatónico están entre los pacientes más problemáticos en psiquiatría. Los pacientes con catatonía usualmente mejoran con benzodiacepinas, terapia electroconvulsiva y medicamentos antipsicóticos. Sin el tratamiento adecuado, los pacientes tienen una alta morbilidad y mortalidad.

## 2 ) ANTECEDENTES

Del griego *cata* = *hacia abajo* y *tonos* = *tensión*. Síndrome psíquico y psicomotor que interesa, de manera especial, la actividad motora voluntaria.<sup>11</sup>

En 1832, Calmeil describió una forma diferente de psicosis que observó entre pacientes con diferentes tipos de insanidad.<sup>12</sup> Caracterizada por fiebre, hiperactividad exagerada, que progresaba hacia el estupor. Este mismo trastorno fue reportado por Bell en 1849.<sup>3</sup>

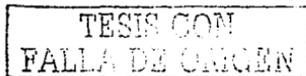
El síndrome catatónico fue definido por primera vez en 1874 por Kahlbaum, al publicar una monografía donde describía 25 pacientes con una alteración psiquiátrica severa a la que él llamó catatonía.<sup>26</sup> Estos pacientes presentaban: largos períodos de inmovilidad, con un incremento simultáneo en la actividad motor, mutismo alternando con verbigeración, negativismo expresado como resistencia al movimiento pasivo y a la alimentación; estereotipias, gesticulaciones, posturas y tono muscular anormal, conocido como flexibilidad cérea, en la cual, las extremidades de los pacientes podían mantener cualquier posición en la que las colocara el examinador. Este autor consideraba que estos aspectos "somáticos" o "neurológicos" de la enfermedad podían ser claves para entender la neurobiología de la alteración. Más adelante observó que tal condición se asociaba con alteraciones cíclicas del afecto.<sup>31</sup>

Kahlbaum pensaba que los pacientes con catatonía pasaban a través de varios estadios de la enfermedad: primero un corto período de inmovilidad y flexibilidad cérea; un segundo estadio con estupor o melancolía; un tercer estadio con manía, verborrea e hiperactividad y finalmente después de repetidos ciclos de estupor y excitación, a un estado final de demencia.<sup>1</sup>

## LA CATATONIA COMO UN SUBTIPO DE ESQUIZOFRENIA

En 1913 Kraepelin adoptó parte de las ideas y métodos de Kahlbaum en el desarrollo de su concepto de enfermedades mentales. Categorizó las psicosis en esquizofrenia (demencia precoz), enfermedades maniaco depresivas. Pero esta clasificación no consideraba satisfactoriamente a la depresión unipolar, el trastorno esquizoafectivo, ni la psicosis inducida por sustancias. Clasificó la catatonía como un subtipo de esquizofrenia, y la presencia de síntomas catatónicos era suficiente para hacer el diagnóstico.<sup>26</sup> Bleuler a su vez adoptó el punto de vista de Kraepelin sobre la catatonía, como una categoría de varias psicosis deteriorantes. Leonhard en 1979, describió un complejo sistema de clasificación, en donde consideraba a la catatonía como un subtipo de esquizofrenia con un patrón hereditario específico. En el sistema de Leonhard, se describían varias formas de esquizofrenia, las sistemáticas y las no sistemáticas. En las que podían observarse síntomas catatónicos. (ver cuadro 1) Consideraba que no había una relación entre ambos tipos y por lo tanto las esquizofrenias no sistemáticas tenían curso y pronóstico diferentes. Estas últimas incluían una forma de catatonía periódica que se caracterizaba por un curso episódico con intervalos libres de síntomas entre los episodios. Este síndrome se asoció con estados hiperkinéticos y con síntomas afectivos. Sugirió que la catatonía periódica estaba muy relacionada con psicosis cíclicas, lo que hoy generalmente es considerado como trastornos afectivos periódicos.

En los siguientes 60 años, la catatonía pareció haber desaparecido del terreno neurológico. La psiquiatría se separó de la neurología y de las enfermedades médicas, incluyendo la catatonía, por lo que fue pérdida de vista, situación que fue interpretada por algunos como la actual desaparición de dicha condición.<sup>31</sup> En 1970 los signos de catatonía fueron descritos en pacientes con enfermedades afectivas, principalmente manía; como un síndrome neurotóxico, asociado con enfermedades sistémicas, como en el lupus eritematoso<sup>30</sup> y como



característica de algunas infecciones como en el cólera s. Estos reportes se ignoraron en el desarrollo de las clasificaciones del DSM III y el ICD-9, los cuales incluyen los signos catatónicos sólo como característica de uno de los tipos de esquizofrenia, la catatónica.

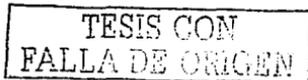
Para llevar a cabo el diagnóstico en pacientes que presentan catatonía, ciertamente todas las evaluaciones deben basarse en la sospecha diagnóstica, y los procedimientos invasivos deberán considerarse cuidadosamente. La historia deberá proporcionar todos los recursos para identificar los antecedentes de catatonía, tales como enfermedades neurológicas, sistémicas o psiquiátricas.

Se ha generado gran controversia sobre el número de signos y síntomas que se requieren para hacer el diagnóstico. Lohr y Wiesniski propusieron que al menos una de las características cardinales tales como catalepsia, obediencia automática, negativismo, y dos de las otras características deberían estar presentes para hacer el diagnóstico de catatonía<sup>10</sup>. Rosebush y sus colegas, recientemente sugirieron que la catatonía puede ser diagnosticada cuando existen al menos tres características cardinales como inmovilidad, mutismo, y rechazo a comer o beber o cuando existen dos características cardinales y dos secundarias. (ver cuadro 2).

Fink y Taylor, más tarde argumentaron que deberían estar presentes un mínimo de dos síntomas clásicos para diagnosticar el síndrome<sup>11</sup>. Bush y sus asociados crearon una guía y escala para el diagnóstico de catatonía. Ellos proponen que con dos o más síntomas se podían identificar a estos pacientes. Este método está completamente de acuerdo con los criterios del DSM-IV<sup>6</sup>. (ver cuadro 1)

## CATATONIA COMO UN SINDROME

Desde la postura Anglo americana y Alemana tradicional se reconoce que los síntomas catatónicos se presentan en trastornos psiquiátricos no esquizofrénicos, así como en enfermedades sistémicas.



Más allá de la aceptación de los síntomas catatónicos como no específicos en enfermedades médicas y psiquiátricas, la conceptualización de la catatonía es como un síndrome único.

#### SINDROMES CATATÓNICOS EN LA LITERATURA.

Se han descrito la catatonía en varios síndromes, con diferentes factores desencadenantes, presentaciones clínicas y cursos. Que describimos a continuación.

La catatonía letal, se describió por primera vez en 1934 por Stauder, quien estudió a 27 pacientes con una variedad de síntomas incluyendo alteración de la conciencia, acrocianosis, fiebre, hematomas, rechazo al alimento, rigidez, algunas complicaciones y muerte. Los 27 estaban físicamente sanos, jóvenes (entre 18 y 26 años). Ninguno había presentado episodios psicóticos previos o personalidad esquizoide. Solo la mitad habían tenido pródromos de alteraciones del afecto o melancolía en las semanas que precedieron el episodio y tenían antecedentes familiares de catatonía severa. La duración de la catatonía fue de 3 a 14 días antes de la muerte, algunos desarrollaron diarrea y neumonía. Arnold y Stepan en 1952, identificaron 34 casos de catatonía letal, de éstos 18 pacientes murieron. Los que sobrevivieron recibieron terapia electro convulsiva. Philbrick y Rummans 1994 hicieron una revisión donde encontraron 13 casos reportados en la literatura entre 1986 y 1991.

La excitación catatónica, conocida como furor catatónico o delirio maniaca, se caracteriza por excitación, agitación sin propósito e inestabilidad autonómica. Se ha observado durante el curso de la enfermedad bipolar. En ausencia de una buena historia clínica, puede ser difícil diferenciarla de la catatonía perniciososa.

El estupor catatónico típicamente se presenta como inmovilidad completa y mutismo. Hoch en 1921 lo describió como estupor benigno. Otros términos que se han utilizado incluyen mutismo akinético y coma vigil, para caracterizar a los

pacientes que no tienen ninguna respuesta a estímulos, aunque sus ojos permanecen abiertos y parecen estar despiertos.

La catatonía recurrente o periódica es una condición en la cual los síntomas aparecen periódicamente.

En el estado epiléptico no convulsivo, han sido reportados pacientes catatónicos con electroencefalogramas que presentan actividad eléctrica anormal.<sup>15</sup>

### SÍNDROME CATATÓNICO ASOCIADO A CONDICIONES MÉDICAS

La catatonía ha sido asociada a una gran variedad de complicaciones médicas, la frecuencia de ésta es difícil de determinar ya que se reportan poco en la literatura.

La disminución en la incidencia de esquizofrenia en los hospitales psiquiátricos en los últimos 30 años ha sido atribuida a la disminución de la frecuencia de las enfermedades virales, particularmente de los virus de la polio.<sup>14</sup>

Se ha sugerido que muchos casos de catatonía eran herencia neuropsiquiátrica de la epidemia de encefalitis letárgica de 1920. Conforme el pasó el tiempo, estos pacientes fueron muriendo y no se desarrollaron nuevos casos, dando como resultado una disminución de la incidencia de catatonía en la población psiquiátrica.<sup>30</sup> La catatonía aguda se sigue presentando. Se han reportado casos esporádicos de encefalitis letárgica, siendo un problema diagnóstico. En la actualidad se reconocen las causas médicas y neurológicas de la catatonía, sin embargo también puede tener un origen farmacológico al ser inducida por medicamentos neurolépticos.<sup>22</sup> La catatonía inducida por neurolépticos puede presentarse después de la administración de medicamentos antipsicóticos, al iniciar o incrementar las dosis. Usualmente se acompaña de signos de parkinsonismo, tales como la rigidez.

La frecuencia del trastorno catatónico asociado a condiciones médicas puede variar con el grupo clínico. Rosebush encontró que el 9% de los pacientes admitidos en las unidades psiquiátricas se presentaban con este síndrome. Dos tercios asociados a condiciones médicas.<sup>5</sup> En una revisión de la literatura hecha por Brendan y cols. encontraron 467 casos de catatonía asociados a padecimientos médicos, neurológicos, inducidos por drogas o por toxinas. Predominaron las alteraciones neurológicas: encefalitis 40, cerebrovasculares 31, crisis convulsivas 25, neoplasias 13, delirium tifoidal 13, encefalopatía de wernicke 12, postraumáticas 11, infecciones misceláneas del SNC 9, degenerativas 8, Lupus Eritematoso Sistémico 8, neurosífilis 5, esclerosis múltiple 5, otras causas neurológicas 12, alteraciones metabólicas 24, inducida por drogas o tóxicos 45.<sup>6</sup> Se han reportado además tres casos de catatonía en los que se encontró atrofia del tallo cerebral.<sup>23</sup> Aunque hacer el diagnóstico de catatonía puede ayudar a formular un tratamiento adecuado para el paciente, el clínico deberá estar pendiente de las condiciones que pueden simular catatonía, que usualmente requieren diferente tratamiento. (ver cuadro 3) El estupor catatónico puede confundirse con el estado de coma. Sin embargo los pacientes con estupor catatónico presentan signos de negativismo tales como rehusarse a abrir los ojos. Mientras que en el coma los pacientes muestran signos de focalización neurológica.

El mutismo acinético usualmente es provocado por una lesión en la corteza prefrontal, tal como un infarto o tumor. Un daño cerebral más extenso puede estar presente en tal patología. Es una forma de asociación entre catatonía y enfermedad médica, cuyo tratamiento va dirigido a la lesión causante. Los pacientes en esta condición se encuentran inmóviles, mutistas, rehusándose a comer y a beber.

La abulia es una forma menos severa de mutismo acinético, se define como pérdida de interés, frecuentemente expresada como la incapacidad para la toma de decisiones o de llegar a metas. Ocurre en una gran variedad de enfermedades neuropsiquiátricas, usualmente asociadas con daño del lóbulo frontal medial.<sup>18</sup>

Recientemente se han encontrado complicaciones significativas en un grupo de 53 pacientes catatónicos hospitalizados en la Universidad de Iowa en 1998. La trombosis venosa profunda se presentó en el 6% de los pacientes, con embolismo pulmonar no fatal en uno de ellos. Ocurrió una defunción asociada a

una arritmia cardíaca, sin embargo no se llevó a cabo la autopsia. Otras complicaciones fueron infecciones de vías urinarias, caquexia, hipernatremia secundaria a deshidratación, rhabdomiólisis y neumonía por aspiración.<sup>6</sup> La catatonía representa una grave perturbación psíquica que conlleva a la forzosa hospitalización del enfermo en un servicio especializado, en el que puedan quedar aseguradas una alimentación forzada bien dirigida, una vigilancia continua y, eventualmente un tratamiento electroconvulsivo. Si se trata de un episodio agudo aparecido en el curso de una enfermedad infecciosa, puede no ser necesario el internamiento. En las demencias, esquizofrenias, intoxicaciones crónicas, el internamiento es inevitable. Los accesos de furor catatónico son tan temibles que en estos casos debe procederse a un aislamiento adecuado en el que se tomen las medidas necesarias, como la sedación del paciente, sujeción, incluso la utilización de terapia electroconvulsiva para control del mismo.<sup>16</sup>

En los pacientes que no reciben tratamiento, la catatonía es letal, debido a que se complica con alteraciones sistémicas como infecciones que progresan a septicemias, desnutrición, embolismos pulmonares, deshidratación que provoca la muerte. Por todo lo anterior la identificación y el tratamiento de la catatonía reduce la mortalidad y morbilidad.<sup>6</sup>

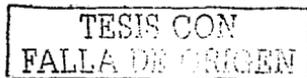
## DIAGNÓSTICO

De acuerdo al DSM-IV la característica esencial del trastorno catatónico debido a enfermedad médica, es la presencia de catatonía que se estima debida a efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, que se manifiesta con alguno de los síntomas siguientes: inmovilidad motora, actividad motora excesiva,

negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad motora puede manifestarse por catalepsia o estupor. La actividad motora excesiva no tiene un propósito aparente y no es influenciada por estímulos externos. El negativismo extremo puede manifestarse por resistencia a seguir las instrucciones o por el mantenimiento voluntario de posturas a pesar de los intentos por moverlos. Las peculiaridades de los movimientos voluntarios se manifiestan por la aceptación voluntaria de posturas inapropiadas o bizarras o por muecas prominentes. La ecolalia es la repetición patológica de palabras o frases aparentemente sin sentido. Justo después de haberlas oído de otra persona. La ecopraxia es la limitación repetitiva de movimientos de otra persona. 1

Ciertamente las evaluaciones deben basarse en la sospecha del diagnóstico, y los procedimientos invasivos deberán considerarse antes de llevarlos a cabo. La historia es útil para identificar todos los antecedentes que puedan ser relacionados con la catatonía, tales como neurológicos, sistémicos, y/o enfermedades psiquiátricas. El examen físico es con mucha frecuencia difícil de realizar en pacientes catatónicos, ya que ellos se muestran negativistas. La localización de signos neurológicos, tales como reflejos patológicos pueden ayudar a la identificación de lesiones del sistema nervioso central. Los signos de liberación frontal (tales como el reflejo de prensión) probablemente no sean muy útiles para el diagnóstico de catatonía.

Los estudios de laboratorio, hematológicos, de orina y de enzimas, ayudan a evaluar las condiciones generales del paciente, pero por ellas mismas no pueden confirmar el diagnóstico de catatonía. Los estudios específicos, tales como el de creatininfosfocinasa (CPK) para evaluar la rhabdomiólisis o identificar el síndrome neuroléptico maligno (SNM), son muy controversiales y resultan poco concluyentes. Se han identificado niveles de hierro séricos bajos en pacientes con catatonía y SNM. Los estudios de toxicología urinaria se utilizan para detectar abuso de sustancias o la presencia de medicamentos antipsicóticos. El electroencefalograma es la única herramienta que ayuda a identificar la catatonía ictal, así como la encefalopatía en pacientes en delirium. La tomografía computada



y la resonancia magnética son necesarias para descartar o comprobar la presencia de una lesión ocupativa. La punción lumbar deberá utilizarse cuando exista la sospecha de encefalitis o meningitis. Finalmente para obtener mayor información, una entrevista con el paciente bajo los efectos de amobarbital o lorazepam pudiera hacer "que el paciente despertara".<sup>18</sup>

Ciertamente todas las evaluaciones deben basarse en una sospecha diagnóstica utilizando los procedimientos invasivos de forma cautelosa.

## CONTROVERSIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE CATATONIA

Existen controversias en el diagnóstico de catatonía. La dicotomía histórica se mantiene entre la catatonía excitada y la retardada, ya que el primer subtipo difícilmente se distingue del grupo de pacientes con agitación. En los pacientes hospitalizados predomina el segundo subtipo. Kalhbaun reportó que los pacientes del primer subtipo tenían mejor pronóstico.<sup>15</sup>

La catatonía psicógena versus la orgánica deberá distinguirse mediante la entrevista con amobarbital. Si el paciente despierta, la causa deberá considerarse como psiquiátrica, mientras que si el paciente se mantiene catatónico o empeora la causa se considerará médica u orgánica, se ha utilizado el electroencefalograma para distinguir la catatonía secundaria a enfermedad médica de la catatonía psicógena, basándose en que un EEG normal, indica que la causa es psicógena. Esta falsa afirmación se ha mantenido entre algunos médicos. Aunque la entrevista con amobarbital y el EEG son útiles como procedimientos diagnósticos, no pueden distinguir entre la catatonía médica de la psicógena. <sup>7</sup>

También existe controversia entre el síndrome neuroléptico maligno y la catatonía letal. Algunos expertos refieren que el SNM es una reacción medicamentosa idiopática que no tiene ninguna relación con ésta severa forma de catatonía descrita por primera vez por Stauder en 1934. Sin embargo en algunos artículos de revisión de habla inglesa más recientes, se describen los pródomos

del síndrome, las manifestaciones iniciales, el curso completo y la muerte. De acuerdo a ello, no es posible diferenciar la catatonía letal del SNM basándose en las características clínicas (Taylor, Carrol en datos no publicados). Últimamente se ha concluido ambas patologías como entidad única.

Se han tratado de identificar neurotransmisores involucrados en la catatonía, pero no se ha encontrado un solo sistema neurobioquímico como el responsable de todas la alteraciones de la catatonía y del síndrome neuroléptico maligno. Se concluye que a nivel bioquímico, los pacientes tiene baja actividad de GABAa, alta actividad en los receptores 5-HT1a, baja actividad de los sistemas D2 de dopamina o alteraciones en el sistema de receptores NMDA para glutamato.

**Cuadro 1. Formas de esquizofrenia según Leonhard**

<b>Esquizofrenias Sistemáticas</b>	<b>Esquizofrenias-no sistemáticas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Catatonia paracínética</li><li>- Catatonia afectada</li><li>- Catatonia Poscínética</li><li>- Catatonia Negativista</li><li>- Catatonia retardada</li><li>- Sin patrón de herencia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Catatonia periódica</li><li>- Patrón hereditario</li></ul>

**Cuadro 2. Descripción de síntomas cardinales y secundarios de la catatonia**

<b>Síntomas cardinales</b>	<b>Síntomas secundarios</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Inmovilidad</li><li>- Mutismo</li><li>- Rechazo al alimento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mirada Fija</li><li>- Rigidez</li><li>- Catalepsia</li><li>- Gesticulaciones</li><li>- Negativismo</li><li>- Flexibilidad cérea</li><li>- Ecolalia/Ecopraxia</li><li>- Estereotipias</li></ul>

**Cuadro 3. Etiologías más frecuentes para el trastorno catatónico secundario a condiciones médicas.**

**Etiologías**

- Daño estructural al sistema nervioso central
- Encefalitis y otras infecciones del sistema nervioso central
- Crisis convulsivas o actividad epileptiforme en el eeg
- Alteraciones metabólicas
- Exposición a feniliclidina
- Exposición a neurolépticos
- Lupus eritematoso sistémico, usualmente con cerebritis
- Disulfiram
- Porfiria

## CAPITULO II

### 1) JUSTIFICACIÓN

La catatonía es un síndrome asociado a etiologías múltiples y heterogéneas. Debido a que la catatonía psicógena es indistinguible de la catatonía médica, el diagnóstico certero es esencial para un manejo adecuado. Se han reconocido algunos signos y conductas inusuales que definen el síndrome catatónico. Pero el mayor reto es al reconocer el síndrome diferenciar entre las posibles etiologías. ¿Es la catatonía el resultado de: una alteración neurológica, de un estado de intoxicación, alteración metabólica o una manifestación de un trastorno psiquiátrico tal como un trastorno afectivo?

La razón por la que decidimos realizar el presente estudio, es porque en los 3 años previos, no se habían diagnosticado pacientes con síndrome catatónico, en la Unidad de Neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) MVS. La catatonía únicamente se reportó dentro del contexto de la esquizofrenia y no como una entidad aparte, por lo que consideramos que es posible encontrarlo en pacientes neuropsiquiátricos.

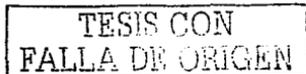
### 2) PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Se presenta el síndrome catatónico en los pacientes hospitalizados en la unidad de Neuropsiquiatría del INNN?

### 3) OBJETIVO

3.1 Detectar la presencia de síndrome catatónico en pacientes que ingresen a la unidad de neuropsiquiatría del INNN.

3.2 Describir la incidencia del síndrome catatónico en pacientes que ingresen a la unidad de neuropsiquiatría del INNN.



#### 4) METODOLOGÍA

1. Identificación de pacientes mediante la observación y evaluación clínica.
2. Evaluar si cumplen con los criterios diagnósticos del DSMIV
3. Aplicación de la escala para catatonía de Bush-Francis

#### HIPOTESIS:

H1: El síndrome catatónico se presenta en pacientes atendidos en la unidad de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

H0: La catatonía en la actualidad no está presente en pacientes atendidos en la unidad de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

#### 5) VARIABLE

##### 5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

El síndrome catatónico se describe como la anomalías motoras asociadas a trastornos del afecto, de la conducta o del pensamiento.

##### 5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Para efectos de éste trabajo definimos a un paciente con síndrome catatónico a aquel que presentó dos o más signos de la escala para catatonía de Bush-Francis, y por lo menos uno de los criterios del DSM-IV para catatonía (ver anexo)

## **6) TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio Prospectivo, Transversal, Descriptivo.

## **7) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo para demostrar la presencia de síndrome catatónico.

## **8) MUESTREO**

Se evaluaron a todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en el período de 18 meses, comprendido entre mayo del 2000 a octubre del 2001, por un evaluador único, y sólo quienes cursaban con el número de signos o síntomas para el síndrome catatónico fueron incluidos en el estudio. El total de pacientes evaluados fue de 341.

### **8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- 1) Pacientes que ingresaron al servicio de neuropsiquiatría del INNN durante el período comprendido entre mayo del 2000 y octubre del 2001 y que cumplan dos o más criterios del DSM IV para trastorno catatónico.

### **8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- 1) Pacientes en delirium

## 9) SUJETOS

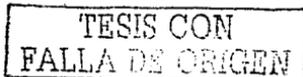
Se evaluaron pacientes que ingresaron al servicio de neuropsiquiatría que cumplieron con los criterios para Catatonía del DSMIV junto con la aplicación de la escala *Bush Francis Catatonía Rating Scale* (BFCRS)

## 10) PROCEDIMIENTO

El método descrito a continuación, fue el utilizado para la evaluación del paciente que presuntamente cursa con síndrome catatónico. El cual fue aplicado a todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Neuropsiquiatría del INNN. Se utilizó como instrumento de monitoreo la escala de Bush-Francis para catatonía de 23 puntos. Que se aplica mediante la observación de comportamientos durante la evaluación, a excepción de las alteraciones autonómicas o el negativismo, los cuales podían tomarse de los reportes de enfermería o ser evaluados durante el examen. Como regla general había que marcar cada punto de acuerdo a la intensidad de los síntomas, que va de 0 cuando está ausente y 3 la intensidad máxima. Si existe alguna duda sobre si el síntoma está presente o no, deberá marcarse con 0.

El procedimiento es como sigue:

1. Observar al paciente mientras se trata de establecer comunicación con él.
2. El examinador deberá rascarse la cabeza con exageración.
3. Examinar el brazo del paciente para ver si está el signo de rueda dentada, pidiéndole al paciente que mantenga relajado el brazo. Se harán movimientos suaves, alternados con movimientos fuertes.
4. Pedir al paciente que extienda su brazo. Colocar un dedo debajo de su mano y tratar de levantarlo suavemente después de decirle al paciente "NO apriete mi mano".
5. Tenderle la mano al paciente diciéndole "NO tome mi mano".
6. Buscar en el bolsillo y esperar, decirle al paciente "saque su lengua, quiero picarla con un palillo".
7. Evaluar si hay reflejo de prensión.



8. Verificar los reportes de las últimas 24 hrs. Sobre ingesta por vía oral signos vitales o algún incidente.

Intente observar al paciente indirectamente al menos por un breve período cada día en donde evalúe: nivel de actividad, movimientos anormales, alteraciones en el discurso, ecopraxia, rigidez, negativismo, flexibilidad cerea, gehenhalten, mithegen, ambitendencia, obediencia automática y reflejo de prensión.

## 11) INSTRUMENTOS DE MEDICION

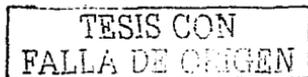
Escala para catatonía de Bush - Francis (*Bush Francis catatonía Rating Scale*.)

## 12) ANÁLISIS DE DATOS

1. Se realizó estadística descriptiva, empleando proporciones para las variables nominales, así como medias y medianas para las variables numéricas, con sus respectivas medidas de dispersión.
2. Se realizaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para determinar si deberían utilizarse pruebas paramétricas o no paramétricas.
3. Se compararon los grupos de pacientes neurológicos y psiquiátricos en cuanto a: edad, escolaridad, así como en sus resultados de la escala de Bush-Francis, empleando pruebas de  $\chi^2$  y P exacta de Fisher, para comparar variables nominales, así como la prueba de Mann Withney para obtener un valor de p, el cual se consideró estadísticamente significativo  $<0.05$ .

## 13) VALIDEZ INTERNA Y EXTERNA DEL ESTUDIO

En nuestro estudio, encontramos que los signos y síntomas de nuestra población, son muy similares a los reportados en la literatura en las diferentes series. (ver tabla 4). Sólo la obediencia automática y la rigidez se encontró en una



mayor porcentaje de pacientes. Comparando nuestros resultados durante el tiempo del estudio, con los diagnósticos del año previo, no encontramos ninguno con síndrome catatónico, por lo que consideramos que la ausencia de este síndrome en el año previo en nuestra Institución, se debió a la falta diagnóstico.

#### 14) RESULTADOS

En un periodo de mayo del 2000 a octubre del 2001 ingresaron a la unidad de Neuropsiquiatría de este Instituto 341 pacientes con diferentes diagnósticos, como trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de personalidad, neuroinfecciones, enfermedad de parkinson, epilepsia, delirium y demencias. Se identificaron 21 pacientes que cumplieron los criterios para síndrome catatónico. Los diagnósticos de ingreso fueron los siguientes: Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Desorganizada, Esquizofrenia Catatónica, Encefalitis Viral, Encefalitis Fímica, Trastorno Psicótico Breve, Trastorno Psicótico Secundario, Depresión en Enfermedad de Parkinson, Síndrome Frontal y Encefalopatía por intoxicación con gas butano. De los pacientes con esquizofrenia Catatónica, uno cursaba además con un trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos. (tabla 1\*). La incidencia de éste síndrome fue del 8%. Se calculó mediante el número de pacientes que cumplieron diagnóstico de síndrome catatónico entre el número de pacientes ingresados en el primer año del estudio. Doce pacientes fueron hombres (57%). La media de edad fue de 36.4. El promedio de escolaridad fue de 8.6 años. Predominaron los pacientes sin ocupación. (tabla 1). Sólo cinco pacientes tenían antecedentes psiquiátricos heredofamiliares. Dentro del periodo de hospitalización, se les administró diferentes tipos de tratamiento (tabla 3). El más utilizado fue: con neuroléptico y benzodiacepinas . El único paciente que no recibió tratamiento fue el de la encefalopatía por gas, por lo que se le dio de alta con los mismos síntomas que a su ingreso. Basándonos en el diagnóstico de ingreso, se dividieron los pacientes en psiquiátricos y neurológicos. El primer grupo estuvo formado por catorce y el segundo por siete. La media de edad para los pacientes psiquiátricos

fue de  $32.5 \pm 10.32$  y para los neurológicos de  $44.2 \pm 21.89$ . La media de escolaridad para los primeros fue de 9 años y para los segundos de 8 años. El grado de intensidad (escala de Bush-Francis) de los síntomas fue de 15.5 (3-29) para los pacientes psiquiátricos y de 22 (12-36) para los neurológicos. Lo cual indica que el mayor grado de intensidad fue en éste grupo de pacientes, aún cuando era un grupo más reducido. (tabla 1). Los síntomas estadísticamente significativos en ambos grupos fueron rigidez ( $p = .025$ ), mitgehen ( $p = 0.30$ ), reflejo de prensión ( $p < 0.001$ ) y perseverancia ( $p = .040$ )

**Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas de los pacientes con síndrome catatónico.**

(n=21)

	Frecuencia ( n )	Porcentaje
Sexo Femenino	9	42.9
Sexo masculino	12	57.1
Antecedentes Psiquiátricos	5	23.8
Sin ocupación	9	42.9
Trabajo remunerado	2	9.5
Trabajo no remunerado	8	38.1
Estudiante	2	9.5

**Tabla 1ª. Distribución de los diagnósticos clínicos de la muestra de pacientes con Síndrome catatónico.**

(n = 21)

Diagnóstico:	Frecuencia (n)	Porcentaje
Esquizofrenia Paranoide	7	33.3
Esquizofrenia Desorganizada	2	9.5
Esquizofrenia Catatónica	3	14.3
Trastorno Psicótico breve	2	9.5
Trastorno Psicótico secundario	1	4.8
Depresión en enfermedad de Parkinson	1	4.8
Síndrome frontal	1	4.8
Encefalopatía por gas	1	4.8
Encefalitis viral	2	9.5
Encefalitis fímica	1	4.8

**Tabla 2. Comparación de las calificaciones en la severidad de los signos y síntomas entre pacientes neurológicos y psiquiátricos.**

Variable	Psiquiátricos (n=14)	Neurológicos (n=7)	Valor de P
Intensidad	15.5 (3-29)	22(12-36)	0.1
Excitación	2 (0-2)	0 (0-1)	1.0.
Inmovilidad/estupor	2 (0-2)	2 (0-2)	.302 *
Mutismo	2 (0-3)	2 (1-3)	.810 *
Mirada Fija	1.5 (0-3)	2 (0-3)	.753 *
Postura/catalepsia	2 (0-3)	2 (0-3)	.524 *
Gesticulaciones	0 (0-2)	0 (0-3)	.738 *
Ecofenómenos	0 (0-1)	0 (0-7)	.324 *
Esterectipia	0 (0-3)	0 (0-1)	.153 *
Manerismos	0 (0-3)	0 (0-1)	.241 *
Verbigeración	0 (0-1)	0 (0-0)	.480 *
Rigidez	1 (0-2)	2 (1-2)	.025 *
Negativismo	2 (0-3)	2 (1-3)	.270 *
Flexibilidad Cereá	0 (0-3)	0 (0-3)	.055 *
Retraimiento	1 (0-3)	2 (0-3)	.419 *
Impulsividad	0 (0-1)	0 (0-1)	1.000 *
Obediencia Automática	1 (0-2)	1 (0-3)	.173 *
Mitgehen	0 (0-3)	3 (0-3)	.030 *
Gegenhalten	0 (0-3)	3 (0-3)	.215 *
Ambitendencia	0 (0-3)	0 (0-0)	.480 *
Reflejo de presión	0 (0-0)	3 (0-3)	<0.001 *
Perseverancia	0 (0-0)	0 (0-3)	.040 *
Combatividad	0 (0-0)	0 (0-0)	1.000 *
Anormalidad autonómica	0 (0-0)	0 (0-0)	1.000 *

a. Prueba de Mann Withney b. Prueba de t

**Tabla 3. Tipos de tratamiento empleados en los pacientes hospitalizados con diagnóstico de síndrome catatónico.**  
(n = 21)

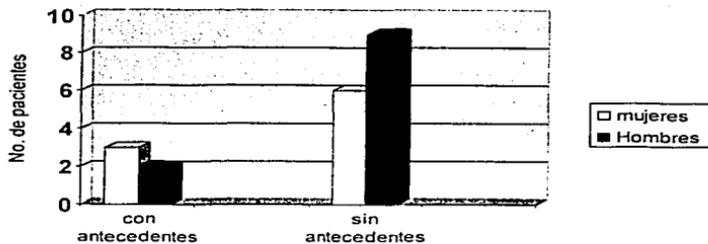
Tratamiento	No. De pacientes	Porcentaje
Ninguno	1	4.8
Neuroléptico	6	28.6
Benzodiazepinas	1	4.8
TEC* + Neuroléptico	5	23.8
Neuroléptico y Benzodiazepinas	6	28.6
TEC y Antidepresivos	1	4.8
Otros	1	4.8

\* TEC. Terapia electroconvulsiva

**Tabla 4. Comparación de nuestros resultados con las diferentes series reportadas en la literatura.** Los espacios en blanco no fueron reportados por sus autores con cifras específicas

Variable	Bush s	Kahibaums	Morrison s	Rosebush s	Ocampo y Col
Obediencia automática	6%	5%	7%		52%
Reflejo de prensión	11%				21%
Verbigeración	12%	45%	11%		0
Flexibilidad cerea	14%	15%	18%	45%	17%
Ecofenómenos	15%	3%	11%	25%	30%
Excitación	18%	54%	55%		13%
Estereotipias	18%	38%	26%	32%	30%
Ambitendencia	18%				4%
Impulsividad	20%	60%	46%	21%	26%
Gegenhalten	20%				34%
Perseverancia	20%	55%			8%
Manerismos	20%	75%	15%		26%
Combatividad	25%	30%	37%		
Mitgehen	30%				34%
Rigidez	45%	60%	35%	67%	78%
Anormalidad autonómica	44%				0
Gesticulación	55%	50%	26%		39%
Retraimiento	70%	80%		78%	65%
Negativismo	75%	78%	60%	50%	82%
Postura/Catalepsia	80%	90%	55%		73%
Mirada fija	82%	60%	52%	92%	82%
Inmovilidad/estupor	82%	90%	72%	100%	82%
Mutismo	86%	85%	61%	85%	82%

**Figura 1. Relación de pacientes respecto al género y antecedentes psiquiátricos**



**Figura 2. Relación de la ocupación de acuerdo al grupo de pacientes**

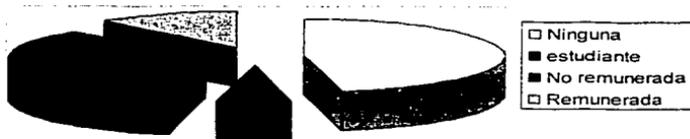
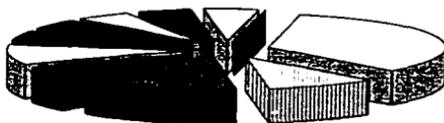
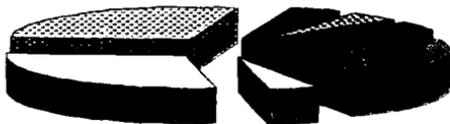


Figura 3. Diagnósticos obtenidos en la muestra



- E. paranoide (7)
- E. Desorganizada (2)
- E. Catatónica (3)
- Ts. Psicótico sec. (1)
- Ts. Psicótico breve (2)
- Síndrome frontal (1)
- Depresión en Parkinson (1)
- E. Fímica (1)
- E. Viral (1)
- Encefalopatía sec. (1)
- Slice 12

Figura 3. Tipos de tratamiento



- Benzodiazepinas (1)
- Neurolepticos (5)
- TEC + BZD (1)
- TEC+NRL (6)
- NRL + BZD (6)
- Otros (1)
- Sin tratamiento (1)

## 15) DISCUSIÓN Y APORTACIONES DEL ESTUDIO

Aunque algunos autores consideran que la incidencia de catatonía ha disminuido substancialmente o incluso podía ser una entidad extinta, se ha tratado de explicar esta reducción atribuyéndola a la introducción de los medicamentos neurolépticos que alteran el curso natural de la esquizofrenia, en la cual la catatonía aparecía como un síndrome tardío, sin embargo, ésta teoría fue invalidada porque en la mayoría de las descripciones históricas y actuales de la catatonía, aparece en pacientes jóvenes y en estadios iniciales de la enfermedad.<sup>28</sup>

Rosebush reportó una incidencia del 9% <sup>32</sup>, Ungvari reportó una incidencia del 8%<sup>35</sup>, Bush reporta una incidencia del 7%<sup>9</sup>, en poblaciones anglosajonas. Nosotros en el presente estudio encontramos una incidencia del 8%, por lo que los hallazgos en población hispana, son similares a los reportados previamente en la literatura.

Aunque en nuestra población los pacientes eran tanto neurológicos como psiquiátricos, se observó una mayor frecuencia de síntomas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico exclusivamente.

En síntomas como rigidez, mitgehen, reflejo de prensión y perseverancia se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, lo cual le da valor a que el síntoma corresponde más al grupo de pacientes neurológicos. Lo cual puede ser útil para tratar de buscar alteraciones estructurales en pacientes que presentan síndrome catatónico y que no cuenten con un diagnóstico.

Ninguno de los pacientes presentó todos los signos de la escala.

Los signos no encontrados fueron: la verberación, combatividad y la anormalidad autonómica.

Los signos más frecuentemente identificados en el total de pacientes fueron la inmovilidad o estupor, mirada fija, negativismo y mutismo. Todos ellos en el 82% de los casos (ver tabla 4). En esta muestra, la obediencia automática, reflejo de prensión, los ecofenómenos y la rigidez se presentaron con una mayor frecuencia en las series reportadas por otros autores. Llama la atención la elevada frecuencia de la

obediencia automática, que en comparación con otras series es hasta diez veces mayor. A diferencia de la ambitendencia y la perseverancia, que se presentaron con menor frecuencia.

La finalidad de este estudio no fue el tratamiento, pero también coincidimos con lo reportado en la literatura, en que hay una mejor respuesta y remisión del síndrome en aquellos pacientes que han recibido terapia electroconvulsiva y lorazepam, al igual que aquellos que recibieron terapia electroconvulsiva y neurolépticos.

La principal limitación del estudio fue el número de la muestra. Pero que concuerda con la incidencia reportada por otros autores.

Perspectivas: Este estudio abre la posibilidad de realizar estudios con una muestra mayor, en donde se detecten los puntos débiles de la escala de Bush-Francis para síndrome catatónico en la población hispana, así como investigar si hay algunas otras características diferentes a las descritas en el síndrome catatónico que sean exclusivas de la población Mexicana.

Otra opción en estudios futuros será la comparación entre los diferentes tratamientos, la respuesta a los mismos y el porcentaje de recaída con cada tratamiento.

## 16) CONCLUSIÓN Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. Con éste estudio contestamos nuestra pregunta de investigación. Se detectaron 21 pacientes con la escala de Bush-Francis para diagnóstico de síndrome catatónico en un lapso de 18 meses, en comparación con los dos años previos que no se encontró ningún paciente con tal diagnóstico.
2. La incidencia que se encontró en el presente estudio fue del 8%.
3. Podemos inferir que la ausencia de casos detectados con síndrome catatónico hasta antes del presente estudio, en nuestra Unidad Neuropsiquiátrica, es posible que se haya debido a la ausencia de una búsqueda propositiva favorecida por el mito de que estos padecimientos están ausentes.
4. Se observaron pacientes con enfermedad neurológica y/o psiquiátrica de base, hubo más signos de catatonía en los casos psiquiátricos, pero fueron más severos en los casos neurológicos.
5. La escala de Bush-Francis es un instrumento auxiliar útil para la detección y medición de la severidad de los síntomas del síndrome catatónico.
6. La escala de Bush-Francis no ha sido validada en español. Los resultados obtenidos en el presente estudio -a manera de un estudio piloto- abren la posibilidad para futuros trabajos de validación en nuestro país.
7. El síndrome catatónico requiere una intervención médica acertiva, desde el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, de lo cual dependerá el pronóstico de los pacientes que sufren de esta aparatosa patología, que de no ser así, puede llevarlos a la muerte.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

17) BIBLIOGRAFIA:

- 1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and stadistical manual of mental disorders IV ed Washington, DC: American Psychiatric Press. 1994:169-171;288-290;382-383.
- 2) BARNES, MP, SAUNDERS M, WALLS, T. The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. J Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1986; 49, 991-996.
- 3) BELL LV On a form of disease resembling some advanced stages of mania and fever. Am J Insanity 1849: 6:97-127
- 4) BLEULER, E Dementia praecoz. New York: International University Press 1950, pags. 33-40
- 5) BREAKY WR, KALA AK Typhoid catatonia responsive to ECT. Br Med J 1977 2:357-359.
- 6) BRENDAN T, THEODORE J, KENNEDY J. Catatonic disorder due to general medical conditions. J of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 1994:6:2
- 7) BRENDAN, T, KENNEDY J. Approach to the differential diagnosis of catatonia. Psych J 1996:1:1
- 8) BRENDAN, T. The universal field hypothesis of catatonia and neuroleptic malignant syndrome. CNS Spectrums 2000 5:7:26-33
- 9) BUSH G, FINK M, PETRIDES G Catatonia I. Rating scale and standardized examination. Acta Psychiatr Scand 1996:93:129-136
- 10) BUSH G., PETRIDES G. FRANCIS A. Catatonia and other motor syndromes in a chronically hospitalized psychiatric population. Schizophr Res 1997:27: 83-92
- 11) CREVONA-BARBARO A. Neuroleptic-induced catatonia symptoms B J Psychiatry 1983:142: 98-99
- 12) CÉLMEIL LF Dictionnaire de Médecine ou Répertoire Général des Sciences. Médicales sous le Rapport Theorique et pratique, 2<sup>nd</sup> ed. Paris, Jéchet 1982. pags. 58, 72

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 13) DICCIONARIO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA Dr. Antonine Porot editorial labor. 1962: 98-100
- 14) EAGLES, JM Is schizophrenia disappearing?. Br J of Psychiatry 1991:158, 834-835.
- 15) FINK, MAX Is a catatonia a subtype of Schizophrenia or a Nonespecific psychopatologic síndrome? Psych 1999:20:304-313
- 16) FINK M, TAYLOR MA Catatonia: a separate category in DSMIV? Integrative Psychiatry 1991:7:2-5.
- 17) FRANCIS A., DIVADEENAM K, BUSH G. Consistency of symptoms in recurrent catatonia. Compr Psychiatry 1997:38: 56-60
- 18) FRICCHIONE, G. BUSH G. Recognition and treatment of the catatonic Syndrome. J Intensive Care of Medicine 1997:12:13-21
- 19) FRICCHIONE GL. Neuroleptic catatonia and its relationship to psychogenic catatonia. Biol Psychiatry 1985:20:304-313
- 20) GUZE SB. The occurrence of psychiatric illness in systemic Lupus erythematosus. Am. J. Psychiatry 1967:1562-70.
- 21) JOHNSON J. Catatonia: the tension insanity. Br J Psychiatry 1993:162:733-738
- 22) JOHNSON J. Stupor: a review of 25 cases. Act Psychiatr Scand 1984:70, 550-552.
- 23) JOSEPH B.A. ANDERSON W. O'LEARY D. Brainstem and vermis atrophy in catatonia. Am J Psychiatry 1985:142:352-354
- 24) KAPLAN S Comprehensive textbook of of psychiary 7ª edición 1999 I:819-820.
- 25) LEFF, J Psychiatry around the globe. London: Royal college of psychiatrists 1988
- 26) LEVY-VALENSI. Psiquiatría. Carnot y Fournier 1930.
- 27) LOHR JB. WISNIEWSKI AA. Catatonia. In: The neuropopsychiatric basis of movement disorders. Baltimore, MD: Gilford Press, 1987:201-117

- 28) MAHENDRA B Where have all the catatonics gone? *Psychol Medicine* 1981;11: 669-671.
- 29) MANN SC, CAROFF SN, BLEIER HR. Lethal Catatonia. *Am J Psychiatry* 1986;143:1374-1381
- 30) MORRISON, J R Changes in the subtype diagnosis of schizophrenia: 1920-1966 *Am J Psychiatry* 1974;131, 674-677.
- 31) ROSEBUSH, P. Catatonia: Re-awakening to a forgotten disorder. *Movement Disorders* 1999; 14:3395-397
- 32) ROSEBUSH, P HIDEBRAND, F. Catatonic Syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical population and response to lorazepam. *J Clin Psych* 1990; 51:357-362
- 33) STOUDEMIRE A, LUTHER JS Neuroleptic malignant syndrome and neuroleptic induced catatonias: Differential diagnosis and treatment. *Int J Psych Med* 1984;14: 57-63.
- 34) TAYLOR MA. Catatonia: a review of a behavioral neurologic syndrome. *Neuropsychiatry, Neuropsychol Behav Neurol* 1990;3: 1-7.
- 35) UNGVARI G.S., LEUNG C. M., WONG M. K. Benzodiazepines in the treatment of catatonic syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1994b;89:285-8
- 36) WHITE, D, ROBINS A.H. Catatonia: harbinger of the neuroleptic malignant syndrome. *Br J of Psychiatry* 1991;158, 419-431.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

18) ANEXOS

ANEXO I

**CATATONIA  
ESCALA DE EVALUACIÓN  
DE BUSH – FRANCIS**

Para la evaluación diagnóstica se emplean los apartados 1-14.

Presente (2 o más) o Ausente

Para evaluar la intensidad se emplean los apartados del 1-23 en la escala 0-3.

**1. EXCITACIÓN:**

Hiperactividad extrema, movimiento constante, sin descanso o sin propósito aparente. No se debe atribuir a la acatisia o a la agitación que obedece a un propósito definido.

0 = Ausente

1 = Movimiento excesivo pero intermitente

2 = Movimiento constante hipercinético, sin períodos de descanso

3 = Excitación catatónica, actividad motriz frenética e interminable

**2. INMOVILIDAD / ESTUPOR:**

El paciente está mutista, inmóvil o en hipoactividad extrema. No responde ante el estímulo (incluso si es doloroso) o presenta solamente respuesta mínima.

0 = Ausente

1 = Sentado anormalmente quieto, puede interactuar brevemente.

2 = Prácticamente no interactúa con el mundo externo.

3 = Estuporoso, no reacciona ante el estímulo doloroso.

**3. MUTISMO:**

Estado de ausencia de la respuesta verbal, no siempre se asocia a la inmovilidad. No hay respuesta verbal o ésta es mínima.

0 = Ausente

1 = No responde verbalmente a la mayoría de las preguntas, susurro incomprensible

2 = Habla menos de 20 palabras en un lapso de 5 minutos.

3 = No habla.

**4. MIRADA FIJA:**

No hay reconocimiento visual del medio o es mínimo, disminución del parpadeo.

0 = Ausente

- 1 = Contacto visual pobre, periodos repetidos de menos de 20 segundos en atención, hay disminución del parpadeo
- 2 = Periodos de fijación de la mirada por más de 20 segundos, cambia la atención solo mira ocasionalmente.
- 3 = Mirada fija, no reactiva.

**5. POSTURA / CATALEPSIA:**

Mantener espontáneamente la postura corporal, aún las habituales como estar parado o sentado por periodos largos sin reaccionar. Incluye también a la postura facial, muecas, fruncir los labios exageradamente u otras como la almohada psicológica donde el paciente al estar recostado en cama mantiene la cabeza elevada como si tuviera un cojín. O bien, al estar sentado adopta posiciones extrañas con las porciones superior e inferior de cuerpo contorsionadas. Mantiene los brazos sobre la cabeza, o elevándolos como si estuviera rezando o adopta posiciones extrañas de los dedos y las manos.

- 0 = Ausente
- 1 = Menos de un minuto
- 2 = Entre 1 minuto y 15 minutos
- 3 = Postura extraña o habitual mantenida por más de 15 minutos

**6. GESTICULACIONES:**

Mantener una expresión facial extraña

- 0 = Ausente
- 1 = Menos de 10 segundos
- 2 = Menos de 1 minuto
- 3 = Expresión extraña mantenida por más de un minuto

**7. ECOFENÓMENOS: Ecopraxia / Ecolalia:**

Hacer la mímica del habla o de los movimientos del examinador. El paciente copia espontáneamente los movimientos del examinador. El paciente repite constantemente las expresiones verbales del examinador.

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frecuente
- 3 = Constante

**8. ESTEREOTIPIA:**

Actividad motora repetitiva y sin propósito alguno, generalmente sorpresiva. La anomalía no está dada por el acto motor en sí mismo, sino por su frecuencia (Ej. Movimientos de dedos, tocarse repetidamente, darse palmaditas o frotarse)

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frecuente

3 = Constante

**9. MANIERISMOS:**

Movimientos extraños propositivos. (EJ. Saltar en vez de caminar, caminar de puntillas, saludo de mano perseverante o caricaturas exageradas de movimientos habituales) La anomalía es inherente al acto.

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frecuente
- 3 = Constante

**10. VERBIGERACIÓN:**

Estereotipia verbal

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frecuente, difícil de interrumpir
- 3 = Constante

**11. RIGIDEZ:**

Mantener una posición rígida a pesar de los esfuerzos por movilizarlo. Excluir la rueda dentada y al temblor en caso de estar presentes.

- 0 = Ausente
- 1 = Resistencia leve
- 2 = Moderada
- 3 = Grave, no puede ser cambiado de posición

**12. NEGATIVISMO:**

Resistencia aparentemente inmotivada a las instrucciones o a los esfuerzos para mover o examinar al paciente. Comportamiento contrario, hace exactamente lo contrario a la instrucción dada.

- 0 = Ausente
- 1 = Resistencia leve y / o ocasionalmente en contra
- 2 = Resistencia moderada y / o frecuentemente en contra
- 3 = Resistencia grave y / o frecuentemente en contra

**13. FLEXIBILIDAD CÉREA:**

Al intentar reposicionar al paciente ofrece resistencia inicial para después permitir la reposición. Es similar a cuando se dobla una vela

- 0 = Ausente
- 3 = Presente

**14. RETRAIMIENTO**

Rechazo al alimento o bebida y/o falta de contacto visual

- 0 = Ausente
- 1 = Mínima interacción o ingesta por menos de un día
- 2 = Mínima interacción o ingesta por más de un día
- 3 = Sin interacción o ingesta por uno o más días.

**15.IMPULSIVIDAD:**

El paciente adopta repentinamente comportamientos inapropiados (Ej. Corre por los pasillos, grita o se quita la ropa) sin provocación alguna. Posteriormente da una explicación superficial a sus actos o no da ninguna.

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frecuente
- 3 = Constante

**16.OBEDIENCIA AUTOMÁTICA:**

Coopera exageradamente a las peticiones del examinador o persiste espontáneamente en el movimiento que se le pidió realizar. A pesar de la instrucción en contra el paciente permite con una leve presión que el examinador mueva sus miembros hacia una nueva posición (postura) que es entonces mantenida por el paciente a pesar de las instrucciones en contra.

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frecuente
- 3 = Constante

**17.MITGEHEN:**

"Lámpara flexible" El brazo del paciente se eleva en respuesta a una ligera presión en uno de sus dedos, a pesar de que se le dan instrucciones en contra.

- 0 = Ausente
- 3 = Presente

**18.GEGENHALTEN:**

Resistencia al movimiento pasivo, proporcional a la fuerza del estímulo, parece ser automático sin mediar la intención del paciente. El paciente se resiste a ser manipulado por el examinador y su fuerza en contra va aparejada a la que aplica el examinador.

- 0 = Ausente
- 3 = Presente

**19.AMBITENDENCIA:**

El paciente aparenta estar como "trabado" en sus movimientos, se le observa indeciso o vacilante, lo que resulta en una conducta contradictoria entre su conducta no verbal y verbal. Se explora ofreciendo la mano para estrecharla en salud, mientras se le dice al paciente: "no estreche mi mano, no quiero que la estreche".

- 0 = Ausente
- 3 = Presente

**20. REFLEJO DE PRESIÓN:**

De la exploración neurológica

0 = Ausente

3 = Presente

**21. PERSEVERANCIA:**

El paciente regresa en forma repetida al mismo tema o persiste en un movimiento

0 = Ausente

3 = Presente

**22. COMBATIVIDAD:**

Generalmente sin propósito definido, después no da explicación alguna o hace una justificación superficial.

0 = Ausente

1 = Se desencadena ocasionalmente con bajo potencial lesivo

2 = Se desencadena frecuentemente, con moderado potencial lesivo

3 = Peligro grave para los demás.

**23. ANORMALIDAD AUTONÓMICA:**

Indique Temperatura, Tensión arterial, Pulso, Frecuencia respiratoria, diaforesis

0 = Ausente

1 = Anormalidad en un parámetro (excluir hipertensión arterial previa)

2 = Anormalidad en dos parámetros

3 = Anormalidad en tres parámetros o más.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esta escala se desarrolló para facilitar la descripción sistemática de los síntomas catatónicos. Constituida por 23 ítems en total y que puede ser utilizada con 14 puntos como instrumento de monitoreo. Para lo cual ya ha sido validada. »

## ANEXO II

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno catatónico debido a

Criterios	Características
A	La presencia de catatonía se manifiesta por inmovilidad motora, actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y que no es influida por estímulos externos), negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia, ecopraxia.
B	Demostración a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
C	La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
D	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN