

**Artículo de
revisión**

Algoritmo para el diagnóstico diferencial de catatonia en emergencias médicas

ÁLVARO ENRIQUE ROMERO-TAPIA Y FRANKLIN ESCOBAR-CÓRDOBA**INTRODUCCIÓN**

La catatonia, descrita por Karl Ludwig Kahlbaum en 1869, publicada en 1873, ha sufrido a través de los años una evolución en su definición y clasificación, ampliando su conformación diagnóstica original hasta constituir por sí misma un conjunto sindromático complejo, que a pesar de ser contemplado a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) (1) dentro de los trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no ha sido incluido como entidad nosológica independiente en ninguno de los sistemas de clasificación psiquiátricos vigentes, que conservan los criterios diagnósticos originalmente establecidos por su autor y la adicionan como especificador para algunos trastornos psicóticos y afectivos.

La descripción original de catatonia incluyó algunos síntomas de índole afectiva y conductual, pero su énfasis fueron los hallazgos semiológicos predominantemente motores dados por mutismo, negativismo, estereotipias, catalepsia o flexibilidad cérea y verbigeración (2).

Luego Emil Kraepelin y Eugene Bleuler, al observar la asociación de ésta entidad, hasta el momento característicamente de afectación motora, con alteraciones afectivas y de pensamiento, la incluyeron como parte de la llamada Demencia Precoz, actualmente esquizofrenia e incluso la propusieron como parte de otras entidades psiquiátricas diferentes a ésta (3,4). En consecuencia, varios casos descritos en la época como catatonia y evaluados subsiguientemente en forma retrospectiva, se estableció correspondían a pato-

RESUMEN

La catatonia descrita por Kahlbaum en 1869 ha evolucionado en su definición y clasificación, determinando por sí misma la conformación de un síndrome. Así, a pesar de no considerarse una entidad nosológica independiente en los sistemas de clasificación diagnóstica vigentes, basándose en sus elementos semiológicos, se ha venido dando mayor relevancia a su clasificación etiológica, ya que esta última permite un diagnóstico y tratamiento adecuado de esta entidad.

Hoy se han establecido las causas más frecuentes de catatonia, sin embargo, su diagnóstico diferencial es difícil, requiriendo de una evaluación exhaustiva con apoyo de métodos clínicos y paraclinícos.

En este artículo, se propone un abordaje general del síndrome catatónico, diseñando un algoritmo diagnóstico clínico que sirve para facilitar el enfoque de los síntomas catatónicos en el servicio de urgencias médicas.

Palabras claves: Catatonia. Diagnóstico. Diagnóstico Diferencial. Servicios Médicos de Urgencia. Técnicas y Procedimientos Diagnósticos.

SUMMARY

Catatonia described by Kahlbaum in 1869 has evolved in its definition and classification, determining by itself conformation of a syndrome. This way, in spite of the classifications present followers of the original description, with the semiologic elements, one has come giving greater relevance to his aetiology, since this last one allows a diagnosis and suitable treatment of this organization. Today they have settled down the frequent causes of catatonia, nevertheless, its diagnosis differential is difficult, requiring of an exhaustive evaluation with support of clinical and paraclinical methods. In this paper, sets out a general boarding of the catatonic syndrome, designing an algorithm diagnosis that is used for the treatment in the emergency services.

Key words: Catatonia. Diagnosis. Diagnosis, Differential. Diagnostic Techniques and Procedures. Emergency Medical Services.

logías de etiología neurológica o infecciosa como encefalitis letárgica, sífilis y tuberculosis, destacándose dentro de éstos los estudiados por Von Economo en 1916, que sumados continuaron impulsando la inquietud de realizar un enfoque más centrado en la etiología (5).

En los años sesentas y setentas algunas series de casos publicadas continuaron intentando ampliar los modelos originales y proponer alternativas clasificadorias, diagnósticas, terapéuticas y pronosticas (6). Estudios como el de Joyston-Bechal y Maudsley, publicado en 1966 (7), en el cual buscaron las causas más importantes de catatonia, encontraron como hallazgos en orden de frecuencia trastornos afectivos, esquizofrenia, neurosis, etiología orgánica e idiopática, siendo la mortalidad mayor en las cuales se determinó una condición médica general asociada a su origen.

Morrison et al revisaron más de 2500 casos y proponen clasificar la catatonia de acuerdo a sus peculiaridades clínicas en tres categorías: con retardo, excitada y mixta (8). Estas a su vez guardan correlación con la etiología, de forma similar a estudios previos como el de Kirby (9), que concluye que la descripción original de Kahlbaum, en la cual la catatonia es una enfermedad cerebral cíclica, de curso alterante, con predominio de síntomas motores causada por depresión, manía, estupor o demencia, resulta limitada para la múltiple posibilidad etiológica y de presentación de esta entidad. Propuesta que a su vez es retomada por Gelenberg, quién sería el primero en considerar la catatonia como un síndrome primario (10,11).

Actualmente la catatonia continúa siendo un desafío diagnóstico y terapéutico para la mayoría de los clínicos. La clasificación más aceptada la divide en estuporosa o lentificada y excitada o delirante (12,13), sin embargo, dada sus múltiples posibilidades etiológicas, su categorización enfocada en la etiología a intentado simplificar este proceso agrupándola en alteraciones metabólicas (14,15), neurológicas (16), psiquiátricas y tóxicas, incluyendo en esta última el síndrome neuroléptico maligno (SNM) y los efectos extrapiramidales producidos por el uso de neurolépticos (17,18).

Aunque los signos clínicos más frecuentes son el mutismo, las posturas rígidas, el negativismo, la rigidez muscular y los ecofenómenos, están descritos más de 40 signos clínicos asociados, que incluyen compromiso de otras esferas como el pensamiento, afecto y estado de conciencia, que pueden hacer sospechar la presencia de catatonia (19, 20).

Con el objetivo de agrupar y simplificar la orientación diagnóstica del síndrome catatónico en un servicio de emergencias médicas, algunos autores han tomado esta última categorización y realizado estudios enfocados desde un punto de vista etiológico de forma similar a los mencionados previamente (21, 22). Huang et al agruparon en tres categorías etiológicas casos de catatonia, recogiendo una muestra de 34 pacientes, encontrando como signos clínicos y etiologías más frecuentes las referidas en las tablas I y II (23). Dentro de los datos obtenidos, llama la atención la mayor frecuencia de causas orgánicas, incluyendo entidades como encefalitis, tumores cerebrales, enfermedad pulmonar obstructiva cró-



Carlos Larracilla/Fábula

TABLA I. FRECUENCIA DE SIGNOS CLÍNICOS EN PACIENTES CATATÓNICOS.

Signos Clínicos	Porcentaje
Mutismo	88,0
Estupor	76,4
Negativismo	35,3
Postura rígida	32,4
Musculatura rígida	29,4
Aumento de actividad motora	8,8
Estereotipias	5,9
Flexibilidad cérea	5,9
Ecolalia	2,9

Adaptado de Huang TL, Ree SC, Huang YC, Liu HY. *Catatonic features: Differential diagnosis and treatments at an emergency unit*. Psychiatry Clin Neurosci. 1999;53:63-66.

nica (EPOC), fiebre reumática, diabetes, trauma cerebral, insuficiencia renal, Parkinson y demencia, en donde ayudas diagnósticas paraclínicas como el hemograma, los niveles sanguíneos de creatininfosfokinasa (CPK) y la punción lumbar fueron de gran apoyo diagnóstico.

En Colombia existen pocos estudios al respecto, Escobar et al a diferencia de Huang et al, reportan una mayor frecuencia de la etiología psicótica con respecto a la orgánica, coincidiendo únicamente en los hallazgos semiológicos encontrados (24). De este estudio, cabe destacar que la prevalencia encontrada en la unidad de salud mental donde se realizó es del 11.4%, ubicada en el rango descrito por la literatura (prevalecías entre el 7% y el 38%) (24-26).

A partir de lo anterior y considerando la catatonia como una entidad más importante y frecuente de lo conocido por la mayoría de médicos de urgencias, se mencionan a continuación algunos de los diagnósticos diferenciales para su evaluación y se propone un algoritmo diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La definición clínica de catatonia se ha determinado mediante la elaboración y aplicación de escalas clínicas, que sometidas a análisis de tipo factorial indican la existencia de un síndrome compuesto por dos dominios distintos; uno constituido por catalepsia, posturas rígidas, mutismo y negativismo; y otro por ecofenómenos, obediencia automática, verbigeración y estereotipias, los cuales en forma conjunta para cada dominio, constituyen elementos suficientes para establecer diagnóstico (27,28).

Según los manuales de clasificación (DSM IV) se requiere de la presencia de por lo menos un síntoma cardinal si se asocia a una enfermedad médica o dos si lo hace a esquizofrenia o algún trastorno afectivo, durante por lo menos 24 horas. Sin embargo, a nivel práctico la identificación del síndrome en cualquiera de sus dos patrones debe permitir la determinación de su etiología. Para esto, algunos autores proponen tomar como base diagnóstica solo tres signos cardinales: inmovilidad, mutismo y estupor, que con una duración de por lo menos una hora y asociado a por lo menos uno de los signos mencionados en el primer patrón o en su ausencia dos síntomas del segundo, permitan iniciar el estudio diferencial (29).

TABLA II. ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE CATATONIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Etiología	Porcentaje
Enfermedades médicas	41
Trastornos psiquiátricos	35
Esquizofrenia	26
Inducidas por neurolépticos	24
Trastornos afectivos	9

Adaptado de Huang TL, Ree SC, Huang YC, Liu HY. *Catatonic features: Differential diagnosis and treatments at an emergency unit*. Psychiatry Clin Neurosci. 1999;53:63-66.

TABLA III. JERARQUÍA ETIOLÓGICA DEL SÍNDROME CATATÓNICO A EVALUAR EN URGENCIAS.

1. Enfermedades médicas
2. Alteraciones metabólicas
3. Enfermedades infecciosas
4. Enfermedades reumáticas
5. Enfermedades endocrinas
6. Enfermedades neurológicas
7. Intoxicaciones
8. Enfermedades psiquiátricas

Dado que los síntomas cardinales pueden aparecer en múltiples enfermedades, para el proceso de diagnóstico diferencial, resulta útil agrupar las posibles causas etiológicas en las categorías previamente descritas, con el fin de abordar de forma sistemática las posibilidades diagnósticas teniendo en cuenta su mayor frecuencia y que el diagnóstico prioritario lo constituyen las enfermedades médica generales, dado su mayor riesgo de morbilidad.

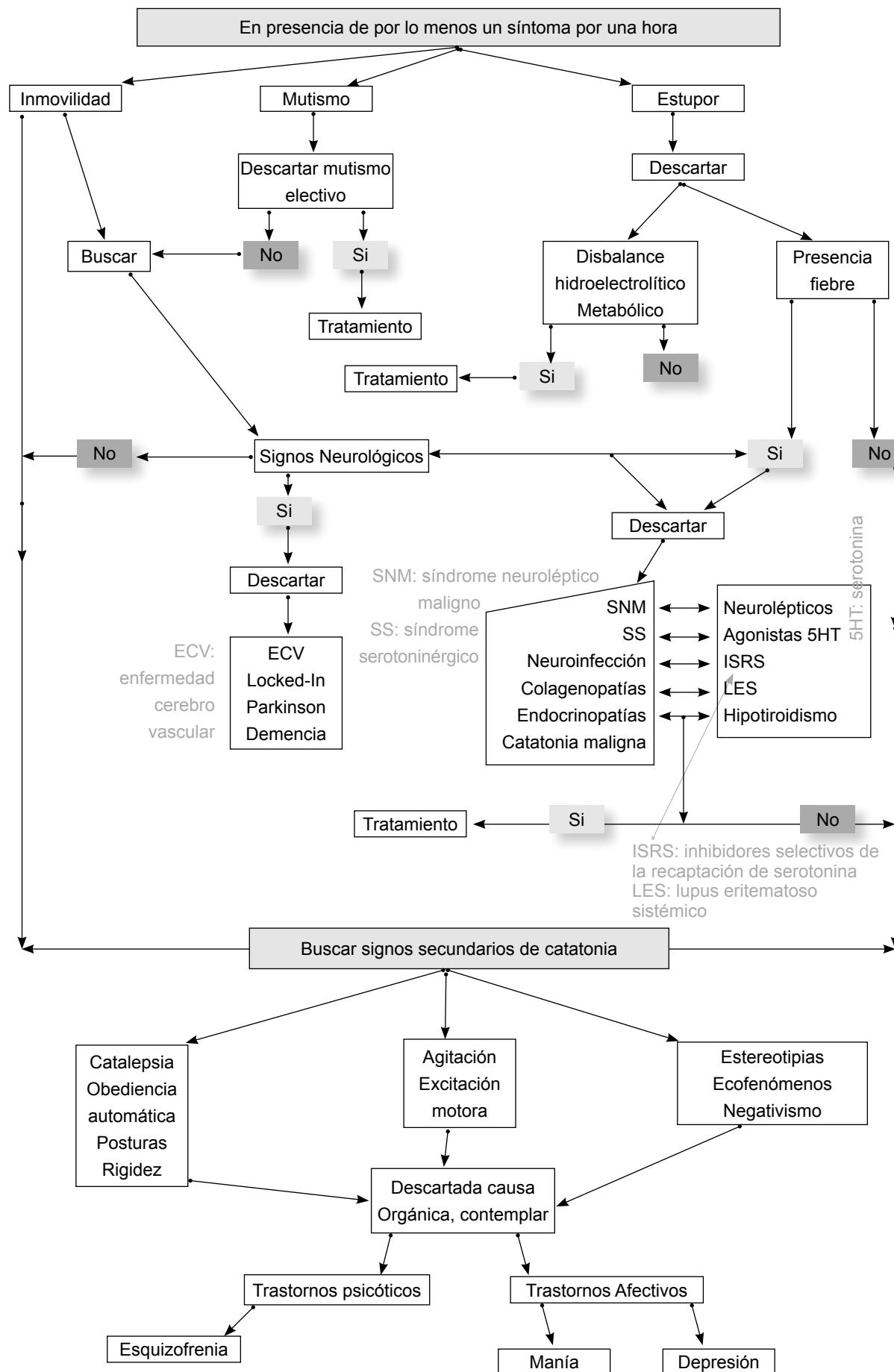
Es así como el estupor constituye uno de los signos clínicos más comunes entre las enfermedades médicas generales, por eso el estudio del paciente catatónico debe incluir la búsqueda de alteraciones metabólicas, infecciosas, reumáticas, endocrinas y neurológicas (tabla III).

Referente a las primeras, desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido base por sí mismas o como consecuencia de cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar e incluso enfermedades pulmonares como EPOC pueden desencadenar cuadros catatónicos, siendo importante diferenciarlo del delirium, que se puede presentar de forma similar y diferenciarse con estudios de electroencefalografía (30,31).

Aunque menos frecuentes, en este grupo cabe destacar otros trastornos como la porfiria aguda intermitente, que se puede presentar con dolor abdominal, afección de pares craneales, neuropatías e incluso psicosis y para la cual el hallazgo de ácido aminolevulínico y porfobilinógeno en orina es diagnóstico. También la enfermedad de Wilson, que por su compromiso hepático y trastornos oftalmológicos (anillos de Kayser-Fleischer) característicos, harán su diferenciación.

En cuanto a las enfermedades infecciosas, es fundamental recordar su alta prevalencia e implicaciones especialmente en la mortalidad, por lo que neuroinfecciones como encefalitis, meningitis y SIDA, se sugiere sean de descarte obligatorio (32).

FIGURA 1. ALGORITMO PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE CATATONIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS.



Entidades reumatólogicas y endocrinopatías, se pueden presentar con sintomatología psiquiátrica incluyendo catatonía, siendo importante mencionar el lupus eritematoso sistémico (LES) y el hipotiroidismo, las cuales deben ser evaluadas en conjunto con los demás datos de la historia y cuadro clínico que puedan sugerir la presencia de estas entidades.

Dentro de las enfermedades neurológicas a tener en cuenta, el Parkinson, los tumores del sistema nervioso central y la enfermedad cerebro vascular son las más comunes, sin embargo otras como la epilepsia, leucodistrofia metacromática, esclerosis lateral amiotrófica o esclerosis múltiple, se pueden manifestar como catatonía, acompañándose habitualmente de otros signos neurológicos y en el caso de las últimas de compromiso motor de tipo piramidal y sensitivo.

Con relación a la enfermedad de Parkinson, su tipo akinético constituye una condición crónica como consecuencia de años de padecimiento de esta patología, que generalmente se asocia a demencia y su presentación se acompaña de mutismo, inmovilidad y rigidez. La respuesta a drogas anticolinérgicas más no así a benzodiacepinas es un apoyo diagnóstico (33).

Cuando las lesiones vasculares comprometen los pedúnculos cerebelares o región ventral del puente, pueden causar el llamado síndrome de "Locked-In", el cual característicamente conserva los movimientos oculares pero compromete de forma generalizada las funciones motoras, apreciándose un esfuerzo comunicativo a través de la mirada, determinada por el compromiso e incapacidad de las otras áreas funcionales (34).

Con referencia a las intoxicaciones, es necesario tener en cuenta entidades como la hipertermia maligna, que transmitida de forma autosómica dominante, consiste en una hipersensibilidad del tejido muscular a anestésicos inhalados y relajantes despolarizantes, presentándose durante procedimientos quirúrgicos con hipertermia, rigidez, hipertensión y mioglobinuria, casi siempre de forma inesperada y con una alta mortalidad. Su diagnóstico es confirmado con biopsia muscular (35).

Otras como el SNM o el síndrome serotoninérgico (SS) resultan indistinguibles de la catatonía maligna. Sus características incluyen inicio súbito, delirium, fiebre, disautonomía y catalepsia, siendo imprescindible el antecedente de haber recibido neurolépticos, principalmente antipsicóticos típicos de alta potencia o agonistas de serotonina. Con respecto al SS, la presencia de síntomas gastrointestinales puede aparecer con relativa frecuencia, ayudando a diferenciarlo del SNM (36). El tratamiento de estas dos entidades se fundamenta en el uso de benzodiacepinas, agonistas dopamínergicos y terapia electroconvulsiva, proporcionando de forma estricta soporte continuo en una unidad de cuidado intensivo (37,38).

Finalmente, dentro de las causas psiquiátricas de catatonía, la esquizofrenia, la manía y la depresión constituyen las enfermedades más frecuentes asociadas con este síndrome. Las descripciones iniciales realizadas por Kahlbaum, Kraepelin y Bleuler refieren la presencia de sintomatología mixta (depresión y manía) antecediendo la catatonía hasta en el 50% de los casos (39), así como comorbilidad con esquizofrenia hasta en un 15% (40).

El mutismo electivo, usualmente se asocia con alteraciones de personalidad previa, estresores identificables sin más signos de catatonía y a diferencia de esta última, rara vez responde a benzodiacepinas (41), sin embargo este signo en conjunto a otros hallazgos puede hacer parte de cuadros neurológicos como accidentes cerebro vasculares previamente mencionados.

Adicional a las posibles causas mencionadas, observaciones de algunos autores han identificado una posible asociación de origen genético en un tipo de catatonía familiar, en donde los genes 18 y 23 estarían involucrados y cuya manifestación se relacionaría en mayor forma con la aparición de trastornos de tipo afectivo bipolar (42).

Con base en lo anterior se propone a continuación un algoritmo diagnóstico clínico del síndrome catatónico mostrado en la figura 1, que facilita la búsqueda de posibles causas de catatonía en un paciente que ingresa al servicio de urgencias, con síntomas que sugieren la presencia de este síndrome.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la catatonía desde un enfoque etiológico constituye un desafío para el clínico, sin embargo, dada la amplitud de posibilidades diagnósticas que este abarca y sus diferentes presentaciones clínicas lo posicionan como un síndrome de vital importancia a tener en cuenta en la evaluación de urgencias.

En primera instancia, debido a su complejidad y alta mortalidad, especialmente cuando su origen es médico general, el enfoque debe tener como prioridad descartar posibles etiologías de alta letalidad, para hacer un tratamiento apropiado y enfocado desde su diagnóstico.

Conscientes de la dificultad diagnóstica e incluso fenomenológica desde este punto de vista, se propone un algoritmo diagnóstico con las causas más frecuentes que oriente al clínico en el enfoque de un paciente catatónico en un servicio de urgencias, esperando que estudios futuros permitan la conformación y clasificación del síndrome catatónico desde una perspectiva más etiológica que facilite su diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV-R Ed.* American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Kahlbaum KL. Catatonie. (Levi Y, Pridon T, Trans). Johns Hopkins University Press, Baltimore MD, 1973. Tomado de: Kahlbaum, K. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein.* Berlin, Kirschwald. 1874.
- Kraepelin EA. Dementia praecox and paraphrenia. University of Edinburgh, Edinburgh, 1919. Tomado de: Kraepelin, EA. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achte, vollständig umgearbeitete Auflage. III. Band. Klinische Psychiatrie. II. Teil. Barth Verlag, Leipzig 1913.
- Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. En: Tratado de psiquiatría / Eugen. Bleuler; traducido de la última edic. alemana por José María De Villaverde ; con un prólogo de Santiago Ramón y Cajal. Madrid: Calpe, 1924.
- Von Economo C. Encephalitis lethargica, its sequelae and treatment, translated by Newman KO. Oxford University Press 1931.
- Abrams R, Taylor MA. Catatonia. A prospective clinical study. Arch Gen Psychiatry. 1976;33:579-81.
- Joyston-Bechal MP. The clinical features and outcome of stupor. Br J Psychiatry. 1966;112:967-81.
- Morrison JR. Catatonía: Retarded and excited types. Arch Gen Psychiatry. 1973;28:39-41.

9. Kirby GH. The catatonic syndrome and its relation to manic depressive insanity. *J Nerv Ment Dis.* 1913;40:694-704.
10. Carroll BT. Kahlbaum's catatonia revisited. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;55:431-36.
11. Gelenberg AJ. The catatonic syndrome. *Lancet.* 1976; 1:1339-41.
12. Escobar R, Ríos A, Montoya ID, Lopera F, Ramos D, Carvajal C, et al. Clinical and cerebral blood flow changes in catatonic patients treated with ECT. *J Psychosom Res.* 2000; 49(6):423-29.
13. Lund CE, Mortimer AM, Rogers D, McKenna PJ. Motor, volitional and behavioural disorders in schizophrenia: assessment using the modified Rogers scale. *Br J Psychiatry.* 1991;158:323-27.
14. Steinman TI, Yager HM. Catatonia in uremia. *Ann Intern Med.* 1978;89:74-75.
15. Steinberg P. Adrenal carcinoma and hypertension presenting with catatonic stupor. *Aust N Z J Psychiatry.* 1996;30:146-49.
16. Pfister HW, Preac-Mursic V, Wilkes B. Catatonic syndrome in acute severe encephalitis due to borrelia burgdorferi infection. *Neurology.* 1993;43:433-35.
17. Gelenberg AJ, Mandel MR. Catatonic reactions to high potency neuroleptic drugs. *Arch Gen Psychiatry.* 1977;34:947-50.
18. White DAC, Robins AH. Catatonia: Harbinger of the neuroleptic malignant syndrome. *Br J Psychiatry.* 1991;158: 419-21.
19. Fink M, Taylor MA. Catatonia: A clinical's guide to diagnosis and treatment. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2003.
20. Rogers D. Motor disorder in psychiatry: towards a neurological psychiatry. Chichester: John Wiley & Sons; 1992.
21. Smith S. An investigation and survey of twenty-seven cases of akinesia and mutism (stupor). *J Ment Sci.* 1959;105:1088-94.
22. Altshuler LL, Cumming JL, Mills MJ. Mutism: review, differential diagnosis and report of 22 cases. *Am J Psychiatry.* 1986;143:1409-14.
23. Huang TL, Ree SC, Huang YC, Liu HY. Catatonic features: Differential diagnosis and treatments at an emergency unit. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;53:63-66.
24. Escobar R, Medina M, Gushiken A, López S. Signos catatónicos: prevalencia en trastorno mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2000;24:243-50.
25. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93:129-36.
26. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Franci A. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93:137-43.
27. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF. Catatonic syndrome in a general psychiatric population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:357-62.
28. Northoff G, Kock A, Wenke J, Boker H. Catatonia as a psychomotor syndrome a rating scale and extrapyramidal motor symptoms. *Mov Disord.* 1999;158:323-27.
29. Peralta V, Cuesta MJ. Motor features in psychotic disorders I: Factor Structure and clinical correlates. *Schizophr Res.* 2001;47:107-16.
30. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1233-41.
31. Vega D, Escobar-Córdoba F, Vergara I, Lorenzana P. Síndrome neuroléptico maligno (SNM). *Acta Neurológica Colombiana.* 1993;9(1):19-29.
32. Taylor MA. Catatonia: a review of a behavioral neurologic syndrome. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 1990;3:48-72.
33. García M, González A. Psicopatología y agentes biológicos. Masson. Barcelona. 1998.
34. Carroll BT, Taylor BE. The nondichotomy between lethal catatonia and neuroleptic malignant syndrome. *J Psychopharmacol.* 1997;17:235-36.
35. Bauer G, Gerstenbrand F, Rumple E. Varieties of the locked-in syndrome. *J Neurol.* 1979;221:77-91.
36. While DA. Catatonia and the neuroleptic malignant syndrome – a single entity. *Br J Psychiatry.* 1992;161:558-60.
37. Carroll BT, Graham KT, Thalassinos A. A common pathogenesis of the serotonin syndrome, catatonia and neuroleptic malignant syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2001;13:150.
38. Fricchione GL, Cassem NH, Hooberman D, Hobson D. Intravenous lorazepam in neuroleptic induced catatonia. *J Clin Psychopharmacol.* 1983;3:338-42.
39. Kraepelin EA. Manic-depressive insanity and paranoia. Barclay RM, translator; Robertson GM, editor. Edinburgh: E and S Livingstone; 1921. Translation of: *Psychiatrie: Ein Kurzes Lehrbuch für Studirende und Ärzte.* 8th ed.
40. Morrison JR. Catatonia: Prediction of outcome. *Comprehensive Psychiatry.* 1974;15:37-24.
41. Altshuler LL, Cummings JL, Mills MJ. Mutism: Review, differential diagnosis and report of 22 cases. *Am J Psychiatry.* 1986; 143:1409-14.
42. Stober G. Genetic predisposition and environmental causes in periodic and systematic catatonia. *Eur Arch Clin Neurosci.* 2001;2(Suppl 1):21-24

ÁLVARO ENRIQUE ROMERO-TAPIA*

FRANKLIN ESCOBAR-CÓRDOBA**

*Residente de tercer año de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

**Profesor Asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Oficina 202 Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Teléfono 57 1 3165000 Extensión 15117. Telefax: 57 1 612 73 25. Bogotá DC - Colombia.
Email: feescobarc@unal.edu.co



Carlos Larracilla/Homenaje a Federico Larracilla