



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES CON
TRASTORNO NEUROLÓGICO FUNCIONAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

JOSÉ ALBERTO SÁNCHEZ GARZA

TUTOR DE TESIS

DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELENDEZ

COTUTOR DE TESIS

DR. RUBÉN MARTÍNEZ HERNAÁNDEZ



Ciudad de México, Julio 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGIA Y
NEUROCIROGIA
DIRECCION DE EMERGENZA

DR. PABLO LEON ORTIZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELENDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRIA

DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELENDEZ
TUTOR DE TESIS

CONTENIDO

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| RESUMEN | 4 |
| ANTECEDENTES | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| HIPÓTESIS | 9 |
| OBJETIVOS | 9 |
| JUSTIFICACIÓN | 9 |
| METODOLOGÍA | 10 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 13 |
| RESULTADOS | 14 |
| DISCUSIÓN | 21 |
| CONCLUSIÓN | 22 |
| BIBLIOGRAFÍA | 24 |

1) RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) se refieren a una serie de síntomas neurológicos los cuales no se pueden explicar por una patología identificable. El TNF siendo el subtipo motor (temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha) el que más comúnmente puede llegar a confundirse con diversas patologías neurodegenerativas.

OBJETIVOS. Descripción de las variables sociodemográficas, clínicas y comorbilidades de la población de pacientes con TNF motor en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.

MATERIAL Y MÉTODOS. La presente tesis es un estudio observacional, descriptivo y transversal. El presente estudio, nos basamos principalmente en el subtipo de TNF motor. Se determinaron variables sociodemograficas, clínicas y pronósticas.

RESULTADOS. Se identificaron un total 102 pacientes con TNF, de los cuales se llegó a un final de 31 pacientes con TNF motor, siendo el temblor funcional el más prevalente 54.8%. La edad promedio fue 43 años, con una mayor proporción de mujeres 83.9%. El tiempo promedio que se requirió para obtener diagnóstico posterior a inicio de sintomatología fue de 4.8 años. Se encontró con un estresor previo a inicio de sintomatología en 71% de los casos. Se documentarón síntomas depresivos 71% y ansiosos 77.4% en la población. Presentaron mejoría de síntomas en el seguimiento solo un 45%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. Nuestro estudio actualmente nos informa sobre lo común y complejo que puede ser el TNF motor, resaltando principalmente la alta comorbilidad psiquiatrica, los años antes de hacer diagnóstico y el mal pronóstico que se ha visto en nuestra población. El estudio tiene varias fallas metodológicas al ser principalmente basado en la revisión de expedientes clínicos y no en una entrevista estructurada.

2) ANTECEDENTES

El trastorno neurológico funcional (TNF) se refiere a una serie de síntomas neurológicos los cuales no se pueden explicar por una patología identificable (Stone, 2011). El TNF, ha sido identificado a lo largo de la historia de la medicina, desde hace 4000 años, se comenzó utilizando el término de “histeria” para describir a pacientes que presentan sintomatología que medicamente no se puede explicar, relacionándolo por el nombre con una disfunción uterina. En los últimos 500 años, se ha cambiado el paradigma de hablar del útero, a hablar de un patología cerebral y relacionando tanto a hombres como mujeres. (Trimble, 2016)

La terminología utilizada para describir la sintomatología de los TNF ha sido muy variada, llegando a llamarse histeria, disociación, psicógeno, psicósomático, somatomorfo o conversivo, llegando a proponerse el término funcional, para describir que los síntomas que se encuentran son más por alguna alteración en la función, más que la estructura cerebral (Edwards, 2014). El cambio de la terminología, nos ayuda a tener una explicación más neutral del TNF, sin tener que caer en prejuicios con el paciente como comúnmente se pensaba que el paciente pudiera estar fingiendo los síntomas (Keynejad, 2017).

En la 5ta edición del Manual de estadística y diagnóstico de la Asociación Psiquiatría Americana (DSM-5) existe un cambio en cuanto a su clasificación respecto a ediciones previas al excluir la necesidad del clínico de determinar que la sintomatología se debía a algún conflicto emocional o un estresor psicológico previo. Este cambio se realizó conforme a las más recientes publicaciones científicas, donde se determinó que los conflictos emocionales o estresores psicológicos previos no están presentes en todos los casos, aun así es importante identificarlos (American Psychiatric Association, 2013).

En el DSM-5, la nueva definición se basa en la presentación de síntomas neurológicos que son internamente inconsistentes o incongruentes con los patrones fisiopatológicos de la enfermedad, se encuentran agrupados dentro del capítulo de *Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados*. Frecuentemente se encuentran este tipo de trastornos en otros centros médicos ya que pueden llegar a confundirse con alguna otra patología, por lo que se detectan con menos frecuencia en la consulta de psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013).

Una característica importante dentro del DSM-V, es que el diagnóstico de los TNF, no se basa principalmente en la exclusión de una enfermedad neurológica, sino con base en características sintomáticas que demuestran inconsistencia con una enfermedad neurológica; determinando esto por medio de una exploración clínica dirigida hacia los TNF. Aún así, si se encuentra la presencia de un padecimiento neurológico y/o psiquiátrico, no excluye la posibilidad de que pueda existir también un TNF (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro de los criterios diagnósticos en el DSM-V para el TNF se encuentran:

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las alteraciones neurológicas o médicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Dentro de los especificadores se encuentran:

Con debilidad o parálisis

Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)

Con síntomas de la deglución

Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)

Con ataques o convulsiones

Con anestesia o pérdida sensitiva

Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

Con síntomas mixtos

Especificar si:

Episodio agudo: Síntomas presentes durante menos de seis meses.

Persistente: Síntomas durante seis meses o más.

Especificar si:

Con factor de estrés psicológico (*especificar el factor de estrés*)

Sin factor de estrés psicológico

La fisiopatología de los TNF no está totalmente esclarecida, se han realizado estudios de imagen por resonancia magnetica funcional documentándose que los pacientes con TNF de tipo motor, presentan una activación en la corteza motora suplementaria diferente a las personas que fingen presentar los mismos movimientos. De igual manera, cuando existe una TNF de tipo sensitivo llama la atención que los pacientes con TNF al ser estimulados no presentan la activación esperada en la corteza somatosensorial contralateral siendo esto comparado con controles (Gupta, 2009). Existe evidencia por Tomografía por emisión de positrones que apunta hacia una desregulación de la corteza prefrontal ventromedial es el área que parecería estar afectada en pacientes con TNF comparada con controles, aunque aún no hay evidencia concluyente (Aybek, 2016)

Aún así, se necesita un modelo multidimensional que se enfoque tanto en las interacciones biológicas, psicológicas y sociales de este trastorno; en otras palabras juntar la psiquiatría y la neurología (Edwards, 2016)

Existe una incidencia de 4 a 12 por 100 000 habitantes por año y una prevalencia de 50 por 100 000 habitantes basada en un registro comunitario para todos los tipos de TNF (Akagi, 2002), presentándose más comúnmente en pacientes del sexo femenino con una relación de al menos 2-3:1, encontrándose más comúnmente entre los 35 y 50 años de edad (Espay, 2018). Siendo estos datos comparables con el de otras enfermedades neurológicas como la Esclerosis Múltiple (Hirtz, 2007). El TNF con su subtipo motor, sensitivo y convulsivo psicógeno, se pueden encontrar de manera frecuente en la consulta de neurología general, llegando a reportarse hasta en un 18% (Stone, 2009).

El pronostico de los diferentes subtipos de TNF, depende de muchos factores, se han realizado diversos estudios, reportándose con los subtipos de peor pronóstico el subtipo motor y el subtipo de crisis convulsivas psicógenas. También se ha reportado con mejor pronóstico el subtipo sensitivo.

Entre los factores que se han reportado con mejor pronóstico son:

- Tener un diagnóstico oportuno
- Sensación de una atención médica adecuada.
- Edad más temprana de inicio de sintomatología
- Duración corta de sintomatología
- Tener empleo

De los factores que se relacionan con un empeoramiento de sintomatología, son:

- El tiempo que tarda en obtenerse el diagnóstico
- Trastorno de personalidad comorbido
- La existencia de una ganancia secundaria

De los factores pronóstico variables son:

- El género
- Comorbilidad con depresión o ansiedad
- Estado civil
- Escolaridad

Los pacientes con TNF, tienen más visitas para atención médica, ya sea en atención primaria o al servicio de urgencias, lo que traduce el uso de mayores recursos económicos así como el empleo de más insumos intrahospitalarios (Barsky 2005). El tiempo de evolución sin un diagnóstico definido o con un abordaje inadecuado del TNF está ligado a un peor pronóstico, causando mayor discapacidad y empeoramiento con el tiempo (Espay, 2018).

3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cuanto a lo reportado actualmente en la literatura y al no existir estudios reportados en México, nos preguntamos:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con TNF motor identificados por la clínica de movimientos anormales y neuropsiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”?

4) HIPÓTESIS

Hi: No existen diferencias sociodemográficos, clínicas, comórbidas y pronósticas en la población de pacientes con TNF en el INNN, comparado con lo reportado en la literatura médica

H0: Sí existen diferencias sociodemográficos, clínicas, comórbidas y pronósticas en la población de pacientes con TNF en el INNN, comparado con lo reportado en la literatura médica

5) OBJETIVOS

Primario:

- Identificar en una primera instancia pacientes con TNF en la clínica de neuropsiquiatría y la clínica de movimientos anormales del INNN

Secundario:

- Identificar la proporción de pacientes con TNF de subtipo motor en relación con otros subtipos de TNF (sensitiva, debilidad, convulsiva, del habla y mixta)
- Describir las variables sociodemográficas y clínicas de la población de TNF de tipo motor.
- Identificar en los pacientes con TNF de subtipo motor si existe alguna relación entre el tiempo en obtener diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad.

6) JUSTIFICACIÓN

El TNF ha estado llamando la atención en los últimos años esto siendo principalmente porque se ha explicado que este padecimiento no se debe propiamente a un componente psicógeno como se creía, al llamarse previamente Trastorno conversivo. Siendo esto en un contexto psicodinámico en lo cual, estos síntomas son una representación de una emoción que busca su forma de llegar al consciente, representándose por algún síntoma neurológico.

Este último punto, ha llegado a ser descartado porque se han identificado pacientes los cuales no tienen algún trauma psicológico o algún factor estresante previo al inicio de los síntomas. Por lo que se ha abierto la puerta para el estudio de este trastorno, al igual que los trastornos psiquiátricos actualmente, siendo esto de una forma más científica

En el INNN el número de pacientes que tienen un diagnóstico de TNF ha ido en aumento, esto siendo porque este trastorno es poco comprendido por médicos que envían a los pacientes a nuestra institución, con diagnósticos de referencia como: “epilepsia de difícil control, “disonía atípica” “Enfermedad de Parkinson resistente a tratamiento”, etc. Esto causa una gran morbilidad del padecimiento, realizándose múltiples estudios sin llegar a alguna conclusión diagnóstica y exponiendo al paciente a diversos manejos farmacológicos y no farmacológicos, con pobre respuesta y con alto riesgo de efectos adversos. En el INNN existe un área de oportunidad para estudiar dicho trastorno, esto siendo por el alto número de pacientes que son enviados, lo que puede propiciar un mayor conocimiento del tema. No existe un estudio donde se haya documentado la población de pacientes con este trastorno en el INNN y en nuestro país.

El primer paso sería capturar los datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, estado civil y actividad laboral), identificar si existe algún factor de riesgo que active la enfermedad, características clínicas, pronóstico y terapéutica empleada.

Al realizar la base de datos y analizarla, esperamos encontrar asociaciones que se podrán analizar para futuros estudios.

7) METODOLOGÍA

El diseño del estudio es observacional, descriptivo, transversal. El tamaño de la muestra será de acuerdo a un estudio piloto, al no encontrarse antecedente de datos epidemiológicos de pacientes con TNF de tipo motor en nuestro medio.

Se pidió apoyo de la clínica de movimientos anormales y clínica de neuropsiquiatría del INNN para identificar pacientes que tengan en diagnóstico de TNF. Posterior a ello se realizó una lista de pacientes por parte de ambas clínicas, se revisaron los expedientes clínicos, tanto físicos como electrónicos, de todos los pacientes. Se generó una base de datos donde

capturaron los datos sociodemográficos, clínicos, evolución y comorbilidades psiquiátricas de cada paciente. Todos los datos fueron registrados en una base de datos de SPSS-25 para posterior análisis.

Posteriormente y como un inicio para el posterior análisis de la base de datos de TNF se estudio a los pacientes con un diagnóstico de TNF motor y que tengan los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- ▶ Ser paciente del INNN
- ▶ Diagnóstico de TNF motor por el DSM-5
- ▶ Confirmación de diagnóstico por un médico adscrito la clínica de neuropsiquiatría y un médico adscrito de la clínica de movimientos anormales
- ▶ Tener seguimiento por 1 año posterior al diagnóstico de TNF motor

Criterios de eliminación:

- ▶ Durante el seguimiento cambio de diagnóstico de TNF a otro
- ▶ Existir duda en el diagnóstico de TNF
- ▶ Expediente clínico incompleto

a) Variables

Independiente:

Variables sociodemográficas y clínicas

Dependientes:

El diagnóstico de TNF confirmado con criterios clínicos de DSM- 5

Operalización de las variables

| Variable | Definición conceptual | Definición Operacional | Indicador |
|----------|--|--|----------------|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento | Variable numérica que corresponde al total de años vividos | Número de años |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Sexo | Condición biológicamente determinada que distingue a un individuo entre hombre y mujer | Variable nominal que corresponde si un individuo es hombre o mujer | <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer |
| Estado Civil | Condición de un individuo según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto. | Variable nominal que corresponde a el estado civil actual | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Unión libre • Separado • Viudo |
| Escolaridad | Grado de estudios de un individuo hasta el momento actual | Variable nominal que corresponde a el ultimo grado academico obtenido | <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Licenciatura • Posgrado |
| Ocupación | Labor que desempeña por un individuo para obtener remuneraciones. | Variable nominal que corresponde a su situación laboral ya sea remunerada o no | <ul style="list-style-type: none"> • Hogar • Empleado • Comerciante • estudiante • desempleado |
| Edad de inicio sintomatología | Edad cronológica en años cumplidos al momento de inicio de sintomatología | Variable numérica que determina a que edad fue se presentaron por primera vez los síntomas de un TNF motor | Número de años |
| Edad de diagnostico confirmatorio de TNF | Edad cronológica en años cumplidos al momento de recibir un diagnostico por | Variable numérica que determina a que edad fue se pudo confirmar el diagnostico de una TNF motor | Número de años |
| Tipo de TNF motora | Es un tipo de TNF en el cual predominan los síntomas motores | Variable nominal que se caracteriza por evaluar los síntomas motores que se presenta en cada paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Temblor • Disonías • Alteraciones de la marcha • Mioclonias |
| Factores psicologicos precipitantes | Es un tipo de factor emocional intenso que posterior a ellos se generan síntomas funcionales | Variable nominal que se caracteriza por ser un evento que puede existir previo al desarrollo de un TNF | <ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual • Abuso físico • Abuso emocional • Evento estresante |
| | | | |

| | | | |
|------------------------------|---|---|---|
| Comorbilidades psiquiátricas | Una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. | Variable nominal que existe momento de existir un diagnóstico de TNF | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno afectivo • Trastorno psicótico • Trastorno de ansiedad • Trastorno por abuso de sustancias • Trastorno somatomorfo • Trastorno de personalidad |
| Evolución | El curso y desarrollo enfermedad con el tiempo. | Variable nominal que explica el desenlace a los 6 meses de conocer el diagnóstico e iniciar tratamiento para una TNF. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría • No mejoría |
| Curso persistente | Es el curso de una enfermedad | Variable nominal que explica si por 6 meses consecutivos estuvieron presentes los síntomas | <ul style="list-style-type: none"> • Menor a 6 meses • Mayor a 6 meses |

b) Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la población por las variables sociodemográficas y clínicas. Se analizarán los resultados obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS-25; los datos demográficos serán analizados con medidas de resumen ya sea medias, medianas o proporciones.

8) CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de la Investigación para la Salud, en su artículo 17 se considera de sin riesgo. Pues dicho artículo expone que la investigación sin riesgo es aquella donde se realizan estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables psicológicas, biológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que consideran revisión de expedientes clínicos.

En este estudio se mantendrá la identidad y datos del expediente bajo estricta confidencialidad ajustándose a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.

9) RESULTADOS

Se logró documentar un total de 104 pacientes con un diagnóstico de probable TNF en cualquier subtipo, de los cuales 66 pacientes tenían una diagnóstico de TNF (Gráfico 1):

- 39 pacientes (40.56%) con TNF motor
- 7 pacientes (7.28%) con TNF convulsivo
- 4 pacientes (4.06%) con TNF del habla
- 2 pacientes (2.04%) con TNF sensitivo
- 14 pacientes (14.56%) con TNF mixto (de más de 2 tipos)

Los otros 40 pacientes de los 104 pacientes fueron eliminados de la población, al no poder corroborar por medio del expediente clínico si tenían diagnóstico de TNF o al estar incompleto el expediente clínico

De los 39 pacientes con TNF motor, 8 pacientes fueron eliminados al existir un cambio en el diagnóstico, sin existir algún diagnóstico recurrente entre la población que fue eliminada (Distonía tardía por neurolepticos, canal cervical estrecho, atrofia de múltiples sistemas, Temblor por uso previo de quimioterapia, Temblor esencial y Enfermedad de Parkinson). No se tomaron en cuenta los otros 14 pacientes que presentan un TNF mixto.

Respecto a la población de TNF motor, cumplieron criterios para nuestro estudio un total de 31 pacientes, en donde se documentaron los siguientes subtipos de TNF motor (Gráfico 2):

- 17 pacientes (54.8%) con temblor funcional
- 7 pacientes (22.6%) con distonías funcionales
- 5 pacientes (16.1%) con marcha funcional
- 2 pacientes (6.4%) con mioclonia funcional

Se encontró 5 hombres (16.1 %) y 26 mujeres (83.9%) en la población. La edad media de la población fue 46.97 años con un rango de 22-69 años. Presentando inicio de los síntomas de 38.71 años, aunque con un rango de edad 17-61 años, con un promedio de tiempo para definir el diagnóstico de TNF motor hasta 4.86 años (Tabla1).

En cuanto a escolaridad, se documentó con 8 pacientes (25.8%) con primaria terminada, 6 pacientes (19.4) con secundaria terminada, 8 pacientes (25.8%) con preparatoria terminada, 3 pacientes (9.7%) con licenciatura terminada y 6 pacientes (19.4%) con un posgrado terminado.

En cuanto a su ocupación, se presenta como desempleados 7 pacientes (22,6%), dedicados al hogar 12 pacientes (38.7%), trabajando como empleados 8 pacientes (25.8%), con un negocio propio solo 1 paciente (3.2%) y que se encuentran estudiando 3 pacientes (9.7%).

Del estresor psicológico asociado que pueda desencadenar los síntomas funcionales motores, existe que 22 (71%) pacientes lo refieren como un factor precipitante, a diferencia de 9 (29%) que no refieren algún factor específico. Del estresor psicológico asociado se documentaron los siguientes: (Gráfico 3) (Gráfico 4)

- Evento estresante: 16 pacientes
- Abuso sexual: 1 paciente
- Abuso físico: 2 pacientes
- Abuso emocional: 0 pacientes

En cuanto al tiempo que estuvieron presentes los síntomas motores, llama la atención que estuvieron presentes más de 6 meses de forma continua en un total de 28 pacientes (90.3%) y tuvieron una duración menor a 6 meses en 3 pacientes (9.7%). (Gráfica 5)

Es importante nombrar las múltiples comorbilidades psiquiátricas que se pueden presentar reportándose con síntomas compatibles con trastorno depresivo mayor hasta 22

pacientes (71%), con algún trastorno de personalidad hasta 5 pacientes (16%) con algún trastorno de ansiedad hasta 24 pacientes (77.4%) y con un trastorno por somatización hasta 6 pacientes (19.4%) (Gráfica 6)

La evolución del padecimiento fue presentando una remisión de los síntomas en 14 pacientes (45%) y quienes no presentaron mejoría fueron 17 pacientes (55%). Al intentar encontrar si el tiempo en obtener un diagnóstico de TNF pueda ser un factor pronóstico positivo, no se encontró significancia estadística (Tabla 2).

Gráfico1. Número de pacientes con algún subtipo de TNF

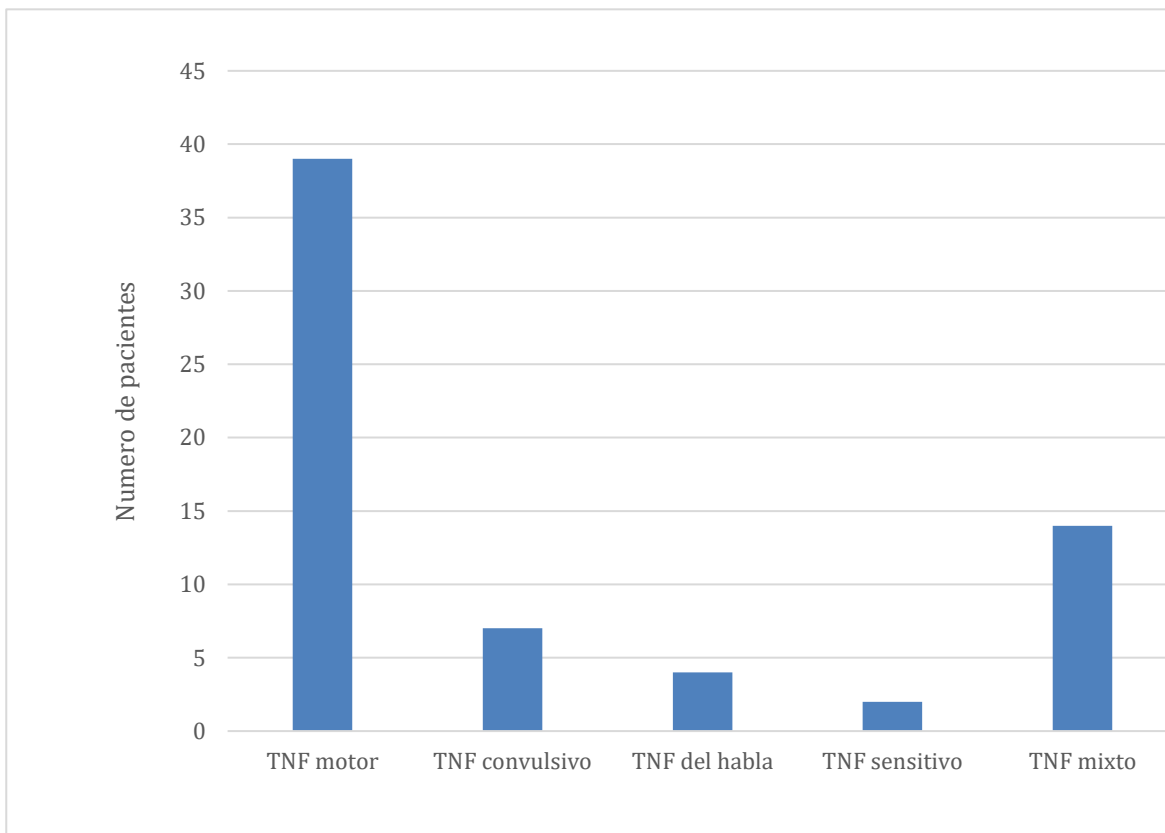
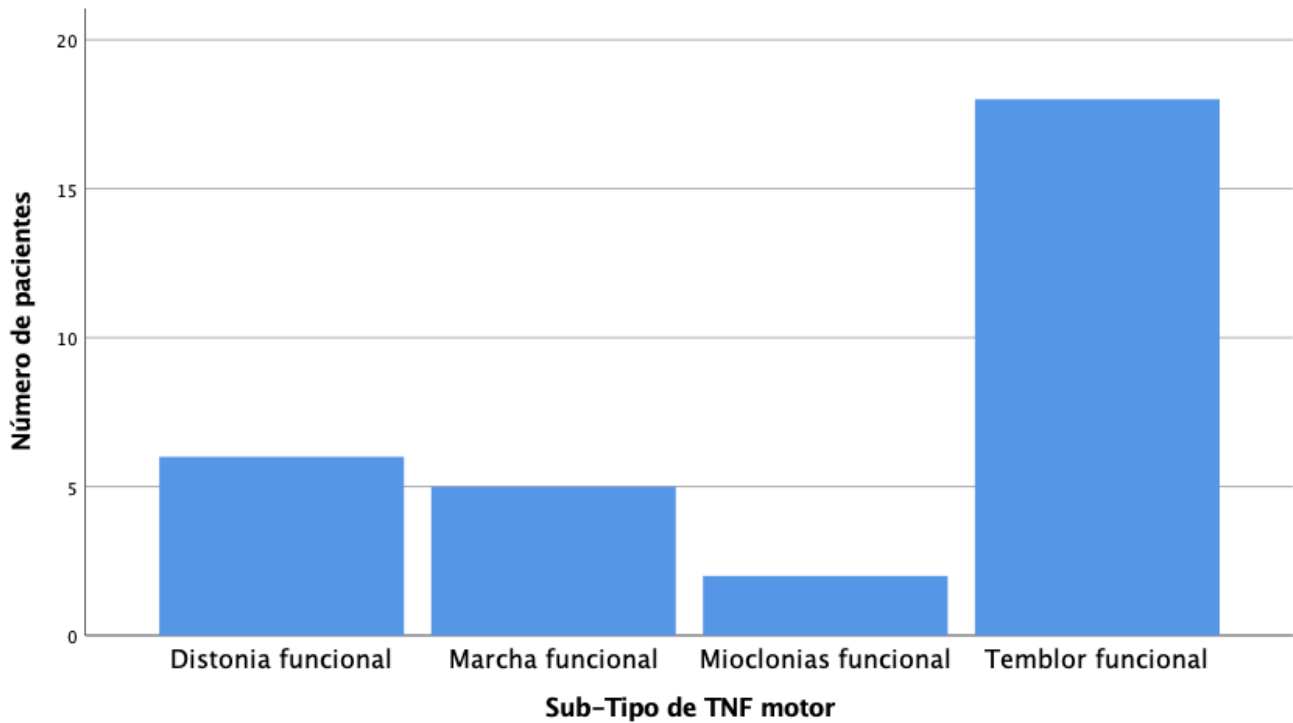


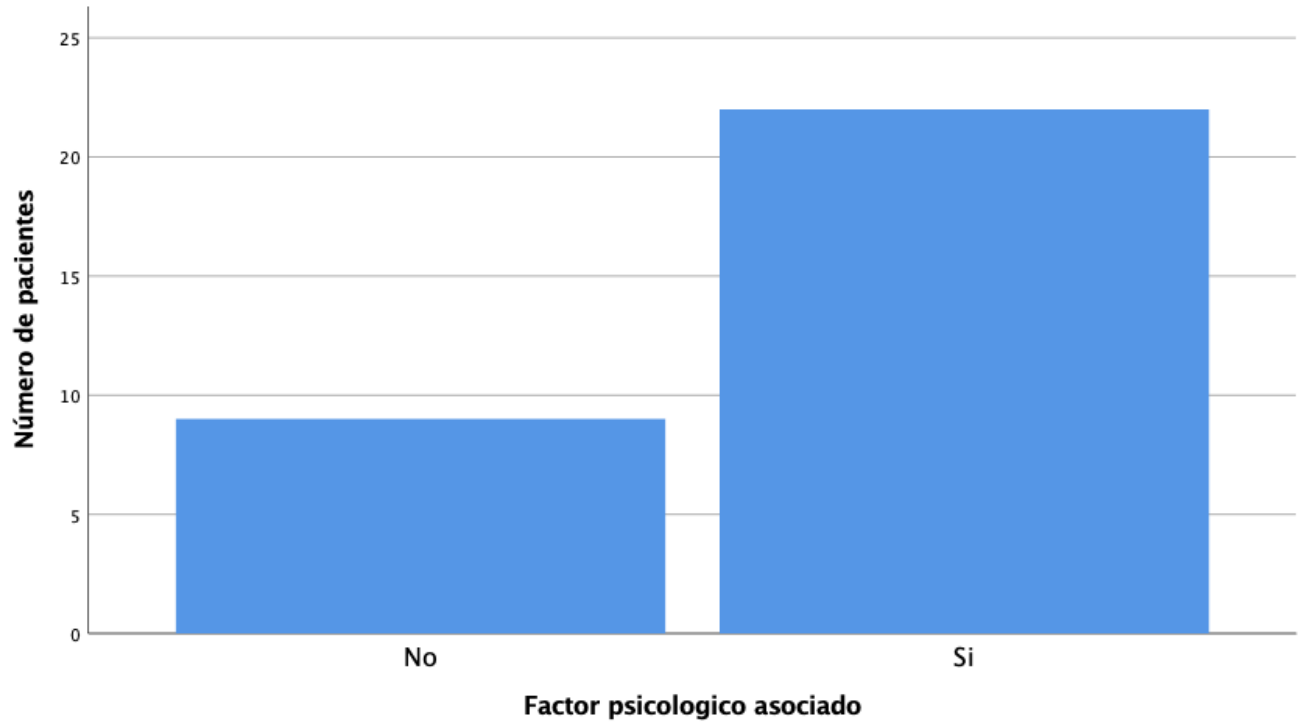
Tabla. 1 Se muestran los resultados descriptivos de los datos clínicos de los pacientes con TNF motor

| | Media |
|---|---------------|
| Edad promedio de inicio de sintomatología motora en años (rango) | 38,71 (17-61) |
| Edad promedio de diagnóstico confirmatorio de TNF motor (rango) | 43,29 (21-64) |
| Años promedio para hacer el diagnóstico definitivo de TNF motor (rango) | 4,86 (0-29) |

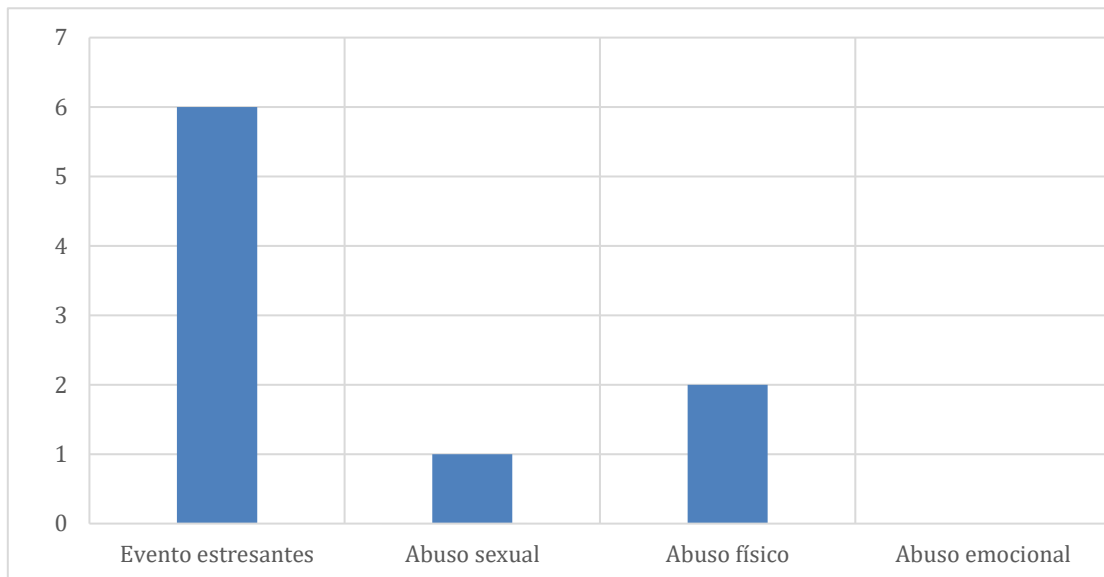
Gráfico 2. Diferentes subtipos de TNF motor encontrados en la población (N=31)



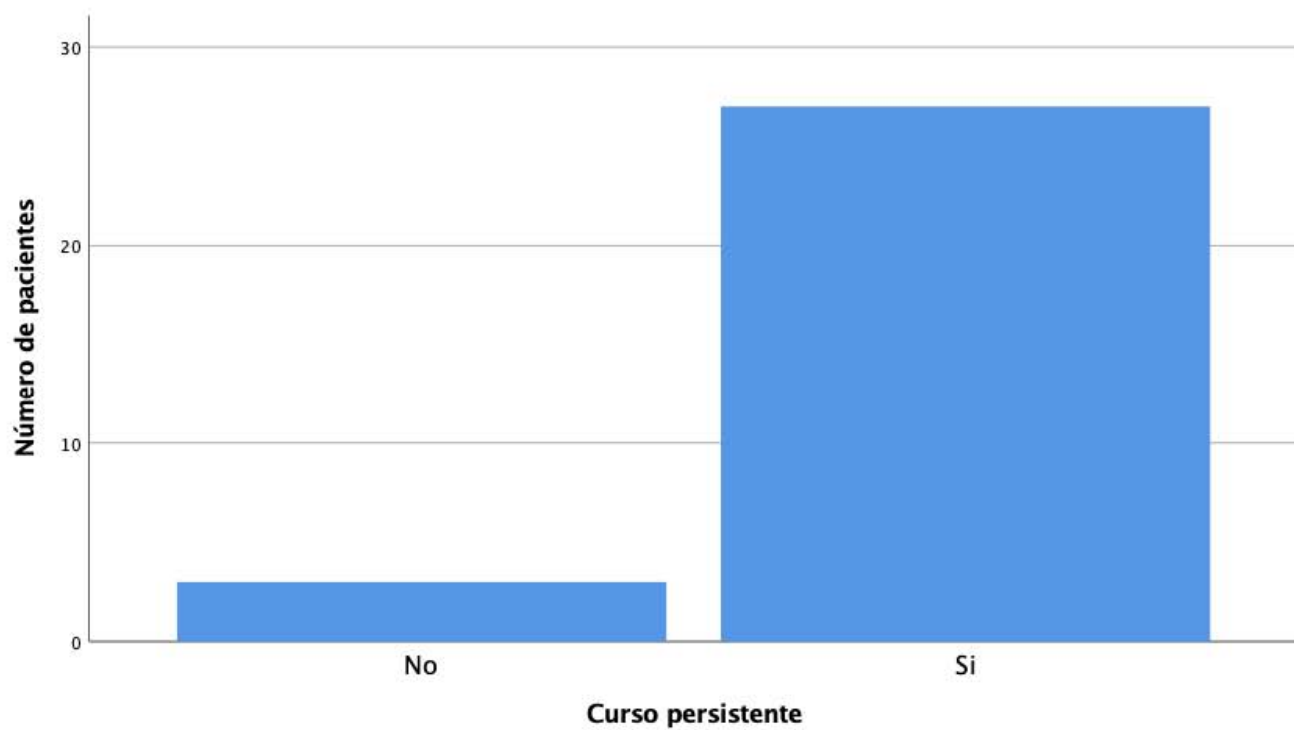
Gráfica 3. Número de pacientes con un factor desencadenado previo (N=31)



Gráfica 4. Número de pacientes y tipo más común de factor desencadenante (N=22)



Grafica 5. Número de pacientes con un curso de más de 6 meses (N=31)



Gráfica 6. Número de pacientes con un trastorno psiquiátrico comórbido (N=31)

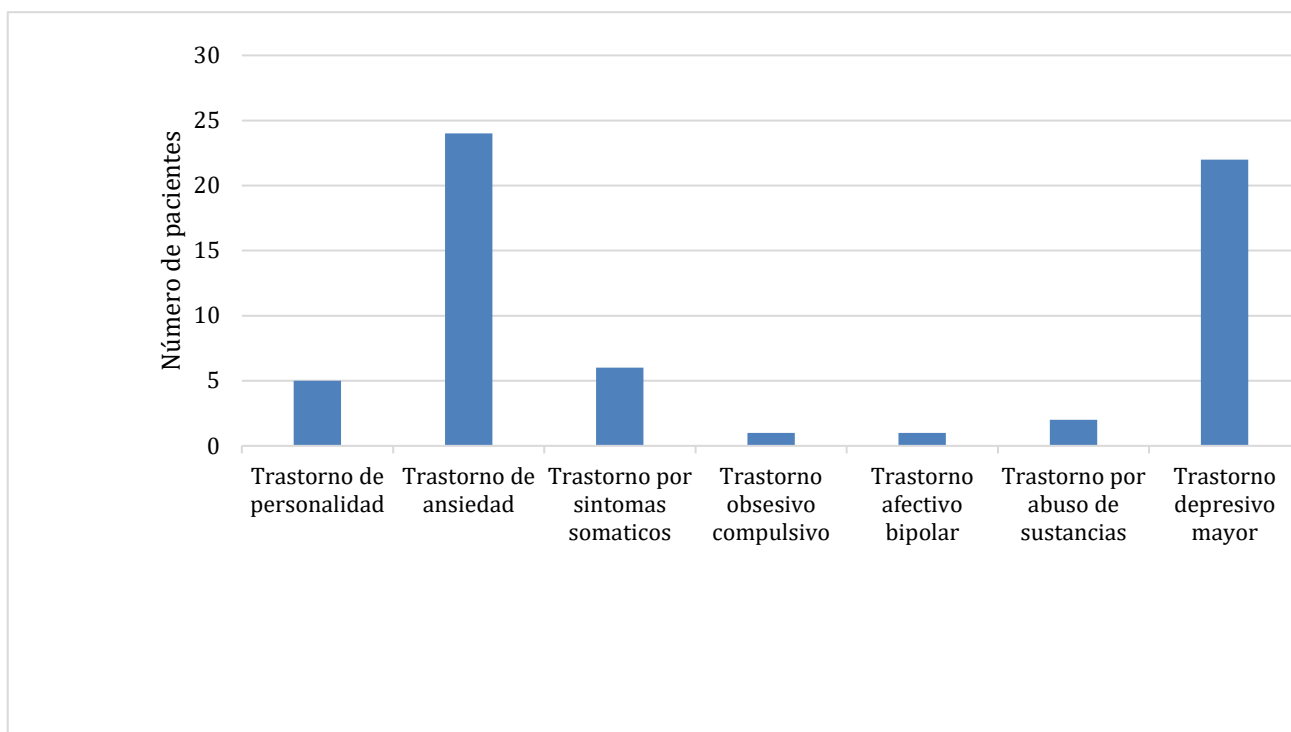


Tabla 2. Se muestran los resultados de relación entre el pronóstico y los resultados descriptivos de los datos clínicos de los pacientes con TNF motor (N=31)

| | Pronostico | Número de pacientes | Media | Significancia estadística (Se uso prueba de Levene de igualdad de varianzas) |
|---|-----------------|---------------------|-------|--|
| Edad promedio de inicio de sintomatología motora | Buen pronostico | 14 | 41,14 | 0.306 |
| | Mal pronostico | 17 | 36,71 | |
| Edad promedio de Diagnostico confirmatorio de TNF motor | Buen pronostico | 14 | 46,29 | 0.451 |
| | Mal pronostico | 17 | 40,82 | |
| Años promedio para hacer el diagnóstico definitivo de TNF motor | Buen pronostico | 13 | 5,46 | 0.292 |
| | Mal pronostico | 16 | 4,38 | |

8) DISCUSIÓN

Dentro de la población de TNF de tipo motora, es importante señalar que es similar lo que se ha reportado previamente en la literatura, siendo este un padecimiento más comúnmente encontrado en mujeres en casi un 70% y que es más común encontrarlo entre los 35 a 50 años de edad (Feinstein, 2001; Thomas, 2006), Existe un parecido importante en cuanto a la predisposición de edad y género en los pacientes que presentan TNF con síntomas motores, siendo una edad aproximada de 47 años.

En cuanto a la ocupación existen reportes que hablan de un proporción de desempleo importante llegando a encontrar hasta en un 50% aunque hay estudios donde se reporta hasta un 90%, siendo principalmente en referencia a realizar una actividad remunerada (Carson, 2011). Si se compara el grado de afectación es tal que se encuentran porcentajes similares en nuestra población siendo el 60% si contamos el desempleo y la labor dentro del hogar como actividades no remuneradas.

En cuanto al estado civil se ha documentado principalmente que la mayoría de los pacientes se encuentran casados, a diferencia de nuestra población donde predomina el hecho de no tener una pareja. (Folstein, 2001)

De los estresores psicológicos asociados, tomamos en parte lo que sería considerado un abuso constante ya sea físico, sexual o emocional, o siendo algún estresor reciente. Llama la atención que en nuestra población que existe una mayor proporción de estresores recientes los que predisponen al inicio de un TNF motor. Actualmente se puede decir que no queda claro si existe una relación causa efecto con algún estresor psicológico, pudiendo reportar desde un 14% hasta un 100% de los casos. (Roelofs, 2016).

Dentro de los TNF motores, existe dentro de nuestra población una parte importante con temblor funcional, observándose hasta en casi la mitad de los casos de TNF de tipo motor. Esto siendo relevante al ser un dato que también se ha reportado previamente siendo aproximadamente en un 50% de los casos. (Bhatia 2007)

Al comparar la comorbilidad psiquiátrica, llama la atención que existe una gran similitud en cuanto a síntomas depresivos encontrándose entre el 20-40 % y en síntomas ansiosos hasta un 38% (Crimlisk, 1998; Folstein, 2001) siendo esto similar, pero difiriendo en nuestra población, encontrándose aun con mayor prevalencia, con el trastorno depresivo mayor encontrándose en 22 pacientes (71%), y con algún trastorno de ansiedad hasta en 24 pacientes (77.4%). No existe una gran relación con trastornos somatomorfos que pueden encontrarse hasta en 50% de los pacientes, pero puede ser porque no se buscó intencionadamente en la consulta externa, encontrándose en un 19.4%.

El pronóstico de los TNF motores, en nuestra población fue variable llegando a reportarse sin mejoría en un 45% de los pacientes lo cual se puede comprar con lo previamente estipulado de de que en 33-66% de los pacientes con TNF motor el pronostico es que no hay mejoría. (Gelauff, 2014)

De lo más estudiado es que el tiempo que se tarda en obtener un diagnóstico es uno de los factores pronostico más importante (Gelauff, 2014)pero en nuestra población no fue de esa manera, al no encontrarse una relación específica.

11) CONCLUSIÓN

Los TNF motores, se han reportado por muchos años en la literatura médica y son comunes en la consulta de centros neurológicos. Aunque no tenga un componente estructural, el TNF causa mucho sufrimiento y en la gran mayoría de las ocasiones el desconocimiento del mismo en la comunidad médica y en los pacientes, genera costos elevados para la realización de estudios paraclínicos y tratamientos que no tienen algún beneficio directo.

El presente estudio aporta una primera aproximación hacia conocer mejor la población de pacientes con TNF motora que existen en nuestro medio y con ello poder identificar oportunamente este trastorno. Lo que se traduce en una mejor calidad de vida en los pacientes.

Existe algunas variables sociodemográficas y clínicas que son llamativas en nuestro estudio siendo principalmente la edad aproximada de la población de 47 años y la mayor prevalencia en el sexo femenino, que el tipo de TNF motor más comúnmente encontrado es tembló funcional y que un evento estresor inmediato lo que puede dar inicio a la sintomatología en un 71% de los pacientes.

La alta comorbilidad psiquiátrica que se encontró es relevante, pero no se sabe si se desarrollo antes o después del inicio de la sintomatología. Si fuera antes, es importante al considerar que el antecedente de depresión o ansiedad pueda tener algún grado de predisposición al desarrollo de una TNF. En cuanto a la evolución se debe de tomar en cuenta a primera vista las múltiples variables que pueden afectarlo, al considerar que no solo el diagnóstico oportuno tiene cambio positivo en el pronóstico.

Existen muchas limitantes en nuestro trabajo, no solo por lo complejo que puede ser los TNF. La revisión de un expediente clínico por más completo que sea, no tendrá la misma validez que una entrevista estructurada, en lo que es la revisión de factores pronóstico y clínica en la población. Las variables sociodemograficas nos dan una imagen del tipo de población que enfrentamos, pero para próximos estudios será relevante el desarrollo de entrevistas estructuradas y un seguimiento para poder determinar mejor otras variables clínicas y pronósticas.

11) REFERENCIAS

1. Aybek S, Vuilleumer P. Chapter 7, Imaging studies of functional neurologic disorders . Mark Hallett, Jon Stone, Alan Carson, Handbook of Clinical Neurology, Elsevier, (2016), Volume 139, Pages 73-8
2. Akagi, Hiroko, and Allan House. "The clinical epidemiology of hysteria: vanishingly rare, or just vanishing?." *Psychological medicine* (2002) 32.2: 191-194.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association (2013), Washington, DC.
4. Anderson KE, Gruber-Baldini AL, Vaughan CG, et al. Impact of psychogenic movement disorders versus Parkinson's on disability, quality of life, and psychopathology. *Mov Disord* (2007);**22**:2204–9.
5. Baik JS, Lang AE. Gait abnormalities in psychogenic movement disorders. *Mov Disord* (2007). 22: 395–399.
6. Barsky, Arthur J., E. John Orav, and David W. Bates. "Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity." *Archives of general psychiatry* (2005) 62.8: 903-910.
7. Bhatia KP, Schneider SA. Psychogenic tremor and related disorders. *J Neurol* (2007)254: 569–574.
8. Carson A, Stone J, Hibberd C, et al. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease' *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* (2011) ;**82**:810-813.
9. Crimlisk Helen L, Bhatia Kailash, A et al. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms *BMJ*, (1998); 316 :582
10. Duncan R, Razvi S, Mulhearn S. Newly presenting psychogenic nonepileptic attacks: incidence, population characteristics and early outcome from a prospective audit of a First Seizure Clinic. *Epilepsy Behav* (2011). 20: 308–311.
11. Edwards, M. J. "Neurobiologic theories of functional neurologic disorders." *Handbook of clinical neurology*. Vol. 139. Elsevier, (2016). 131-137.
12. Edwards, Mark J., Jon Stone, and Anthony E. Lang. "From psychogenic movement disorder to functional movement disorder: it's time to change the name." *Movement Disorders*, 29.7 (2014): 849-852.

13. Espay, Alberto J., et al. "Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders." *JAMA neurology* 75.9 (2018): 1132-1141.
14. Feinstein A, Stergiopoulos V, Fine J et al. Psychiatric outcome in patients with a psychogenic movement disorder: a prospective study. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* (2001). 14 (3): 169–176.
15. Gelauff J, Stone J, Edwards M, et al. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (2014);85: 220–226.
16. Gupta A, Lang AE. Psychogenic movement disorders. *Curr Opin Neurol* (2009) 22: 430–436.
17. Hirtz, D., et al. "How common are the "common" neurologic disorders?." *Neurology* (2007) 68.5: 326-337.
18. LaFrance Jr WC, Syc S Depression and symptoms affect quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. (2009) 73 (5): 366–371.
19. Mace, C. J., and M. R. Trimble. "Ten-Year Prognosis of Conversion Disorder." *British Journal of Psychiatry*, (1996) vol. 169, no. 3, 282–288
20. Morgante F, Edwards MJ, Espay AJ et al. Diagnostic agreement in patients with psychogenic movement disorders. *Mov Disord* (2012). 27 (4): 548–552.
21. Roelofs, K. Stress, childhood trauma, and cognitive functions in functional neurologic disorders. *Handbook of clinical neurology* (2016) 139. Elsevier, 2016. 139-155.
22. Schwingenschuh. P, Deusch. G Chapter 19 – Functional tremor. Mark Hallett, Jon Stone, Alan Carson, *Handbook of Clinical Neurology*, Elsevier, (2016), Volume 139, Pages 229-233
23. Thomas, Madhavi & Dat Vuong, Kevin & Jankovic, Joseph. Long-term prognosis of patients with psychogenic movement disorders. *Parkinsonism & related disorders* (2006) 12. 382-7.

