



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

**“COMORBILIDAD DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
EN PACIENTES CON DISTONÍA”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

Dr. Jorge Arturo Morales Quiñones.

Tutores:

Dr. Felipe Vázquez Estupiñán

Dr. Gabriel Neri Nani

Dra. Silvia Ortiz León

Servicio:

Departamento de Neurología

Dra. Diana Graciela Menez Díaz
Jefe de División en Educación en Salud
Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Dr. Luís Guillermo Ruiz Flores.
Profesor Titular del Curso.
Jefe de Servicio de Psiquiatría
Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Asesor Teórico

Dr. Gabriel Neri Nani
Médico adscrito al servicio de Neurología
Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Asesores Metodológicos:

Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán.
Médico de base del servicio de Psiquiatría
Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Dra. Silvia Ortiz León.
Coordinadora de Subespecialidad en Paidopsiquiatría.
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.
Universidad Nacional Autónoma de México.

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis no hubiese sido posible sin el entusiasmo, motivación y apoyo que me brindaron los Doctores Gabriel Neri Nani y Dr. Felipe Vázquez Estupiñán, a ellos debo mi mayor y sincero agradecimiento por haber sido más que mis tutores, mis maestros y amigos quienes me tuvieron siempre mucha tolerancia, respeto y cariño.

¡Muchas Gracias!.

Así mismo me gustaría agradecer a la Dra. Rosa Isela Arce por su Amistad, cariño, apoyo y constante aliciente, que me brindó, para concluir este trabajo.

Agradezco profundamente a mi familia por tantos años de apoyo incondicional, aún cuando últimamente he estado un poco distante de ellos. Sabrán que los llevo en mi corazón siempre. Gracias a mi madre, padre y hermanos desde mi Alma.

También quisiera agradecer a mis maestros que facilitaron mi preparación en la especialidad de Psiquiatría así como a mis compañeros residentes, no sólo de Psiquiatría, sino de Neurología (quienes me brindaron su Amistad y lugar en su residencia), Medicina Interna, Medicina Crítica, Cirugía, Reumatología, Nefrología, Otorrinolaringología, etc; con quienes aprendí mucho del arte de la Psiquiatría de Enlace.

En especial deseo agradecer a los Doctores Jaime López Rodríguez y Javier Arteaga de quienes aprendí psicoterapia y quienes estuvieron conmigo en los momentos más difíciles.

No estaría completo mi agradecimiento sin mencionar a mis amigos que estuvieron conmigo en momentos de completo desánimo entre quienes destacan Francisco Patiño, Mónica Moreno y Lucía Ortiz. Muchísimas gracias por su presencia en mi vida.

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
JUSTIFICACIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS	12
HIPÓTESIS	13
MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
DISEÑO.....	14
UNIVERSO DE TRABAJO.....	14
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	14
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	15
Instrumentos De Evaluación.....	17
PROCEDIMIENTO	21
ANÁLISIS	
ESTADÍSTICO.....	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	23
RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIÓN.....	38
ANEXOS	
Ley General de Salud de México DOF 12/2007.....	39
Consentimiento	
Informado.....	40
Trastornos Mentales diagnosticados en relación con tipo de Disonía.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43

RESUMEN

OBJETIVOS

Identificar la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con Distonía comparando los síntomas antes y después de la aplicación de toxina botulínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio semialeatorizado, antes-después del efecto de la toxina botulínica sobre los síntomas ansioso-depresivos en pacientes con distonías focales; realizado en el Departamento de Neurología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI de Agosto 2007 a Febrero 2008. Los pacientes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: Entrevista Neuropsiquiátrica Estructurada MINI, Escalas de Hamilton para Ansiedad y Depresión y Escala de Movimientos Anormales Involuntarios. Se excluyeron los pacientes que rechazaron participar en el estudio. Se calculó estadística descriptiva para las variables demográficas y no paramétrica con rangos de Wilcoxon o U de Mann Whitney para las diferencias entre los grupos antes y después de la aplicación de la toxina y se utilizó coeficiente de Spearman.

RESULTADOS

De 55 pacientes evaluados el 56.36% fueron mujeres, quienes presentaron mayor intensidad de la sintomatología tanto ansiosa como depresiva. La media de edad fue de 55.8 ± 11.71 años (25- 77 años). El 85.45% de los pacientes tuvieron algún diagnóstico psiquiátrico, de los cuales el 25.45% tuvo sólo 1 diagnóstico psiquiátrico, el 56.36% de los pacientes tuvo dos y el 3.63% tres diagnósticos psiquiátricos. El 65.45% contó con criterios para trastornos psiquiátricos primarios, de los cuales el más frecuente fue Distimia 16.36%.

La prueba de Wilcoxon no encontró diferencia estadísticamente significativa en las escalas HAM-A y HAM-D antes y después del tratamiento ($p=0.67$) aunque observamos una mejoría en los pacientes del 61.29% (19/31) y 68.96% (20/29), respectivamente; contra un 35.48% (11/31) y 31.03% (9/29), respectivamente, que empeoraron con el tiempo (15 a 148 días). En aproximadamente el 16% mejoraron en los síntomas ansiosos pero empeoraron en los depresivos. El coeficiente de Spearman entre la evolución de los trastornos psiquiátricos y neurológicos con la intensidad de la sintomatología de ansiedad y depresión fue N/S.

CONCLUSIÓN

Los pacientes que tienen distonías presentaron alta morbilidad psiquiátrica. Se necesitan más estudios en donde se mida el efecto en tiempos específicos con y sin antidepresivos.

INTRODUCCIÓN

Desde hace mucho tiempo se ha relacionado la exacerbación de los movimientos debidos a distonía con los cambios en la ansiedad o humor de la persona que la padece.

Existen reportes que han establecido una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con distonía, así como observaciones que asocian la mejoría de sintomatología depresiva comórbida a la corrección de la distonía después de la aplicación de toxina botulínica con fines cosméticos. Lo anterior se ha asociado a la mayor adaptación social del individuo.

El presente trabajo aborda la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con distonía de nuestro medio así como la medida en que son modificados los síntomas de ansiedad y depresión tras el manejo con toxina botulínica.

MARCO TEÓRICO

Distonía proviene del latín dys y griego tonos. Es definida como una distorsión de la tonicidad, especialmente del tejido muscular. Actualmente el término se refiere a la tensión anormal que condiciona posturas anormales (1).

Existen diversas formas de clasificarla, entre las cuales destacan, su topografía y etiología. Por su topografía son clasificadas como: Generalizada, hemidistonia (extremidad torácica o pélvica ipsilateral), multifocal (2 ó más regiones no adyacentes), segmental (2 ó más regiones adyacentes como cuello y extremidades) y focal (una región, por ejemplo: blefaroespasma, oromandibular, tortícolis, espasmo del escriba) (1, 2).

Por su etiología son divididas en primarias y secundarias (tabla 1).

Tabla 1. adaptado de (1,2)

Clasificación de Distonías
<i>Primarias</i> Autosómica dominante DYT1-mapa genético locus 9q34 DYT2, Autosómica recesiva DYT3, Ligada al X - mapa genético locus Xq13.1 Distonía DYT5, respondedora a Dopa; autosómica-dominante; mapa genético locus 14q22.1-q22.2
<i>Secundarias</i> Daño cerebral traumático o perinatal Encefalitis Heredodegenerativas (Enfermedad de Parkinson, Neuroacantocitosis) Trastornos metabólicos (Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Wilson) Tumores Infarto o hemorragia cerebral profunda Inducida por drogas o toxinas (p. ej. Dopamina, neurolépticos) Distonía Ficticia

La Distonía puede ser mimetizada por Trastornos Psiquiátricos de tipo conversivo o bien por cualquier otro trastorno de Ansiedad de gran intensidad (3,4), lo cual representa un desafío tanto para psiquiatras como para neurólogos.

Hasta el momento no existen test diagnósticos “gold-standard” y no están establecidos criterios diagnósticos universalmente aceptados para diagnosticar esta yuxtaposición diagnóstica entre trastornos psiquiátricos y neurológicos, tales como las distonías. En algún grado, este problema resulta de la naturaleza subjetiva de los síntomas, y a que las

estrategias de diagnóstico de exclusión (propuesta por la CIE-10 y DSM para el trastorno conversivo) tienen pobre sensibilidad diagnóstica. Si excluimos el entendimiento del proceso fisiopatológico, sería mejor utilizar el término idiopático en lugar de psicogénico o conversivo. Aproximadamente del 1 al 9% de los pacientes neurológicos son pacientes conversivos, frecuencia que se incrementa al 14% cuando existe comorbilidad neurológica y psiquiátrica (5).

En el año 1990, Moene y cols, encontraron falsos positivos entre el 5 - 15% de los casos en seguimiento a 1-10 años y concluyeron que el examen neurológico es particularmente útil, como observaron en 4 de 10 falsos positivos de su estudio (5). La RMN y TCC también juegan un rol esencial en la eliminación de falsos positivos donde la etiología es de naturaleza estructural (6).

Las mujeres son más afectadas que los hombres en aproximadamente un 60-80% de los casos conversivos (5).

En los trastornos del movimiento conversivos se ha observado que la comorbilidad de diagnósticos psiquiátricos de Depresión y Ansiedad son factores de buen pronóstico, mientras que la cronicidad, inicio insidioso de los movimientos, y diagnósticos psiquiátricos de hipocondriasis, trastornos facticios son asociados con un pronóstico desfavorable (7).

En algunos ensayos clínicos se ha observado que los trastornos del movimiento conversivos tienen adecuada respuesta al tratamiento antidepresivo aún cuando sean crónicos, con trastornos de ansiedad o depresión previos o comórbidos (6).

La presencia de síntomas de ansiedad y depresión antes y después del curso de la distonía, sin una relación causal posible, puede hacer que la alteración psicológica en el sistema nervioso central no favorezca una expresión clínica simple de la distonía (8). Skogseid y cols (2007) encontraron depresión clínicamente significativa en el 19% y ansiedad clínicamente significativa en el 10% de una muestra de 70 pacientes con distonía cervical (8).

En el año 2004, Lauterbach E. y cols encontraron, en un estudio de casos de pacientes con distonía y controles, la siguiente prevalencia de trastornos psiquiátricos (según los criterios del DSM-III): Trastorno Depresivo 25%, Trastorno de Ansiedad Generalizada 25%, Fobia Social 17.9%, Trastorno Bipolar 7.1% y Trastorno Bipolar Atípico 7.1%;

todos ellos fueron significativamente más comunes que lo obtenido en el grupo control. Además observaron que el Trastorno de Ansiedad Generalizada y Fobia Social precedieron a la Distonía primaria, mientras que el Trastorno Bipolar se desarrolló después de iniciada la distonía secundaria (10). En el año 2007, Miller y cols, encontraron en 83 pacientes estudiados con Distonía, una frecuencia de depresión moderada de al menos el 37.3%, lo cual observaron con una frecuencia similar en pacientes que presentaban temblor esencial (34%). Los síntomas más reportados fueron fatigabilidad, anhedonia, dificultad en el trabajo, y alteraciones en el sueño (11).

Lo anterior repercute socialmente en función del grado de deterioro del movimiento aunado a la comorbilidad psiquiátrica ya que puede favorecer el aislamiento por discapacidad o bien por inhibición psicosocial. Incluso en algunos casos de movimientos estereotipados oro-buco-lingüo-masticatorios, puede llegar a tal gravedad que limite la emisión del lenguaje verbal, o bien la masticación de los alimentos (12).

Actualmente el tratamiento de elección para distonías focales; como el blefaroespasmos, espasmo hemifacial y distonía cervical, es la aplicación local de la toxina botulínica tipo A, cuyo mecanismo de acción consiste en la desnervación parcial y temporal de los músculos mediante el bloqueo de las sinapsis colinérgicas neuromusculares (en el sitio de la inyección) y autonómicas (13). El pico máximo del efecto es experimentado por el paciente tres semanas después de la aplicación de la toxina y, en caso de que no lo presentara en ese tiempo, podría predecirse que posteriormente no lo tendría. Bihari (2006) encontró que el efecto de la toxina botulínica en pacientes con blefaroespasmos, espasmo hemifacial y distonía cervical oscila entre 47.4-62.2, 41.8-65.1 y 44.6-64.3 días respectivamente según la marca usada (14); sin embargo, actualmente se ha encontrado información contradictoria al respecto concluyéndose que el efecto dependerá de la difusión a los músculos adyacentes y remotos, lo cual podría ser relacionado a la composición de la toxina, tipo y forma de dilución, volumen, selección de la región muscular inyectada, y técnica de la inyección (8).

Evaluaciones previas realizadas en pacientes con distonía cervical han encontrado que la mejoría de la severidad de la enfermedad observada por el médico, tras la aplicación de la toxina botulínica, no fue reflejada en la mejoría de la puntuación en la escala de calidad de vida (HRQoL); lo que podría relacionarse al estrés psicológico presentado por el

paciente al momento de la revaloración (14).

Hasta el momento solo existen 2 reportes, en la literatura médica, que consideren la mejoría de la sintomatología depresiva en pacientes con distonía que reciben toxina botulínica. En el primer estudio, del año 1992, estudiaron a 26 pacientes con distonía cervical observando una mejoría de la sintomatología depresiva e incapacidad en el 25% de los pacientes y concluyeron que la depresión era consecuencia de la postura anormal de la cabeza (15).

En otro estudio (2006) estudiaron a 10 pacientes con trastorno depresivo que recibieron la toxina botulínica con fines cosméticos y encontraron mejoría en el 100% de los pacientes, la cual evaluaron antes y después con la escala de Beck en un intervalo de 2 meses (16).

En el presente trabajo evaluamos la comorbilidad de trastornos psiquiátricos en pacientes que ya habían recibido el diagnóstico de Distonía por parte de un Neurólogo y la respuesta de los síntomas psiquiátricos al tratamiento con toxina botulínica en el departamento de Neurología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

JUSTIFICACIÓN

Consideramos que la información del presente estudio podría arrojar información valiosa para esclarecer, dentro del contexto clínico, dicha relación y así dar sustento a una línea de investigación en pacientes con distonía en el Hospital de Especialidades de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI para la detección y tratamiento oportunos de los trastornos psiquiátricos comórbidos en los pacientes con distonía, incluyendo los factores genéticos y psicosociales en cuales se encuentran inmersos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta el momento no existe algún antecedente de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con distonía y en qué medida los síntomas responden al manejo con toxina botulínica, lo cual es importante determinar ya que existe una yuxtaposición entre los trastornos del movimiento y psiquiátricos dentro del espectro conversivo e incluso en ansiedad grave, lo cual plantea un reto clínico tanto para psiquiatras como para neurólogos, si a esto le agregamos que la intensidad de los trastornos psiquiátricos pueden incrementarse debido a la evolución desfavorable de las enfermedades, entonces tenemos que incrementa la confusión para la identificación clínica de los trastornos psiquiátricos en pacientes con Distonía.

En el presente estudio nos propusimos responder si existe alta comorbilidad psiquiátrica en los pacientes que padecen distonía y la medida en que los síntomas de ansiedad o depresión se modifican tras la aplicación de toxina botulínica.

OBJETIVO

Identificar la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con Disonías que se encuentran bajo tratamiento con toxina botulínica, así como la intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión antes y después de la aplicación de la misma.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1 Determinar la frecuencia de los trastornos psiquiátricos presentados en pacientes con distonía.
- 2 Comparar los síntomas de ansiedad y depresión antes y después de la aplicación de la toxina botulínica
- 3 Correlacionar valores de escalas de ansiedad y depresión con valores en escalas de movimientos involuntarios antes y después de la aplicación de la toxina botulínica.

HIPÓTESIS

- 1 La comorbilidad de trastornos psiquiátricos en pacientes con distonía es alta.
- 2 El empleo de la toxina botulínica en pacientes con distonía disminuye la intensidad de los síntomas ansiosos y/o depresivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO

Se trata de un estudio semialeatorizado, antes después sobre el efecto de la toxina botulínica en la sintomatología psiquiátrica ansiosa-depresiva en pacientes con diferentes tipos de distonías focales, que permitió calcular la frecuencia de trastornos psiquiátricos. Fue realizado en el Departamento de Neurología del Hospital de Especialidades de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI del mes de Agosto del 2007 al mes de febrero del 2008.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes de 17 a 90 años de edad con trastornos del movimiento tipo distonía que acudieron al servicio de Neurología del Hospital de Especialidades de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI para aplicación de toxina botulínica cada 3 meses.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- 1 Pacientes con diagnóstico de Distonía con o sin síntomas psiquiátricos al momento de la evaluación.

Criterios de Exclusión

- 1 Pacientes que rechazaron participar en el estudio.

Criterios de Eliminación

- 1 Pacientes que no contaron con diagnóstico neurológico completo.
- 2 Pacientes en quienes no se haya determinado el tiempo de evolución de la distonía o trastorno mental.
- 3 Pacientes que hayan iniciado tratamiento antidepresivo a dosis terapéuticas durante la entrevista inicial.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Definiciones Operacionales

Distonía es un trastorno del movimiento caracterizado por contracciones musculares sostenidas, repetitivas, o posturas anormales de torsión del tronco, cuello, cara, extremidades superiores e inferiores.

Incluiremos como grupo de distonía facial tanto a los pacientes que presenten blefaroespasmos como distonía hemifacial. Blefaroespasmos se refiere a la distonía focal que involucra los músculos de uno o ambos ojos y que ocasionalmente puede incluir la región peribucal recibiendo así el nombre de Síndrome de Meige. Distonía hemifacial consiste en una distonía focal que involucra sólo un lado de los músculos faciales.

Consideraremos trastornos psiquiátricos primarios aquellos presentados previamente al inicio de la distonía y trastornos psiquiátricos secundarios los que hayan aparecido después de la distonía.

Usaremos las siguientes abreviaturas: HAM A1 y HAM A2= Hamilton de Ansiedad inicial y final respectivamente. HAM D1 y HAM D2= Hamilton de Depresión inicial y final respectivamente.

Variables Clínicas

Distonías

- 1 Facial (Blefaroespasmos y distonía hemifacial).
- 2 Cervical
- 3 Cervical-Facial
- 4 Espasmo del Escriba
- 5 Otras (secuelas de EVC, paraparesia espástica familiar).

Trastornos Psiquiátricos (diagnosticados con el MINI y CIE-10)

- 1 Distimia
- 2 Trastorno depresivo recurrente
- 3 Trastorno Bipolar
- 4 Trastorno Obsesivo Compulsivo
- 5 Trastorno de Ansiedad Generalizada
- 6 Trastorno de Pánico
- 7 Fobia social con y sin agorafobia
- 8 Trastorno de Estrés Postraumático
- 9 Abuso y dependencia de Alcohol
- 10 Trastornos Asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas
- 11 Trastornos Psicóticos
- 12 Anorexia Nerviosa
- 13 Bulimia Nerviosa
- 14 Trastorno Antisocial de la personalidad
- 15 Otros Trastornos de Personalidad

Variables Demográficas

- 1 Edad
- 2 Sexo

Variables Independientes

- 1 Aplicación de la toxina

Variables Dependientes

- 2 Trastornos Psiquiátricos
- 3 Puntuación en escalas

Variables de Confusión

- 1 Antecedentes crónico-degenerativos, traumáticos o quirúrgicos.
- 2 Tiempo entre las evaluaciones.
- 3 Tiempo de evolución de la distonía
- 4 Tiempo de evolución del trastorno psiquiátrico en caso de ser diagnosticado.

Instrumentos De Evaluación

Instrumento de Tamizaje

- 1 Entrevista Neuropsiquiátrica Estructurada MINI

Instrumentos de Intensidad

- 2 Escalas de Hamilton para Ansiedad y Depresión (aplicadas antes y después de la aplicación de la toxina botulínica).
- 3 Escala de Movimientos Anormales Involuntarios (aplicadas antes y después de la aplicación de la toxina botulínica).
- 4 Escala Autoaplicada de Adaptación Social (aplicada en la primera entrevista).

1) La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve que explora la detección y/u orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno

correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas filtro correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Existen varias versiones en español, de las cuales en nuestro estudio incluiremos la MINI de L. Fernando, J. Bobes, J. Gubert, M. Soto y O. Soto (17).

2) Escala de Depresión de Hamilton (18): Es utilizada para medir la severidad de la depresión. No es un instrumento diagnóstico. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento. Desde su publicación inicial en 1960, la HAM-D ha sido aceptada como el estándar de la evaluación para depresión clínica y ha sido extensamente usada en la investigación clínica para determinar la eficacia de los medicamentos antidepresivos y otras modalidades de tratamiento. También ha sido utilizada para evaluar síntomas de depresión en una amplia variedad de enfermedades, desde alcoholismo, enfermedad de Parkinson, esquizofrenia, etc. En nuestro estudio la utilizaremos para Disonías.

Fue elaborada directamente a partir de la práctica clínica. Por lo general se recomienda realizar una consulta de por lo menos media hora y tomar en cuenta la intensidad de los síntomas desde diez días previos.

Presenta una consistencia interna medida con alfa de Cronbach de 0.48 a 0.85. El uso estandarizado de los 17 reactivos de la HAM-D produce un máximo posible de 50 puntos. Varios estudios han demostrado correlaciones entre evaluadores de hasta 0.94 (coeficiente de correlación de Spearman). Un coeficiente de confiabilidad de menos de 0.84 ha sido reportado para solo un par de evaluadores clínicos en todos los estudios. La evidencia indica que se puede obtener un buen acuerdo interevaluador con la HAM-D, especialmente cuando se tiene experiencia clínica y entrenamiento formal en la calificación de la escala.

En estudios de pacientes deprimidos se han demostrado correlaciones altas (0.84-0.90) entre las puntuaciones de la HAM-D y evaluaciones clínicas globales de severidad al momento de la admisión. Otro estudio que reportó esta misma relación, incluyó pacientes

psiquiátricos deprimidos y no deprimidos y su correlación fue de 0.67. La HAM-D ha sido descrita como algo mejor en la diferenciación en niveles de severidad entre pacientes deprimidos que la escala de depresión autoaplicable de Zung y casi igual a la escala de depresión de Beck. Las correlaciones con severidad total y depresión alcanzaron 0.56 y 0.66 respectivamente para valoraciones pretratamiento y 0.77 y 0.87 para valoraciones postratamiento. Se ha reportado una correlación de 0.77 entre la HAM-D y el Beck para pacientes admitidos en hospital general. Aunque no fue diseñada con este propósito, esta escala se ha empleado para cuantificar el grado de síntomas depresivos en pacientes que no tienen enfermedades depresivas primarias.

3) Escala de Ansiedad de Hamilton (18): La escala de ansiedad de Hamilton proporciona una medición de ansiedad global incluyendo síntomas cognitivos y somáticos. Inicialmente fue diseñada como un indicador de severidad de la neurosis de ansiedad, sin embargo esta escala no se enfoca a síntomas de ansiedad generalizada de acuerdo al DSM IV. Es la medición más utilizada en estudios farmacológicos de ansiedad. Distingue pacientes ansiosos de no ansiosos. En un estudio, se observó que sujetos no ansiosos tienen un promedio de 2.40 y pacientes en busca de tratamiento para trastornos de ansiedad de 18.95.

Es un instrumento administrado por el clínico, tiene 14 reactivos que evalúan ansiedad, tensión, temor, insomnio, síntomas cognitivos, afecto deprimido, conducta durante la entrevista, síntomas somáticos sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, autonómicos y somáticos. La escala de calificación va de 0 a 4 para cada reactivo. La calificación final va de 0 a 56. Se ha sugerido 14 como punto de corte para indicar ansiedad con significado clínico. El tiempo de administración va de 15 a 30 minutos. Esta escala tiene una buena consistencia interna, el alfa de Cronbach es de 0.79-0.86. Con buen entrenamiento la confiabilidad entre evaluadores va de 0.74-0.96. La confiabilidad a un día y a una semana de test retest es de 0.96. La validez se ha determinado con la correlación con otras escalas de ansiedad. Por ejemplo con la escala de ansiedad. Por ejemplo con la escala de ansiedad global de Covi de 0.63-0.75 y con Beck de ansiedad de 0.56.

4) Escala de Movimientos Anormales Involuntarios (19): es un instrumento de 12 preguntas que evalúa movimientos anormales involuntarios relacionados con fármacos antipsicóticos, como distonía tardía y acatisia crónica y el trastorno motor “espontáneo” relacionado con la propia enfermedad (Guy 1976). Se basa en un procedimiento de examen rutinario que fácilmente puede integrarse en una evaluación clínica rutinaria. Es fácil capacitar a clínicos de diferentes disciplinas para administrar AIMS, que puede completarse en 10 a 15 minutos. La calificación del examen se basa en la evaluación de la gravedad de los movimientos en tres principales regiones anatómicas (a saber, facial/bucal, extremidades y tronco) sobre una escala de 5 puntos (0= nada a 4=grave)- También suministra la evaluación global de enfermedad, una evaluación de la incapacidad causada por movimientos anormales y una evaluación de la simple percepción de los movimientos por el paciente. Se han propuesto criterios de evaluación para esta escala, de los cuales los criterios Munetz sugieren que todos los movimientos deben calificarse cualquiera que sea su etiología.

PROCEDIMIENTO

Del mes de agosto a diciembre del 2007 realizamos una selección semialeatorizada de los pacientes con diagnóstico de Disonía (por el servicio de Neurología) que acudieron a consulta para la aplicación de toxina botulínica (por parte de un Neurólogo entrenado). Los pacientes seleccionados fueron invitados por el neurólogo o residente de Psiquiatría del 4º a participar en el presente estudio mediante un consentimiento informado.

Una vez que aceptaron participar, el residente del 4º año de la especialidad de Psiquiatría (investigador) realizó una entrevista psiquiátrica personal en una sala aislada, asignada especialmente para ello, aplicando la Entrevista Neuropsiquiátrica Estructurada (MINI) con duración aproximada de 20 minutos; e inmediatamente después e independientemente de que no se hubiere integrado algún diagnóstico psiquiátrico, se aplicaron las escalas de Movimientos Anormales Involuntarios con duración aproximada de 5 minutos, de Ansiedad y Depresión de Hamilton con duración aproximada de 10 minutos c/u.

Las escalas de Movimientos Anormales Involuntarios, Ansiedad y Depresión de Hamilton se aplicaron nuevamente después de 21 días de la aplicación de la toxina.

En dicha entrevista se buscó información adicional relacionada con inicio de la sintomatología de distonía y, en su caso de sintomatología psiquiátrica, así como comorbilidad con antecedentes crónico-degenerativos, traumáticos o quirúrgicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados fueron evaluados utilizando el programa SSPS 15, en donde los pacientes fueron estratificados por topografía de la distonía y diagnóstico psiquiátrico para calcular estadística descriptiva. Se determinó la frecuencia de los trastornos mentales, distonías (por tipo topográfico) y antecedentes de todos los pacientes, en quienes se calculó la media de la edad y la frecuencia en la proporción de género.

Realizaremos estadística inferencial con pruebas no paramétricas con rangos de Wilcoxon para comparar los resultados de las escalas de Hamilton (de ansiedad y depresión) obtenidos antes y después de la aplicación de la toxina botulínica.

Realizamos U de Mann Whitney para las diferencias entre las puntuaciones de Hamilton de Ansiedad y depresión antes y después de la aplicación de la toxina entre los diferentes grupos y el tiempo transcurrido durante las evaluaciones antes-después.

Se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman para calcular la correlación del cambio de puntajes de HAM-A y HAM-D (delta) con la intensidad de los movimientos anormales y el tiempo de la sintomatología psiquiátrica y distónica (20).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud texto vigente DOF 18-12-2007 título tercero para la prestación de servicios de salud, capítulo I para las disposiciones comunes, artículos 28 y 29; capítulo II para la atención médica, artículos 32 y 33; y título quinto para investigación en la salud, capítulo único, artículos 96, 98, 100 y 101. Para mayor información consulte el anexo I (21) y II.

A todos los pacientes se les proporcionó la información resultante de su evaluación, invitando a consulta externa de Psiquiatría a aquellos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico con la intención de vigilar el bienestar de los enfermos.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Disponibles y necesarios

- 1 Pacientes con diagnóstico de Distrofia que reciban toxina botulínica tipo A.

Humanos, equipos, materiales o insumos

- 2 Residente de Psiquiatría Investigador
- 3 Asesores metodológico, teórico y Neurólogo investigador.
- 4 55 Consentimientos informados
- 5 55 copias de la Entrevista Neuropsiquiátrica Semiestructurada MINI (24 hojas)
- 6 55 Escalas de Ansiedad y Depresión de Hamilton (5 hojas)
- 7 55 Escalas de Movimientos Involuntarios
- 8 2 cartuchos de tinta negra para impresora HP photosmart 7700.
- 9 Toxina Botulínica tipo A.

Financieros

- 1 Autofinanciamiento del investigador
- 2 Toxina botulínica tipo A. Forma parte del cuadro básico de medicamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS

De un total de 55 pacientes evaluados con distonía, 41.81% (n=24/55) fueron hombres y 56.36% (n=31/55) mujeres. La media de edad fue de 55.8 ± 11.71 años (25 - 77 años).

Como se muestra en la siguiente tabla, las mujeres tuvieron mayor intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión en las escalas de Hamilton (tabla 1).

Tabla 1. Medias de los valores HAM A y HAM D por sexo, antes y después.

Escalas de Hamilton	Ansiedad al inicio	Ansiedad al término	Depresión al inicio	Depresión al término
Hombres	16.45	13.94	17.75	15.82
Mujeres	20.04	18.31	19.06	16.26

De nuestra muestra el 41.81% (n=23/55) de los pacientes tuvo distonía facial (Blefaroespasmos 21.81% y Distonía Hemifacial 20%), el 34.54% distonía cervical, el 7.27% (4/55) ambas, el 7.27% (n=4/55) distonía orolingual y el 9.09% (5/55) Otras (Espasmo del Escriba 3/55, Secuelas EVC 1/55 y Paraparesia Espástica Familiar 1/55).

El 29.09% (16/55) de los pacientes tuvo alguna enfermedad médica asociada, de las cuales la más frecuente fue Hipertensión Arterial Sistémica (18.18%, 10/55). El 7.27% (4/55) % tuvo 2 diagnósticos médicos además de la distonía y los trastornos mentales.

Del total de pacientes, presentaron algún antecedente de daño a órgano blanco el 9.09% (5/55, riñón y corazón), traumatismo craneoencefálico el 5.45% (3/55), trastornos por tics 3.63% (2/55), accidentes automovilísticos 3.63% (2/55) y EVC 3.63% (2/55).

El 85.45% (n=47/55) de los pacientes tuvo algún diagnóstico psiquiátrico, de los cuales el 25.45% (14/55) tuvo sólo uno, el 56.36% (n=31/55) de los pacientes tuvo dos y el 3.63% (n=2/55) tuvo tres diagnósticos psiquiátricos. Ninguno de estos pacientes había recibido medicación psicotrópica antes de la distonía.

En la valoración retrospectiva obtuvimos que el 65.45% (36/55) de los pacientes contó con criterios para trastornos psiquiátricos primarios, de los cuales el más frecuente fue

Distimia 18.18% (10/55). Otros trastornos frecuentes fueron el Trastorno de Ansiedad Generalizada 16.36% (9/55) y Uso y Abuso de Alcohol 10.90% (6/55).

Existió un porcentaje del 7.27% (4/55) en Fobia Social y Trastorno adaptativo prolongado. El Trastorno de Pánico presentó una frecuencia del 5.45% (3/55). Encontramos una frecuencia del 1.81% (1/55) para cada uno de los siguientes trastornos: Trastorno Somatomorfo, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsiva, Trastorno de Personalidad Ansiosa, Trastorno de personalidad antisocial y Trastorno Límite de la Personalidad. Vea anexo III.

De los trastornos psiquiátricos secundarios el que tuvo la mayor prevalencia fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada en el 12.72% (7/55) de los pacientes. Le siguieron Fobia Social y Uso y Abuso de Alcohol con una frecuencia del 10.90% cada uno. Los trastornos depresivos recurrentes y Distimia tuvieron una frecuencia del 7.27% cada uno. Los siguientes trastornos psiquiátricos secundarios tuvieron una frecuencia del 1.81% (1/55) cada uno: Trastorno de Pánico y Trastorno de Estrés Postraumático. Vea anexo III. De los pacientes identificados con trastorno depresivo recurrente el 7.27% (4/55) fue evidente a la entrevista y el 1.81% (1/55) requirió hospitalización psiquiátrica por intento de suicidio dos meses después de la valoración inicial.

De los 55 pacientes diagnosticados, solamente contamos con valoración de Hamilton de ansiedad y depresión inicial en 52 pacientes de los cuales encontramos que el 26.92% (14/52) presentaron síntomas de ansiedad moderada a grave, de los cuales el 1.92% presentó sintomatología grave. Así mismo encontramos que el 36.53% (19/52) presentaron síntomas depresivos moderados y/o graves, de los cuales el 3.84% (2/52) presentó sintomatología grave. De este último porcentaje una paciente (1.92%) ameritó hospitalización psiquiátrica.

Al analizar por tipo de distonía encontramos que en los pacientes con distonía facial existe la misma frecuencia entre los trastornos de Ansiedad Generalizada y Distimia 21.73% (5/23). Sin embargo, al considerar los subgrupos observamos que el diagnóstico psiquiátrico primario más frecuente en pacientes con Blefaroespasmos fue el Uso y Abuso de Alcohol 33.33% (4/12), y en la Distonía hemifacial la Distimia con una frecuencia del 45.45% (5/11). Obsérvese en el anexo III la comorbilidad muy similar entre estos dos tipos de distonía en especial del Trastorno de Personalidad tipo Obsesivo.

En el grupo distonía cervical el trastorno psiquiátrico más común fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada con una frecuencia del 27.77% (5/18), obsérvese en este grupo de pacientes la alta comorbilidad con Trastornos de Pánico, Trastorno Adaptativo prolongado y Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite además del Trastorno de personalidad tipo obsesivo.

Solamente 28 pacientes (52.72%) fueron incluidos para el estudio estadístico después de la aplicación de la toxina botulínica y encontramos que el 31.03% (9/28) presentaba sintomatología ansiosa moderada en la HAM-A inicial, y el 34.38% (10/29) sintomatología depresiva de moderada a grave, de los cuales el 16% contaba con sintomatología grave que ameritó inicio de medicación psicotrópica.

Las gráficas 1 y 2 muestran las dispersiones de la intensidad de los síntomas de ansiedad, antes y después, por tipo de distonía, en cuales observamos que solo se reducen los síntomas ansiosos del grupo con ambas distonías.

Gráfica 1. Relación HAM A 1 por tipo de distonía.



Gráfica 2. Relación HAM A 2 por tipo de distonía.



La amplia dispersión podría ser resultado del tamaño de la muestra.

Las gráficas 3 y 4 representan la dispersión de la intensidad de los síntomas depresivos por tipo de distonía, antes y después de la aplicación de la toxina botulínica respectivamente. .

Gráfica 3. Relación HAM D 1 y tipo de distonía.



Gráfica 4. Relación HAM D 2 y tipo de distonía.



En estos gráficos observamos un efecto similar en el grupo ambas. También observamos una discreta disminución de los síntomas depresivos en los grupos facial y cervical. Observamos un caso en el grupo facial con puntuación mayor a 55 en la escala, probablemente secundaria a un evento agudo.

La gráfica 5 muestra que el grueso de las segundas valoraciones fueron efectuadas entre 30 a 100 días después. Observamos un caso que fue evaluado después de 400 días, que fue el caso que obtuvo la calificación de Hamilton para depresión más alta.

Gráfica 5. Relación del tipo de distonía y días transcurridos entre valoraciones



La gráfica 6 muestra la correlación entre la intensidad de los síntomas ansiosos (HAM-A 1) y severidad de la distonía antes de la aplicación de la toxina botulínica.

Gráfica 6. Relación de resultados iniciales de escalas HAM A y movimientos anormales



La gráfica 7 muestra la correlación entre la intensidad de los síntomas depresivos (HAM-D1) y severidad de la distonía al inicio.

Gráfica 7. Relación de escalas iniciales HAM D y movimientos anormales.



La gráfica 8 muestra la correlación entre la intensidad de los síntomas ansiosos (HAM-A2) y severidad de la distonía al final.

Gráfica 8. Relación de escalas finales HAM A y movimientos anormales finales.



La gráfica 9 muestra la correlación entre la intensidad de los síntomas depresivos (HAM-D1) y severidad de la distonía al final.

Gráfica 9. Relación de escalas finales HAM D y movimientos anormales.



Obsérvese como, en las cuatro gráficas anteriores existe una discreta tendencia directamente proporcional entre la intensidad de los síntomas ansiosos o depresivos (tanto antes como después de la aplicación de la toxina botulínica) y la intensidad de los movimientos anormales debidos a la distonía.

Para el análisis estadístico de la intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión, se utilizaron los estadísticos descriptivos descritos en la tabla 2:

Tabla 2. Variables descriptivas

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	25	77	55.84	11.719
HAM A 1	0	40	14.33	10.109
HAM A 2	2	31	14.62	7.924
HAM D 1	1	36	15.36	9.707
HAM D 2	2	51	14.42	9.877
Días transcurridos	12	443	67.80	80.787
N válido (según lista)	28			

Al valorar los rangos de Wilcoxon no encontramos una diferencia estadísticamente significativa en las escalas HAM-A y HAM-D antes y después del tratamiento ($p= 0.115$ y 0.169 respectivamente), aunque observamos una mejoría en los pacientes del 61.29% (19/31) y el 68.96% (20/29), respectivamente; contra un 35.48% (11/31) y 31.03% (9/29) que empeoraron, respectivamente.

En aproximadamente un 13.79% de los pacientes se observó que mejoraron en los síntomas ansiosos, sin embargo empeoraron en los depresivos.

Obtuvimos un coeficiente de Spearman del 0.535 ($p=0.01$, $N=31$) para la correlación entre los tiempos de evolución entre los trastornos psiquiátricos primarios y secundarios.

La correlación entre la evolución de los trastornos psiquiátricos y neurológicos con la intensidad de la sintomatología de ansiedad y depresión fue N/S.

Encontramos un coeficiente de correlación del 0.39 ($N=32$) entre la intensidad inicial de los síntomas de distonía y el diagnóstico psiquiátrico primario realizado retrospectivamente. La intensidad inicial de los movimientos anormales estuvo estadísticamente relacionada tanto con la intensidad de la sintomatología depresiva inicial (0.485, $N=36$) y la sintomatología ansiosa inicial (0.454, $N=37$).

Ya que obtuvimos una correlación negativa significativa (-0.369, N=30) entre la intensidad de la sintomatología ansiosa inicial y los días transcurridos, entre ambas aplicaciones de la toxina botulínica, nos orientamos a inferir que durante la aplicación de la toxina botulínica los pacientes muestran mayor intensidad de la sintomatología ansiosa, la cual va disminuyendo en intensidad conforme progresa el efecto de la toxina botulínica a través del tiempo. Sin embargo, consideramos que influye más la sintomatología depresiva en la intensidad de los movimientos de los casos de distonía estudiados debido a la alta correlación obtenida entre ambas escalas de ansiedad (0.726, lo cual nos señala puntuaciones más semejantes; N=31) y media entre ambas escalas de depresión (0.573, N=29). Lo cual corroboramos al calcular el coeficiente de Spearman ($p=0.05$) de las deltas de las puntuaciones para ansiedad y depresión las cuales tuvieron un coeficiente de 0.36 (N=25) y 0.41 (N=24) respectivamente. Entre ambas valoraciones de la intensidad de los movimientos anormales obtuvimos un coeficiente de Spearman del 0.767 (N=24). Además inferimos que la intensidad de los síntomas depresivos iniciales influyeron en los síntomas ansiosos obtenidos en la segunda valoración ya que obtuvimos entre ambas un coeficiente de 0.683 (N=29) el cual fue más significativo que su contraparte (HAM A inicial vs HAM D final 0.40, N=30).

DISCUSIÓN

El presente estudio mostró una alta morbilidad (85.45%) de trastornos psiquiátricos ansiosos (trastorno de ansiedad generalizada, fobias, pánico) y depresivos (distimia, trastorno depresivo recurrente) en pacientes con distonía. Los síntomas depresivos estuvieron clínica y estadísticamente correlacionados con la severidad de los síntomas de distonía. Tal vez, por ello, cerca de la mitad de los pacientes mejoraron sus síntomas psiquiátricos con la aplicación de la toxina botulínica, pero el resto requieren manejo con psicofármacos. Estudios previos han estimado una morbilidad del 42.5-65.9 % de frecuencia de algún trastorno mental en pacientes con distonía ya sea cervical o blefaroespasmo (5, 6, 24, 25, 26). Encontramos que el 56.36 % de los pacientes tuvo dos diagnósticos psiquiátricos, el 25.45% tuvo sólo uno, y el 3.63% tuvo tres diagnósticos psiquiátricos.

El 56.36% de la población estudiada fueron mujeres y el 41.81% hombres. La media de edad fue de 55.8 ± 11.71 años (25 - 77 años), a diferencia de lo encontrado previamente en un estudio realizado en pacientes con distonía cervical (25) en que diagnosticaban distonía conversiva. Encontramos que las mujeres presentaron mayor intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión, en las escalas de Hamilton, lo que podríamos relacionar a los factores psicosociales y al empleo de estrategias maladaptativas (27).

Estudios previos han reportado una depresión significativa en aproximadamente 14-37% (10) de la población estudiada, en contraste con una ansiedad significativa del 10%; nosotros encontramos una frecuencia significativa de depresión del 36.53% y de ansiedad significativa del 26.92%; de los cuales un 3.84% presentaban sintomatología grave y el 1.92% de la población (un caso) presentó intento suicida de baja letalidad asociado a crisis de pánico más distimia.

En nuestro estudio utilizamos la escala de depresión de Hamilton por lo que en futuras investigaciones sería importante compararla con la escala de depresión de Beck, la cual ha sido utilizada en estudios previos, y así valorar su sensibilidad para detectar depresión en esta población de pacientes.

En nuestro estudio además valoramos la comorbilidad con otros problemas médicos dentro del cual obtuvimos una frecuencia total del 36.36% en la población que

estudiamos. De este total el 29.09% de los pacientes tuvo alguna enfermedad médica de las cuales la más frecuente fue Hipertensión Arterial Sistémica en un 18.18%. El 7.27% tuvo 2 diagnósticos médicos además de la distonía y trastornos mentales. Quizá esta alta comorbilidad médica condicionó la elevada comorbilidad psiquiátrica en nuestra población, sin embargo no excluimos los errores tipo I adquiridos durante el desarrollo de nuestro estudio debido a que no fue realizado en ciego.

Un estudio previo (2007) no detectó alguna asociación significativa entre la calificación de la calidad de vida valorada por la SF-36 respecto a edad, sexo, tipo topográfico de la distonía y número, duración o intervalo de la aplicación de la toxina botulínica y encontraron que esta escala es más sensible que la HRQoL para detectar cambios, a través del tiempo, durante el tratamiento con toxina botulínica (6); lo que podría ser considerado en futuras investigaciones en nuestro medio ya que en nuestro estudio no lo incluimos y durante su desarrollo encontramos que la sintomatología ansiosa o depresiva se modificaba en proporción al efecto de la toxina botulínica, lo cual procuramos valorar mediante el intervalo de tiempo entre ambas valoraciones.

Además se presentaron otros sesgos en el diseño de muestreo ya que la muestra para valorar el efecto de la sintomatología tras la intervención de la toxina no fue representativa debido a que presentó una pérdida del 49.01 %. Además en ocasiones se tuvo que buscar a los pacientes ya que no acudieron a su cita programada, y en algunos casos no se les encontró. En futuros estudios recomendamos realizar un muestreo con grupo control para poder obtener una información con mayor contraste.

El presente estudio arroja información valiosa de referencia para futuras investigaciones en nuestro medio y permite realizar un acercamiento acerca de la clínica de las distonías y trastornos mentales en nuestro medio. Nosotros observamos que la mayor parte de los pacientes presentaban una introspección disminuida e incluso en otros casi nula, sin embargo no lo incluimos como variable en nuestro estudio.

Por otro lado también podría realizarse una integración clínico fisiopatológica teniendo en consideración que la disfunción podría ser localizada como ha sido explicado en el modelo de interconexión abierta (11), a nivel de los ganglios basales principalmente tálamo, putamen y globo pálido (región interna postero-ventral). Las lesiones del globo pálido interrumpen los sistemas de neurotransmisión; y, las vías de entrada palidotálamica

y parietal al lóbulo frontal, podrían relacionarse con un trastorno depresivo secundario. Aún así, las lesiones nigroestriadas pueden predisponer a un trastorno depresivo a través de la interrupción de los tractos dopaminérgicos fronto-nigroestriados y fronto-mesocorticales (28). Se ha relacionado el síndrome de Meige con un incremento de la actividad nigroestriada dopaminérgica acoplada a una hiperactividad colinérgica; y la alta prevalencia de trastornos depresivos en estos pacientes podrían ser asociados a una disminución de la secreción de melatonina por la glándula pineal ya que la melatonina regula las funciones dopaminérgica, colinérgica y GABAérgica. (29). Es así como la representación sensoriomotora cortical en distonías focales podría estar agrandada mediante una alteración en la inhibición adyacente (11). Además se ha observado la palidotomía (en región interna postero-ventral), realizada en pacientes con distonía primaria, ha mostrado mejoría en los síntomas depresivos sin alteración de la función cognitiva (30).

Al estudiar los patrones de la dinámica de activación cortical durante los procesos motores y cognitivos, se han correlacionado las disritmias o sincronía gamma relacionadas al evento en Distonías, Esclerosis Múltiple, Parkinson, Fatiga relacionada a Esclerosis Múltiple, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Demencia degenerativa; lo que podría estar relacionado con la intensidad de la sintomatología cognitiva subyacente (31).

En algunos casos el paciente procura concentrarse constantemente con la finalidad de suprimir los movimientos, lo que podría conducir a un incremento de la tensión psicomotriz y fatiga, pudiendo desencadenar así síntomas ansiosos o depresivos entrando así en un circuito de retroalimentación positiva que incrementaría la, posible, disritmia. Aunque hacen falta más estudios que confirmen lo anterior, dicho hallazgo parece reforzar lo que ha sido observado, desde hace muchos años, que característicamente los movimientos en las distonías mejoran con el descanso e incluso la hipnosis y empeoran, incluso se perpetúan, con el estrés y la ansiedad (12) lo cual, últimamente, ha sido relacionado como debido a pensamientos catastróficos y creencias anormales de la enfermedad (6).

La relación de síntomas psiquiátricos o cognitivos en pacientes con distonías continúa siendo poco clara, sin embargo actualmente se ha observado cierta mejoría en los síntomas depresivos tras el uso cosmético de toxina botulínica en la cara, medidos por la

escala de Beck (16), que es una escala enfocada a los síntomas cognitivos de la depresión (deseperanza, autoestima, etc). El efecto de este tratamiento a largo plazo no ha sido demostrado.

Es evidente que la alta morbilidad de síntomas ansioso-depresivos en pacientes con distonía obliga a una estrecha colaboración entre neurólogos y psiquiatras. Las investigaciones en el futuro pueden enfocarse al tratamiento temprano conjunto de la distonía y el síndrome ansioso-depresivo y conocer mas a fondo el comportamiento de las distonías primarias y secundarias, su respuesta al tratamiento y sus repercusiones en la calidad de vida y funcionalidad de los individuos.

Merece mencionarse también la necesidad de estudiar el efecto de los psicofármacos tanto antidepresivos como antipsicóticos (30) en el inicio o mantenimiento de la sintomatología distónica, ya que en su origen han sido implicados fármacos con predominio de efecto antidopaminérgico, pero también se incluyen fármacos serotoninérgicos y dopaminérgicos (31,32). En las depresiones resistentes, actualmente, es cada vez más frecuente el uso de la combinación de antidepresivos con antipsicóticos atípicos el papel de estos esquemas en el manejo de estas poblaciones específicas está por establecerse, así como cual es el grado de respuesta de los síntomas ansiosos y depresivos a benzodiacepinas e ISRS convencionales en pacientes con distonía.

CONCLUSIÓN

Los pacientes que tienen distonías presentan una alta morbilidad psiquiátrica 87.27 %, la cual fue asociada en nuestra población con una comorbilidad médica en un 41.81%.

La mayor parte de los pacientes requieren manejo psicofarmacológico agregado a la toxina botulínica para el control de los síntomas ansioso-depresivos.

No encontramos correlación significativa entre la intensidad de los síntomas ansiosos o depresivos en relación a la intensidad de los movimientos involuntarios antes o después de la aplicación de la toxina botulínica.

Se necesitan más estudios en donde se mida el efecto en tiempos específicos con y sin antidepresivos.

ANEXOS

I: Ley General de Salud de México DOF 12/2007

TITULO TERCERO

Prestación de los Servicios de Salud

CAPITULO I: Disposiciones Comunes

Artículo 28.- Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.

Artículo 29.- Del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

CAPITULO II: Atención Médica

Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

- I.** Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II.** Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III.** De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.** Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II.** Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III.** A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV.** Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V.** Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI.** A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I.** Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- IV.** Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V.** Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

II. Consentimiento Informado

Título: COMORBILIDAD DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON DISTONÍA.

Estudio No: 002/2008.

Investigador: Dr. Jorge Arturo Morales Quiñones

Introducción: Se desconoce la prevalencia en nuestro medio de los trastornos psiquiátricos en pacientes con distonía y la medida en que responden al manejo con toxina botulínica.

Objetivo: El presente estudio se ha desarrollado con la finalidad de identificar la comorbilidad e intensidad en la sintomatología de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Distonías y comparar la sintomatología psiquiátrica antes y después de la aplicación de la toxina botulínica con lo cual esperamos mejoría.

Método: Si usted acepta participar en el presente estudio se le aplicará la Entrevista Neuropsiquiátrica Estructurada MINI, Escalas de Hamilton para Ansiedad y Depresión y Escala de Movimientos Anormales Involuntarios (aplicadas antes y después de la aplicación de la toxina botulínica), la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz y la Escala Autoaplicada de Adaptación Social (aplicada en la primera entrevista).

Como equipo investigador estamos comprometidos con usted para proporcionarle la información que resulte de nuestra investigación.

Su participación en el presente estudio es voluntaria y no alterará el tratamiento que reciba en esta institución.

Si usted decide participar en el presente estudio deberá llenar y firmar lo siguiente:

Enterado y de acuerdo con lo anterior autorizo mi participación en este estudio:

Nombre y firma del paciente:

Testigo 1:

Testigo 2:

México D.F; a _____ de _____ del _____ 200__.

III. Trastornos Mentales diagnosticados en relación con tipo de Distonía.

Trastorno Psiquiatrico	Blefaroespasmos n=12	Hemifacial n=11	Distonía Cervical n=18	Distonía Facial y Cervical n= 5	Distonía Orolingual n= 4	Otras n=5	Total n=55
Distimia Primario	16.66% (2/12)	45.45% (5/11)	11.11% 2/18	20% 1/5		20% 1/5	18.18% (10/55)
Secundarios	8.33% (1/12)		11.11% 2/18				7.27% (4/55)
Trastorno Depresivo recurrente con episodio activo Primarios	16.66% (2/12)	9.09% (1/11)	5.55% 1/18	20% 1/5		20% 1/5	5.45% (3/55)
Secundarios	8.33% (1/12)						7.27% (4/55)
Trastorno Ansiedad Generalizada Primarios	16.66% (2/12)		27.77% 5/18	20% 1/5	25% 1/4	20% 1/5	16.36% (9/55)
Secundarios	16.66% (2/12)	27.27% (3/11)	5.55% 1/18				12.72% (7/55)
Trastorno de Pánico Primarios			16.66% 3/18				5.45% (3/55)
Secundarios			5.55% 1/18				1.81% (1/55)
Fobia Social Primarios	8.33% (1/12)		11.11% 2/18		25% 1/4	20% 1/5	7.27% (4/55)
Secundarios	8.33% (1/12)	18.18% (2/11)	5.55% 1/18		25% 1/4		10.90% (6/55)
Trastorno de Estrés Postraumático Primarios			5.55% 1/18				1.81% (1/55)
Secundarios							

Trastorno Adaptativo Prolongado Primarios			16.66% 3/18				7.27% (4/55)
Secundarios	8.33% (1/12)	9.09% (1/11)					1.81% (1/55)
Trastorno de personalidad obsesiva compulsiva Primarios			11.11% 2/18				1.81% (1/55)
Secundarios	8.33% (1/12)	9.09% (1/11)					
Trastorno de personalidad ansioso evitativa Primarios				20% 1/5			1.81% (1/55)
Secundarios							
Trastorno de personalidad antisocial Primarios				20% 1/5			1.81% (1/55)
Secundarios							
Trastorno de personalidad límite Primarios			5.55% 1/18				1.81% (1/55)
Secundarios							
Trastorno Somatomorfo Primarios			5.55% 1/18				1.81% (1/55)
Secundarios							
Uso y Abuso de Alcohol Primarios	33.33% (4/12)	9.09% (1/11)	5.55% 1/18	1/5			10.90% (6/55)
Secundarios							
Trastorno Obsesivo Compulsivo Primario			1/18				1.81% (1/55)
Secundario		18.18% (2/11)					

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Pearce J.M.S. Dystonia. *Eur Neurol* 2005;53:151–152
- 2) Tarsy D, Simon D. Dystonia: Current Concepts. *N Engl J Med* 2006;355:818-29.
- 3) Cairns SL, LeBow MD. Meige's disease misdiagnosed as anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1991;22(3):221-3.
- 4) Walker L. Sertraline-induced akathisia and dystonia misinterpreted as a panic attack. *Psychiatr Serv*. 2002;53(11):1477-8.
- 5) Krem, Maxwell M. Motor Conversion Disorders. Reviewed From a Neuropsychiatric Perspective. *J Clin Psychiatry* 2004;65:783–790)
- 6) Hinson VK, Haren WB. Psychogenic movement disorders. *Lancet Neurol*. 2006;5(8):695-700.
- 7) Voon V, Lang AE. Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(12):1529-34.
- 8) Skogseid IM, Malt UF, Roislien J, Kerty E. Determinants and status of quality of life after long-term botulinum toxin therapy for cervical dystonia. *European Journal of Neurology*. 2007, 14: 1129-1137.
- 9) Lauterbach EC, Freeman A, Vogel RL. Differential DSM-III psychiatric disorder prevalence profiles in dystonia and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16(1):29-36.
- 10) Miller KM, Okun MS, Fernandez HF, et al. Depression symptoms in movement disorders: comparing Parkinson's disease, dystonia, and essential tremor. *Mov Disord*. 2007, 15;22(5):666-72.
- 11) Leocani L, Comi G. Movement-related event-related desynchronization in neuropsychiatric disorders. *Prog Brain Res*. 2006;159:351-66.
- 12) Jankovic J, Lang A. Trastornos del Movimiento: diagnóstico y valoración. *Neurología Clínica*. 2005. Ed. Elseiver.
- 13) Rosales RL, Bigalke H, Dressler D. Pharmacology of botulinum toxin: differences between type A preparations. *Eur J Neurol*. 2006;13(1):2-10.
- 14) Bihari K. Safety, effectiveness, and duration of effect of Botox after switching from Dysport for blepharospasm, cervical dystonia and hemifacial spasm. *Curr. Med. Res. Opin*. 2005;21(3): 433-438.
- 15) Jahanshahi M, Marsden CD. Psychological functioning before and after treatment of torticollis with botulinum toxin. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992 Mar;55(3):229-31
- 16) Finzi E, Wasserman E. Treatment of depression with botulinum toxin A: a case series. *Dermatol Surg*. 2006 May;32(5):645-9; 649-50
- 17) Bobes. J, G-Portilla, M P, Bascarán MT y cols. Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª Ed. 2004. Ars. Médica.
- 18) Carmen-Lara Muñoz, M. C. Evaluación Clínica en Psiquiatría. PAC Psiquiatría-4. Libro 3. APM. 2003.
- 19) Agenda Médica 2008. AstraZeneca. www.agendamedica.com.
- 20) Hulley S, Cummings S. Diseño de la Investigación Clínica. Un enfoque epidemiológico. 1993. Ed. Doyma.
- 21) Reglamento de la ley general de salud. DOF 18/12/2007, títulos tercero y quinto.
- 22) Faircloth S, Reid S. A cognitive-behavioural approach to the management of idiopathic cervical dystonia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):239-46.

- 23) Wenzel T, Schnider P, Wimmer A, Steinhoff N, Moraru E, Auff E. Psychiatric comorbidity in patients with spasmodic torticollis. *J Psychosom Res.* 1998;44(6):687-90
- 24) Moraru E, Schnider P, Wimmer A, Wenzel T, Birner P, Griengl H, Auff E. Relation between depression and anxiety in dystonic patients: implications for clinical management. *Depress Anxiety.* 2002;16(3):100-3.
- 25) Page D, Butler A, Jahanshahi M. Quality of life in focal, segmental, and generalized dystonia. *Mov Disord.* 2007 Feb 15;22(3):341-7.
- 26) Lauterbach EC, Jackson JG, Price ST et al. Clinical, motor, and biological correlates of depressive disorders after focal subcortical lesions. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997;9(2):259-66.
- 27) Sandyk R, Kay SR. Melatonin secretion and the pathophysiology of Meige's disease (idiopathic orofacial dystonia): a hypothesis. *Funct Neurol.* 1990;5(2):165-70
- 28) Gryz J, Szolna A, Harat M. et al. Early postoperative assessment of cognitive functions after stereotactic pallidotomy in patients with primary dystonia - preliminary results. *Neurol Neurochir Pol.* 2006;40(6):493-500
- 29) Bugalho P, Correa B, Guimarães J, et al. Obsessive-compulsive disorder and executive deficits in two patients with primary dystonia. *Parkinsonism Relat Disord.* 2006;12(6):388-91.
- 30) Young CS, Stewart JB, Fenton GW. Neuroleptic medication for dystonia. Reciprocal relationship between effects on motor function and mood. *Br J Psychiatry.* 1994;165(3):384-6.
- 31) Gerber PE, Lynd LD. Selective serotonin-reuptake inhibitor-induced movement disorders. *Ann Pharmacother.* 1998 Jun;32(6):692-8.
- 32) Detweiler MB, Harpold GJ. Bupropion-induced acute dystonia.