

Presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes ambulatorios con patología neurológica

Luis Daniel Ávila Gámez,¹ Héctor Duarte Tagles,² Luis Javier Flores Río de la Loza,³ Salvador Ponce Serrano,¹ Juan Manuel Tong Payán¹

Artículo original

SUMMARY

There is little information available describing psychiatric symptoms in non-psychiatric patients, with 25% of the patients being reported with such symptoms. These are most commonly observed with neurological disorders given the severity and degree of disability that they cause. The objective of this research was to identify the factors associated with the presence of anxiety and/or depression symptoms in patients with a neurological disorder. A transversal, descriptive study was carried out, taking 209 outpatients from the neurology service, with the aim of obtaining a period prevalence of the presence of anxiety and depression symptoms using the extended version of the Kessler Psychological Distress Scale (K10), and a sociodemographic interview to determine the association with factors that might influence on the presence and severity of such symptoms. All the participants signed an informed consent. We found scores superior to 21 points on the K10 scale (highly suggestive of the presence of an anxiety and/or depressive disorder) on 63.2% of the patients. These scores were more frequently found on patients with cerebrovascular diseases (85.7%), maintaining themselves above the 60% of the rest of the disorders. These results suggest a bigger association for more than half of the neurology outpatients to suffer from an anxiety and/or depressive symptoms severe enough to have benefits from an integral approach, with a bigger association in relation with more severe or incapacitating disorders, also the association was bigger on women. Thus, we need further research to determine the components of this association and identify effective interventions aiming to improve not just the patients' health, but also their quality of life.

Key words: Anxiety, depression, K10, Mexico.

RESUMEN

La información referente a la presencia de síntomas psiquiátricos en la práctica no psiquiátrica es escasa, cerca del 25% de los pacientes son reportados con esta sintomatología. Esto se observa más comúnmente en trastornos neurológicos dada la severidad de los síntomas y el grado de discapacidad que ocasionan. El objetivo de la presente investigación es identificar factores asociados a la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en pacientes con patología neurológica. Se realizó un estudio transversal, descriptivo, tomando 209 pacientes de la consulta externa del servicio de neurología del Hospital General del Estado de Sonora a fin de obtener una prevalencia de periodo de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión mediante la Escala de Malestar Psicológico de Kessler en su versión extendida (K10), así como una encuesta sociodemográfica para determinar su asociación con factores que pudieran influir en la presencia y severidad de dicha sintomatología. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado. Se encontraron puntuaciones superiores a 21 puntos en la escala K10 (altamente sugestiva de la presencia de un trastorno de ansiedad y/o depresión) en 63.2% de los pacientes. Estas puntuaciones fueron más frecuentes en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares (85.7%), manteniéndose por arriba del 60% para el resto de los trastornos, con una mayor frecuencia en el sexo femenino (85%). Los resultados sugieren una mayor asociación, para más de la mitad de los pacientes que acuden a la consulta de neurología, de padecer sintomatología ansiosa y/o depresiva con una severidad suficiente para verse beneficiados por un tratamiento integral. Existe una mayor asociación en relación con padecimientos más severos o discapacitantes, así como con el sexo femenino, por lo que se proponen investigaciones subsecuentes a fin de determinar los componentes de esta asociación e identificar intervenciones eficaces a fin de mejorar no solamente el estado de salud de estos pacientes sino su propia calidad de vida.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, K10, México.

¹ Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte". Hermosillo, Sonora, México.

² PTC, Centro de Estudios Superiores del Estado de Sonora. Hermosillo, Son.

³ Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours". Hermosillo, Son.

Correspondencia: Doctor Luis Daniel Ávila Gámez. Fray Marco de Niza 22-1, Los Arcos, 83250, Hermosillo, Son., México. Tel: (662) 224 - 5192. E-mail: dr.avila@live.com

INTRODUCCIÓN

En psiquiatría, el estudio del desarrollo de la psicopatología se ha enfocado, en los últimos años, a identificar y analizar las comorbilidades,^{1,2} y el efecto que tienen en el desarrollo, el curso y el pronóstico de las enfermedades. Debido a esto es importante contar en las unidades hospitalarias con un servicio enfocado a tratar las comorbilidades psiquiátricas que se presenten identificando pacientes con trastornos psiquiátricos no diagnosticados que se verían potencialmente beneficiados por un enfoque integral.³⁻⁵ En 1997 se realizó un análisis de la carga global de la enfermedad que resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial, atribuyéndose a estas enfermedades 10% de la carga global de la patología (con un incremento esperado para el 2020 del 15%). De igual manera se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida.⁶

Se han obtenido prevalencias de depresión de entre el 16 y 43%, y de ansiedad, en el curso de otras patologías, del 16 al 30%,⁷⁻¹⁰ mediante cuestionarios validados. Sin embargo, estos trastornos persisten infradiagnosticados en la práctica no psiquiátrica, siendo reportados tan sólo del 1 al 3% de los casos,^{11,12} principalmente por basarse en apreciaciones subjetivas. Más del 60% no recibe tratamiento, incluso con el diagnóstico durante la hospitalización o el seguimiento posterior,¹² a pesar de ser conocida la dificultad para su tratamiento incluso con un diagnóstico adecuado. Se sabe también que la detección temprana y las estrategias preventivas son útiles para evitar el desarrollo de un síndrome complejo.¹³ Otro punto importante es que los trastornos de ansiedad y depresión, por sí solos, presentan una tendencia a la cronicidad, generando diferentes grados de discapacidad,¹⁴ y si estos síntomas psiquiátricos coexisten con trastornos neurológicos se generaría una peor adherencia terapéutica así como un decremento en la calidad de vida.^{15,16} Se ha discutido sobre si la presencia o severidad de los síntomas de ansiedad o depresión dependen de la gravedad de la enfermedad física subyacente,¹² sin obtenerse resultados concluyentes, especialmente en el caso de los trastornos neurológicos, en los cuales los síntomas neuropsiquiátricos frecuentemente incluyen cuadros afectivos o de ansiedad. Sin embargo son escasos los estudios sobre la presencia de trastornos neurológicos y sintomatología psiquiátrica en nuestra población, además las patologías evaluadas en este estudio son las más prevalentes y las que generan mayores problemas de apego terapéutico y complicaciones médicas, por lo que una aproximación integral y el tratamiento oportuno podrían mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

En algunos trastornos neurológicos se encuentra descrita la presencia de síntomas neuropsiquiátricos que pueden llegar a confundirse con el trastorno depresivo mayor o con alguna otra patología del espectro de los trastornos de

ansiedad,¹⁷⁻¹⁹ o bien presentarse de manera comórbida dada la severidad y tendencia a la cronicidad que muestran los trastornos neurológicos. Las prevalencias de estas comorbilidades no se encuentran bien descritas. Sin embargo, se ha documentado desde un 20 a un 62% de pacientes con epilepsia que presentan cuadros depresivos y/o ansiosos,^{20,21} hasta un 72% de pacientes con demencia vascular y 38 a 70% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer con presencia de ansiedad comorbida,²² mientras que se reporta también hasta 33% de los pacientes con demencias que presentan un trastorno depresivo, y hasta el 54% con presencia de ambas sintomatologías.¹⁷ Respecto a los tumores cerebrales se han reportado resultados inconstantes que varían del 25 al 93% para la depresión y de 13 a 30% para la ansiedad.²³ En el caso de la migraña, se reporta un 20% de pacientes con depresión y 50% con ansiedad.²⁴ Estos resultados no son concluyentes pero nos indican una aproximación sobre la frecuencia con la que estos síntomas se presentan en las enfermedades neurológicas. Finalmente, se han reportado hasta un 47.5% de pacientes con trastorno depresivo mayor que padecen algún trastorno de ansiedad, y hasta 26.1% de los pacientes con un trastorno de ansiedad que cumplen criterios para un trastorno depresivo mayor, lo cual apoya la importancia de enfocarnos en estas entidades.²⁵

En nuestro país, a pesar de las intervenciones disponibles para la atención de la depresión, ésta continúa siendo subdiagnosticada.⁶ La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, estimando que 8.4% de la población ha sufrido un episodio depresivo alguna vez en su vida, con una edad de inicio media de 24 años.²⁶ Estos resultados demuestran la elevada prevalencia del trastorno y pueden interpretarse por la dificultad existente para administrar estrategias diagnósticas y terapéuticas efectivas debido a la sintomatología tan variada que presenta, la etiología multifactorial del trastorno y su elevada tasa de recurrencias.²⁷

Por lo anterior se plantea como objetivo del estudio determinar la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en el curso de una patología neurológica, ya que son reportados como más frecuentemente observados,⁷⁻¹² y se pueden beneficiar con un diagnóstico integral y un tratamiento oportuno, a fin de que repercuta no sólo en su estado de salud sino en su propia calidad de vida.²⁸⁻³⁰

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo, transversal, tomando los pacientes de la consulta externa del Servicio de Neurología del Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours", en la ciudad de Hermosillo, capital del Estado, que cuenten con un diagnóstico neurológico de certeza, sin antecedentes institucionales

de haber padecido un trastorno psiquiátrico, a los que se les aplicó la Escala de Malestar Psicológico de Kessler en su versión extendida (K10) para el tamizaje de sintomatología ansiosa y depresiva. Además se incluyó dentro del cuerpo de la escala una sección para tomar datos sociodemográficos. En caso de no contar con alguno de los datos se podría acudir al expediente electrónico institucional para recabar la información faltante. Se solicitó también la autorización para ser evaluado, mediante el otorgamiento de un consentimiento informado.

Para el análisis estadístico se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales en su versión 19 (SPSS 19). Se realizó un análisis univariado para variables cualitativas y cuantitativas; para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y gráficas; para las cuantitativas la media y la desviación estándar. Posteriormente se realizó un análisis bivariado para aplicar medidas de asociación. Se aplicó también un modelo de regresión logística a las variables de interés a fin de determinar la probabilidad de que estas puntuaciones se asocien a otros factores. Se buscó también identificar diferencias dentro de cada una de éstas; se utilizó también la prueba de Hosmer-Lemeshow como análisis predictivo de los eventos observados y el análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medianas obtenidas. Se buscó obtener un nivel de confianza en nuestro proyecto de investigación del 95% ($Z_{\alpha}=1.16$), y un error de 5%. Dado el diseño de la investigación estos resultados no son extrapolables para generar una prevalencia, mas pueden ser replicables al mismo periodo en años subsecuentes.

Se obtuvo una muestra inicial de 261 pacientes, de los cuales siete no cooperaron a la entrevista, 12 no se encontraban en condiciones de responder (por severidad del diagnóstico o alteraciones del estado de conciencia), seis presentaron datos incompletos que no pudieron ser complementados utilizando el expediente electrónico, 15 no presentaban un diagnóstico neurológico y otros 12 pacientes habían acudido en más de una ocasión a la consulta externa de neurología en el periodo descrito, por lo que solamente se tomó la valoración inicial como válida. Finalmente se obtuvo una muestra de 209 pacientes para el presente estudio.

Escala de Malestar Psicológico de Kessler

Se utilizó la Escala de Malestar Psicológico de Kessler en su versión extendida (K10),³¹⁻³³ la cual es breve y de fácil aplicación. Ha sido utilizada en diferentes estudios a nivel poblacional. La escala K10 es unidimensional y consta de 10 preguntas específicas sobre "malestar psicológico" que se refieren como constructo a la combinación de los síntomas ansiosos y depresivos que puede presentar una persona durante las cuatro semanas previas a la aplicación. Las puntuaciones oscilan entre los 10 y los 50 puntos. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10-15), moderado (16-21), alto (22-29) y muy alto (30-50), considerándose

las puntuaciones superiores a 21 puntos como punto de corte sugestivo de la presencia de un trastorno de ansiedad y/o depresión de acuerdo a investigaciones previas.^{33,34}

De acuerdo con la evidencia disponible, este instrumento puede ser apropiado para estimar las necesidades de la población en los servicios de salud mental.³⁵ Asimismo, las investigaciones demuestran que hay una fuerte asociación entre las puntuaciones altas de la K10 con el CIDI para los diagnósticos de ansiedad y depresión. Por otro lado la sensibilidad y la especificidad indican que la K10 es un instrumento de tamizaje para identificar adecuadamente estos trastornos.³⁶

RESULTADOS

Al caracterizar la muestra encontramos que 44% de la población fue del sexo masculino y 56% del sexo femenino, con edades que fluctuaron entre los 18 y los 85 años (media estadística: 40.66 años, DE 15.68), las cuales se agruparon en cuatro grupos: menores de 19 años (3.3%), 20-39 años (47.4%), 40-59 años (34.4%) y mayores de 60 años (14.8%); en relación al estado civil se clasificaron en solteros (41.1%), casados (43.1%), unión libre (9.6%), divorciados (3.3%) y viudos (2.9%). Según su lugar de procedencia, en primer lugar se distinguieron los que residían en la ciudad de Hermosillo (67%) de las personas que habitan fuera de esta ciudad (33%), y posteriormente se clasificó la localidad en urbana (86.1%) y rural (13.9%) de acuerdo a la urbanización regional descrita en el XIII Censo General de Población y Vivienda. Por último, la muestra se compuso de sujetos derechohabientes (86.6%) y no derechohabientes del Seguro Popular (13.4%). En relación al diagnóstico, éste se agrupó en cinco categorías: la primera, formada por los pacientes con epilepsia, constituyó el 62.7% de la muestra de estudio; la segunda correspondió a cefaleas, con un 9.6%; la tercera, las enfermedades cerebrovasculares, que comprendió el 10% de la muestra; la cuarta categoría fue la de las demencias, con un 7.7%, y la quinta agrupó a otros padecimientos diversos con un 10% de los sujetos. Posteriormente, para realizar el análisis, el diagnóstico se dicotomizó en pacientes sin epilepsia (37.3%) y con epilepsia (62.7%), como se representa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Tabla de frecuencias (Diagnóstico categorizado)

Diagnóstico (categorizado)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Epilepsia	131	62.7	62.7
Cefaleas	20	9.6	72.2
Enfermedades cerebrovasculares	21	10.0	82.3
Demencias	16	7.7	90.0
Otros	21	10.0	100.0
Total	209	100.0	

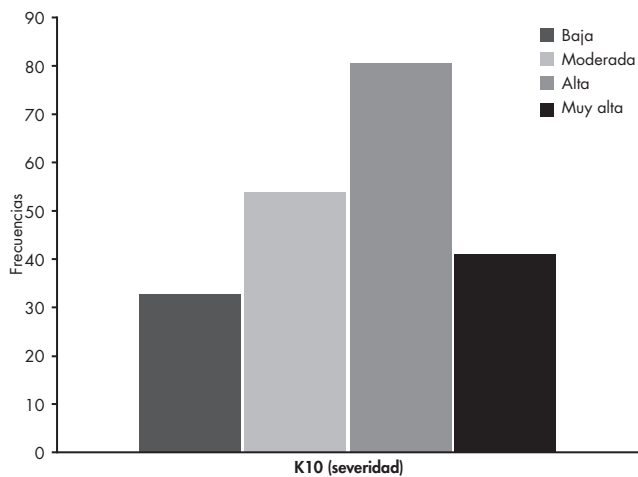


Figura 1. Gráfica de frecuencias (Escala K10 por severidad).

Dentro del análisis univariado se midieron las puntuaciones de la escala de K10; la primera medición se basó en una dicotomización de la misma en relación a la presencia o ausencia de patología ansiosa o depresiva, observándose que el 36.8% de los sujetos de estudio tuvieron puntuaciones <20 y el 63.2% puntuaciones >21. Una segunda medición fue sobre la severidad de la sintomatología según la estratificación de las puntuaciones en la escala, con base en el riesgo de presentar los síntomas mencionados, clasificándose a los sujetos de estudio en cuatro grupos de severidad: Baja (15.8%), moderada (25.8%), alta (38.8%) y muy alta (19.6%). Se realizó una tercera medición a partir de los puntos totales obtenidos en la escala K10, los cuales se presentaron desde 10 a los 44 puntos (figura 1).

Dentro de los resultados significativos, en el análisis bivariado se encontró una significancia estadística al comparar los resultados de la escala K10 dicotomizada en relación con el sexo como covariable, encontrándose puntuaciones por debajo de 20 puntos en la escala en 42 hombres (20.1%) y 35 mujeres (16.8%), mientras que se encontraron puntuaciones superiores a 21 puntos en 50 hombres (23.9%) y 82 mujeres (39.2%). Llama la atención que el 63.2% de la muestra presentara puntuaciones superiores a 21 puntos. El valor de esta correlación mostró una r de Pearson y un coeficiente de correlación de Spearman (r_s) de .162 ($p=0.019$).

Al estratificar las puntuaciones de la escala K10 por rangos de severidad, se observa que sólo el 10.3% de los pacientes del sexo femenino ($n=12$) se encontraba en el rango de severidad baja de ansiedad y/o depresión, con el resto de las pacientes distribuidas en los rangos de severidad moderada (23.9%, $n=28$), alta (42.7%, $n=50$) y muy alta (23.1%, $n=27$). En cuanto al sexo masculino se encontró que la puntuación más baja se ubicó en el rango de severidad muy alta (15.2%, $n=14$), con el resto de los pacientes distribuidos en los rangos de severidad baja (22.8%, $n=21$), moderada (28.3%, $n=26$) y alta (33.7%, $n=31$), siendo dentro de este último ran-

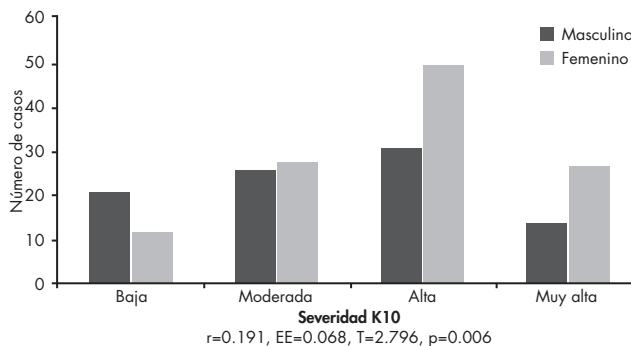


Figura 2. Asociación entre K10 categorizada y sexo.

go donde se concentró la mayor cantidad de pacientes. Los resultados reportados se consideran estadísticamente significativos ($p=0.006$) con valores de $r=0.191$ y $r_s=0.187$ (figura 2). De igual manera, al categorizar la puntuación en la escala K10 tomando en consideración el puntaje individual de los pacientes se encontró como principales resultados que en el sexo femenino las puntuaciones más altas fueron en 18 puntos (7.7%, $n=9$), 24 puntos (8.5%, $n=10$) y 25 puntos (9.4%, $n=11$). Mientras que en los varones las puntuaciones más altas fueron 12 puntos (7.6%, $n=7$), 18 puntos (7.6%, $n=7$) y 22 puntos (7.6%, $n=7$). Estos resultados presentan valores de $r=0.192$ y $r_s=0.193$, estadísticamente significativos ($p=0.005$).

Al analizar la relación entre las puntuaciones totales en la escala K10 y los diagnósticos neurológicos nuevamente encontramos resultados interesantes: al dicotomizar los diagnósticos entre los pacientes epilépticos y el resto, encontramos puntuaciones más elevadas en los primeros, con las puntuaciones máximas localizadas en los rangos de 22 (9.2%, $n=12$), 25 (9.2%, $n=12$) y 24 puntos (8.4%, $n=11$), mientras que para el resto de los trastornos las puntuaciones más altas se encontraron en los 18 puntos (8.97%, $n=7$), así como en los 28 puntos (11.5%, $n=6$), con una significancia estadística ($p=0.048$). Al clasificar los diagnósticos neurológicos por categorías y la escala K10 por grados de severidad, se pueden observar nuevamente los resultados reportados desde otra perspectiva, observándose una mayor severidad en las puntuaciones de la escala K10, principalmente en el caso de la epilepsia, con un 43.5% de los pacientes que la padecen, en el rango de severidad alta ($n=57$) y un 26.7% en el rango moderado ($n=35$). También se observa que 60% de los pacientes con cefaleas presentan puntuaciones en el rango de severidad moderada-alta ($n=12$) y que el 100% de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares presentan puntuaciones de severidad superior a la moderada ($n=21$), con un pico en la puntuación alta, donde se concentra el 57.1% de los pacientes ($n=12$). Otro hallazgo interesante fue el incremento de las puntuaciones de la escala K10 en el rango de severidad muy alta para los pacientes con demencias (43.8%, $n=7$) y para los que sufren de "otros trastornos" (61.9%, $n=13$). Estos resultados se consideran estadísticamente significativos (figura 3).

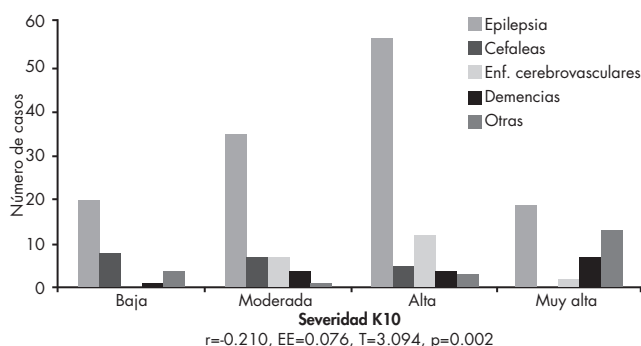


Figura 3. Asociación entre K10 y diagnóstico categorizados.

Para evaluar la bondad de ajuste de estos modelos se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) encontrándose un coeficiente de correlación de Pearson de .274, así como un coeficiente de determinación (r^2) de 0.75 en lo referente a la relación entre variables (r^2 ajustada de 0.38), particularmente se buscaron diferencias de asociación entre los diagnósticos neurológicos en relación con la epilepsia, en lo que respecta a la localidad, entre zonas urbanas y no urbanas, y comparando pacientes foráneos y locales. Entre edades, se compararon con pacientes jóvenes, y en cuanto al sexo, se compararon masculinos con femeninos. En general el modelo de regresión lineal encontró una suma de cuadrados de 3.655 para la regresión y un 44.977 residual, los grados de libertad fueron 8 para la regresión y 200 residual, la media cuadrática fue de .457 en la regresión y .225 residual, y la F de Fischer-Snedecor fue de 2.031, con significancia estadística. De igual manera se midieron los coeficientes de regresión estandarizados y no estandarizados, para estos últimos se midió la oportunidad relativa en el caso de cada variable, arrojando resultados significativos en las categorías de diagnóstico ($B=0.347$, $p=0.012$) y sexo ($B=0.174$, $p=0.017$).

Se realizó también un modelo de regresión logística para predecir el resultado de la variable respuesta (Escala K10) en función de las covariables, con la finalidad de observar la probabilidad de que la variación en los puntajes de la K10 se relacionara con el resto de los factores. En relación a las covariables se encontró significancia estadística en las siguientes variables: Diagnóstico de epilepsia en la clasificación categorizada, así como el de cefaleas, enfermedades cerebrovasculares y en el sexo (cuadro 2).

De los resultados anteriores se encontró para el diagnóstico de cefaleas una oportunidad relativa de 0.298 ($p=0.036$) comparada con el diagnóstico de epilepsia, que habla de una menor posibilidad de presentar puntuaciones elevadas en la escala K10 al compararse estos dos ítems. Por otra parte las enfermedades cerebrovasculares reportan una oportunidad relativa de 6.045 ($p=0.013$) que demuestra una mayor asociación de este trastorno con puntuaciones elevadas en la escala K10 al compararse con el diagnóstico de referencia (en este caso epilepsia). Finalmente, con respecto al sexo se observa una asociación mayor al 1:2 en la relación

hombre/mujer para padecer trastornos de ansiedad y depresión ($OR=2.332$, $p=0.013$).

Conclusión

Se observó una mayor asociación entre los pacientes epilépticos y la presencia de puntuaciones elevadas de la K10, seguido de las enfermedades cerebrovasculares, las demencias, otros trastornos y, finalmente, las cefaleas; se encontró una mayor asociación con el sexo femenino, así como con edades más jóvenes, los estados civiles asociados fueron aquellas situaciones de pérdida (divorciados y viudos). Se encontró una mayor asociación en derechohabientes de servicios médicos en comparación con los no derechohabientes, así como en los residentes de la zona urbana.

DISCUSIÓN

Se ha reportado que aproximadamente 25% del total de pacientes que acuden a la atención médica en general presentan psicopatología severa, sobre todo ansiedad y depresión,³⁷ lo que afecta tanto la calidad de vida del paciente como la calidad en la atención médica recibida al asociarse con mayor uso de los servicios de salud de primer contacto y afectar además la propia economía individual (asociada a días de incapacidad en la población que labora). Sin embargo, a pesar de esto un gran porcentaje no recibe diagnóstico

Cuadro 2. Modelo de regresión logística

Covariables	B	OR	EE	p
Diagnóstico (epilepsia)				0.006
Diagnóstico (cefaleas)	-1.210	0.298	0.576	0.036
Diagnóstico (enfermedades cerebrovasculares)	1.799	6.045	0.721	0.013
Diagnóstico (demencias)	0.935	2.548	0.717	0.192
Diagnóstico (otros)	0.701	2.015	0.585	0.231
Localidad (urbano vs. rural)	-0.820	0.441	0.586	0.162
Localidad (locales vs. foráneos)	-0.355	0.701	0.438	0.417
Derechohabiencia	0.647	1.909	0.495	0.192
Sexo	0.847	2.332	0.340	0.013
Edad (<19)				0.750
Edad (20-39)	-0.603	0.547	0.911	0.508
Edad (40-59)	-0.533	0.587	0.943	0.572
Edad (>60)	-1.044	0.352	1.061	0.325
Estado civil (soltero)				0.328
Estado civil (casado)	-0.200	0.819	0.393	0.611
Estado civil (unión libre)	-1.023	0.360	0.584	0.080
Estado civil (divorciado)	0.880	2.410	1.162	0.449
Estado civil (viudo)	0.646	1.908	1.281	0.614
Constante	0.499	1.647	1.022	0.626

ni tratamiento adecuados, por lo que nuestro objetivo principal es presentar una herramienta que facilite la identificación de individuos en riesgo a fin de brindarles la atención requerida.³⁸

Existen diferentes puntos de interés referente a los resultados obtenidos en este estudio. Si observamos la caracterización de la población podemos observar que presenta similitudes con las características de la población en general; en lo referente a los diagnósticos neurológicos llama la atención la prevalencia de pacientes con epilepsia (37.3% de pacientes sin epilepsia vs. 62.7% de pacientes con este diagnóstico). Con relación a las puntuaciones de la K10 encontramos que el 63.2% de la población se encontraba en riesgo de padecer un trastorno depresivo y/o ansioso no diagnosticado; en cuanto a la severidad, un 64.6% de la muestra presentó puntuaciones en el rango de severidad moderado-alto con las mayores concentraciones de pacientes en los 18, 24 y 25 puntos. Al relacionar con el resto de las covariables encontramos que las puntuaciones superiores a los 21 puntos fueron más frecuentes en mujeres que en hombres (39.2% vs. 23.9%, respectivamente). Se encontró también que 84.2% del total de pacientes presentó puntuaciones en los rangos de severidad moderado a muy alto con riesgo de padecer un trastorno de ansiedad y/o depresión no diagnosticado, siendo este resultado confirmado en cuanto a su validez mediante los análisis de regresión. Respecto a los diagnósticos neurológicos, es importante señalar la elevada frecuencia de puntuaciones superiores a 21 al comparar tanto a los pacientes epilépticos (59.5%) como al resto de la población (65.4%). Estos resultados apoyan la idea de que los síntomas de ansiedad y/o depresión pueden asociarse con el grado de discapacidad o discomfort generado por el propio trastorno neurológico de base y no solamente por las alteraciones neurofisiológicas subyacentes. Como lo explica el modelo cognitivo, la psicopatología proviene de errores en la percepción o disfuncionalidad en la percepción de los eventos, los cuales influyen de manera directa sobre el pensamiento y el afecto.^{39,40} Se encuentra descrita, además, la implicación de otros factores individuales en el desarrollo de respuestas maladaptativas, como la "intolerancia a la incertidumbre", término acuñado con base en diversas teorías psicológicas^{41,42} y que se explica como la tendencia a evitar estados de incertidumbre. La experiencia de incertidumbre, en general, puede desempeñar un papel importante en el origen y mantenimiento de la psicopatología afectiva y ansiosa.⁴³ En el caso particular de las cefaleas se puede explicar porque a pesar de presentar un porcentaje elevado de pacientes con puntuaciones superiores a 21 puntos, estas puntuaciones fueron las menores al comparar entre sí a los grupos, dado que a pesar que existe extensa bibliografía sobre la bidireccionalidad entre este tipo de trastornos con los trastornos de ansiedad y depresión,⁴⁴ lo común es esperar que las cefaleas que se presentan de manera crónica y recurrente (como la migraña crónica) se acompañen de estos síntomas, no así los casos de cefaleas episó-

dicas.⁴⁵ En relación a la epilepsia se encuentra ampliamente descrita su relación con los trastornos psiquiátricos. Diferentes estudios hablan de su asociación con los trastornos afectivos la cual es incluso superior a lo que se observa en algunas enfermedades crónicas como el asma y la diabetes mellitus.⁴⁶ En estos pacientes la frecuencia y la severidad de las crisis se ha visto relacionada directamente con la presencia de psicopatología, tanto depresiva como de ansiedad, sin que esto se encuentre necesariamente relacionado con un estado propio de la misma epilepsia, sino más bien por la propia percepción individual de la enfermedad. Además, el estado impredecible de aparición de las crisis y las restricciones que conlleva en las actividades de la vida cotidiana genera alteraciones de la autoestima, estigmatización e incluso dificultad para involucrarse en sociedad.⁴⁷ Basados en lo anterior podemos explicar el porqué de las puntuaciones bajas en los pacientes jóvenes, pues éstos cuentan por lo general con una mayor red de apoyo, mayor capacidad de adaptación, sin mencionar que por lo general en ellos se tratan de trastornos de inicio en la infancia temprana, contrariamente a lo que representaría la presencia de un primer episodio convulsivo de inicio en la edad adulta. Además, la serie de ajustes al estilo de vida que generan produce mayor distrés y, por lo tanto, mayor intensidad en la sintomatología depresiva y/o ansiosa.⁴⁸ En resumen, podríamos determinar que las variaciones en la puntuación en la K10 se debe a diversos factores relacionados estrechamente con el tipo de diagnóstico neurológico, la severidad, el grado de discapacidad y el pronóstico de los mismos. Estos factores juegan un papel fundamental para el desarrollo de trastornos de ansiedad y/o depresión en este grupo de pacientes. La presente investigación no se encuentra exenta de limitaciones como consecuencia de la utilización de un diseño metodológico sencillo. Algunos factores que hubiera sido interesante investigar quedaron fuera del estudio ante las dificultades que representaba el abordar a los pacientes en la sala de espera del servicio de consulta externa; por eso no fue posible correlacionar los resultados obtenidos en la Escala de Malestar Psicológico de Kessler con otras herramientas para medir de manera específica trastornos de ansiedad o depresión, sin embargo se cuenta con la alta sensibilidad y especificidad de esta herramienta al compararse con instrumentos como el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) o la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI),³⁴ que brindan fortaleza al estudio; de igual manera no se utilizaron diagnósticos para los trastornos de depresión y/o ansiedad, sino que nos enfocamos en la presencia y la severidad de los síntomas. Evitamos utilizar un diagnóstico psiquiátrico ya que representaría un problema relacionado a los criterios diagnósticos requeridos para los diversos trastornos; por ejemplo, la mayoría de los trastornos afectivos y de ansiedad establecidos en el DSM-IV-TR requieren como criterio diagnóstico la ausencia de una causa médica relacionada directamente con la sintomatología, por lo que el análisis individual de los trastornos psi-

quiátricos se realizará en estudios subsecuentes. Tampoco se realizó un análisis independiente de cada diagnóstico neurológico individual, como el caso de la epilepsia donde no se realiza una descripción por tipos de crisis como la epilepsia del lóbulo temporal, que se encuentra mayormente asociada a trastornos de ansiedad durante las crisis por el sustrato neuroanatómico implicado.⁴⁶ Sin embargo dicho sub-análisis podrá ser investigado de manera individual en estudios subsecuentes y no es relevante para los objetivos del presente estudio dado que la asociación entre estos trastornos quedó claramente establecida para el periodo estudiado. Tampoco se identificó el número de pacientes que recibían un primer diagnóstico neurológico, sospechando que el estrés generado por un diagnóstico *de novo* pudiera afectar los resultados obtenidos en la escala. Se intentó controlar este sesgo aplicando el instrumento previo al ingreso a la consulta de neurología. No se tomó en consideración el tipo de tratamiento que los pacientes estaban tomando, sospechando que el uso de ciertos antipsicóticos o fármacos antiepilépticos pudieran modificar los resultados obtenidos dado que es conocido el efecto ansiolítico e inclusive como modulador afectivo de muchos de estos fármacos.⁴⁶ Sin embargo, de presentarse este efecto el impacto de la sintomatología depresiva y/o ansiosa en estos pacientes debería ser mayor, por lo que creemos que no afecta la relevancia de nuestra investigación.

El presente estudio tuvo como objetivo buscar una asociación entre la presencia de un trastorno neurológico y la sintomatología ansiosa y/o depresiva en un grupo de población vulnerable. Se encontró una relación importante entre las diferentes patologías neurológicas y la sintomatología ansiosa y/o depresiva (medida mediante las puntuaciones de severidad de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler), con una mayor severidad asociada a las enfermedades cerebrovasculares y epilepsia, y en menor medida en comparación con las anteriores a las cefaleas, sin embargo más de 60% de los pacientes presentaron puntuaciones superiores a 21 puntos en la escala, lo que está reportado como un elevado riesgo de padecer un trastorno de ansiedad y/o depresión, por lo que serían beneficiados por una valoración integral. Se encontró una asociación mayor con el sexo femenino (39.2% del total de la muestra), sin embargo la mayoría de los varones también presentaron puntuaciones superiores a 21 puntos (55.55%). Estos resultados coinciden con los hallazgos de estudios previos los cuales relacionan la prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con diferentes enfermedades médicas. Estos factores encontrados, en asociación a la presencia y severidad de síntomas de ansiedad y depresión en nuestra población de estudio deberán tomarse en consideración para investigaciones posteriores, que nos permitirán aclarar las bases y asociación real de los trastornos psiquiátricos en los pacientes que acuden a recibir atención primaria, así como establecer estrategias de detección temprana para estos grupos de pacientes para beneficio de los mismos, de los servicios de salud y la comunidad en general.

REFERENCIAS

1. Maj M. "Psychiatric comorbidity": An artifact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005;186:182-184.
2. Starcevic V. Psychiatric comorbidity: Concepts, controversies and alternatives. *Australas Psychiatry* 2005;13(4):375-378.
3. Kathol RG, Butler M, McAlpine DD, Kane RL. Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosom Med* 2010;72(6):511-518.
4. Smith GC. From consultation-liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex needs. *Aus N Z J Psychiatry* 2009;43(1):1-12.
5. Pierce D, Wilson IG. Psychiatric comorbidity in general practice. *Aust Fam Physician* 2004;33(4):217-220.
6. Lara M, Robles R, Orozco R, Real T et al. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental* 2010;33(4):301-308.
7. Corona R, Rojas CE, Alvarado S, Calderón FE et al. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea. *Gamo* 2008;7(2):40-44.
8. Fabián MG, García MC, Cobo C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Med Int Mex* 2010;26(2):100-108.
9. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A et al. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatol Clin* 2011;7(1):20-26.
10. Ornelas RE, Tufiño MA, Sánchez JJ. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta Inv Psicol* 2011;1(3):401.
11. Fulop G. Anxiety disorders in the general hospital setting. *Psychiatr Med* 1990;8(3):187-195.
12. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M et al. Mental disorders among internal medical inpatients prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res* 2001;50(4):199-204.
13. Zalta A. A meta-analysis of anxiety symptom prevention with cognitive-behavioral interventions. *J Anxiety Dis* 2011;25(5):749-760.
14. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14(4):631-648.
15. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med* 2007;37(3):431-440.
16. Dissanayaka NN, Sellbach A, Matheson S, O'Sullivan JD et al. Anxiety disorders in Parkinson's disease: Prevalence and risk factors. *Mov Disord* 2010;25(7):838-845.
17. Lyketsos CG, López O, Jones B, Fitzpatrick AL et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002;288(12):1475-1483.
18. Ekinçi O, Titus JB, Rodopman AA, Berkem M et al. Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: Prevalence, risk factors, and treatment. 2009;14(1):8-18.
19. Harden CL. The co-morbidity of depression and epilepsy: Epidemiology, etiology and treatment. *Neurology* 2002;59(6 Suppl 4):S48-555.
20. Jackson M, Turkington D. Depression and anxiety in epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(Suppl 1):i45-147.
21. Martínez-Pérez B, González-Goizueta E, Mauri-Llerda J. Depresión y epilepsia. *Rev Neurol* 2002;35(6):580-586.
22. Teril L, Ferretti L, Gibbons L, Logsdon RG et al. Anxiety in Alzheimer's disease: Prevalence and comorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54(7):M348-352.
23. Arnold SD, Forman LM, Brigidi BD, Carter KE et al. Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro Oncol* 2008;10(2):171-181.
24. Devlen J. Anxiety and depression in migraine. *J R Soc Med* 1994;87(6):338-341.

25. Beekman AT, De Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ et al. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157(1):89-95.
26. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Menta* 2003;26(4):1-16.
27. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psych Review* 2007;27:959-985.
28. Carson AJ, Ringbauer B, MacKenzie L, Warlow C, et al. Neurological disease, emotional disorder, and disability: they are related: a study of 300 consecutive new referrals to a neurology outpatient department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;68(2):202-206.
29. Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and the management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *J R Coll Physicians Lond* 1996;30(1):18-20.
30. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA et al. The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA* 1989;262(7):914-919.
31. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(1):8-19.
32. Kessler R, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J M Psych Research* 2004;13(2):93-121.
33. Vargas BE, Villamil V, Rodríguez C, Pérez J et al. Validación de la escala Kessler 10 (K10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Mental* 2011;34(4):323-331.
34. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aus N Z J Public Health* 2001;25(6):494-497.
35. Baillie AJ. Predictive gender and education bias in Kessler's psychological distress Scale (K10). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(9):743-748.
36. Australian Bureau of Statistics. Information paper: Use of the Kessler Psychological Distress Scale in ABS health surveys. Canberra, Australia: 2003; p. 14.
37. Runkewitz K, Kirchmann H, Strauss B. Anxiety and depression in primary care patients: Predictors of symptom severity and developmental correlates. *J Psychosom Res* 2006;60(5):445-453.
38. Frühwald S, Löffler H, Eher R, Saletu B et al. Relationship between depression, anxiety and quality of life: A study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients. *Psychopathology* 2001;34(1):50-56.
39. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. The role of emotions in cognitive therapy. Ch. 2 in *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press; 1979; p. 34-44.
40. Wells A. Basic characteristics. Ch. 2 in *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley; 1997; p. 42-57.
41. Riskind JH, Tzur D, Williams NL, Mann B et al. Short-term predictive effects of the looming cognitive style on anxiety disorder symptoms under restrictive methodological conditions. *Behav Res Ther* 2007;45(8):1765-1777.
42. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;35(7):667-681.
43. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Review* 2011;31(6):923-933.
44. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR et al. Comorbidity of migraine and depression: Investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003;60(8):1308-1312.
45. Mongini F, Rota E, Deregibus A, Ferrero L et al. Accompanying symptoms and psychiatric comorbidity in migraine and tension-type headache patients. *J Psychosom Res* 2006;61(4):447-451.
46. Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE et al. Anxiety in patients with epilepsy: Systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav* 2005;7(2):161-171.
47. Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004;45(5):544-550.
48. De Souza EA, Salgado PC. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006;8(1):232-238.

Artículo sin conflicto de intereses