

Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia

Viviana Chacón Narvárez¹
Claudia Ximena Muñoz Anduquia¹
Juan Carlos Rivas Nieto²
Carlos Alberto Miranda Bastidas³

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con epilepsia que consultaron dos centros terciarios en abril de 2004 (Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle –HDPUV- y la Liga Contra la Epilepsia, capítulo Cali -LCE); establecer la prevalencia depresión registrada, en la población con epilepsia, en ambos, en el 2003. *Métodos:* Estudio descriptivo con 100 pacientes con epilepsia, mayores de 18 años de edad. Muestra recolectada durante abril 2004. Se aplicó Beck y Hamilton. Análisis de resultados con EPIINFO versión 3.2, 2004. *Resultados:* Prevalencia de depresión registrada en 2003 del 26.7% para el HPUV y 24.5% para la LCCE. En el estudio, el 59% de los pacientes estaban deprimidos. Hubo asociación entre frecuencia de convulsiones y depresión ($X^2 = 6.46$, $p = 0,003$, < 0.05). *Conclusiones:* Los síntomas depresivos son frecuentes en pacientes con epilepsia, el subregistro es importante. Esto implica tardanza en el diagnóstico y tratamiento. El control de crisis podría predecir depresión en pacientes convulsionadores.

Palabras clave: depresión, epilepsia, comorbilidad, escalas de Beck y Hamilton.

Title: Descriptive Study of the Prevalence of Depression in Patients with Epilepsy from the Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) and Liga Contra la Epilepsia (LCE) in Cali, Colombia.

-
- 1 Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad del Valle, Cali.
 - 2 Psiquiatra, docente de la Universidad del Valle; Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Fundación Clínica Valle del Lili.
 - 3 Psiquiatra, docente de la Universidad del Valle; Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Abstract

Objective: To find the prevalence of depressive symptoms in outpatients with epilepsy, treated at two tertiary care centres in April 2004 and describe the prevalence of depression registered in both institutions in 2003. **Methods:** Descriptive study with 100 subjects over 18 years old. Sample collected in April 2004. Patients completed the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression. Data analysis with EPIINFO version 3.2, 2004. **Results:** Prevalence registered for depression was 27.6 at the HDPUV, and 24.5 at the LCE in 2003. In our study, 59% of patients had a diagnosis of depression. There was a statistical association between the frequency of seizures and depression ($X^2 = 6.46, P < 0.05$). **Conclusions:** Depressive symptoms are frequent in patients with epilepsy. Under-recording is common, causing problems in diagnosis and treatment. Seizure control could predict depression in epileptic patients.

Key Words: Depression, epilepsy. Comorbidity, Beck, Hamilton.

Introducción

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes en el mundo. La prevalencia del trastorno se encuentra entre el 1 y 2% de la población general (1) y se puede presentar en cualquier persona sin diferencia de edad, sexo, raza, clase social, país o características geográficas. En Colombia, de acuerdo con el Estudio Neuroepidemiológico Nacional (Epineuro), la prevalencia global de epilepsia es de 10,8/1000 (95% IC: 8,5 - 13)

para todo el país; para el Valle del Cauca la prevalencia reportada es de 3,9 (95% IC: 0,0 - 8,4) (2).

Los pacientes con epilepsia tienen una mayor incidencia de morbilidad psiquiátrica que la población general (3-6). En resumen, se ha establecido que más de una cuarta parte de pacientes con epilepsia presentan alteraciones del tipo de psicosis esquizofreniforme, depresión, trastornos de la personalidad o hiposexualidad; estos cambios son crónicos y persisten aún en el período intercrisis (7,8).

La depresión es el desorden psiquiátrico más frecuente en la epilepsia, en especial en aquellos pacientes cuyas crisis tienen origen en los lóbulos temporal y frontal. La prevalencia vital de depresión ha sido calculada entre un 6% y un 30% en la población general de pacientes con epilepsia y de un 50% en pacientes con epilepsia que consultan a centros terciarios. Se calcula que el riesgo de suicidio en pacientes con epilepsia es diez veces más alto que en la población general (9); los actos suicidas exitosos ocurren con más frecuencia entre pacientes con depresión interictal (10).

Los síntomas depresivos en pacientes con epilepsia con frecuencia no son reconocidos. Las razones pueden ser varias: temor de los pacientes a ser estigmatizados aún más si, aparte de su trastorno de base, manifiestan sintomatología psiquiátrica;

además, las manifestaciones clínicas de la depresión en esta población de pacientes son atípicas, con unos síntomas diferentes de los observados en deprimidos sin epilepsia; finalmente, algunos clínicos no hacen una exploración profunda de los síntomas depresivos en estos pacientes, quizás por falta de entrenamiento o al encontrarlos los consideran como reacciones emocionales normales ante una enfermedad crónica (11).

En este estudio se buscó medir la prevalencia de la depresión en un grupo de pacientes con epilepsia que consultaron el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) y la Liga Contra la Epilepsia, capítulo Cali (LCE), como una primera aproximación al tema y para tener presente la magnitud del problema.

Materiales y métodos

Este es un estudio descriptivo que busca medir la prevalencia de la depresión en una población de pacientes con el diagnóstico de epilepsia, que consultaron durante el mes de abril de 2004 a cualquiera de las dos instituciones. Inicialmente se realizó una revisión de las historias clínicas de 2003, buscando la frecuencia con la que la depresión era diagnosticada. Se tuvieron en cuenta las variables diagnóstico y/o tratamiento.

Sujetos

Todos los pacientes que consultaron al HDPUV y a la LCE durante

abril de 2004 fueron evaluados (n=100). Los criterios de inclusión fueron: tener el diagnóstico de epilepsia, ser mayor de 18 años y firmar el consentimiento informado. El diagnóstico de epilepsia fue hecho con base en los criterios de la Liga Mundial Contra la Epilepsia, el criterio clínico de los expertos, la presencia de alteraciones en el electroencefalograma y la respuesta clínica al uso de anticonvulsivantes. Los sujetos participantes y sus familiares firmaron el consentimiento informado y sólo un paciente se negó a participar en el estudio.

Instrumentos

A los pacientes se les aplicaron tres cuestionarios: un formato donde se registraron los datos demográficos, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Evaluación para Depresión de Hamilton (HRDS).

Inventario de Depresión de Beck

Propuesto por Beck y cols en 1961, el BDI (*beck depression inventory*) es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo los segundos en importancia. Es así como de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y

los 6 restantes, a síntomas somático-vegetativos.

Se ofrecen 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad o intensidad del síntoma. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. La puntuación total se obtiene sumando los valores seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la gravedad o intensidad son: no depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-16 puntos, depresión moderada: 17-29 puntos y depresión grave: 30-63 puntos

Sus índices psicométricos, muestran una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$. En cuanto a la validez la escala muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...). En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Su sensibilidad es del 100 %, la especificidad 99 %, el valor predictivo positivo 0,72, y valor predictivo negativo 1.

Escala de evaluación para la depresión de Hamilton

La HRSD (Hamilton Depression Rating Scale) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron

al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems, que fue la utilizada en el presente estudio.

Es una escala calificada por el observador. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y de comportamiento de la depresión; los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala.

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems y su rango es de 0-52 puntos. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa.

Para categorizar la intensidad o gravedad del trastorno depresivo existen distintas propuestas. En este estudio se tuvieron en cuenta los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría: muy severo: >23, severo: 19-22, moderado: 14-18, leve: 8-13, y normal: 0-7.

Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Su validez, en relación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, oscila entre 0,8 y 0,9. Tiene una sensibilidad del 85% para detección de depresión en población general y en el área clínica. (12,13)

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con la ayuda del programa EPIINFO versión 3.2, 2004.

Consideraciones éticas

Antes de proceder con la recolección de datos, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética Médica del HDPUV y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle. No representó riesgos de tipo físico, social o legal, puesto que el estudio no implicó procedimientos más allá de responder las preguntas que se hicieron o autorizar la revisión de la historia clínica. Se garantizó total confidencialidad y sólo los investigadores tuvieron acceso a los cuestionarios.

Resultados

Se hizo la revisión de 100 historias clínicas de pacientes con epilepsia que habían consultado en 2003 tanto al HDPUV como a la LCE. En las dos instituciones se encontró que sólo una cuarta parte de los pacientes habían sido diagnosticados y/o tratados para depresión: en el HDPUV 26,67% y en la LCE 24,28%. En esa revisión la prevalencia de depresión en las dos instituciones era mayor que la esperada para la población general y menor que la esperada para pacientes con epilepsia, según los reportes en la bibliografía (9,11).

Para el estudio se evaluó un total de 100 pacientes con epilepsia, quienes consultaron al servicio de consulta externa del HDPUV (53 pacientes) y de la LCE (47 pacientes), entre el 1° y el 30 de abril de 2004. De este total, 51 pacientes eran mujeres y 49 hombres, las edades oscilaban entre los 18 y 68 años, con una media de 35,83 años y una desviación estándar de 11,9 años. El 63% de los pacientes eran solteros, el 46% tenía como máximo grado escolar la primaria, 31% no tenían ocupación y 27% estaban dedicados a labores domésticas (véase Tabla 1)

Los hallazgos con el inventario de depresión de Beck (BDI) mostraron una prevalencia de depresión del 59%; la gravedad de los síntomas, en la mayoría de los pacientes, se encontraba entre leve y moderada (46%). Además, se halló diferencia no significativa entre el número de pacientes que estaban deprimidos en el HDPUV y en la LCE (véase Tabla 2).

Los resultados de la escala de evaluación para la depresión de Hamilton (HRSD), mostraron que el 58% de los pacientes estaban deprimidos, de los cuales un 21% se hallaban con una depresión entre grave y muy grave (véase Tabla 3).

Para efectos de análisis, los pacientes fueron agrupados según la frecuencia de sus crisis en *controlados* (aquellos que no presentaron crisis durante el mes anterior) y *no controlados* (aquellos que presenta-

Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes evaluados en HDPUV y LCE

Datos demográficos	Resultado	Porcentaje
Edad		
18-24 años	20	20%
25-34 años	29	29%
35-44 años	32	32%
45-54 años	11	11%
55-64 años	6	6%
Mayor de 65 años	2	2%
Sexo		
Femenino	51	51%
Masculino	49	49%
Escolaridad		
Analfabeta	6	6%
Primaria	46	46%
Secundaria	38	38%
Universitarios y otros	10	10%
Ocupación		
Ninguna	32	32%
Hogar	27	27%
Estudiante	8	8%
Oficios varios	22	22%
Empleado	11	11%
Estado civil		
Soltero	63	63%
Unión libre	20	20%
Casado	9	9%
Separado	8	8%

Nota: La mayor parte de los pacientes están en etapas productivas de la vida, pero no han alcanzado niveles altos de escolaridad, están desempleados y no tienen una pareja.

ron más de una crisis al mes). En estos pacientes se encontró diferencia significativa desde el punto de vista estadístico en cuanto a la prevalencia de depresión. De 41 pacientes controlados, 17 (41,5%) estaban deprimidos según el BDI y la HRSD; de 59 pacientes no controlados, 42 (71,1%) según el BDI y 41 (69,5%) según la HRSD estaban

deprimidos ($p < 0,003$ y $p < 0,005$, respectivamente).

Separando por instituciones, encontramos que en el HDPUV 25 pacientes estaban controlados, de éstos, según el BDI y la HRSD alrededor del 50% tenía algún grado de depresión, y de los 28 que eran no controlados, entre el 75% y el 80% presentaban algún grado de depre-

Tabla 2. Prevalencia de depresión de acuerdo con los resultados del BDI

Gravedad	HDPUV	LCE	Total
Sin depresión	18 34%	23 48,9%	41 41%
Depresión leve	11 20,8%	9 19,1%	20 20%
Depresión moderada	16 30,2%	10 21,3%	26 26%
Depresión grave	8 15,1%	5 10,6%	13 13%
Total	53 100%	47 100%	100 100%

Nota: La frecuencia de la depresión en las poblaciones estudiadas, está por encima de la esperada para la población general. Es posible que la mayor parte de los requieran tratamiento contra la depresión.

sión. En la LCE, de los 16 pacientes controlados, entre el 25% y el 30% estaban deprimidos, según el BDI y la HRSD, y de los 31 no controlados, entre el 60% y el 65% estaban deprimidos. También se encontró significancia estadística al analizar

los resultados de las instituciones por separado: en el HDPUV con el BDI $p = 0,005$, Fisher = 0,0094, y con la HRSD $p = 0,046$, Fisher = 0,072; en la LCCE, con el BDI, $p = 0,03$, Fisher = 0,049 y con la HRSD $p = 0,0064$ (véanse tablas 4 y 5).

Tabla 3. Frecuencia de depresión de acuerdo con los resultados con la HRSD

Gravedad	HDPUV	LICCE	Total
Sin depresión	19 35,8%	23 48,9%	42 42%
Depresión leve	13 24,5%	12 25,5%	25 25%
Depresión moderada	7 13,2%	5 10,6%	12 12%
Depresión grave	7 13,2%	1 2,1%	8 8%
Depresión grave	7 13,2%	6 12,8%	13 13%
Total	53 100%	47 100%	100 100%

Nota: Se observa una frecuencia elevada de síntomas depresivos, la mayor parte con una intensidad de moderada a grave en las dos poblaciones estudiadas.

Tabla 4. Frecuencia de crisis frente a depresión (según BDI)

Gravedad	Controlado	No controlado	Total
Sin depresión	24 58,5%	17 28,8%	41 41%
Con depresión	17 41,5%	42 71,2%	59 59%
Total	41 100%	59 100%	100 100%

Odds ratio = 3,49 (1,39 < or < 8,84), $\text{Chi}^2 = 8,75$, $P < 0,003$

Nota: Se encontró una diferencia significativa en falla en el control de las crisis convulsivas y la frecuencia de depresión ($P < 0,003$).

Tabla 5. Frecuencia de crisis contra depresión (según HRSD)

Gravedad	Controlado	No controlado	Total
Sin depresión	24 58,5%	18 30,5%	42 42%
Con depresión	17 41,5%	41 69,5%	58 58%
Total	41 100%	59 100%	100 100%

Odds ratio = 3,22 (1,29 < o < 8,09), $\text{Chi}^2 = 7,72$, $P < 0,005$

Nota: La diferencia entre depresión ante buen control o poco control de las crisis convulsivas, es significativa, e indica que el adecuado control de las crisis puede ayudar a controlar los síntomas depresivos.

De los 100 pacientes entrevistados, solo 9 estaban recibiendo tratamiento con antidepresivos, y al ser evaluados se evidenció que en su mayoría persistían deprimidos a pesar del tratamiento: con el BDI, 8 (13,5%) y con la HRSD, 7 (11,8%).

Discusión

Los trastornos depresivos constituyen uno de los principales trastornos psiquiátricos encontrados en pacientes con epilepsia (14-16).

Los resultados del presente estudio muestran que el trastorno depresivo reviste gran importancia clínica y epidemiológica en este grupo de pacientes.

La prevalencia de depresión encontrada en la población estudiada (el 59% al usar el BDI y el 58% con el HRSD) supera de manera notoria la prevalencia encontrada en la población general en el país y son similares a las encontradas en otros estudios alrededor del mundo. En el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, realizado por el Ministerio de la Protec-

ción Social en 2003, se hace referencia a una prevalencia de trastorno depresivo mayor en la población general del 11,7% para hombres y 17,5% para mujeres, con una prevalencia total del 15% para los trastornos del estado del ánimo (17).

La depresión en pacientes con epilepsia es “subdiagnosticada”. En la revisión previa de historias clínicas, la frecuencia de depresión era de cerca del 25%, cifra que es superada de manera notoria al aplicar los instrumentos específicos. La situación clínica para estos pacientes es complicada, debido a que la demora en el diagnóstico implica tardanza en el tratamiento, con el consiguiente aumento en la morbimortalidad.

Los pacientes en quienes no se ha logrado un control adecuado de las crisis convulsivas tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Se halló significancia estadística al comparar la frecuencia de depresión en pacientes controlados y no controlados, y queda planteada la duda de si los factores intrínsecos de la patología inciden en la génesis de la depresión. Puede pensarse en alteraciones en circuitos cerebrales que tengan que ver con las dos patologías o aun en problemas de adaptación ante la enfermedad de base, lo cual sería empeorado por el poco control de las crisis.

No se tiene mucha certeza acerca del tratamiento adecuado para la depresión en pacientes con epilepsia.

La mayor parte de los pacientes que estaban recibiendo antidepresivos continuaban presentando síntomas de acuerdo con las dos escalas utilizadas.

Hay pocos estudios controlados que abordan este tópico, y en el momento no hay un consenso al respecto; así mismo, no hay patrones de seguimiento claros que permitan evaluar la efectividad de los tratamientos instituidos. Se hacen necesarios estudios controlados de antidepresivos en pacientes con epilepsia; la falta de éstos dificulta la toma de decisiones por parte de los clínicos.

Los posibles inconvenientes de este estudio pueden radicar en dos factores básicos: el primero es que los pacientes provenían de dos instituciones de alta complejidad para trastornos psiquiátricos (HDPUV) y neurológicos (LCE). Esto no permite extrapolar los datos a la población general de pacientes con epilepsia. El segundo radica en que los instrumentos que permiten evaluar la presencia de síntomas depresivos en pacientes con epilepsia no están completamente desarrollados. El uso de escalas que no fueron desarrolladas para esta población específica y el hecho de que los síntomas depresivos en pacientes con epilepsia sean atípicos, puede obstaculizar la recolección de los datos y dificultar que se determine con mayor precisión la verdadera prevalencia de la depresión en epilepsia (18).

Agradecimientos

Agradecemos al personal médico y administrativo de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia y del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle por habernos dado el espacio para realizar esta investigación.

Referencias

1. Hauser WA, Hesdorffer DC. Epilepsy: frequency, causes and consequences. New York: Demos Press; 1990: 21-8.
2. Takeuchi Y, Guevara J. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). Colombia Medica 1999; 30.
3. Kanner AM, Barry J. Is psychopathology of epilepsy different from that of non epileptic patients?. Epilepsy 2001, 2, 3: 170-1861
4. Mendez, M.; Cummings, J.; Benson, D.. Depression in Epilepsy. Significance and Phenomenology. Arch. Neurol. 1986; 43:766-770
5. Standage, K.; Fenton, G. Psychiatric Symptoms Profiles of Patients with Epilepsy: A Controlled Investigation. Psychol. Med. 1975; 5:152-160
6. Robertson, M.; Trimble, M.; Townsend, H.. The Phenomenology of Depression in Epilepsy. Epilepsia 1987; 28:364-372
7. Mendez M. Neuropsychiatric aspects of epilepsy. En comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, ed. Lippincott Williams and Wilkins. 7 edición, 2000
8. Stagno S. Psychiatric aspects of epilepsy. En The treatment of epilepsy: principles and practice. Baltimore, ed. Williams and Wilkins. 2 edición, 1996
9. Kanner A. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. 2003 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12893113&dopt=Abstract
10. Zielinski, J.. Epilepsy and Mortality Rate and Cause of Death. Epilepsia 1974; 15:191-201
11. Kanner A.; Rivas J. Depressive disorders in epilepsy. Neurology 1999; 53 (suppl 2): S 26-32.
12. American Psychiatric Association. Handbook of psychiatric measures. Washington, DC. 2000
13. Arbinaga F. Anales de psicología. 2000, vol . 16, nº 2, 123-132. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España).
14. Kanner AM. La epilepsia aumenta el riesgo de depresión. http://www.google.com.ar/search?q=cache:8xqXFf69KhwJ:www.fleni.org.ar/files/prensa_26_0.pdf+epilepticos+%2B+depresi%C3%B3n+%2B+mexico&hl=es&ie=UTF-8
15. Hauser, W.; Kurland, L.. The Epidemiology of Epilepsy in Rochester, Minnessota, 1935-1967. Epilepsia 1975; 16:1-66.
16. <http://www.sabro.addr.com/sambrooks/medicos/voces1.htm>
17. Torres, Yolanda. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 2003.
18. Rivas J, Kanner A. Aspectos psiquiátricos de la epilepsia. En Campos M, Kanner A: Las epilepsias. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2005.

Recibido para publicación: 6 de diciembre de 2006

Aceptado para publicación: 12 de febrero de 2007

Correspondencia
Juan Carlos Rivas Nieto
Calle 5 # 80-00
Hospital Departamental Psiquiátrico
Universitario del Valle, Cali, Colombia
Correo electrónico: jcr@telesat.com.co